



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**AUTOESTIMA EN NIÑOS MALTRATADOS Y
NO MALTRATADOS EN ETAPA ESCOLAR**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

CARBALLIDO VERVER Y VARGAS NANCY PAOLA

DIRECTORA DE TESIS: DRA. AMADA AMPUDIA RUEDA

REVISOR: DR. JORGE ROGELIO PÉREZ ESPINOSA

COMITÉ: DRA. FAYNE ESQUIVEL ANCONA

LIC. LETICIA BUSTOS DE LA TIJERA

MTRA. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO



CIUDAD UNIVERSITARIA, MÉXICO, D.F. 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Agradezco a muchas personas por su confianza y apoyo para lograr concluir este proyecto. Sin ustedes esto no hubiera sido posible.

Dios, gracias por darme las fuerzas para concluir este gran sueño, por cada día de bendiciones y fortaleza. Gracias por permitirme seguir en este proyecto llamado vida y por ponerme a grandes personas junto a mí.

Universidad Nacional Autónoma de México, gracias por que más que una Institución educativa eres mi segunda casa, por abrigarme desde el nivel medio superior, porque contigo obtuve diversos conocimientos, grandes lecciones de vida, aprendí a rebasar mis propios límites y a descubrir capacidades y habilidades que no conocía en mí. Gracias por que me permitiste conocer a personas que ahora son indispensables en mi vida. Hoy me toca decir hasta pronto, pero no es un adiós, buscaré la forma de retribuirte un poco de las muchas cosas maravillas que me brindaste y sé que así como yo hay mucha gente que están obteniendo muchos aprendizajes y lecciones de vida. Gracias por ser la Máxima Casa de Estudios a la que pertenecí.

Cubículo 33, gracias por ser un lugar de risas, aprendizajes, trabajo y enseñanzas. Gran parte de mi formación estuvo en este lugar y las horas se hacían más amenas cuando compartía el espacio con las personas que somos parte de este cubículo.

Dra. Amada Ampudia, gracias por todo su apoyo estos casi dos años y medio. Gracias por confiar en mí y por motivarme a que concluyera mis metas, por brindarme las herramientas para obtener tantos conocimientos y por considerarme una parte importante dentro de su equipo de trabajo. Gracias por revisar mis actividades y por dirigir mi trabajo de tesis, que sin su apoyo, hoy no podría estar culminado.

A mi director **Dr. Jorge Pérez** y revisoras, **Dra. Fanny Esquivel**, **Lic. Leticia Bustos** y **Mtra. Guadalupe Santazilla**, gracias por aceptar ser parte de esta investigación, por confiar en mí, por apoyarme en la elaboración de este proyecto y por tenerme la paciencia para revisar mi escrito. Cada uno de ustedes contribuyó de manera gratificante para este sueño.

Dedicatorias

Dos años después de concluir la carrera, es satisfactorio finalizar con este proyecto, durante el cual hubo momentos de alegrías, angustia, felicidad pero sobre todo que me dejó muchos aprendizajes y bases para seguir aprendiendo sobre el tema. A ustedes quiero dedicar mi trabajo.

Papá y mamá, gracias por todo el apoyo que me han brindado a lo largo de mi vida y sobre todo por ser una parte fundamental en mi formación académica y personal. Gracias por su apoyo a lo largo de la elaboración de mi trabajo, porque en los momentos en los que yo sentía que caía siempre estuvieron sus brazos para sostenerme, así como palabras de aliento que me motivaban día a día a seguir adelante, como siempre me decía “hoy estas más cerca de cumplir tu objetivo que ayer” y hoy llegó ese día. Gracias, porque a pesar de mis malos ratos y en ocasiones mis malas caras siempre han estado para sacarme una sonrisa, para hacer de cada momento un rato de felicidad.

Gracias por enseñarme que todo lo que uno sueña es posible, pero que se necesita dedicación para cumplir las metas. Hoy después de mucha dedicación y esfuerzo he logrado cumplir este sueño. Son personas extraordinarias que con cada palabra, llamada de atención, afecto y sonrisa me han dado las bases para convertirme en la persona que ahora soy. Son un gran ejemplo de seres humanos y de padres. Agradezco a la vida por permitirme ser parte de tan bella familia; los amo.

Hermanos, gracias por estar en mis momentos más felices y tristes; son una parte fundamental en mi vida. **Hugo,** hermano, cómplice, amigo, gracias por esta hermosa amistad, porque hemos aprendido el verdadero significado de un hermano. Gracias por apoyarme, por alentarme y hasta por regañarme cuando sentía que las cosas sobrepasaban mis límites, porque cada palabra me hacía luchar más por mis metas. Gracias por comprenderme en este gran trayecto, por ser quien eres y por tener una gran confianza en mí. Te amo. **Neto,** contigo he aprendido que el amor de hermanos es más que sólo sangre. Gracias por ser un joven tan especial, por tus constantes muestras de cariño, por tus risas y tus ideas locas, porque siempre logras sacar una careajada de mí. Gracias por ser parte de este logro, gracias por los masajes en los hombros mientras decías “si te doy un masaje vas a estar más relajada y te vas a poder apurar más”, por mí era una gran muestra de apoyo y cariño. Te amo.

Yos, amigo, hermano, cómplice. Gracias por todo tu apoyo, porque desde que te conocí siempre he tenido en ti un apoyo, motivación, un amigo y un compañero de vida. Te agradezco por tus consejos, por siempre escucharme, por apoyar mis locuras y hacerlas realidad junto a mí. Durante este trayecto fuiste fundamental, porque siempre me

apoyaste, porque exististe en mí y porque ahora compartes conmigo este gran logro. Contigo conocí lo que es una amistad y lo gratificante que es saber que siempre voy a tener en quien confiar, hemos aprendido que podemos no estar físicamente pero si emocionalmente y eso es un gran apoyo. Te amo amigo, gracias por formar parte de mi vida y por siempre tener una sonrisa y una palabra para recibirme en mis mejores y peores momentos.

Chiquitas, Brenda y Fany, hace algún tiempo éramos simplemente conocidas, ahora somos amigas. Gracias por que fueron una de las personas de las que más apoyo y motivación obtuve no sólo en este proceso sino en todo el tiempo en el que han sido parte de mi vida. Gracias por los consejos, regaños, risas, alegrías y por todo lo que han hecho por mí. Estoy segura que esta gran amistad es el inicio de algo muy especial. La adoro.

Amigos, gracias por estar en mi vida. **María**, gracias por ayudarme, por escucharme, por orientarme y por brindarme aprendizajes, gracias por siempre estar y por tener una respuesta a mis múltiples dudas. **Mirya, Rodrigo**, desde el inicio de la licenciatura hemos compartido este proceso; sé que esto no termina aquí, cada uno sigue sus propios intereses y objetivos, pero seguiremos apoyándonos en cada uno de nuestros sueños, gracias por ser mis amigos y por siempre estar presentes. **Julian**, primo, hermano y amigo, gracias por siempre estar en cualquier momento, por tener palabras de aliento y brazos calurosos. Te amo mucho primo y siempre seremos uno mismo.

Con todo mi amor y cariño.
Nancy Paola Carballido Verver y Vargas.

• RESUMEN	3
• INTRODUCCIÓN	4
• ANTECEDENTES	7
• MALTRATO INFANTIL	35
1.1 Definición del maltrato infantil	37
1.2 Modelos explicativos del maltrato infantil	40
1.3 Tipología e indicadores del maltrato infantil	43
1.4 Factores de riesgo del maltrato infantil.....	51
1.5 Consecuencias del maltrato infantil.....	57
• AUTOESTIMA	65
2.1 Diferencias entre autoconcepto y autoestima	65
2.2 Definición de autoestima	67
2.3 Construcción de la autoestima	70
2.4 Componentes y áreas de la autoestima	75
2.5 Consecuencias de la autoestima	83
• METODOLOGÍA	91
3.1 Justificación y planteamiento del problema.....	91
3.2 Objetivo general	93
3.3 Objetivos específicos	93
3.4 Hipótesis conceptual	94
3.5 Hipótesis específicas.....	94
3.6 Variables	95
3.7 Definición de las variables.....	95
3.8 Muestra	97
3.9 Sujetos	97
3.10 Tipo de estudio.....	97
3.11 Diseño de investigación	98
3.12 Instrumento	98
3.13 Procedimiento	100
3.14 Análisis estadístico.....	100
• ANÁLISIS DE RESULTADOS	102
4.1 Estadística descriptiva de las variables sociodemográficas	102
4.2 Estadística descriptiva: frecuencias y porcentajes de los reactivos ubicados en cada área del grupo sin maltrato y con maltrato	105

4.3	Estadística inferencial: Prueba estadística t de Student entre los niños y niñas maltratados y no maltratados respecto a las puntuaciones obtenidas en cada área de la autoestima de Coopersmith.....	115
•	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	122
5.1	Discusión.....	122
5.2	Conclusiones.....	133
•	BIBLIOGRAFÍA	141

AUTOESTIMA EN NIÑOS MALTRATADOS Y NO MALTRATADOS EN ETAPA ESCOLAR

RESUMEN

El maltrato infantil constituye uno de los problemas sociales más graves de México. Día a día se reportan, denuncian o encubren, casos de maltrato a menores en una gama de expresiones, que van de las omisiones a los abusos y a las lesiones graves, que, en situaciones extremas, podrán culminar en la muerte del infante (Ampudia & Jiménez en Ampudia, Santaella & Eguía, 2009). No existen cifras exactas de este problema, debido a que en muchas ocasiones los padres lo reportan como medidas disciplinarias o “accidentes”; sin embargo, es un fenómeno frecuente en la sociedad. Estos malos tratos generan diversas consecuencias, como lesiones cutáneas, somáticas, sociales, cognitivas, de lenguaje, motoras, sexuales, comportamentales y psicológicas, siendo estas últimas, en especial las relacionadas con la autoestima el tema de interés de esta investigación, pues es una de las consecuencias que acompaña a los diferentes tipos de maltrato y repercuten en el desarrollo del menor maltratado en las distintas esferas de funcionamiento y relación. El objetivo de la presente investigación es conocer si difiere la autoestima, en sus diversas áreas (si mismo general, social, hogar y padres, y escolar/académica), entre niños escolarizados que presentan indicadores de maltrato infantil y niños que no presentan indicadores de maltrato. La muestra estuvo constituida por 101 menores, de los cuales 50 fueron maltratados (25 hombres y 25 mujeres) y 51 menores sin indicadores de maltrato (25 hombres y 26 mujeres), de 6 a 12 años de edad que se encontraban en una escuela primaria. Se utilizó el Inventario de Autoestima Original Forma Escolar de Coopersmith S. 1967, traducido al español por Panizo M., (1988). Los datos se analizaron mediante la estadística descriptiva para las variables sociodemográficas, y los reactivos del instrumento, además se analizaron los datos mediante la prueba estadística paramétrica *t* de Student, para obtener las diferencias entre los dos grupos. Los resultados indican que si existen diferencias estadísticamente significativas en las áreas del instrumento. Los indicadores que se presentaron en el grupo de menores no maltratados están orientados a conductas asertivas de interacción, favoreciendo los sentimientos, las relaciones personales, la iniciativa y la actitud activa; mientras que el grupo de niños con maltrato presentó comportamientos poco asertivos, sentimientos de minusvalía, relaciones hostiles, bajo rendimiento académico, actitud pasiva y dificultades para enfrentar problemas. Estos datos permiten identificar y detectar indicadores específicos con el propósito de diseñar y realizar intervenciones en los menores para fomentar el nivel de autoestima y favorecer su calidad de vida.

Palabras clave: Maltrato infantil, Autoestima, Niños escolarizados, Niños maltratados.

INTRODUCCIÓN

Actualmente se presentan dificultades para lograr una definición única del maltrato, sin embargo es una problemática con relevancia social, familiar y académica que afecta a nivel mundial y de la cual las cifras cada vez incrementan más.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) definió el maltrato infantil como los abusos y la desatención del que son víctima los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye entre las formas de maltrato infantil.

Los malos tratos de los que son víctimas los menores presentan consecuencias a corto, mediano y largo plazo, las cuales repercuten en el desarrollo motor de los infantes, en sus comportamientos, su interacción social, sus emociones y sentimientos como lo es la autoestima, la cual se define como la manera en que el sujeto se valora a sí mismo según sus cualidades que provienen de su experiencia y que son consideradas como positivas o negativas. La autoestima se presenta en diferentes ámbitos, como personal, familiar, académico, físico e intelectual y la persona puede tener una percepción diferente en cada uno de ellos (Aladro, 2012; Sánchez, 2012; Cava & Musitu 2000).

Debido a que la autoestima no es una dimensión estática y se desarrolla durante toda la vida de la persona, es esencial lograr una construcción positiva desde edades tempranas y considerando que el maltrato infantil es un predictor de baja autoestima, es importante conocer la relación específica que se presenta entre los dos fenómenos.

Por lo tanto, la presente investigación tiene como objetivo conocer si difiere la autoestima, en sus diversas áreas (si mismo general, social, hogar y padres, y escolar/académica), entre

niños escolarizados que presentan indicadores de maltrato infantil y niños que no presentan indicadores de maltrato, medido a través del “Inventario de Autoestima Original Forma Escolar de Coopersmith S. 1967, traducido al español por Panizo M. (1988)”.

Se realizó previamente una revisión sobre los antecedentes de este fenómeno, con la finalidad de conocer la situación a nivel mundial y en específico en México; así como los datos estadísticos; esta investigación previa se utilizó para delimitar la pregunta de investigación y las hipótesis.

En el primer capítulo se aborda el tema del maltrato infantil, se inicia hablando de un componente histórico para conocer como se fue transformando el concepto del maltrato infantil para así llegar a dar una definición del mismo. También se presentan los modelos explicativos, la tipología e indicadores del maltrato infantil, para ampliar el panorama de estudio, mostrando los factores de riesgo que intervienen en la aparición de los malos tratos y las consecuencias que se presentan ante estas conductas.

En el capítulo dos se plasma el tema de la autoestima, iniciando con una visión histórica del fenómeno y se puntualiza en las diferencias entre el autoconcepto y autoestima, posteriormente se revisan las definiciones que se han presentado sobre el tema. Consecutivamente se da a conocer como se construye la autoestima, los componentes y áreas que la conforman y finalmente se abordan las consecuencias que se presentan por poseer una alta o baja autoestima.

En el tercer capítulo se muestra la metodología que se utilizó para efectuar esta investigación. Se establecen los objetivos, las hipótesis, las variables y definición de las mismas, la muestra y los sujetos. Posteriormente se define el tipo de estudio y el diseño de investigación, así como la descripción del instrumento de medición que se utilizó, el procedimiento y análisis estadístico que se desarrolló.

En el capítulo cuatro se muestran los resultados obtenidos en la investigación. La estadística descriptiva en la que se presentan las frecuencias y porcentajes de los datos

sociodemográficos y de los indicadores de autoestima. Asimismo se muestran las tablas obtenidas mediante la prueba de estadística inferencial t de Sudent, para conocer si existen diferencias estadísticamente significativas de la autoestima, en sus cuatro áreas, sí mismo general, social, hogar y padres y escolar/académica, entre un grupo de menores que no presenta indicadores de maltrato infantil y un grupo que si presenta dichos indicadores.

Finalmente, en el quinto capítulo se presenta la discusión sobre los datos obtenidos comparándolos con la teoría investigada, con la finalidad de aceptar o rechazar las hipótesis antes planteadas y se cierra con la conclusión de la investigación, marcando la importancia del estudio y las aportaciones del mismo para futuras investigaciones.

ANTECEDENTES

La violencia se ha propagado a nivel mundial, se puede presentar en diversos escenarios como la escuela y dentro de la familia, tiene diversas modalidades; una de ellas es el maltrato infantil, el cual constituye uno de los problemas sociales más graves de México y de todo el mundo, que va desde las omisiones, abusos y lesiones graves, que en situaciones graves pueden culminar en la muerte de infante (Ampudia et al., 2009), el maltrato infantil es todo comportamiento que llegue a poner en peligro la salud psíquica y física del niño.

En un estudio realizado por Uslu, Kapci, Yildirim y Oney (2010), se pretendió conocer las principales características sociodemográficas que compartían los padres maltratadores; para ello se utilizó una muestra de 296 padres, quienes contestaron un estudio sociodemográfico y la Escala de Reconocimiento de Maltrato Emocional (REMS). Los resultados demostraron que tanto el bajo ingreso familiar y el bajo nivel escolar, contribuyen en el maltrato emocional; así como la edad de los padres (jóvenes) y el número de hijos se relaciona con menores niveles de reconocimiento del maltrato por parte de los padres.

Por otra parte la violencia se define como todo acto u omisión que atente contra la integridad física, psíquica o sexual de una persona, contra su libertad o que amenace gravemente el desarrollo de su personalidad. Cuando se hace referencia al concepto de violencia intrafamiliar se dice que esos actos tienen lugar dentro del hogar o la familia, ya sea que el agresor comparta o en el pasado haya compartido el mismo domicilio que la víctima (Alarcón, Araújo, Godoy & Vera, 2010).

En un estudio realizado por Putnam-Hornstein, Caderbaum, King, Eastman y Trickett (2015) para las madres adolescentes en California, se generaron las estimaciones a nivel de población y la relación entre las historias de las madres que recibieron malos tratos, y los abusos de próximas generaciones y abandono. Se utilizaron los registros de nacimiento de California para todos los bebés nacidos de madres adolescentes de 2006 o 2007, los cuales estaban vinculados a los servicios de registro de Protección de Niños en todo el Estado (CPS). Para cada nacimiento, se utilizaron los registros de CPS para documentar lo

siguiente: 1) si la madre adolescente tenía antecedentes de maltrato antes de la fecha de concepción y 2) si el hijo de la adolescente sufrió maltrato antes de cumplir los 5 años. Se examinó la asociación entre CPS y maltrato infantil de las madres adolescentes, de la misma forma se ajustaron una serie de variables sociodemográficas. El conjunto de datos final incluyó 85,084 nacimientos de madres primerizas de entre 15 y 19 años. Se observaron tasas significativamente más elevadas de abuso y negligencia de los hijos de madres que habían sido reportados a CPS como posibles víctimas de maltrato; por lo tanto el maltrato vivido por las madres adolescentes surgió como un fuerte predictor del maltrato hacia sus hijos.

Alarcón et al., (2010) indicó que la violencia intrafamiliar constituye una de las formas más frecuentes de agresión, siendo el maltrato infantil una de las principales manifestaciones, el cual presenta cifras alarmantes en la familia y amenaza a la salud infantil y su bienestar.

Vite, López y Negrete (2010), realizaron una investigación con el objetivo de evaluar el constructo de sensibilidad materna en un grupo de diadas madre-hijo con historia de maltrato físico infantil en relación con un grupo de madres no maltratadoras. Participaron 30 diadas madre-hijo, 15 con historia de maltrato físico y 15 sin historia de maltrato, las cuales fueron apareadas con relación a la edad y el sexo de los niños. Todas las diadas fueron observadas a través del Sistema de Captura de Datos Observacionales (SICDO). Los resultados indicaron que los niños maltratados mostraron mayor comportamiento aversivo que los menores que no estaban inmersos en el maltrato, sin embargo fueron similares en la conducta prosocial. En relación con el comportamiento materno, se observó que las madres maltratadoras presentaron mayores conductas aversivas que las madres no maltratadoras, pero manifestaron frecuencias similares en el comportamiento prosocial. Finalmente se encontró que las madres maltratadoras fueron menos sensibles al comportamiento de sus hijos que las madres no maltratadoras.

Por otro lado, Alarcón et al., (2010) postuló que las consecuencias tanto a corto como a largo plazo son más perjudiciales para las víctimas y sus familias y más costosas para la sociedad, que las mismas lesiones que se puedan producir en los infantes. Los efectos a

largo plazo para estos niños van desde alteraciones en su desarrollo hasta trastornos psicológicos, psiquiátricos y orgánicos. Resaltó que aún con muy buenas intervenciones no todas tienen el éxito esperado si no se hacen de manera correcta, por lo que resulta indispensable contar con estrategias de prevención que incluyan personal bien entrenado, una supervisión adecuada, recursos necesarios y un tiempo mínimo óptimo para enfrentar el problema con la finalidad de obtener los mejores resultados.

Existen diversas investigaciones que abordan las consecuencias del maltrato físico, sin embargo pocas se han centrado en el impacto de las experiencias de negligencia infantil, por lo que Klein, Elifson y Sterk (2007) examinaron el papel que tiene la negligencia en la infancia sobre la participación de las mujeres adultas en las conductas de riesgo relacionadas con el VIH. Los datos se obtuvieron de un estudio de 250 mujeres en riesgo, que vivían en el área metropolitana de Atlanta, la mayoría de ellas eran afroamericanas. Los datos fueron recogidos en entrevistas cara a cara entre 1997 y 2000. Se exploró la relación entre las experiencias de abandono de la niñez, la autoestima, las actitudes hacia el uso del condón, y la participación en las conductas de riesgo relacionadas con el VIH. Los resultados obtenidos revelaron que la negligencia en la infancia conduce a la reducción de la autoestima. De la misma manera la negligencia se relacionó con actitudes negativas hacia el uso del condón y las mujeres que experimentaron el abandono en la niñez tienen mayor participación en las conductas de riesgo de VIH. Se concluyó que los programas de intervención sobre el VIH deben dirigirse a las mujeres que han sufrido negligencia en la infancia, como experiencias de abandono, pues estos tienen impactos adversos sobre su autoestima, actitudes relacionadas con preservativos y prácticas de comportamiento de riesgo de VIH y otras enfermedades de transmisión sexual en la edad adulta.

Por otra parte, se presentan otro tipo de consecuencias del maltrato infantil, una de ellas son los ingresos económicos que los menores obtendrán en la edad adulta. Para estudiar este fenómeno se realizó una investigación, en la cual, se consideraron dos grupos, el primero había presentado abuso físico, sexual y negligencia justificada durante 1967-1971 y el segundo grupo no presentaba abusos ni negligencias; se realizó un seguimiento de ambos grupos hasta la edad adulta (41 años de edad media). Se evaluaron las medidas de

resultado de la situación económica y la productividad en el período de 2003 y 2004, en un total de 807 personas. Los resultados arrojaron que los adultos con antecedentes documentados de abuso y/o negligencia en la infancia, tuvieron niveles más bajos de educación, de empleo y de ingresos, en comparación con los niños que no fueron abusados y sin negligencias; por lo que se concluyó que las personas que han sufrido maltrato, en el futuro son más propensas a estar en trabajos donde la remuneración económica es más baja de acuerdo a sus necesidades y en comparación el grupo que no presentó maltrato durante la infancia (Currie & Spatz, 2010).

El maltrato infantil provoca, entre otros efectos, una alta mortalidad y morbilidad, ya que se calcula que más de un 10% de los casos de niños que padecen retraso mental o parálisis cerebral se debe al maltrato. Además, los menores que han sufrido maltrato presentan déficits cognitivos o del lenguaje, trastornos del aprendizaje, dificultades académicas (incluyendo déficits de atención y trastornos de conducta), problemas emocionales (como baja autoestima) y/o comportamientos autodestructivos. Por tanto, se ha observado que los malos tratos durante la infancia reducen la calidad de vida relacionada con la salud física y mental de la persona (Mesa-Gresa & Moya-Albiol, 2011).

Cortés, Cantón y Cantón-Cortés (2011); realizaron un estudio para determinar la prevalencia, la naturaleza y las consecuencias de los abusos sexuales sufridos durante la infancia o la adolescencia. Utilizaron un cuestionario sobre abuso sexual, el cual respondieron de forma voluntaria 2,159 estudiantes de la Universidad de Granada en España. Una vez obtenidos los resultados se estableció un grupo de víctimas y se formó otro de comparación con estudiantes sin antecedentes de abusos. En una segunda sesión se evaluó la salud mental de ambos grupos, mediante la Escala de Autoestima de Rosenberg, el Inventario de asertividad, el Inventario de depresión de Beck, el Cuestionario de ansiedad estado-rasgo y la Escala de pensamientos suicidas. Los resultados arrojaron que 269 (12,5%) estudiantes manifestaron haber sufrido abusos sexuales antes de los 18 años de edad. El 62,8% de los abusos consistió en tocamientos y la edad media de inicio fue a los 8,8 años. Los perpetradores fueron en su mayoría varones y el 44% eran menores de edad; los abusos solían cometerse dentro del hogar de la víctima o del agresor, aprovechándose

de las visitas o de su estrecha vinculación; alrededor del 50% utilizaba del engaño o el juego. En cuanto a la salud mental de las víctimas, las universitarias con antecedentes de abusos sexuales presentaron menor autoestima y asertividad y puntuaciones más altas en actitudes negativas, depresión y ansiedad, que las universitarias sin abuso. Sin embargo, las víctimas varones sólo diferían de los universitarios sin antecedentes de abusos en un mayor nivel de ansiedad.

La adaptación social y escolar de los jóvenes que han sufrido maltrato en la infancia también puede estar alterada, por lo que Muela, Balluerka y Torres (2013), realizaron una investigación, en la cual el objetivo era conocer si existían alteraciones en ambas áreas con jóvenes que habían sufrido maltrato en la infancia y se encontraban en situación de institucionalización; asimismo determinar si existían diferencias entre los jóvenes sometidos a distintas situaciones de desprotección infantil. En el estudio participaron 318 jóvenes, entre 13 y 18 años de edad, pertenecientes a tres grupos; (el primero constituido por 69 jóvenes (31 mujeres y 38 varones) víctimas de maltrato infantil que se hallaban en un instituto bajo una medida de protección; el segundo grupo formado por 75 jóvenes (29 mujeres y 46 varones) víctimas de maltrato infantil que se encontraban en situación de riesgo de desamparo y el tercer grupo constituido por 174 jóvenes (95 mujeres y 79 varones) que no habían sufrido maltrato). Los resultados determinaron que, independientemente de la situación de desprotección infantil en la que se encontraban, los jóvenes víctimas de maltrato infantil mostraron mayores dificultades de adaptación social y escolar que los jóvenes que no habían sufrido maltrato en la infancia.

La delincuencia también se ha vinculado con los malos tratos durante la niñez, por lo que se han realizado investigaciones que examinan la etiología de la conducta criminal y se hace una relación con los efectos negativos de experimentar trauma temprano en la vida. Se estudió el papel mediador de la salud mental de los adolescentes (en particular la propia imagen) y la relación entre el maltrato infantil y la posterior agresión sexual adulta. Para este estudio, se utilizaron datos retrospectivos de una muestra de 565 agresores sexuales encarcelados en un penal de máxima seguridad ubicado en Canadá. Los resultados indicaron que la mala imagen de sí mismos en la adolescencia media y el maltrato infantil

tiene gran relación con el grado de agresión sexual que se presenta en la edad adulta (Reckdenwald, Mancini & Beauregard, 2014).

Otra de las consecuencias del maltrato infantil que se pueden presentar son las emocionales, una de las principales repercusiones se da en la autoestima; en el estudio realizado por Oates, Forrest y Peacock (1985), se compararon 37 niños ingresados en el hospital con un diagnóstico de abuso con 37 niños no maltratados emparejados por edad, sexo, grupo étnico, escuela y la clase social, de entre 4 y 14 años. La autoestima se evaluó por medio de una entrevista estructurada con el niño y la Escala de Autoconcepto de Piers-Harris. Los resultados arrojaron una diferencia significativa, en la que los niños maltratados tenían menos amigos y jugaban con ellos con menos frecuencia en comparación con los niños que no habían sufrido maltrato. De igual manera, los niños maltratados fueron menos ambiciosos en relación con el tipo de ocupación que les gustaría ser cuando sean adultos y fueron significativamente inferiores en la Escala de Autoconcepto de Harris.

En otro estudio, se trabajó con una muestra de 67 participantes mexicanos y 108 argentinos de ambos sexos, de entre 11 y 13 años de edad, con el objetivo de realizar una comparación de su estructura mental de autoconcepto. En los resultados se encontraron tanto similitudes como diferencias en la estructura y contenido del autoconcepto de ambas muestras, esto como efecto de la cultura. Se reportó una tendencia a comportarse con base en la normatividad social, la afiliación y la expresión de los afectos. Por otra parte, las diferencias mostraron que los argentinos se orientaban de forma más natural hacia el desarrollo intelectual, en comparación con los mexicanos que requerían de mayor orden y severidad para ello. Asimismo, se observó que los adjetivos de rebeldía y autoafirmación que se agruparon en ambas muestras, fueron más abundantes entre los participantes argentinos que en los mexicanos. Este dato permitió observar una mayor tendencia de los niños argentinos hacia la asertividad en comparación con los niños mexicanos (Valdez, Mondragón & Morelato, 2005).

En un estudio realizado en Argentina se evaluaron y compararon características del autoconcepto entre niños víctimas de maltrato y niños sin esta característica. La muestra

estuvo conformada por 185 escolares argentinos de entre 7 y 12 años (91 niños/as víctimas de maltrato y 94 escolares no maltratados). Se aplicó un Cuestionario de Autoconcepto; los resultados demostraron que los escolares maltratados se definieron significativamente más inquietos y rebeldes que los niños no maltratados; cabe destacar que ambas características tienen una connotación negativa que se asocia con el incumplimiento de las normas sociales. Los resultados también señalaron que los niños víctimas del maltrato se sintieron significativamente más románticos y simpáticos que los que no fueron maltratado, ambas características afectivas, esto debido a las carencias emocionales, a su necesidad de buscar afecto y agradar a los demás. En los niños no maltratados se observaron diferencias significativas en un mayor número de reactivos positivos (detallista, sentimental, leal, obediente, exigente y aplicado); esto indica que el autoconcepto de los escolares que no fueron maltratados en comparación al grupo de niños maltratados, estaba fortalecido (Morelato, Maddio & Valdéz, 2011).

En la investigación realizada por Molina y Raimundi (2011) en Argentina, el objetivo fue estudiar la influencia de las autopercepciones en dominios específicos sobre la autoestima global de niños escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires/AR (CABA); se utilizó el instrumento de Perfil de Autopercepciones para niños (SPPC) y se aplicó a 219 niños de ambos sexos, la edad media fue de 10.34 años, pertenecientes a una escuela privada de la ciudad, se realizó una comparación entre sexos. Se encontró que el principal predictor de la autoestima para los niños fue la autopercepción de apariencia física y para las niñas la autopercepción de aceptación social. El principal predictor de la autoestima para los niños y niñas de tercero a quinto grado fue la autopercepción de apariencia física y para los niños y niñas de sexto y séptimo grado fue la autopercepción de aceptación social y comportamiento; es decir, que entre mayor eran los niños existió más importancia para los aspectos y relaciones sociales.

Los niños maltratados presentan dificultades en el proceso de integración en los centros de protección social, y más, cuando salen de dicho lugar, pues su perfil psicológico en muchas ocasiones no se mejora. En este contexto Margaritoiu y Eftimie, (2012), en Rumania, investigaron el nivel de autoestima en 21 niños víctimas de abusos de un Centro de

Recepción de Emergencia con el fin de desarrollar un posible marco para un programa de asesoramiento. Los resultados obtenidos por el análisis de documentos, la observación, la escala de autoestima y el cuestionario, indicaron que todos los sujetos investigados desarrollaron trastornos afectivos y conductuales, el 81% tuvieron una baja autoestima y el 59% presentaron un bajo autocontrol emocional. Otro hallazgo importante fue la presencia de pensamientos irracionales sobre sí mismos, sobre los demás y sobre el futuro (carrera y el fundamento de la familia).

El maltrato infantil tiene una contribución potencial a la baja autoestima y la baja calidad en las relaciones sociales; en Estados Unidos se investigaron estas dos repercusiones y los síntomas durante la adolescencia, estas secuelas se estudiaron en el tiempo. Los autores obtuvieron la historia de maltrato durante la infancia y la juventud (407 maltratados, 228 no maltratados; 376 hombres, 259 mujeres); se realizaron 2 evaluaciones (pretest y postest), con aproximadamente 2 años de diferencia (en la adolescencia temprana o media y en la adolescencia media o final). Los resultados arrojaron que las experiencias de maltrato infantil predijeron baja autoestima, baja calidad de la relación y los síntomas se hicieron presentes a inicios y mediados de la adolescencia (Flynn, Cicchetti & Rogosch, 2014).

De la misma forma, autores como Thais, Quarti, Werlang, Tiellet e Iracema (2014), realizaron una revisión la cual tuvo como objetivo investigar los efectos de la exposición al maltrato infantil en la autoestima, la competencia social, relaciones con los compañeros y el rendimiento escolar. Realizaron una búsqueda de artículos empíricos de 1984 a 2012 para determinar criterios de inclusión/exclusión respecto al maltrato y los problemas de la autoestima. Los estudios pusieron de manifiesto que, en general, los adultos y los niños/adolescentes que fueron expuestos a los malos tratos en la infancia mostraron alteraciones en la autoestima, la competencia social, relaciones con los compañeros y en el rendimiento escolar.

Si bien es cierto, que existen estudios que se relacionan con esta problemática, en nuestro país son pocas las investigaciones respecto a las consecuencias emocionales del maltrato infantil, como es el problema de la baja autoestima.

En la cultura mexicana, se ha utilizado la violencia y el maltrato mediante el castigo físico y emocional como una manera de ejercer disciplina en los infantes, en ocasiones ni la propia familia conoce dónde se ubican los límites entre el abuso y la disciplina. Por lo general, las personas que cometen el abuso y negligencia son las mismas que son responsables de la seguridad y bienestar del niño o de su cuidado (Mazadiego, 2005).

Se ha estudiado este tema, uno de las investigaciones realizadas fue por Mazadiego (2005) con el objetivo de detectar el maltrato infantil en el hogar y en la escuela, en el estudio participaron 550 niños de 7 a 12 años de edad, seleccionados al azar, quienes eran alumnos de primero a sexto grado en siete diferentes escuelas localizadas en el estado de Veracruz, tanto de un ambiente rural como urbano. El instrumento que se aplicó consta de ocho reactivos de selección. La principal variable que se encontró fue el cuidado excesivo por un familiar, el 90.54% de los infantes respondió que les gritaban y ofendían, pero también que se les permitía todo y que no había reglas en el hogar y el 60.54% mencionó que entre algunos castigos que recibieron estuvieron entre moretones, mordeduras y quemaduras de plancha. Este estudio permitió apreciar que existe una carencia en la cultura sobre la protección hacia los niños, la necesidad de educar a los padres para diferenciar disciplina de maltrato y de presentar propuestas ante las instancias educativas pertinentes para educar de la mejor manera a los niños.

A pesar de que el maltrato se ha utilizado como un tipo de castigo, este es efectivo sólo a corto plazo pero causa problemas conductuales a largo plazo. De igual forma se asoció con baja autoestima y depresión en el niño castigado. Muchas veces los progenitores empleaban castigos físicos porque no conocían otra forma de corregir ciertas conductas en sus hijos o porque sustentaban creencias erróneas sobre la disciplina, sin olvidar que también lo realizaban al no poder controlar su hostilidad o porque repetían la forma de como ellos mismos fueron educados (Sauceda, Olivo, Gutiérrez & Maldonado, 2007).

Es común el empleo de este tipo de castigos físicos en la crianza de los hijos, sin considerar sus posibles efectos psicológicos negativos. Sauceda et al., (2007) realizaron un estudio, en el cual partieron de la hipótesis de que los niños con conductas disruptivas sufren más

castigos físicos por parte de los progenitores, y que éstos mantienen creencias más agresivas sobre la disciplina en la crianza. El estudio fue de escrutinio comparativo, abierto y de corte transversal en 2 grupos de 100 escolares cada uno; un grupo clínico con diagnósticos de trastornos disruptivos del comportamiento y un grupo control de una escuela pública con edades similares. Se aplicaron a los progenitores el Cuestionario de Connors para la evaluación de psicopatología en niños y la Escala de Creencias y Castigos. Los resultados se analizaron mediante la prueba de X^2 y se observó que 54% de los padres del grupo clínico y 17% del grupo control pensaban que “cuanto más estrictos son los padres, mejores serán los niños también”. Tres de los tipos de castigo (“lo he insultado o maldecido”, “lo he echado fuera del cuarto” y “lo he empujado, agarrado o apartado fuertemente”), ejemplos claros de maltrato, también fueron significativamente más frecuentes en el grupo clínico. Se presentó una asociación entre creencias y prácticas disciplinarias de los padres y comportamientos agresivos de los hijos; este tipo de “técnicas de crianza” suelen propiciar en los menores el desarrollo de baja autoestima y psicopatología, además de reforzar el mismo comportamiento que se pretendía suprimir. Es importante que los padres se den cuenta de lo inapropiado de sus creencias, por el contrario se les deben enseñar técnicas disciplinarias adecuadas y así evitar el maltrato a los menores.

Arzate (2014) realizó una investigación con el objetivo de identificar si las funciones cognitivas en los niños y niñas maltratados son diferentes, mediante las subpruebas del WPPSI-III; se les aplicó a 9 niñas y 6 niños ingresados por maltrato de parte de sus cuidadores, en una Estancia Transitoria de la PGJDF. Se obtuvo como resultado que entre ambos grupos existen diferencias significativas, aunque en ambos, las funciones que estuvieron más afectadas fueron el lenguaje, la expresión y comprensión verbal; a pesar de que los dos grupos presentaron deficiencias cognitivas, las niñas presentaron un mayor funcionamiento intelectual en comparación con los niños. Se concluyó que los niños maltratados presentaron puntuaciones menores en comparación con la media poblacional, con reducción en la expresión verbal, inadecuada comunicación, déficits en las habilidades verbales, memoria, atención y concentración. Los menores que han sufrido maltrato presentan una visión distorsionada de la realidad, atribuyendo hechos positivos a los demás y negativos a ellos mismos.

Santaella, Ampudia y Carballido (2014) realizaron una investigación, en la que se estudio el maltrato escolar perpetrado por los profesores, el cual es poco reportado en la literatura; se analizaron las respuestas con relación a la percepción que tienen los padres de familia de sí mismos respecto al maltrato infantil y el comportamiento de profesores de las escuelas primarias. Se consideró una muestra no probabilística de 100 profesores de escuelas primarias y 100 padres de familia de entre 19 y 56 años de edad de ambos sexos; se les aplicó el Instrumento Criterios de Comportamiento en Ambientes Escolarizados (Ampudia y Eguía, 2009) a los maestros y el Formato Experimental de Comportamiento Cotidiano para Padres (Ampudia y Santaella, 2007), con el fin de identificar y detectar conductas de maltrato llevadas a cabo por los padres de familia y los profesores. Los resultados que se arrojaron mostraron que los profesores y padres recurren a métodos de disciplina que se relacionan con maltrato físico, emocional y negligencia; utilizaron el miedo o el castigo para motivar a un niño a estudiar más y a dominar tareas específicas, así como cachetear o abofetear, establecer estándares irreales de desempeño con el objeto de garantizar el fracaso del alumno, confiscar o dañar la propiedad privada de un niño, agarrar o sujetar, negar el tiempo libre adecuado para recreo o almuerzo, amenazar, decir groserías o gritarle a un niño o grupo de niños, etiquetar o inventar chismes acerca de un niño o su familia, nalguear, ignorar deliberadamente a un niño que necesita ayuda, aislar al niño del grupo por un tiempo prolongado, etc. Los docentes ejercen acciones agresivas contra un niño, ante la percepción de que así lo está educando, como medidas disciplinarias, pero no asociadas al maltrato infantil. Los indicadores significativos que describen las percepciones de los padres de familia, se relacionan a conductas de maltrato en las áreas: cognitiva, emocional, física, comportamental, social y escolar.

Se obtuvo como conclusión que el castigo es utilizado en ambos grupos como instrumento de corrección y estrategia de formación moral, y que aparece como la primera y más persistente justificación del daño que padres, madres y profesores causan a los menores. Sin embargo, los agresores negaron la frecuencia, la intensidad y la desproporción del daño, los maltratadores defendieron el exceso y su repetición para modificar las conductas de los menores, que según ellos ofendían. En general, la justificación de los padres y los profesores, mostró el abuso como pedagogía que se utilizó por el bien del menor y que,

mostrado con objetivo educativo y de ideales sociales, normalizó el daño físico o psicológico producido. De igual forma, en el estudio se encontró que los padres se negaron a encontrar formas diferentes al castigo corporal y al maltrato psicológico y evitaron asistir a consulta para hablar de lo que sucedía en su relación con sus hijos, sólo la obligación legal aplicada por las instituciones logró que en algunos casos estos asistieran a tratamiento.

Los malos tratos físicos y psicológicos del que son víctimas los menores tienen consecuencias significativas en el desarrollo del menor, incrementando la aparición de problemas de conducta, déficits sociales, trastornos emocionales o enfermedades médicas, (Gaxiola & Frías, 2005).

Por lo anterior Gaxiola y Frías (2005) realizaron un estudio con el objetivo de determinar los efectos a largo plazo del maltrato infantil. Se aplicó un instrumento a 300 mujeres mexicanas seleccionadas al azar según un muestreo estratificado. La entrevista midió la historia de maltrato, los niveles de violencia hacia la pareja, los niveles de depresión y ansiedad, los problemas de salud, el consumo de alcohol y el estilo disciplinario violento con sus propios hijos. Se aplicó el Inventario de Tácticas de Conflicto de Stratus, el Inventario Diagnóstico para Niños y Adolescentes y la Escala de Depresión de Hamilton. Los resultados indicaron que la historia de abuso tuvo efectos a largo plazo, algunos de ellos fueron en el funcionamiento físico y psicológico de las mujeres, lo cual repercutió en el estilo disciplinario violento con sus propios hijos, de igual manera las mujeres con historias de abuso mostraron más problemas emocionales, como ansiedad, depresión, baja autoestima, baja autovalía y sentimientos de tristeza.

Es importante mencionar que el maltrato infantil es un problema de salud pública de primer orden del que se derivan graves consecuencias, por lo tanto es necesario conocer los factores de riesgo individuales, familiares y sociales que los propician, así como aquellos factores de protección que dificultan su aparición, (Muñoz, Gámez & Jiménez, 2008).

A partir de esto, Muñoz et al., (2008) realizaron un estudio con el propósito de examinar la influencia de diversos factores individuales y familiares de riesgo y protección en los distintos

tipos de maltrato infantil (físico, emocional y abuso sexual), mediante un instrumento de evaluación, el cual se aplicó a 191 menores mexicanos de 11 a 15 años, pertenecientes a una escuela secundaria pública de México D.F.; el 47% de los participantes vivían en familias nucleares (con ambos padres y hermanos), el 24% en familias con ambos padres y otras personas adultas, el 17% con un sólo padre, el 10% en familias monoparentales con alguna otra persona adulta y el 2% de los participantes vivían en ausencia de sus padres pero con otras personas como hermanos, abuelos o tíos. Los resultados mostraron una elevada prevalencia de los malos tratos en la infancia, entre los datos obtenidos están:

- 78.5% fue objeto de algún tipo de maltrato emocional, el 67% fue maltratado físicamente y un 37.6% estuvo involucrado en una situación de carácter sexual contra su voluntad.
- El porcentaje de mujeres víctimas de abuso sexual fue superior al de los varones.
- El maltrato físico se relacionó con el trato desigual en función del sexo, el vínculo familiar negativo, el comportamiento ansioso, antisocial y autolesivo, la baja autoestima, sentimiento de soledad, presencia de enfermedad y uso de un aparato para ver, oír o desplazarse. El maltrato emocional y abuso sexual se relacionó con las mismas variables (excepto con la presencia de enfermedad del menor) y además con deficientes habilidades de afrontamiento. El comportamiento autolesivo fue el mejor predictor para el abuso sexual.
- Dentro de las variables de protección se encontró que la toma de decisiones familiares, informar de experiencias tempranas de afecto, tener buena comunicación familiar y el estilo democrático estuvieron asociados significativamente con una menor probabilidad de maltrato físico y emocional.
- Por último, el abuso sexual correlacionó negativamente con participar en la toma de decisiones familiares, tener buena comunicación familiar y el estilo democrático.

Otra de las consecuencias que se pueden presentar por el maltrato infantil son los problemas de conducta que los niños presentan en la escuela. En un estudio sobre dicho fenómeno, la muestra la constituyeron 110 menores de entre 6 y 14 años de edad; 50 fueron de la población general y 60 fueron identificados como maltratados; estos últimos vivían en casas hogar porque sus padres fueron reportados ante las autoridades como maltratadores.

Se aplicó la lista de chequeo de Achenbach a los maestros, mientras que a los niños se les aplicó la Escala de Tácticas de Conflicto de Straus y la Escala de Depresión de Hamilton, obteniendo también variables demográficas de los niños. Se probó un modelo de ecuaciones estructurales en donde la variable dependiente fueron los problemas de conducta y las independientes la violencia familiar y la depresión. Los resultados del estudio mostraron que la violencia familiar en sus dos formas directa (maltrato infantil) e indirecta (cuando son testigos de la violencia entre sus padres) producen problemas emocionales y de comportamiento en sus víctimas. La violencia familiar tuvo un efecto positivo en la depresión, lo cual indicó que entre más violencia experimenten los menores más depresión manifestarán y entre más depresión desarrollen, más problemas de conducta manifiestan. Por lo anterior, es importante que los profesores sean entrenados en la detección y atención del maltrato infantil para prevenir problemas sociales graves como la delincuencia (Frías, Fraijo & Cuamba, 2008).

Existen otro tipo de consecuencias resultantes de los malos tratos en la infancia; una de ellas es el suicidio, este hecho tiene implicaciones de factores como la evolución del concepto de muerte, el deseo de unirse a una persona significativa ausente, la intencionalidad del acto suicida, la participación del medio familiar como factor contribuyente o protector y la experiencia previa de maltrato. Tanto el suicidio como el maltrato infantil suelen estar sub-registrados a causa de la variabilidad de criterios que los definen o por influencias culturales (Páramo & Chávez-Hernández, 2007).

Las consecuencias en el menor víctima de maltrato infantil pueden actuar como factores que contribuyen para la consumación de conductas suicidas; por lo tanto los trastornos cognitivos del estado de ánimo, de identidad, del apego, la desesperanza y el dolor emocional, propios del maltrato, pueden favorecer el suicidio. Por tanto, Páramo y Chávez-Hernández (2007), realizaron un estudio con el objetivo de determinar la presencia de algún tipo de maltrato infantil en los niños que cometieron suicidio. La metodología que se utilizó en este estudio descriptivo fue ex-post facto, dado que la técnica de recolección de datos fue la autopsia psicológica. Esta técnica facilitó acceder a la dinámica familiar e intrapsíquica del suicida, así como reconocer las circunstancias previas a su defunción. Se realizaron

entrevistas a personas cercanas al occiso, además del análisis de todos los efectos residuales del mismo, que fueron notas finales. El método de análisis fue la distribución de frecuencias y correlaciones. Los datos cualitativos derivados del análisis de contenido de las notas finales fueron verificados mediante la técnica interjueces. Se analizaron 29 casos que representaron el 69% de los suicidios de menores, de 8 a 14 años (con una media de 12.55 años y desviación estándar de 1.62 años) que consumaron su muerte en el Estado de Guanajuato en el lapso de 1995 al 2001 y cuyo expediente fue elaborado por la Procuraduría General de la República; de los casos examinados 19 (65.5%) fueron de varones. Se trabajó con cinco notas finales que habían pertenecido a cuatro menores: 3 mujeres, una de ellas dejó dos notas, y un varón. La mayoría de las personas entrevistadas fueron familiares en primer grado (72.4% de los casos), el resto eran familiares en segundo grado pero habían tenido relación cercana con el occiso. Tres de cada cuatro entrevistados fueron varones. Los resultados arrojaron los siguientes datos:

- La mitad de los suicidas (51.7 %) padecieron algún tipo de violencia: 31% sufrió maltrato psicológico, 41.1% recibió maltrato físico, 10.34% maltrato por negligencia y 3.4% abuso sexual; poco más de la cuarta parte sufría de dos o más tipos de maltrato.
- Existían intentos de suicidio previos en la familia del menor en 26.3% de los casos y consumo de alcohol y drogas en 65.5% y 24% respectivamente.
- El maltrato psicológico se correlacionó significativamente con intentos previos de suicidio.
- Se concluyó que un importante porcentaje de menores que cometieron suicidio fueron también víctimas de algún tipo de maltrato infantil.
- La prevención del maltrato infantil impactó directamente en el suicidio, en el mismo grupo de edad y en poblaciones adultas.

De la misma forma Miranda, Cubillas, Roman y Abril (2009) refirieron que el suicidio es un problema de salud pública y un fenómeno social que incide sobre el desarrollo humano. A partir de la década de 1970 se observó en México suicidios en el grupo de infantes y escolares en el rango de edad de 5 a 14 años. Las lesiones autoinfligidas se ubicaron en el octavo lugar de las causas de defunciones para este grupo. El comportamiento suicida es un

proceso de varias etapas; la primera es la ideación suicida que se refiere a los pensamientos en torno a la propia muerte y es de vital importancia como factor predictor para llegar al suicidio consumado, cabe destacar que las investigaciones sobre este tema en dicha población son escasas.

Por lo anterior Miranda et al., (2009), realizaron un estudio cuyo objetivo fue analizar los factores psicológicos en niños y niñas, con la finalidad de identificar aquellos asociados con la ideación suicida. En el estudio participaron 631 estudiantes de quinto y sexto de primaria, varones y mujeres con edades de 10 a 13 años, de la ciudad de Hermosillo, Sonora; se aplicó el Inventario de Depresión Infantil CDI, Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños CMAS-R y el Inventario de Autoestima de Coopersmith. Se aplicó la primera parte del cuestionario a 631 niños (CDI), posteriormente se trabajó con una submuestra de dos grupos iguales: uno identificado con ideación suicida (174) y el otro sin ideación (174), a los que se les aplicó la segunda parte del cuestionario (CMAS-R y Coopersmith). Para el análisis de los datos se utilizó la prueba no paramétrica χ^2 y razón de prevalencias del paquete estadístico SPSS. Los resultados arrojaron los siguientes datos:

- La media de edad fue de 10.9 años, 50.8% eran niñas y 49.2% niños, el 72.1% de ellos estudio en escuelas públicas y 27.9% en escuelas privadas, semejante a la proporción de la matrícula de educación primaria para los grupos de quinto y sexto grados.
- El 29.2% de los niños y niñas manifestó ideas suicidas.
- En el instrumento CDI se encontró que el grupo de niños con ideación suicida presentó mayores estados depresivos en comparación con el grupo sin ideación; el porcentaje más alto fue localizado en la depresión moderada.
- Se mostraron diferencias por sexo sólo en el grupo sin ideación, fue más frecuente en los niños que en las niñas y los niños que presentaron depresión grave manifestaron un riesgo 8.8 veces mayor de tener ideación suicida.
- Dentro del grupo de Autoestima, el grupo con ideación presentó más casos de autoestima baja en comparación con el grupo sin ideación (52.9% y 23.1% respectivamente), diferencia que fue estadísticamente significativa; sin embargo no se encontraron diferencias por sexo, es decir, que los niños y niñas que presentaron un

nivel de autoestima bajo tuvieron 3.7 veces mayor riesgo de presentar ideación suicida.

- En el grupo de Ansiedad el 37.7% de los niños con ideación presentó un nivel de ansiedad alto en contraste con el 18.4% de niños sin ideación, de igual forma no se presentaron diferencias por sexo. Cuando los menores manifestaron ansiedad se mostró un riesgo 2.6 veces mayor para presentar ideas suicidas.
- Este estudio manifestó que la ideación suicida está presente en la población infantil escolarizada de Hermosillo, Sonora.
- La depresión apareció como un factor de riesgo asociado con las ideas suicidas, aunque se encontraron casos de niños sin depresión pero con ideación suicida, lo que se observó también en otros estudios.
- La autoestima baja presentó más probabilidades de ser un factor de riesgo para la ideación suicida que la ansiedad, pero no se presentaron diferencias significativas por sexo.
- El suicidio es un proceso dinámico de carácter multifactorial y no sólo un hecho estático e individual por lo que es necesario estudiar cómo se gestan las ideas suicidas desde la más temprana edad, con la finalidad de detectar en la edad escolar el proceso que lleva a las conductas suicidas y los factores que se le relacionan; de esta manera se pueden crear programas de prevención orientadas a los niños y prevenir que en la adolescencia se conviertan en parte de la cifra de suicidios.

López-Arce, Ampudia, Álvarez y Calvo (2013) realizaron una investigación con el objetivo de identificar los comportamientos agresivos de los menores que han sido víctimas de los malos tratos y la manera en la que se manifiesta ésta expresión emocional en estos menores, se realizó con 50 niños de entre 6 y 10 años de edad del Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas de la PGJDF, se les observó en diversas situaciones, se realizó un registro individual y se utilizó la lista de Indicadores de Comportamiento Agresivo en Menores Maltratados (ICAMM) (Ampudia, 2007). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a las 4 áreas de comportamiento agresivo entre niños y niñas:

- Respuestas físicas: los menores iniciaron peleas físicas con frecuencia, destruyeron objetos que son propiedad de otros, dañaron materiales y utilizaron objetos para

causar daños físico a otras personas, estas conductas fueron más frecuentes en los niños que en las niñas.

- Respuestas verbales: se relacionaron con amenazas verbales, gritos, insultos y palabras obscenas para dañar a otras personas; son los niños quienes presentaron mayor porcentaje en estas conductas, las niñas también manifestaron dichas conductas pero en una menor proporción, sin embargo, ellas por lo general se dirigían hacia los otros con gritos.
- Respuestas conductuales: de igual forma se presentaron con mayor frecuencia en los niños, ellos agredían e intimidaban a otras personas, robaban, mostraron comportamientos hostiles y violentos, se alejaron de sus compañeros, dominaban mediante la agresión, provocaban el enojo en otras personas, retaban a la autoridad, sus juegos fueron inducidos a la violencia y se resistían a las labores obligatorias. Mientras que las niñas manifestaron actos de rebeldía y desobediencia, desafiaban a otras personas, presentaron problemas de disciplina y molestaban a otros.
- Expresiones emocionales: se relacionaron con acciones autodestructivas y coraje, impulsividad, conductas que se presentaron con mayor porcentaje en los niños que en las niñas, pues en ellas se mostro resentimiento, lo cual fue menor en los niños.

Por otra parte, se investigo el nivel de depresión de niños y niñas que han sido víctimas de maltrato, con una muestra de 50 niños (25 niños y 25 niñas) entre 6 y 12 años de edad, del Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas de la PGJDF, víctimas de maltrato, a quienes se les aplicó el cuestionario de Depresión para Niños (CDS) de Lang y Tisher (1994), (modificado por Ampudia, 2009 para menores maltratados) considerando las áreas total depresivo con 6 subpruebas: respuesta afectiva (RA), problemas sociales (PS), autoestima (AE), preocupación por la muerte (PM), sentimiento de culpabilidad (SC) y depresivos varios (DV) y el áreas total positivo con dos subpruebas (ánimo-alegría (AA) y positivos varios (PV) del instrumento. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de depresión entre niños y niñas. En el área respuesta afectiva los niños reportaron sentimientos de tristeza, pero no lo expresaron a través del llanto, mientras que las niñas fueron susceptibles a mostrar su tristeza, llegaron incluso a presentar ideas de

muerte. En cuanto a los problemas sociales, las niñas experimentaron más sentimientos de soledad.

Con respecto al área de autoestima (AE), las niñas se mostraron más propensas a mostrar baja estima, sintiéndose avergonzadas, descontentas y en general inconformes con su aspecto, mientras que los niños presentaron una mayor estima de sí mismos. En el área de preocupación por la muerte (PM), las niñas manifestaron fantasías acerca de muerte, desgano para realizar las actividades cotidianas y los niños tuvieron mayor dificultad en levantarse por las mañanas. En los sentimientos de culpabilidad (SC), los niños se sintieron culpables del descontento de sus padres y de presentar ideas persecutorias, mientras que las niñas presentaron mayores sentimientos de culpabilidad debido a sus acciones y de sus escasos sentimientos de amor hacia los padres, por lo que consideran que merecen ser castigadas. Referente al área de depresivos varios (DV) las niñas fueron más susceptibles a mostrar sentimientos de tristeza mediante el llanto, preocupadas por la opinión de los demás hacia ellas y por la salud de sus madres, mientras que los niños presentaron un mejor manejo de la hostilidad del exterior. Por lo que se llegó a la conclusión de que el maltrato es un detonador importante para la depresión y estos efectos pueden aumentar a medida que los menores crecen (Ampudia, Sánchez, Arzate, Jara & Ramírez, 2013).

La baja autoestima se relaciona directamente con el maltrato infantil; la primera se considera como un elemento asociado con la percepción de la realidad y el comportamiento; es el concepto que cada persona tiene de sí misma, es único y determina en gran medida la interpretación que cada uno da a la realidad y sus acciones consiguientes. En los modelos de estrés y resistencia, la autoestima se considera como una pieza importante para mitigar el estrés. Si se tiene una autoestima alta, la persona puede controlar su vida; en cambio, si lo que se posee es una autoestima baja, lo que rige el comportamiento es la duda, la defensiva y el miedo (Verduzco, Lucio & Durán, 2004).

Verduzco et al., (2004) realizaron una investigación cuyo objetivo fue evaluar si la autoestima influía en la percepción del estrés y el tipo de afrontamiento. La muestra estuvo integrada por 339 niños y niñas de cuarto, quinto y sexto de primaria de escuelas públicas y

privadas de distintas zonas del Distrito Federal y la zona metropolitana. Los instrumentos que se utilizaron fueron el Cuestionario de Coopersmith, previamente validado, al cual se agregaron nuevos reactivos, para dar un total de 50; el Cuestionario de Estrés el cual se integró de 28 reactivos para conocer qué tanto preocupaban a los niños algunas situaciones de la vida diaria en las áreas familiar, escolar y social. Para evaluar el afrontamiento, se pidió a los niños que respondieran de manera abierta qué era lo que hacían cuando se encontraban frente a cada una de las situaciones enumeradas en el cuestionario de estrés, con la pregunta: ¿Qué hago para sentirme mejor? Los resultados se clasificaron en respuestas de control directo, de control indirecto y de abandono de control. Se encontró lo siguiente:

- El estrés que percibían los niños aumentaba a medida que bajaban los niveles de autoestima y disminuían con niveles altos de autoestima; aunque la autoestima no fue la única variable que afectaba los niveles de estrés, sí modificaba el nivel de percepción del mismo.
- La variable de la autoestima en relación con la forma en que el niño se enfrenta a situaciones difíciles (afrontamiento), definió que tanto el afrontamiento indirecto como el afrontamiento de abandono de control, aumentaban con niveles bajos de autoestima y, a la inversa, éstos disminuían con niveles altos de autoestima.

En relación con el maltrato infantil y el autoestima, se realizó una investigación con el objetivo de determinar si existía asociación entre la exposición a la violencia en la infancia, adolescencia, edad adulta o el embarazo y la presencia de una baja autoestima; el estudio lo realizaron con 200 mujeres mexicanas en el tercer trimestre de embarazo quienes contestaron el Cuestionario Materno de Exposición a Violencia, el cual mide los niveles de violencia (severa, media y baja) y el Inventario Coopersmith de Autoestima. Se encontró un mayor porcentaje de mujeres expuestas a violencia leve (63.5%), seguida por la violencia moderada (22.5%) y el 14% fueron expuestas a violencia alta. Durante la etapa de la niñez hasta los 11 años informaron recibir maltrato verbal o psicológico de parte de sus familiares, manifestado en palabras hirientes o insultos, durante la adolescencia (12-17 años) tuvo mayor relevancia que alguien las empujaba o las agarraba; las mujeres que estuvieron expuestas desde los 18 años hasta el embarazo, el reactivo que presentó el porcentaje más

alto (17%) era que vivieron con miedo de que alguien las atacara físicamente, finalmente durante el embarazo presentó mayor relevancia el miedo de que alguien las forzara a tener actividades sexuales. En relación con la autoestima, la mayoría de las mujeres mostró un nivel adecuado, sin embargo, se encontró que el grupo con mayor exposición a la violencia tuvo menor nivel de autoestima. Ante los resultados obtenidos se sugirió que las mujeres que han experimentado violencia en alguna etapa de la vida, presentaron mayor riesgo de tener pobres niveles de autoestima (Schnaas, Ruiz & Juárez, 2009).

Por otra parte, el problema del maltrato infantil, representa un fenómeno que a pesar de que es atendido, no ha sido posible identificar la magnitud en la que se presenta en la población, ya que las cifras reportadas no son reales debido a que no siempre se denuncian los casos de maltrato y abuso infantil. Ante esto es importante considerar la epidemiología, la incidencia y prevalencia tanto a nivel internacional como nacional de este fenómeno. Los datos que a continuación se presentan fueron obtenidos por asociaciones, escuelas, denuncias, hospitales, etc., por lo tanto las cifras presentadas son únicamente una estimación de la problemática.

El Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia, con sus siglas en inglés (UNICEF) en el 2014 reportó los siguientes datos:

- En 58 países, más de la mitad de los pequeños han sido disciplinados mediante violencia en sus casas o en las escuelas, y en países como Tanzania, Kenia o Zimbabue 1 de cada 3 niñas y 1 de cada 6 niños ha sufrido alguna forma de abuso sexual.
- En Estado Unidos, casi un 25% de las adolescentes y un 10% de los chicos ha sufrido algún tipo de incidente sexual, abuso, robo o asalto.
- 6 de cada 10 niños en el mundo entre 2 y 14 años sufren maltrato físico diariamente. El porcentaje representa aproximadamente a 1,000 millones de niños que padecen maltrato de parte de sus cuidadores; la mayoría de los niños han sufrido una combinación de castigos físicos y psicológicos.
- Cada 5 minutos 1 niño muere a causa de la violencia; de acuerdo con la UNICEF, no existe ningún país que se libre de este tipo de violencia.

- En el 2012, 95,000 niños y adolescentes menores de 20 años fueron asesinados. Esta cifra convierte al asesinato en la principal causa prevenible de lesiones, heridas y muertes de menores. Actualmente en muchos países el castigo físico es normal, como lo es en Australia, donde 1 de cada 10 familias aboga por castigar a sus hijos con bastones, palos o cinturones; o Reino Unido, donde 17,000 niños reciben atención especial tras haber sufrido abusos y maltratos.

La UNICEF declaró que la agresión física entre los padres representa un factor de riesgo (29.8%) para el maltrato infantil, al igual que el consumo excesivo de alcohol, pues un 36.8% de los infantes que sufren violencia física grave vive con alguien que se emborracha 2 o más veces al mes (recuperado de Larrain & Bascuñan, 2012).

Una cuarta parte de todos los adultos manifestaron haber sufrido maltratos físicos de niños, 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres declararon haber sufrido abusos sexuales en la infancia. Se calcula que cada año mueren por homicidio 41,000 menores de 15 años; esta cifra subestima la verdadera magnitud del problema, dado que una importante proporción de las muertes debidas al maltrato infantil se atribuyen erróneamente a caídas, quemaduras, ahogamientos y otras causas (OMS, 2014).

Según estudios de la OMS aproximadamente, 20% de las mujeres y de 5 a 10% de los hombres, manifestaron haber sufrido abusos sexuales en la infancia, mientras que del 25 al 50% de los niños de ambos sexos refirieron maltrato físico. En Colombia, según el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), de enero de 2012 a enero de 2013, las hospitalizaciones por maltrato alcanzaron los 16.457 niños y una cuarta parte de esos abusos se registraron en Bogotá; además, entre enero y abril del 2014, el número de víctimas de abuso aumentó en 52% con respecto a las reportadas por medicina legal en la última década (Preciado, Lozano, Gutiérrez, Tierradentro & Castro, 2014).

Un estudio realizado por la Organización Internacional Save the Children en Perú (2012) publicó que para el año 2010 la cifra de los menores de 17 años que habían sido abusados llegó a los 7,020 y en los adultos de 18 a 59 años ascendió a 18,926. Refirió

que los niños de entre 6 y 11 años fueron los más vulnerables a sufrir abusos sexuales, seguido por el grupo de adolescentes de entre 12 y 17 años. De la misma forma el 41% de padres y madres reconoció que castigó a sus hijos golpeándolos y el 38% de los Centros educativos ha utilizado esta mala práctica como una forma de disciplina.

TABLA 1. Evolución de la Violencia hacia los infantes 1994-2012

	Sin violencia	Violencia psicológica	Violencia física leve	Violencia física grave
Año	%	%	%	%
1994	22.5	14.5	28.7	34.2
2000	26.4	19.79	28.5	25.9
2006	24.7	21.49	27.9	25.9
2012	29	19.5	25.6	25.9

Fuente: UNICEF reportado en Larrain & Bascuñan (2012). *4to Estudio de Maltrato Infantil*.

En la Tabla 1 se puede apreciar que del año 1994 a la fecha se ha presentado una disminución de la violencia, sin embargo en los últimos tres sexenios se percibe que la violencia física grave se ha mantenido sin modificaciones. Cabe destacar que en el año de 1994 los menores que no sufrían violencia fue un porcentaje más bajo en comparación al 2012.

En un estudio publicado en el 2009, se tomó la base de datos de la línea de atención telefónica de Bogotá, en la cual se registraron las llamadas de urgencias y emergencias; se encontró que el maltrato físico fue el acto violento intrafamiliar más frecuente de las llamadas, seguido por abandono a la población infantil, con un promedio de 58 casos al día, lo que implica una proyección anual de 3,650 casos de violencia intrafamiliar (Alarcón et al., 2010).

El 4to. Estudio de Maltrato Infantil de la UNICEF (2012), reveló que el 71% de los menores del mundo vive algún tipo de maltrato en su hogar por parte de su padre y/o madre. El 19.5% de los infantes sufre violencia psicológica, el 51.5% algún tipo de violencia física, de los cuales el 25.6% sufre violencia física leve como jalones de orejas,

cachetadas, empujones, pellizcos, etc. y el 25.9% vive violencia física grave, en donde se presentan patadas, el agresor lo quema con algún objeto intencionalmente, lo golpea con objetos o se presentan amenazas con armas o cuchillos (Larrain & Bascuñan, 2012).

En Santiago de Cuba en el 2011, un informe de la ONG Child Helpline International (CHI) reportó que la familia directa y los parientes fueron los perpetradores de la violencia (66%) tanto en los niños como en las niñas, mientras que los profesores y otros menores sumaron 34% del total (Arce, Castellanos, Reina, Fernández & Mustelier, 2012).

TABLA 2. Creencias sobre la violencia y los castigos ¿consideras que el castigo físico sirve en algunas situaciones para la formación de los hijos?

	Sin violencia	Violencia psicológica	Violencia física leve	Violencia física grave
	%	%	%	%
Si / A veces	25.2	33.8	42.1	53.4
No sé	9.2	13.5	16.8	12.2
No, nunca	65.5	52.7	41	34.4

Fuente: UNICEF reportado en Larrain & Bascuñan (2012). *4to Estudio de Maltrato Infantil.*

En la Tabla 2 se muestran las creencias que tienen los padres sobre la violencia y los castigos que ejercen hacia los hijos. El 53.4% de los padres que utiliza la violencia manifestó que lo hacen para la formación de sus hijos, mientras que el 25.2% de los padres que no manifestó violencia dentro de su hogar consideró que el castigo físico sirve para la formación de los menores.

Por otra parte, la OMS (2014) manifestó que el riesgo de que un niño muera antes de cumplir los 5 años es ocho veces mayor en la Región de África que en la Región de Europa.

De igual manera la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015 a) reportó que la tasa de mortalidad en niños menores de cinco años, en los países de bajos y medianos ingresos fue mayor en las zonas rurales (84 muertes por cada 1,000 nacido vivos) mientras que para las zonas urbanas fue alrededor de 61 muertes por cada 1,000 nacidos

vivos. A pesar de que estos datos varían según el país, se reportó una diferencia de 16 muertes por cada 1,000 vivos entre ambas zonas. Sin embargo en países como Burkina Faso, Burundi, Camerún, Guinea, Níger y Nigeria la diferencia en las tasas de mortalidad entre dichas zonas fue al menos de 50 muertos por cada 1,000 nacidos vivos y en República Unida de Tanzania y Zimbabwe una tasa de 80 a 90 muertes por cada 1,000 nacidos vivos, en ambas zonas.

De la misma forma, la OMS (2015 a), refirió que la desnutrición es un tipo de maltrato infantil y tiene como consecuencia un retraso en el crecimiento de los menores, esto se ve más acentuado en los primeros 5 años de vida. En la mitad de los países pertenecientes a la OMS, casi 1 de cada 3 niños menores de cinco años presentó retraso en el crecimiento, cabe destacar que se obtuvieron datos más altos en países con bajos ingresos. Este fenómeno presentó menor prevalencia en los grupos en donde la madre tenía estudios de secundaria o nivel superior en comparación con las que únicamente tenían estudios primarios o nulos.

Otro dato importante que hace referencia a un tipo de maltrato, fue que el 98% de las mujeres Somalíes han sufrido mutilación genital. En el mundo, la cifra de menores casadas asciende a 14 millones por año, lo que implica que 39,000 niñas se casan a diario. En Somalia, el 45% de las menores son obligadas a contraer matrimonio antes de los 18 años, y más del 98% ha sido sometida a la mutilación genital, una de las agresiones más fuertes y crueles que existen. La mutilación de clítoris tiene la finalidad de eliminar la sensación de placer, ha sido practicada en 29 países y se le ha realizado aproximadamente a 140 millones de niñas, cifra que asciende en 2 millones cada año. Este método de mutilación no sólo es cruel sino que pone en peligro la vida de las niñas por infecciones o pérdidas de sangre.

El maltrato infantil se presenta en todo el mundo, sin embargo es fundamental saber las cifras en la población mexicana de dicho fenómeno.

Es importante conocer la prevalencia en la que más se presenta el maltrato infantil en relación a la escolaridad de los menores, la siguiente tabla muestra que es en la primaria

en donde más auge presenta este tipo de violencia, este dato se mantuvo desde el 2001 hasta el 2005 (DIF 2008 recuperado de Arzate, 2014) (Tabla 3).

TABLA 3. Escolaridad de los Niños y Niñas que Fueron Reportados por Maltrato

	2001	2002	2003	2004	2005
Escolaridad	%	%	%	%	%
Lactantes	19.6	22.9	18.2	25.3	19
Preescolar	11.5	12.7	14	12.6	13.2
Primaria	48	47.3	46.2	44.3	45.5
Secundaria	7.3	8.4	10.4	7.8	10.2
Preparatoria	0.7	1.1	1.7	1.1	1.5
Sin escolaridad	12.7	7.3	9.4	8.5	10.6

Fuente: DIF, 2008 recuperado en Arzate (2014).

De acuerdo con los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI (2013) se registraron 8,047 defunciones de menores de 18 años por causas violentas, 65.5% fueron accidentes, 19.4% por homicidios y 9 de cada 100 fueron suicidios (Tabla 4).

TABLA 4. Distribución de las defunciones por causas violentas en infantes, según el tipo de defunción

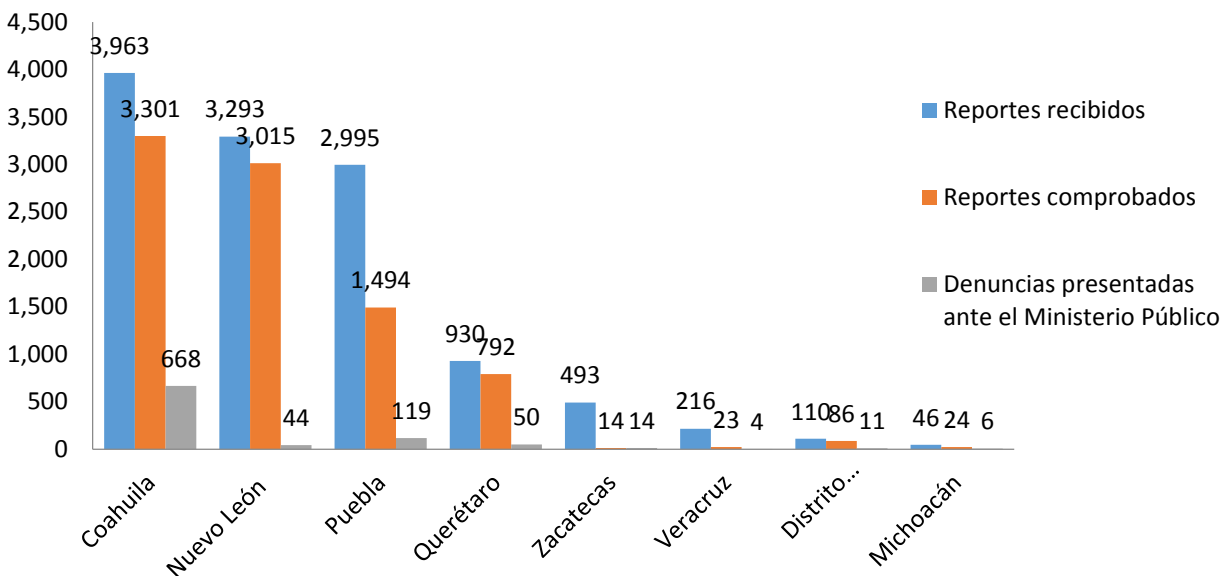
	Hombres	Mujeres	Total
Tipo de defunción	%	%	%
Accidentes	63.7	69.5	65.5
Homicidios	22.4	13.1	19.4
Suicidios	8	11.1	9
Total	100	100	100

Fuente: INEGI (2013).

La Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia de los Sistemas Estatales, reportó en el 2011 cifras por estado, del maltrato infantil. En la siguiente gráfica se muestra la cantidad de reportes que se recibieron, los comprobados en los 4 estados con mayor incidencia (Coahuila, Nuevo León, Querétaro y Puebla) y los 4 con las cifras más bajas (Zacatecas, Veracruz, Distrito Federal y Michoacán); sin embargo es importante mencionar que menos de la mitad de los casos comprobados llegan a ser denunciados

ante el Ministerio Público, por lo que se puede decir que las cifras reales de dicho fenómeno son inciertas (Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia, PDMF, 2012) (Figura 1).

FIGURA 1. Reportes de maltrato por los SEDIF



Fuente: Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia (2012).

Por otra parte el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI (2012) reportó que en el 2011 se presentaron 21,031 denuncias por maltrato infantil de las cuales se comprobaron 14,289 casos. En el 2010 se recibieron 33,082 denuncias y se comprobaron 17,800, lo cual manifestó que el total de denuncias que se han presentado han descendido, sin embargo, no por ello se entiende que el número de casos de violencia ha disminuido, sino únicamente el número de denuncias presentadas y de casos comprobados.

TABLA 5. Menores maltratados atendidos por el DIF, según tipo de maltrato, 2000-2007

Año	Físico	Abuso sexual	Abandono	Emocional	Omisión de cuidados	Explotación sexual	Negligencia	Explotación laboral
	%	%	%	%	%	%	%	%
2000	31,2	3,9	5,7	24,3	27,7	0,1	8,4	0,7
2001	27,7	4,1	6,4	20,8	27	0,1	9,7	1,1
2002	31	4,9	6,4	20,6	23,2	0,3	13,4	1,1
2003	29,2	4,4	8,4	27	27,7	0,2	8,6	0,8
2004	23,7	3,8	7,7	21,1	27,6	0,2	8,3	0,8
2005	25,4	4,2	8,6	20,7	27,4	0,4	6,3	1
2006	23	3,9	10,2	21,4	29,8	0,2	12,8	2,1
2007	37,6	3,6	3,4	26,6	26,8	0,1	10,7	0,5

Fuente: González (2013).

La Tabla 5 se observan los datos obtenidos de menores maltratados que fueron atendidos por el DIF según el tipo de maltrato, del 2000 al 2007. Se observó que el tipo de maltrato que más se ha ejercido es el físico, emocional y la omisión de cuidados, por el contrario la explotación sexual se reportó con porcentajes muy bajos.

Finalmente la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, en 2006, reportó que el 44.3% de los niños menores de 15 años formaban parte de un hogar donde al menos una mujer de 15 años, casada o en unión libre, había sido objeto de algún tipo de violencia por parte de su pareja en los últimos 12 meses previos a la realización de la encuesta (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI, 2011).

Los datos anteriores mostraron la gravedad del maltrato infantil, pues representaron porcentajes altos de incidencia no solo a nivel nacional sino también mundial, por lo que resulta importante estudiar dicho fenómeno y las consecuencias que presenta.

CAPÍTULO I.

MALTRATO INFANTIL

El maltrato infantil ha existido siempre; aunque en ocasiones no ha llegado a un grado extremo, ha existido universalmente un trato poco adecuado a las características de los niños. A lo largo de varios siglos los menores han sido considerados como propiedad privada de sus progenitores y, en algunas épocas, propiedad de la sociedad en la que vivían (Martínez & De Paúl, 2000).

Existían costumbres, las cuales hacían que el niño fuera utilizado en provecho del adulto y la sociedad, sin que importara el precio que el propio niño pagara por ello; sin embargo no sólo ha sido la sociedad la que ha actuado como agente maltratador, las familias también lo han sido, bien por un afán educativo, o con un claro menosprecio (Martínez & De Paúl, 2000).

En lugares como Canaán, las exploraciones arqueológicas revelaban la existencia de vasijas llenas de huesos de recién nacidos; en Esparta los niños que nacían con defectos físicos o psíquicos eran considerados malos guerreros por lo que eran abandonados o arrojados por el macizo montañoso (Martínez & De Paúl, 2000).

Fernández (2012) señaló que en pueblos nómadas de la Polinesia, África Oriental y América del Sur, entre otros, era rutinario que se matara a los niños al nacer, porque dificultaban u obstaculizaban la movilización de las tribus.

Aristóteles decía que “un hijo y un esclavo son propiedad de los padres y nada de lo que se haga con lo que le es propio es injusto, no puede haber injusticia con la propiedad de uno” (Martínez & De Paúl, 2000). En países como Roma y Grecia, era un hecho aceptado que los adultos utilizaran sexualmente a niños y jóvenes.

La práctica del infanticidio era habitual hasta el siglo IV d. de C. dicho acontecimiento tenía diversos propósitos, entre ellos se encuentran, establecer control de la natalidad; evitar el deshonor y los problemas económicos resultantes de la ilegitimidad de un hijo; como forma

para ganar poder; deshacerse de niños deformados o retrasados; agradar a los dioses, expulsar los espíritus malignos, servir a las creencias religiosas y como medio para asegurar la estabilidad económica (Martínez & De Paúl, 2000).

En el siglo XVII, se produjeron dos hechos positivos: Arruabarrena y De Paúl, (1994) postularon que primero, el niño entró en la vida afectiva familiar; segundo, el descenso de la mortalidad infantil. Durante el siglo XVII y XVIII, la protección del menor significó tradicionalmente el internamiento en instituciones; sin embargo, esto sólo obedecía con mayor frecuencia a los intereses de la comunidad que a la protección del niño.

Durante la segunda mitad del siglo XVIII, J.J. Rousseau, auténtico precursor de la psicología infantil, empezó a ver al niños como una persona con valor propio y digna de ser considerada como un ser con múltiples capacidades, y del que es preciso conocer sus necesidades (Martínez & De Paúl, 2000).

En 1959, la Asamblea General de la Organización Naciones Unidas (ONU) aprobó la Declaración de los Derecho del Niño, los trabajadores sociales empezaron a involucrarse en el diagnóstico de los casos y en 1962 por primera vez se le dio entidad clínica bajo el nombre de “síndrome del niño apaleado” (Martínez & De Paúl, 2000).

Fernández, (2002) mencionó que durante largos períodos de la historia era una práctica habitual, justificada y aceptada por las distintas sociedades el infanticidio, el abandono, el abandono institucionalizado, la esclavitud y la explotación laboral, la mutilación del niño para que diera lástima y compasión en la mendicidad, su venta, etc..

Históricamente el niño siempre ha sido ha sido víctima de maltrato infantil y considerado como un objeto propiedad de los adultos. Ha tenido lugar en todos los estratos sociales y en cualquiera de sus diferentes categorías (maltrato físico, abandono, abuso sexual, etc.); y la sociedad se tardo más de un siglo en reaccionar adecuadamente al fenómeno del maltrato infantil (Martínez & De Paúl, 2000).

1.1 Definición del maltrato infantil

Se define a la violencia como la vulneración de los derechos de la persona y el daño en su desarrollo, su integridad, o el riesgo de sufrirlo, fruto del abuso del poder que se tiene sobre esa persona. Existen distintas formas de violencia que abarcan fenómenos y realidades muy distintas entre sí que se autoalimentan y crean un continuo de formas de violencia que van desde las más leves agresiones hasta las más severas formas de maltrato. Cabe destacar que las agresiones no suelen ser graves al inicio de la violencia; el agresor o agresora esperan hasta estar seguros de su posición de poder y de la dificultad o la imposibilidad de la víctima para reaccionar (Castanyer, Horno, Escudero & Monjas, 2009).

Dentro del concepto de violencia se ubica el maltrato infantil, para el cual Martínez y De Paúl, (2000) refirieron que no existía una definición única y aceptada universalmente, pues las distintas condiciones y formas del maltrato se encuentran en diversos criterios operacionales. Tradicionalmente los investigadores han centrado el fenómeno en una categoría concretamente a nivel físico, y luego lo han generalizado hacia los otros tipos de maltrato infantil.

La violencia se dirige siempre hacia la población más vulnerable, definida culturalmente como la más débil, por lo tanto cuando se estudian los problemas de violencia familiar, se consideran la violencia hacia las mujeres, el maltrato hacía personas ancianas y el maltrato infantil, siendo el último el objeto de dicha investigación (Corsi, 2006).

El maltrato infantil constituye uno de los problemas sociales más graves en México. Ampudia et al., (2009) postuló que cada tipo de maltrato genera repercusiones que se deben evaluar y, a su vez, se modifican en función de la edad del niño, las circunstancias y las vivencias previas asociadas directa o indirectamente con la situación de maltrato.

Martínez y De Paúl (2000) refirieron que existen dificultades para poder dar una sola definición al maltrato infantil y esto puede ser consecuencia de distintos modelos culturales; la intencionalidad por parte del maltratador; la utilización posterior de la definición de acción legal, acción social, toma de decisiones, etc.; la percepción de la víctima y del maltratador

del hecho abusivo; disciplina y ámbito profesional en el que se vaya a aplicar la definición y el estatus evolutivo y de desarrollo del niño.

De igual forma, Arruabarrena y De Paúl, (1994) postularon que se presentan algunos problemas para establecer una definición con características homogéneas, los cuales son: 1) la precisión del límite a partir del cual una conducta es considerada como maltrato, 2) la mayor o menor importancia asignada a los valores y costumbres culturales, 3) la inclusión de la perspectiva evolutiva, 4) la presencia de factores de vulnerabilidad en el niño, y 5) la inclusión como requisito del daño real o potencial en el niño.

Es por ello que resulta difícil poder establecer una definición única e integral, sin embargo, se tienen diferentes conceptualizaciones, entre las que se encuentran la siguientes:

Kempe introdujo el término “síndrome del niño apaleado” como una condición clínica de los niños que han sido maltratados físicamente de forma severa por sus padres o cuidadores (Martínez & De Paúl, 2000).

Fontana (1963) amplió el concepto de maltrato infantil, introduciendo la deprivación emocional, malnutrición y negligencia como componentes del mismo (Martínez & De Paúl, 2000).

Gil (1970) definió el maltrato infantil como cualquier acto, efectuado o no, realizado por individuos, instituciones o por la sociedad en su conjunto, así como todos los estados derivados de estos actos o de su ausencia y que priven a los niños de su libertad o sus derechos correspondientes y/o dificulten su óptimo desarrollo (Martínez & De Paúl, 2000).

En 1985 el Parlamento Europeo definió los malos tratos infligidos a los niños como toda violencia no ocasional contra la integridad física y/o psíquica del niño, o la privación de cuidados por parte de sus padres o cuidadores que conlleve perjuicio hacia el niño al herirlo, dificultar su desarrollo o inducirlo a la muerte (Martínez & De Paúl, 2000).

Otros autores como Casado, Díaz y Martínez en 1997, definieron el maltrato infantil como las acciones que se realizan, acciones que no se realizan (omisiones) o acciones inadecuadas (negligencia), que tienen consecuencias en el desarrollo del menor, que atentan contra su bienestar y en la que el agresor tiene una relación con el infante (Corsi, 2006).

La Child Welfare League of America conceptualizó el maltrato infantil como la negación de experiencias normales que producen sentimientos de ser amado, querido, de seguridad, de valía y la exposición a circunstancias desagradables y desmoralizantes (Martínez & De Paúl, 2000).

Martínez y De Paúl (2000) refirieron que un niño, en cualquiera de sus fases de desarrollo, es objeto de maltrato cuando presenta unas manifestaciones físicas y/o conductuales que son consecutivas a un comportamiento anómalo de violencia física y/o sexual y a la omisión de los cuidados y/o atenciones necesarias para la correcta maduración, crecimiento y desarrollo; dicho comportamiento es ejercido por personas o instituciones, teóricamente responsables de los mismos; la situación comportamental, activa o pasiva, repercute negativamente en el desarrollo y/o hipoteca el futuro del menor, a la vez que puede presentar efectos totalmente imprevisibles, si la situación se cronifica. Esta definición es resumida a “las lesiones físicas o psicológicas no accidentales ocasionadas por los responsables del desarrollo, que son consecuencia de acciones físicas, emocionales o sexuales, de comisión u omisión y que amenazan el desarrollo físico, psicológico y emocional considerado como normal para el niño”.

Dentro de los diferentes tipos de maltrato se encuentran conductas que tanto padres como maestros o cuidadores expresan hacia los infantes, por ejemplo el rechazo, la crítica, constante burla respecto de sus aptitudes o errores, ridiculización de sus acciones, amenaza de abandono o daño, las demandas y exigencias inapropiadas para la edad del niño confiriéndole un papel de adulto o la sobreprotección que pueden inhabilitar e inmovilizar el desarrollo normal del infante (Bower-Russa, 2001; Cantón & Cortés, 2003, en Ampudia et al, 2009).

La OMS (2014) definió el maltrato infantil como los abusos y la desatención de que son víctima los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye entre las formas de maltrato infantil.

Considerando las diversas definiciones y las características de cada una de ellas, para este estudio se tomará en cuenta la siguiente conceptualización del maltrato infantil: “acciones u omisiones accidentales o intencionales hacia los menores de 18 años, incluyendo los tipos de maltrato físico, psicológico, abuso sexual, negligencia y explotación comercial, realizado por cualquier persona o institución, los cuales causen o puedan causar consecuencias a corto, mediano y largo plazo, que pongan en riesgo la integridad física, psicológica, emocional y social del menor y/o que lo priven de su libertad o de sus derechos correspondientes”.

1.2 Modelos explicativos del maltrato infantil

Un modelo es una estructura conceptual que contiene elementos teóricos y técnicos, los cuales intentan explicar cierta área de temas o problemas; cada uno responde de manera diferente y variada a cuáles son las causas que originan dicho problema e intentan enfatizar y privilegiar determinantes específicos, como los biológicos, sociales, etc. De cada modelo se pueden rescatar aportes que permiten el acercamiento al problema del maltrato (Corsi, 2006).

A lo largo de los últimos años se han planteado diversos modelos explicativos de tipo genérico sobre el maltrato infantil (Arruabarrena & De Paúl, 1994).

Modelo psiquiátrico: Postulaba que los padres o cuidadores que ejercían algún tipo de maltrato hacia los infantes presentaban algún tipo de trastorno psiquiátrico que justificaba

el bloqueo, la distorsión o la no adquisición de los recursos para desempeñar el rol correspondiente (Arruabarrena & De Paúl, 1994). Sin embargo esta hipótesis se rechazó después de que se comprobó la existencia de múltiples casos de maltrato infantil en lo que no existía ningún tipo de alteración psicopatológica.

Este modelo definió que las personas que ejercen la violencia presentan características específicas como baja tolerancia al estrés de la vida cotidiana; incapacidad e inadecuación para el ejercicio del rol y la función patero-materna; inmadurez, egocentrismo e impulsividad; frustración por los cambios de roles familiares, principalmente en la relación de pareja; bajo nivel intelectual; carácter antisocial; alcoholismo, drogadicción; perversiones sexuales, ect. (Fernández, 2002).

Modelo sociológico o socioambiental: Las situaciones de estrés derivadas de fuertes deprivaciones económicas y sociales se empezaron a considerar relevantes. Se argumentaba que la ausencia de la detección de maltrato en otras clases sociales no tiene por qué ser indicativa de que en dichas clases se produzca en la misma proporción que en las clases más bajas, pues se han realizado trabajos que demuestran la asociación entre maltrato y estrés socioeconómico (Arruabarrena & De Paúl, 1994).

En diversas investigaciones se encontró que gran parte de los padres que maltrataban a sus hijos había sufrido privación afectiva y malos tratos en su infancia, llegando a ser ellos mismos padres sin la maduración psicológica necesaria para asumir ese rol. Esto por el criterio de que, con fines educativos, se imponen en el proceso de aprendizaje la observación y la imitación de modelos sociales de conducta (Fernández, 2002).

Modelo ecosistémico: Según Belsky (1980) en Martínez y De Paúl (2000), tomando los conceptos y la terminología de Bronfenbrenner, definió que este modelo está constituido por tres niveles y añadió el concepto de desarrollo ontogenético:

Macrosistémico: son las fuerzas y mecanismos no controlables por los individuos particulares pero que afectan de manera importante a cuestiones concretas de la vida de cada individuo. Respecto a variables socioeconómicas se incluyen los recursos

económicos de la sociedad, la distribución de los mismos, las crisis financieras y las tasas de desempleo, etc.; las variables de tipo estructural se relacionan con aspectos de organización y funcionamiento de una sociedad o colectivo que afectan a las posibilidades de cada individuo de acceder a los recursos de asistencia y de ser protegido por normas y vías en momentos de necesidad o crisis; las variables psicosociales o culturales se relacionan con las actitudes y valores predominantes en cada grupo social sobre aspectos de la forma de educar a los niños, de satisfacer sus necesidades, de comprender el papel de cada miembro de la familia, etc.

Ecosistema: se incluyen los aspectos que rodean al individuo y la familia y que les afecta de manera directa. Es este nivel se presentan variables relativas a las relaciones sociales y al ámbito del trabajo; diversas revisiones coinciden en que más de la mitad de los padres de las familias detectadas como maltratantes habían experimentado una situación de desempleo en el último año. Esta variable explicaría situaciones de maltrato o abandono por las frustraciones derivadas de la ausencia de recursos económicos y por su efecto en la autoestima del sujeto. Respecto a las relaciones sociales se supone que la ausencia de este apoyo social y el aislamiento de los sistemas de apoyo provocan una reducción de la tolerancia al estrés que dificulta el afrontar de manera competente la interacción cotidiana y el cuidado de los hijos.

Microsistema: se consideran las variables que implican comportamientos concretos de los miembros de la familia nuclear; se incluyen las características psicológicas y comportamentales tanto de los padres como de los hijos; adquiriendo especial importancia el estudio de la interacción entre los miembros del sistema familiar, la interacción entre ambos padres y la interacción de los padres con los hijos. Determinados atributos de los padres (empatía, tolerancia al estrés, síntomas depresivos, etc.) y de su relación (desajuste marital, violencia de pareja, etc.) en interacción con variables temperamentales y comportamentales de los hijos se entienden como los desencadenantes del maltrato.

Desarrollo ontogenético: incluye la variable de los padres, la relación con los propios padres y el tipo de cuidado y atención recibido en la infancia, pues estas condiciones pueden explicar la capacidad para el desarrollo del rol de padre o madre y para cuidar, atender y educar adecuadamente a los propios hijos.

Modelo cognitivo-conductual: Este modelo está determinado por 4 fases: 1) las expectativas inadecuadas con respecto a secuencias de interacción del niño; 2) incoherencia entre la conducta del niño y las expectativas; 3) interpretaciones extrañas de la conducta del niño basadas en la intencionalidad, y 4) respuestas inapropiadas y agresivas hacia el niño, (Bauer & Twentyman, 1985 en Arruabarrena & De Paúl, 1994).

Este modelo establece una inadecuación de los padres para lograr la resolución de las situaciones estresantes. Las expectativas que los padres maltratadores tienen del rendimiento de sus hijos son inferiores a lo normal (San-Martín, 2005).

Modelo etiológico: Fue establecido por Milner 1993 en Arruabarrena y De Paúl (1994) y está basado en la teoría del procesamiento de la información social. Se compone de 3 fases cognitivas y 1 fase cognitivo-conductual; siendo las primeras: 1) la percepción de la conducta social; 2) las interpretaciones, evaluaciones y expectativas que dan significado a la conducta social, y 3) la integración de la información y selección de la respuesta; y, la cuarta fase cognitivo-conductual incluye el proceso de implantación y monitorización de las respuestas.

1.3 Tipología e indicadores del maltrato infantil

Martínez y De Paúl (2000) señalaron que se dan dos clasificaciones del maltrato infantil. La primera es el maltrato intrafamiliar, el cual se produce dentro del hábitat habitual del niño, es decir, su familia. Los tipos de maltrato que se pueden presentar son físico, psíquico o emocional, sexual, negligencia, abandono, prenatal o síndrome de Münchhausen por poderes.

El segundo es el maltrato extrafamiliar, el cual se produce fuera del ámbito familiar, puede ser dirigido hacia el niño como individuo o hacia la infancia como grupo; en este se incluye el maltrato institucional, explotación laboral, abuso sexual y consumismo.

Algunos autores realizaron una clasificación entre maltrato activo y pasivo, quedando de la siguiente manera:

TABLA 6. Clasificación del maltrato activo y pasivo

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

Fuente: Arruabarrena, I. & De Paúl, J. (1994). *Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.

Arruabarrena y De Paúl (1994); Castanyer et al., (2009); Comisión de los Derechos Humanos del D.F. (2007); Martínez y De Paúl (2000); realizaron una tipología del maltrato infantil, la cual determinaron de la siguiente forma. Sin embargo, manifiestan que es difícil pensar que el maltrato emocional no acompañe al maltrato físico, y lo más habitual es encontrar manifestaciones de más de un subtipo.

Maltrato físico: Se refiere a cualquier acción no accidental por parte de una persona responsable de los cuidados del niño que provoque o pueda ocasionar daño físico (producidas con o sin instrumentos), enfermedades o intoxicaciones en la víctima. Este tipo de maltrato predomina en los medios sociales más desfavorecidos, ya que la agresión como respuesta ante las situaciones límites o conflictivas suele ser superior al razonamiento.

Negligencia y abandono físico: Son las situaciones en las que las necesidades básicas de la persona, como la alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia de situaciones

potencialmente peligrosas, cuidados de la salud, necesidades psicológicas e intelectuales no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con la víctima. La negligencia es el tipo de maltrato infantil más frecuente y puede ser motivada de forma consciente o producirse como una manifestación de la ignorancia, la incultura, la pobreza y la incapacidad parental para proteger y criar a los hijos. El abandono se define como el grado extremo de la negligencia con una gran implicación física.

Maltrato, abandono o abuso emocional: Se refiere a la hostilidad verbal crónica en forma de insulto, rechazo verbal, desvalorización, desprecio, discriminación, crítica o amenaza de abandono, y constante bloqueo de las iniciativas de interacción (desde la evitación hasta el encierro o el confinamiento) por parte del agresor a la víctima, así como la falta de respuestas a las señales comunicativas de la víctima y expresiones emocionales ocasionando que se disminuya la autoestima del niño. Presentan manifestaciones consecutivas a las conductas activas (rechazar, ignorar, aterrorizar, aislar) o bien de las conductas derivadas de la omisión (privación de sentimientos de amor, afecto o seguridad, la indiferencia, etc.). En esta categoría también se incluyen las exigencias superiores a las propias de la edad o a sus capacidades.

El abandono emocional se define como la falta persistente de respuestas a las señales como el llanto, 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 estable. Este tipo de maltrato es el acompañante de cualquiera de los otros subtipos.

Abuso sexual: Se refiere al contacto o interacción entre un niño o niña y un adulto que puede ser su progenitor, cuidador o el responsable del menor, quien utiliza al menor para estimularse sexualmente él mismo, al niño, niña o a otra persona. Dentro de la tipología del abuso sexual, se destacan las siguientes categorías:

- Abuso sexual: se define como cualquier forma de interacción física con o sin acceso carnal, realizado sin violencia o intimidación y sin consentimiento. Puede incluir

penetración vaginal, oral, anal y digital, caricias o proposiciones verbales explícitas. Puede presentarse abuso sexual con contacto físico, como tocamientos y sin contacto físico, como obligar al menor a ver pornografía.

- Agresión sexual: se define como cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal con violencia o intimidación y sin consentimiento de la víctima, como la violación.
- Exhibicionismo: es un tipo de abuso sexual en el cual no se presenta contacto físico.
- Explotación sexual: en este tipo de abuso sexual la persona que abusa persigue un beneficio económico.

Maltrato prenatal: Se incluyen todas las condiciones de vida de la madre gestante que, pudiéndolas evitar se mantienen y tienen consecuencias negativas en el feto; algunas de estas son la alimentación deficitaria, exceso de trabajo corporal, enfermedades infecciosas, hábitos tóxicos, etc.

Síndrome de Münchhausen por poderes: Este síndrome consiste en la simulación de síntomas físicos patológicos en terceras personas; puede ser mediante la administración o inoculación de sustancias o la manipulación de excreciones. Esta forma de maltrato suele ser practicada por los familiares directos.

Maltrato institucional: Se define como los actos de omisión o comisión, y condiciones o acciones permitidas en el contexto de organizaciones, sistemas de protección del menor y programas o protocolos llevados en centros que violan los objetivos del cuidado institucional del menor, con amenaza para el correcto desarrollo del infante. Esto se puede dar con o sin contacto directo con la víctima. Martínez y De Paúl (2000) señalaron que este tipo de maltrato puede darse por diversos medios, como son:

- Profesionales de la institución: por falta de preparación, supervisión inadecuada, exceso de trabajo o elevado nivel de exigencia laboral e intervención poco ética o profesional.
- Programas de la institución: por el no cumplimiento de unos niveles mínimos de calidad, uso de programas en detrimento del bienestar infantil, escasos de recursos e infrautilización o mal uso de los recursos existentes.
- Sistema de protección infantil: que no garantice la seguridad del menor, que genere situaciones adversas al desarrollo infantil, categorización y la separación de los niños de su hogar familiar sin esforzarse en intervenir con la familia.
- Sistema sanitario: conceptos organicistas y discriminatorios, ausencia de selección de personal y de distribución igualitaria del mismo, salud entendida como contraposición a enfermedad sin propuesta en práctica del concepto amplio de salud.
- Sistema educativo: desigualdad de oportunidades, obstaculización del desarrollo normal, discriminación en base al sexo, nacionalidad, etnia, religión, etc. y permisividad o autoridad extremas.
- Sistema judicial: con el no respeto de las características del niño, aplicación de leyes que favorecen poco al niño y benefician al adulto y el no respeto de los derechos del niño.

Aproximadamente el 80% de los casos de maltrato son cometidos por personas del entorno cercano o familiar del niño o niña, alguien en quien confía y a quien obedece. El maltratador más frecuente en el ámbito familiar suele ser la madre, seguida por el padre y la pareja de la madre. Dependiendo de la categoría de maltrato, este perfil cambia, puesto que en el abuso sexual, los agresores son mayoritariamente hombres mientras que en la negligencia y el maltrato emocional, son mayoritariamente mujeres.

Cabe destacar que la detección o identificación del maltrato infantil es el eje central sobre el que gira el proceso de actuación profesional ante un niño maltratado y su familia; sin embargo, este tipo de situaciones suelen presentarse en el ámbito familiar en el contexto intradomiciliario, por lo que van a ser pocas las ocasiones en las que un externo va a poder observar directamente como el niño es objeto de un trato inadecuado. Corsi (2006) indicó que, a pesar de ello, se pueden observar las manifestaciones presentes tanto en el niño como en su ambiente familiar, las cuales se deberán analizar e integrar con la finalidad de determinar la posibilidad de maltrato. A estos se les denomina indicadores, y se definen como las manifestaciones que se vierten hacia el exterior y que han dejado huella en el menor de tipo físico o emocional.

Los indicadores pueden ser derivados del comportamiento social general, de la relación familiar, de la conducta infantil o familiar, de los cuidados nutricionales, emocionales y sanitarios, que son difíciles de materializar y pueden acompañar a situaciones conflictivas o estresantes, sin que su presencia equivalga meramente al maltrato. Los indicadores se valoran tanto en el menor como en las personas de referencia (padres, educadores, familia extensa, etc.) (Martínez & De Paúl, 2000).

Cabe destacar que no todos los indicadores tienen el mismo valor pero en mayor o menor grado se traducen a una situación anómala; de forma aislada, cada uno de ellos con dificultad indicaría algo, pero asociados y con persistencia en su presentación sirven como alarma para los casos de cualquier tipo de maltrato.

En la Tabla 7 se exponen los principales indicadores que se pueden presentar.

TABLA 7: Indicadores de maltrato

Presentado por los niños	Presentados por los padres o cuidadores del niño	Presentados por el niño abusado sexualmente
<ul style="list-style-type: none"> -Miedo injustificado hacia los adultos. -Desconfianza hacia el adulto en sus promesas o actitudes positivas. -Tendencia a la soledad y aislamiento. -Prolongada permanencia fuera del ámbito familiar en preescolares y escolares. -Reacciones de agresividad verbal o física en edades tempranas. -Inquietud desmedida por el llanto de los lactantes o preescolares. -Paradójica reacción de adaptación a personas desconocidas. -Dificultad de adaptación a situaciones cotidianas (ya que su experiencia es de inseguridad). -Comentarios acerca de los cuidados deficitarios que recibe. -Participación en acciones delictivas. -Inhibición del juego. -Excesivamente complaciente, pasivo y poco exigente. -Intentos de suicidios y suicidios. -Conductas extremadamente adaptativas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Poca preocupación por la higiene, la alimentación y el vestuario adecuado a la climatología. -Poca vigilancia antes de los 3 años y en situaciones peligrosas. -Corrección física o verbal desmesurada. -Exceso de vida laboral o social imposibilitando la relación estimuladora, positiva y de mutua confianza; transmisión de la responsabilidad a educadores a sueldo sin supervisar el trabajo. -Sobrepotección o rechazo verbal público del niño. -Compensación con bienes materiales por la escasez de relación personal. -Aislamiento personal y social. -Promiscuidad. -Vida al margen de la ley o con escasez de límites. -Hábitos tóxicos (alcohol o drogas). -Vida caótica en el hogar. -Friedad en el trato. -Desigualdad entre hermanos. -Despreocupación por los problemas de los hijos. -Percepción negativa del hijo. -Dificultades en la relación de pareja. <p>Los padres de hijos abusados no reconocen el problema y rechazan la ayuda, mientras que en el caso de niños con problemas emocionales por motivos ajenos al abuso reconocen el problema y solicitan ayuda.</p>	<p>Estos indicadores se presentan según el período evolutivo en el que se encuentre el menor.</p> <p><i>En edad preescolar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Problemas nocturnos: sueños desencadenados por lugares, personas, objetos, etc. -Erotización prematura. -Conductas y comentarios sexuales inapropiados para la edad del niño. <p><i>En edad escolar (pueden continuar los anteriores):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Agresividad sexual hacia otros niños. -Conductas represivas. -Desconfianza crónica en el adulto. -Cambios bruscos en el rendimiento escolar. -Excesiva obediencia y deseo de complacer. -Intenso sentimiento de culpa y de infelicidad. -Aislamiento personal y social. -Prostitución. -Problemas en el vestuario de la escuela al no querer quitarse la ropa interior. -Inicio de pequeños delitos. <p><i>Preadolescencia-adolescencia (pueden continuar algunos de los anteriores):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Promiscuidad -Inhibición sexual. -Abuso de drogas. -Intentos de mutilación o suicidio. -Desórdenes psiquiátricos y de identidad.
Detectados en la asistencia sanitaria	Detectados en el ámbito escolar	<p><i>Adulto (pueden continuar algunos de los anteriores):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Extremada protección o celos del niño. -Dificultades en la vida de pareja. -Conducta de implicación al niño en actos sexuales o de prostitución suya.
<p><i>En los niños:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Pudor inexplicable e inapropiado a la exploración genital. 	<p><i>En el niño:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Ausencias repetidas e injustificadas. -Síndrome inverso de escolaridad: el niño desea 	

-Miedo injustificado y/o desmesurado en el momento de la visita al médico (independiente de la edad).

-Facilidad de adaptación a la hospitalización.

-Hospitalismo inverso: la conducta del niño en el hogar es de apatía, falta de comunicación, llanto, etc., su conducta en el hospital es positiva, fácil relación, actividad, etc.

En la familia:

-Despreocupación en la administración de las vacunas.

-Seguimiento inadecuado en las enfermedades crónicas o agudas.

-Incumplimiento de los tratamientos médicos.

-Abandono rápido del niño en un internamiento hospitalario sin justificación.

-Visitas de corta duración y escasa dedicación al niño hospitalizado.

-Dificultades en la aportación de datos clínicos previos.

-Presencia constante del niño en los centros de atención sanitaria sin aparente justificación.

intensamente que sea lunes y los viernes rechaza abandonar la escuela.

-Desinterés en llevar al domicilio los trabajos escolares.

-Fácil adaptación en el inicio de la escolarización.

-Acude pronto a la clase y es el último en marcharse de ella.

-Tendencia a dormirse en las clases.

-Dificultad en saber quién ira a recogerlo.

-Negativas del niño para regresar a casa.

-Búsqueda constante del adulto y disposición inmediata a ayudar.

-Llama la atención a través de su conducta.

-Serias dificultades en la escuela: no hace trabajos, no se concentra, etc.

-Inesperados cambios en el rendimiento escolar.

-Problemas en la presentación de trabajos.

-Fracaso escolar.

En los padres:

-Desinformación acerca de los profesores, programas, actividades generales, etc.

-Poco interés por establecer contacto con los profesores del niño.

-Muy críticos con los hijos.

-No justifican las usencias escolares de los niños.

Fuente: Martínez, A. & De Paúl, J. (2000). *Maltrato y abandono en la infancia*. Barcelona: Martínez Roca.

Otros de los indicadores que propone Fernández (2002), que se expresan en la conducta del niño y en la relación familiar, se presentan más en el maltrato psicológico, emocional y negligencia y se relacionan con cinco tipos de conducta en el adulto que ejerce la violencia:

- *Rechazar*: se relaciona con el repudio al niño, su conducta, forma de ser, sus manifestaciones, su afecto, tanto dentro de la familia como públicamente. Se presenta en la minimización, en la descalificación, en el constante indulto y degradación.
- *Ignorar*: para el adulto es como si el niño no existiera. La vinculación que existe con el menor no satisface ninguna de sus necesidades o estímulos (necesidades físicas o materiales, demostración de afecto, aprobación, cariño, comprensión, contención y aún, si se quiere, de disciplina). Ignorar al niño es el límite del rechazo.
- *Aislar*: se refiere a coartar el acceso del niño a cualquier forma de relación social exterior a la familia, para evitar que se vincule con algún adulto positivo, inmediato o extenso. Se deja al niño encerrado, evitando que salga, que vea televisión, que tenga contacto con figuras positivas.
- *Infundir temor*: se intimida al niño como forma de disciplinarlo. Se le amenaza tanto con cuestiones o agresiones físicas como psíquicas y se le introduce en una pauta de temor, de terror como forma para disciplinar y aprender.
- *Corromper*: el adulto inculca activamente en el menor que desarrolle pautas de conducta antisociales, como enseñarle a robar, mentir, hacer daño a los demás, incluso en actividades delictivas y de abuso sexual.

1.4 Factores de riesgo del maltrato infantil

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2015 b).

Autores como Castanyer et al., (2009), determinaron que algunos de los factores de riesgo que más se presentan están divididos en 3 campos; el primero de ellos son los factores de la propia persona, en este caso del niño o niña, en el cual se incluye las características temperamentales como la introversión o extroversión del menor, aislamiento social, ausencia de vínculos afectivos positivos en su entorno, problemas de conducta o discapacidad física, sensorial o psíquica; el segundo son los factores del entorno cercano, en la cual se incluyen las historias de maltrato o abandono de los padres, carencias de vínculos afectivos en la infancia de los padres o dificultades en la vinculación de los padres con el niño o la niña, bajo nivel intelectual de los familiares, baja tolerancia al estrés de los padres, pocas habilidades sociales de los padres y cuidadores, historias de ruptura familiar, presencia de trastornos psiquiátricos o drogodependencia en los padres, justificación y uso de la disciplina coercitiva, conflicto o violencia en la relación de pareja; y por último los factores del ámbito sociolaboral, se incluye el desempleo de uno o ambos padres, el aislamiento social del núcleo familiar, la legitimación social de la violencia y la vulneración de los derechos en el entorno social directo.

Algunos de los factores de riesgo que se presentan en las tipologías del maltrato son los siguientes:

Maltrato físico: una de las variables a la que se le ha asignado mayor peso es a la propia experiencia del padre o la madre maltratador como víctima de maltrato físico en su propia infancia; este fenómeno es explicado desde la teoría del apego, en una relación de tipo narcisista en la que el hijo se convierte para el padre en un doble de sí mismo en el que encuentra de nuevo lo que vivió en su infancia; confrontado (el padre) a una situación que despierta en él un pasado todavía activo y doloroso, la única puerta de salida para aliviar la excitación subyacente es el reproducirlo en la realidad y asegurar así con ello la continuidad interna de su persona (Crivillé, 1990 en Martínez & De Paúl, 2000). Sin embargo, desde la teoría del aprendizaje social se refiere a la ausencia de habilidades aprendidas para el manejo de las conductas de los niños y de situaciones estresantes y la utilización del castigo físico como exponente de la única estrategia aprendida.

Autores como Kempe y Helfer (1968) en Martínez y De Paúl (2000), refieren que son necesarias tres precondiciones para que se produzca el maltrato físico:

- Una persona con potencial para maltratar
- Un niño que sea percibido como inapropiado
- Situaciones de tensión que precipiten la conducta agresiva o de maltrato.

Por otra parte, Bauer y Twentyman (1985) refirieron que el maltrato físico se produce en cuatro fases:

- Expectativas inadecuadas respecto a secuencias de interacción del niño
- Incoherencia entre la conducta del niño y las expectativas
- Interpretaciones extrañas de la conducta del niño basadas en la intencionalidad
- Respuesta inapropiada y agresiva hacia el niño.

Otro de los factores de riesgo es la ausencia de apoyo social, existen evidencias de que gran parte de los casos de maltrato físico se producen por parte de las familias monoparentales y en su mayoría en casos en lo que la madre se encuentra sola. La falta de apoyo social impide un adecuado “feedback” externo sobre la calidad de la propia conducta interactiva con los hijos (Martínez & De Paúl, 2000).

Este tipo de maltrato se produce de manera excesivamente frecuente en aquellas familias en las que la madre y los hijos conviven con un varón que no es el padre de éstos. Un trabajo de Margolin (1992) en Martínez & De Paúl (2000), reportó que de 539 casos de maltrato físico perpetuado por personas no relacionadas genéticamente con los niños, 454 se dan en casos de madres solteras, y, de éstos, el 64% se cometen por parte del compañero de la madre.

La existencia de problemas de toxicomanías y alcoholismo entre los padres que maltratan físicamente, también es un factor de riesgo presente en el maltrato físico.

Los padres con niveles más altos de malestar emocional y físico pueden tener umbrales más bajos de tolerancia a las conductas aversivas de los niños y por tanto pueden

reaccionar más fácilmente con conductas agresivas e incontroladas. Existe una relación entre el sentimiento de inadecuación y la baja autoestima con el maltrato físico, especialmente con las mujeres maltratadoras pues presentan un autoconcepto inferior y una mayor incongruencia entre la forma que se perciben a sí mismas y lo que perciben como ideal (Martínez & De Paúl, 2000).

Otro factor de riesgo que se presenta es la inadecuación en el manejo y solución de los problemas, provocando, en la persona que maltrata, una mayor actividad fisiológica ante la presencia de estímulos infantiles estresantes, especialmente el llanto del niño, que pueden llevar al maltrato físico como una expresión de la disminución en las habilidades de afrontamiento de problemas y del manejo del estrés (Martínez & De Paúl, 2000), de igual manera, la ausencia de técnicas de control de impulsos se presenta como un factor de riesgo en este tipo de maltrato.

En el niño, la edad resulta un factor de riesgo, hasta los tres años cualquier situación de maltrato es severa; a pesar de que el niño tenga más edad en pocas ocasiones podrá defenderse, pues su fuerza es menor a la del adulto (Fernández, 2002).

Abandono físico: uno de los principales factores de riesgo que se presenta es la ausencia de habilidades de cuidado de los niños, el desconocimiento de sus necesidades, etc., se ha hipotetizado un “síndrome de apatía” o de esencial falta de motivación que se traduce en el rechazo para satisfacer las necesidades de la familia, en la inadecuada supervisión de los niños y ausencia de cuidados médicos. (Martínez & De Paúl, 2000).

Negligencia: los factores de riesgos que se presentan, es que las personas que maltratan presentan distorsiones cognitivas, menos intensas que en el maltrato físico, pero se focalizan en la percepción negativa del niño y en atribuciones internas y estables de sus comportamientos negativos. En este tipo de maltrato los padres tienen un único patrón de respuestas, independientemente del tipo de comportamiento del niño, mientras que en el maltrato físico la conducta de los hijos es la que determina la conducta de los padres. Los

padres negligentes son socialmente no responsivos a las situaciones ambientales (Wolfe, 1985).

La tendencia comportamental de los padres negligentes en el afrontamiento de los problemas no es la irritabilidad y la agresión sino la evitación (Wolfe, 1985).

Martínez y De Paúl (2000) postularon que existen cinco tipos posibles de madres que formarían el conjunto de los casos de negligencia:

- La madre apática
- La madre inmadura
- La madre con retraso mental
- La madre con depresión reactiva
- La madre psicótica

Los factores caracterológicos también resultan de riesgo, algunos como el miedo a la cercanía, sentimientos de inutilidad que disuaden del acercamiento a los otros, infradesarrollo de las habilidades sociales o rasgos de personalidad que provocan rechazo. Esto se puede dar como resultado de aspectos situacionales como la movilidad geográfica, la maternidad adolescente o sin pareja, discriminación racial, etc. y por lo general los padres negligentes dan prioridad a sus propias necesidades sobre las necesidades del niño (Fernández, 2002; Martínez & De Paúl, 2000).

Abuso sexual: uno de los principales factores de riesgo que mencionaron Martínez y De Paúl (2000), son la existencia de un ambiente infantil no protector, de abandono, maltrato físico y abuso sexual por parte de los abusadores sexuales. De igual manera se presentan variables de personalidad como la inmadurez, baja autoestima y sentimientos de inutilidad.

En el ámbito familiar se presenta la existencia de problemas y violencia marital y alejamiento sexual de la pareja. Desde una perspectiva contextual son personas

introvertidas, solitarias, con falta de apoyo social, existe presencia de alcoholismo y la adicción a la cocaína (San-Martín, 2005).

Martínez y De Paúl (2000), refirieron que para que se produzca abuso sexual deben darse cuatro factores de manera simultánea o sucesiva:

- *Existencia de congruencia emocional:* se presenta importante inmadurez en los abusadores sexuales que les hace experimentarse a sí mismos como niño, tener necesidades emocionales infantiles y, por tanto, deseo de relacionarse con otros niños. También se presenta baja autoestima y sentido de ineficacia personal; todos los anteriores son factores generadores de la búsqueda de relaciones que les proporcione sentimientos de poder, omnipotencia y control.
- *Activación sexual por un niño:* este factor supone que puede haber necesidad de relación emocional como las presentadas en el primer factor pero que sean satisfechas de manera no sexual. Para que se pueda producir el abuso sexual infantil es preciso que a la congruencia emocional se le añada un cierto nivel de activación sexual con niños. Algunas causas posibles, son que la mayoría de los varones pueden encontrar atrayente sexualmente el cuerpo de un niño o niña a partir de cierta edad. Por otra parte, adquiere especial importancia la experiencia de haber sido víctima de abusos sexuales en la infancia. Algunos abusadores atribuyen un contenido sexual (en condiciones de deprivación) a cualquier tipo de activación emocional interpersonal, en este caso los niños, hijos propios o no.
- *Bloqueo de las relaciones sexuales normales:* se relaciona con los sentimientos de inutilidad personal, la inadecuación interpersonal y la existencia de un distanciamiento en sus relaciones de pareja. Se definen dos tipos de bloqueo: el primero son los evolutivos (de tipo edípico, de inmadurez, etc.) y los situacionales (crisis personales o de pareja).

- *Desinhibición comportamental*: se refiere a cuando los tres factores anteriores se traducen de manera estable, o en momentos esporádicos, en actos de abuso sexual a niños. Deben superarse tres barreras: los inhibidores internos (adicciones a tóxicos como alcohol o cocaína, la senilidad y el retraso mental), los inhibidores externos (si no se encuentra presente física o psíquicamente ninguna persona que pueda cuidar a la víctima) y la tercera barrera es la resistencia o no aceptación de la víctima: se logra a través de la seducción, agresión o amenaza de agresión.

Un niño desprovisto y, por tanto, necesitado de apoyo, cariño y compañía, así como los niños sin ningún tipo de información sexual estarán en una situación de mayor riesgo, pueden ser más fácilmente víctimas de engaño y seducción por parte del abusador sexual.

Por lo general, la agresión se produce como forma de castigo legitimada por patrones de crianza que son determinados por la cultura, por lo que resulta difícil identificarlos (Ampudia, 2007 en Ampudia et al, 2009). Algunas ocasiones los niños y las niñas que se ven en condiciones de maltrato abandonan sus hogares y desde temprana edad se enfrentan a situaciones de soledad y explotación económica, social y sexual, sin acceso a la educación y con poca orientación y apoyo de los adultos.

1.5 Consecuencias del maltrato infantil

Es fundamental destacar que todos los tipos de maltrato a niños y niñas se acompañan de maltrato psicológico; Beigbeder, Barilari y Colombo, 2000 en Ampudia et al., (2009) clasificaron el maltrato psicológico en leve, cuando es reparable en un corto tiempo de tratamiento; moderado, cuando se requiere una intervención prolongada en el menor y su familia; y grave, cuando ya no tiene retroceso y sus secuelas acompañan a la víctima de por vida.

La mayoría de los niños institucionalizados que han sufrido alguna situación de desprotección o maltrato pueden presentar, en mayor o menor medida, deficiencias en su desarrollo físico, social, lingüístico, afectivo o cognitivo (Ampudia et al., 2009).

El niño expuesto a situaciones de violencia, abuso y trato injusto experimenta vivencias que son frustrantes y traumáticas; la gravedad o consecuencias que tengan dichos daños, dependerá del tipo de agresión e intensidad de la misma, de la edad en la que comenzó el maltrato, de la relación y parentesco que sostenga el menor con el victimario y de los recursos con los que cuente la víctima para enfrentar y asimilar el acto violento, abuso, abandono, negligencia, etc., (Ampudia et al., 2009; Fernández, 2002).

La mayoría de las situaciones de malos tratos (sean físicos o psicológicos) afectan de manera negativa al menor, sobre todo por la repercusión que tienen en su desarrollo emocional y consecuentemente social y cognitivo (Arruabarrena & De Paúl, 1994).

Entre algunas de las consecuencias que se presentan, los menores se ven expuestos a asumir papeles prematuros para su edad, como ser madres o padres precoces o desempeñar estas funciones con hermanos, así como a ejercer comportamientos violentos hacia otros o mostrar conductas delictivas.

Autores como Castanyer et al., (2009), señalaron que las formas violentas de castigo transmiten diversos mensajes, entre los que se encuentran:

- *Unen al amor y la violencia*: son las personas que quieren, protegen y acompañan al menor las que son violentas con él o con ella. El mensaje que se da es que el amor legitima la violencia; se justifica en el amor el hecho de la agresión y se vincula en el psiquismo humano que aquellos que nos aman tienen derecho a agredirnos. Frases como “*te pego porque te quiero*” o “*quien bien te quiere te hace llorar*” lo reflejan claramente.
- *Unen la autoridad y la violencia*: las figuras de autoridad son las que están legitimadas socialmente para ser violentas. Los padres al estar en una posición de autoridad pueden (cuando no se considera que deben) agredir para enseñar

o proteger. Un ejemplo de ello son frases como *“te pego por tu bien”* o *“te pego para hacerte una persona de provecho”*.

- *Legítiman la violencia como un modo de resolver conflictos:* en las situaciones de conflicto que se generan a diario, emplear el castigo físico y psicológico implica legitimar estrategias violentas de resolución de conflictos. Si ante un problema se recurre a la violencia, se enseña violencia como solución, no paz, tolerancia, igualdad, diálogo o respeto, sólo violencia. Un ejemplo de ello, son frases como *“se lo gana porque me saca de mis casillas”* o *“se lo merece para que sepa lo que es bueno”*.

Este tipo de mensajes educativos derivados de las formas violentas de castigo que casi nunca se hacen conscientes, calan en la mente de los menores y de esta manera, ellos viven cosas que creen que son normales, que son esperables o parte de la crianza en todas las familias, en vez de percibir las como las agresiones que son y ese aprendizaje además lo generalizan a otro tipo de relaciones afectivas, como las primeras relaciones de pareja entre adolescentes.

Sin embargo, las consecuencias que se pueden presentar son diferentes en función del tipo de maltrato, de la edad del niño, el momento de su aparición y la duración y cronicidad de estas (San-Martín, 2005). Las consecuencias que presentan los menores que han sufrido alguna experiencia de maltrato pueden permanecer hasta la edad adulta si no reciben un tratamiento psicológico adecuado (Jumper, 1995 en San-Martín, 2005). Algunas de las consecuencias que se pueden manifestar son:

Consecuencias físicas y somáticas: En este ámbito se pueden presentar lesiones cutáneas, quemaduras, lesiones bucales, lesiones óseas, lesiones internas, lesiones profundas, eritemas de pañal, lesiones por congelación o quemaduras, alteraciones de pigmentación, etc., (Ampudia et al., 2009); se puede presentar aplanamiento del occipucio por el mantenimiento del lactante en posición de decúbito supino sin movilización, lo cual puede deformar definitivamente el cráneo (Martínez & De Paúl, 2000). La falta de vigilancia y

supervisión durante los dos primeros años de vida puede condicionar la repetición de accidentes con consecuencias impredecibles.

Se puede presentar retraso pondoestatural y tiende a mantenerse durante cierto tiempo, pero en el momento en que la nutrición y la estimulación ambiental se mantengan estables durante un tiempo prolongado se producirá una normalización hacia percentiles menos extremos (Martínez & De Paúl, 2000).

Durante la infancia se puede presentar pérdida del control de esfínteres, problemas y dificultades de sueño, como pesadillas, etc., (San-Martín, 2005).

De igual manera puede existir déficit médico-somáticos, como estrabismo, maloclusiones dentarias, pies valgus, escoliosis, etc., que pueden llegar a ser irreversibles en relación al momento en que se produzca la intervención. Las posibles hemorragias craneales, las hidrocefalias postraumáticas, edemas cerebrales pueden ocasionar retraso, déficits motores, cognitivos, epilepsias, etc. En las patologías oculares se pueden encontrar cegueras por desprendimiento de retina, glaucomas, cataratas postraumáticas, etc. (Martínez & De Paúl, 2000).

En el abuso sexual se pueden provocar embarazos en preadolescentes y adolescentes con todas las consecuencias emocionales asociadas; se pueden presentar enfermedades de transmisión sexual como sífilis, SIDA, etc. Pueden existir cicatrices en orificios vaginales o anales que pueden condicionar a veces su función posterior. Pueden generarse problemas en la relación sexual o en la función digestiva por incontinencia esfinteriana (Martínez & De Paúl, 2000).

Las consecuencias relacionadas con el maltrato prenatal suelen provocar prematuridad con riesgos respiratorios, nutricionales e infecciosos, se pueden presentar algunas enfermedades infecciosas transmitidas en la fase prenatal, como la hepatitis tipo B y C o el SIDA.

Consecuencias sociales: Se pueden presentar conductas agresivas ante las dificultades (pueden reaccionar con ataques físicos, cólera o miedo), hay problemas para expresar y reconocer los afectos y tiene patrones distorsionados de interacción tanto con sus cuidadores como con sus iguales (Ampudia et al., 2009), se presenta baja empatía, problemas en el reconocimiento de las emociones, riesgo de conductas delictivas, etc.

Los menores que han sufrido algún tipo de maltrato llegan a ser más agresivos con los otros niños, presentan dificultades para relacionarse con padres y con adultos (Fernández, 2002).

Consecuencias cognitivas: Los niños víctimas de maltrato experimentan muchas decepciones porque han vivido en conflicto continuo y no han podido manifestar sus impulsos ni expresarse en su medio de un modo espontáneo y armónico; esto adquiere un significado diferente en el desarrollo de sus funciones cognitivas (Ampudia et al., 2009); los menores funcionan cognitivamente por debajo del nivel esperado para su edad, sus habilidades de resolución de problemas son menores, presentan un déficit de atención que compromete su rendimiento en las tareas académicas, son más impulsivos, menos creativos y más distraídos.

En estudios realizados, se ha demostrado que sólo los varones víctimas de abandono físico presentan un CI inferior (WISC) al normal, esto no ocurre en lo varones víctimas de maltrato físico y en el caso de las niñas, ambos grupos, de maltrato y abandono presentan un CI inferior al esperado. Se presentan déficits en el procesamiento cognitivo (Martínez & De Paúl, 2000).

Las deficiencias o retrasos cognitivos que pueden presentar los menores pueden ser también como consecuencia de un ambiente familiar empobrecido y de la poca estimulación del medio.

Consecuencias en el lenguaje: Se pueden presentar déficit en la expresión de verbalizaciones referentes a estados internos, hay menos vocabulario expresivo y

conocimiento de menos palabras, esto está determinado por la edad en la que se presenta el maltrato (Ampudia et al., 2009).

Los menores que han sido maltratados físicamente utilizan una sintaxis menos compleja, muestran un vocabulario menos expresivo y conocen menos palabras que los niños que no han sufrido ningún tipo de maltrato, debido a que las madres utilizan menos instrucciones verbales para ayudar a sus hijos a superar las dificultades de su ambiente, se presenta menos interacción de juegos y llegan a ignorar a los menores, por lo que se presenta una escasa o nula interacción verbal (Ampudia et al., 2009).

Consecuencias motoras: A pesar de ser el área menos afectada en los menores maltratados, los infantes se muestran menos hábiles en el uso de herramientas antes de los 24 meses de edad, hay mayores dificultades para adquirir la locomoción y déficit en motricidad fina (Ampudia et al., 2009).

Este tipo de consecuencias se hacen presentes cuando el menor está en un período de aprendizaje motor, el cual, durante el maltrato se puede ver enlentecido o regresivo; en la edad escolar también se pueden presentar este tipo de consecuencias, sin embargo estas son menos probables.

Consecuencias sexuales: En dicha área, se pueden presentar más relaciones sexuales, masturbación compulsiva, excesiva curiosidad sexual, frecuente exposición de los genitales y conocimiento sexual precoz o inapropiado para su edad.

En la edad adulta se pueden presentar dificultades en el desempeño del rol parental y en las mujeres, posibilidad de ejercer la prostitución, frecuentes violaciones y abuso físico por sus parejas sentimentales. En ambos géneros se puede presentar insatisfacción en las relaciones sexuales, ansiedad y culpa sexual, dificultad para alcanzar la satisfacción sexual, se puede producir la evitación de las relaciones sexuales o, inversamente, una actividad sexual o masturbación compulsiva y promiscua, conductas sexuales exhibicionistas y se

puede tener la creencia de que la persona (en especial la mujer) es valorada por los demás únicamente por el sexo (Martínez & De Paúl, 2000; San-Martín, 2005).

Consecuencias psicológicas y comportamentales: Se estima que más del 20% de los niños que sufren maltrato presentan alteraciones neurológicas, trastornos cognitivos o intelectuales. Los niños con problemas de maltrato físico, muestran un apego ansioso entre 18 y 24 meses, por lo que presentan más rabia, frustración, agresión y entusiasmo disminuidos; a los 42 meses manifiestan baja autoestima, mayor hiperactividad y distractibilidad. A los cinco años existen más problemas de ajuste psicológico y problemas de conducta.

En comparación con los menores que sufren abandono psicológico se presenta un apego ansioso entre los 12 y 18 meses; entre los 9 y 24 meses se presenta un descenso en el rendimiento evolutivo, a los 42 meses son menos persistentes y creativos, con un tono emocional negativista y evitativo con respecto a sus madres.

Los niños víctimas de abandono físico, al igual que los anteriores, presentan un apego ansioso entre los 12 y 18 meses; a los 2 años hay mayor frecuencia de afecto negativo y menor afecto positivo, a los 42 meses son menos asertivos y con baja autoestima, son más propensos a la distracción e hiperactivos o más apáticos y aislados y a los 5 años presentan más problemas de conducta y ajuste psicológico (Martínez & De Paúl, 2000).

En general, se puede presentar hiperactividad, ansiedad de separación, pobre control de impulsos, disminución del autoconcepto, conductas autodestructivas, retraso en el rendimiento escolar, actos delictivos, se debilita el vínculo que el niño tiene con los adultos que lo cuidan, sus padres o quienes lo tienen a cargo (Fernández, 2002).

Se han presentado índices de intento de suicidio en niños víctimas de maltrato, este tipo de problemas están muy asociados a los trastornos depresivos aunque no de manera exclusiva. En el maltrato físico se presenta mayor tendencia a la utilización de la autoagresión como forma de resolver los problemas (Martínez & De Paúl, 2000).

Los varones presentan más problemas de agresividad y las niñas más problemas de pasividad en la relación social. También se presentan deficiencias en los niños víctimas de maltrato físico en el reconocimiento e identificación de las emociones de otras personas a través de la expresión facial; no reconocen adecuadamente para su edad las emociones de miedo, sorpresa, disgusto, felicidad, tristeza y rabia (Fernández, 2002; Martínez & De Paúl, 2000).

La existencia de problemas de conducta que impiden el funcionamiento adecuado del niño en sus roles básicos como escolar, familiar, social y en actividades recreativas, de desviaciones en su proceso de socialización (conductas antisociales, delictivas o muy violentas), de trastornos emocionales diagnosticados que requieren un tratamiento, o de un retraso cognitivo que impide totalmente al niño funcionar de la manera que deberían de acuerdo a su edad, son indicadores de que sufre un daño psicológico severo (Arruabarrena & De Paúl, 1994).

Los menores que han presentado algún tipo de maltrato son niños que han vivido con la constante experiencia de que sus sentimientos y deseos internos no tienen importancia, este tipo de representaciones se pueden dar cuando el niño va creciendo y visualiza que sus necesidades, como las de alimentación o de sueño, no tienen importancia para su mamá aunado al trato poco respetuoso que le dan a su cuerpo, lo que puede generar en el menor que se perciba como un niño malo y por ende que merece ser castigado (Alarcón et al., 2010).

De la misma forma, los autores refirieron que se presenta un escaso sentido de identidad, lo cual le dificultará integrarse como una persona que crece y tiene sentimientos; el menor se percibe inadecuado en su cuerpo y en su inteligencia, torpe en sus sentimientos, inseguro de quién es y qué clase de persona es; en ocasiones el infante por estas alteraciones puede sentirse sobresaturado o desorganizado, lo anterior se relaciona con los sentimientos de rechazo y de baja autoestima; siendo esta última una de las consecuencias principales que se relaciona con cualquier tipo de maltrato en los infantes y por lo que es de suma importancia ampliar la información sobre la misma.

CAPÍTULO II.

AUTOESTIMA

Anteriormente no existía una definición de la autoestima, pues era un tema poco estudiado. Sigmund Freud sugirió que la causa del poco “amor propio” era que el niño descubría que no podía tener relaciones sexuales con su madre o padre y esto conducía a un sentimiento de impotencia (Branden, 1997).

Por otra parte, Alfredo Adler postuló que todas las personas experimentan desde pequeñas sentimientos de inferioridad, porque nacen con alguna desventaja física o “inferioridad orgánica” y luego, porque los demás, es decir, los adultos o los hermanos mayores, son más grandes y fuertes; en otras palabras el problema es que las personas no nacen siendo adultos maduros perfectamente formados (Branden, 2011).

Coopersmith en 1967 indicó que la autoestima no se relaciona con la fortuna familiar, con la educación, con la zona geográfica de residencia, con las clases sociales, con la ocupación del padre ni con el hecho de que la madre este siempre en casa. En cambio, depende, de la calidad de las relaciones que existan entre el niño y aquellos que desempeñan papeles importantes en su vida (Corkille, 1998).

Sin embargo, algunas definiciones se han confundido con lo que es la autoestima, por lo que diversos investigadores hicieron énfasis en mostrar las diferencias entre lo que es y lo que no es la autoestima, pues dicha definición se ha llegado a confundir con el autoconcepto.

2.1 Diferencias entre autoconcepto y autoestima

Actualmente existe una confusión entre el autoconcepto y la autoestima, por lo que resulta importante realizar una diferencia entre ambos. El autoconcepto se define como la representación que posee el individuo de sí mismo; se trata de una construcción cognitivo-

social de las cualidades de la persona, es el conjunto de conocimientos que la persona tiene de lo que es y lo que no es capaz de hacer. En este sentido no se dan necesariamente juicios de valor (Aladro, 2012; Cava & Musitu 2000; Sánchez, 2012;).

Harter (1999) señaló que el autoconcepto es el resultado de las experiencias personales y la forma en que cada persona las interpreta. Mientras que para Rice es una evaluación cognitiva y consciente que los individuos hacen de ellos mismos, es decir, los pensamientos y las opiniones que cada cual tiene respecto de sí.

Musitu (1982) propuso que el sujeto tiene de sí un concepto y si después pasa a autoevaluarse e integra valores importantes, entonces ya tiene un nivel concreto de autoestima. El autoconcepto es más general, incluye una identificación de las características del individuo, la autoestima hace más hincapié en la evaluación de las mismas. Asimismo, Del Barrio, Frías, y Mestre (1994) consideraron que el autoconcepto es la reflexión del yo sobre sí mismo y la autoestima es el momento valorativo de esa reflexión.

El autoconcepto se refiere a los aspectos cognitivos, a la percepción y a la imagen que cada uno tiene de sí mismo; mientras que la autoestima señala los aspectos evolutivos y afectivos (Roa, 2013).

La autoestima se define como la interpretación que la persona le da a los factores externos para sí misma, se dan juicios de valoración; es decir que el sujeto se valora a sí mismo según sus cualidades que provienen de su experiencia y que son consideradas como positivas o negativas, esta valorización es diferente en cada contexto relevante para la persona, como en el ámbito familiar, académico, físico e intelectual. Un niño puede tener una buena autoestima en el ámbito familiar, pero no en el académico o viceversa (Aladro, 2012; Cava & Musitu, 2000; Sánchez, 2012;). Sin embargo esta no es una cualidad terminada, fija ni aislada del resto de las características de personalidad de los individuos.

La autoestima implica una crítica, evaluación y valoración acerca de uno mismo y depende de la forma en la que el individuo interactúe dentro de diferentes dimensiones.

Una vez que se conocen las diferencias entre el autoconcepto y la autoestima, es importante dar a conocer una definición de esta última, que nos permita tener una clara idea de las características que conforman dicho constructo.

2.2 Definición de autoestima

La palabra autoestima se divide en dos, en donde el verbo “estimar” procede del latín *aestimare*, “evaluar” y tiene dos significados, “determinar el valor” y “tener una opinión sobre algo”, por lo que se puede definir la autoestima como el valor y la opinión que se tiene sobre sí mismo (André & Lelord, 2012). Esta mirada-juicio que se pose de uno mismo es vital para el equilibrio psicológico.

Williams James, fue la primera persona que sugirió la idea del *self*, que en relación con la autoestima, definió esta última como la actitud positiva o negativa acerca del *self*, el grado de satisfacción con uno mismo y el sentimiento de valía personal percibido al compararse con los demás, este juicio afecta la manera en que el individuo se relaciona o desenvuelve en distintas esferas como la familiar, social, académica, personal, entre otras (Giménez, Cortés & Loaeza, 2003). Refirió que la autoestima ésta determina por la proporción entre la realidad de la persona y sus supuestas potencialidades y lo plasmó en una fórmula, en la cual, la autoestima es igual a los éxitos del individuo entre las pretensiones del mismo, definiendo esta última como los estándares y valores personales.

Otra de las conceptualizaciones es la que propuso Corkille (1998), definió que es el sentimiento que cada persona tiene por sí misma; su juicio general acerca de sí misma y la medida en que le agrada su propia persona. Mencionó que no consiste en un engreimiento ruidoso, por el contrario, es un silencioso respeto por uno mismo, la sensación propia de valor. Es lo que el individuo piensa de sí mismo en privado, y no el hecho de poder presentar una buena fachada o status ante los demás, pues aquel cuya autoestima es elevada no pierde el tiempo en impresionar a los demás, pues sabe que tiene valor propio.

Coopersmith definió la autoestima como la evaluación que la persona realiza y que habitualmente mantiene en relación a sí misma, expresa una actitud de aprobación o de desaprobación e indica hasta qué punto la persona se considera capaz, importante, digna y con éxito. Es un juicio personal de valor que se expresa en actitudes de la persona hacia sí misma (Branden, 1995).

A diferencia de los otros autores Branden (1995) le proporcionó más valor a las capacidades que tiene la persona, pues la refirió como la confianza que la persona tiene en su propia capacidad de pensar, de enfrentarse a los desafíos de la vida; al sentimiento de ser respetable, digno y de tener derecho a afirmar sus necesidades y creencias, a alcanzar sus principios morales y a gozar del fruto de sus esfuerzos.

A pesar de las discrepancias que se presentan entre las definiciones dadas, todos los autores coincidieron en que la autoestima es un elemento fundamental para un sano desarrollo tanto físico como psicológico del individuo. La autoestima alta busca objetivos exigentes que la estimulen y el lograrlos la alimenta, por el contrario el autoestima baja busca la seguridad de lo conocido y poco exigente, sin embargo, limitarse a ello debilita dicha autoestima (Branden, 2011).

Cuando se posee un juicio positivo de sí mismo, este permite actuar con eficacia, poseer una aceptación de uno mismo y de los demás, se logra un mejor control de la vida propia, se tiene mayor confianza, se aprecia lo que se hace, existe la capacidad de amar y ser amado, la persona es asertiva que logra entender sus propios sentimientos y el de los otros, se enfrenta a las dificultades que se le presenten y es persistente en una determinada tarea (André & Lelord, 2012).

El nivel alto de autoestima se relaciona con la racionalidad, la intuición, la creatividad, la disposición para cooperar, la independencia, la flexibilidad y la capacidad para aceptar los cambios, con el deseo de admitir y de corregir los errores. La persona acepta sus limitaciones sin auto-reprocharse, identifica sus necesidades y lucha para satisfacerlas, sus relaciones interpersonales son armoniosas y enriquecedoras, no se comportan de una forma

superior a los demás, se tiene un sentimiento de libertad y de auto-respeto (Álvarez & Moreno 2001; Branden, 1995; Scheehan, 2005;).

Cabe destacar que no todas las personas que se muestran seguras poseen un nivel elevado de estima, pues el engrimiento no se refiere a una autoestima alta, sino a una delgada capa que cubre la falta de autoestima, una persona arrogante o fanfarrona sólo demuestra una autoestima pequeña (Branden, 1998; Corkille, 1998).

Algunas personas tienen sentimientos profundos de ineptitud y poca valía, sin embargo como forma de defensa, presentan una fachada en la que parecen confiadas siempre. A veces esas personas engañan a otras, pero en su conducta hay a menudo una fragilidad, una exageración o una tensión que delata la inseguridad que se oculta en el fondo. El verdadero yo de tales individuos no tiene oportunidad de desarrollarse, pues en la infancia les enseñaron, en general sus padres, que su ser real es inaceptable y el individuo cree que la máscara lo protege contra el rechazo, engañándose a sí mismo y mientras se continúe en el uso de dicha máscara sus relaciones con los demás serán falsas (Corkille, 1998).

Cuando se posee un juicio negativo de sí mismo se engendran numerosos sufrimientos y molestias que perturban la cotidianidad, la persona no se siente satisfecha consigo misma, muestra una actitud pasiva hacia la vida, se desvaloriza en las cosas que hace y que logra, renuncia con facilidad a enfrentarse a dificultades, o bien, lo intenta pero sin dar lo mejor de sí misma. La autoestima baja se relaciona con irracionalidad, ceguera ante la realidad, rigidez, miedo a lo nuevo y a lo desconocido, con estar a la defensiva o con la sumisión o comportamiento reprimido y el miedo a la hostilidad de los otros. Sus metas son poco claras y su desempeño en lo social, académico y profesional es disminuido (André & Lelord, 2012; Branden, 1995).

El individuo acostumbrado a vivir en el rechazo y fracaso se siente especialmente amenazado debido a que lo nuevo puede provocarle frustración. Por el contrario quienes han tenido experiencias pasadas positivas tienen razones para creer que los cambios producen cosas buenas (Corkille, 1998).

Poseer una baja o alta autoestima está determinado por el reflejo que los demás le brindan acerca de sí mismo al menor, ningún niño puede “verse” a sí mismo en forma directa, es decir, la clave del tipo de identidad que el niño se construye se relaciona directamente con la forma en que se le juzga, por lo tanto, todo lo que ocurra entre él y quienes lo rodean es de importancia vital para la construcción de su autoestima (Corkille, 1998).

2.3 Construcción de la autoestima

La autoestima es una necesidad muy importante para el ser humano, es básica y tiene una contribución esencial al proceso de la vida, es indispensable para el desarrollo moral y sano; tiene un valor de supervivencia y funciona en el interior del individuo con o sin su conocimiento, no es estática, es decir, está en constante cambio por lo que necesita ser alimentada regularmente. Por lo tanto, resulta importante conocer cómo se da la construcción de la misma en el ciclo vital del desarrollo (Branden, 1995; Branden, 2011).

Anteriormente se pensaba que la autoestima estaba determinada por el nacimiento y no era algo que se construía, sin embargo, tiempo después diversos autores desecharon tal idea y refirieron que se va desarrollando en el transcurso del ciclo vital. El nivel de la autoestima no se consigue de una vez y para siempre en la infancia; puede crecer durante el proceso de maduración o se puede deteriorar, pues está en continuo desarrollo (Branden, 1995).

Coopersmith (1967) refirió que existen 4 elementos que contribuyen al desarrollo de una buena autoestima en el menor:

- a) El valor que el niño percibe de otros hacia sí mismo, expresado en elogios, afecto y atención.
- b) Sus propias experiencias de éxito, es decir, retroinformación que le permite ubicarse en el ambiente.
- c) Su definición particular de éxito o fracaso.
- d) El estilo personal del niño para manejar la crítica y la retroinformación negativa.

El autor refirió que el desarrollo de la autoestima se relaciona con el núcleo familiar, dando importancia a las prácticas que deben realizar los padres, las cuales son: aceptación total del niño, dar instrucciones claras y establecer límites, respetar las acciones del niño dentro de esos límites y brindarle el apoyo suficiente para que el menor consiga sus metas.

Por otra parte Aladro (2012) destacó que existen 5 componentes de la autoestima, que interactúan entre sí para conformar la estimación personal, los cuales son:

- *Autoconocimiento*: representa el nivel de conciencia de las propias acciones, propósitos, valores y metas, que implica tanto un respeto hacia los propios pensamientos y sentimientos; darse cuenta de las propias fragilidades y fortalezas para integrarlas al nivel de conciencia e iniciar cambios personales en la construcción de una autoestima positiva o saludable.
- *Aceptación*: se refiere tanto a la aceptación de la propia persona como hacia los demás, reconocer los propios atributos y ser tolerante ante las fragilidades. Según Branden 1997, citado en Aladro (2012) este componente se forma por 3 niveles: a. Estar consigo mismo, valoración de las propias características, b. auto aceptación, reconocimiento de los pensamientos, sentimientos negativos sin negarlos, sino aprender de ellos y buscar nuevas vías más alentadoras o productivas y c. Se refiere a aceptar y comprender los propios errores y fragilidades sin juicios valorativos.
- *Respeto*: respetar los propios deseos, necesidades, valores y pensamientos al expresarlos en forma afirmativa, defendiendo las propias creencias, valores u opiniones sin fingir ser otra persona para ser aprobada por los otros.
- *Confianza*: se define como la persona que es capaz de actuar de manera adecuada ante situaciones importantes, confronta sin excesivo temor al fracaso y al juicio de los demás, es una persona que se atreve, perseverante y que acepta los fracasos, admitiendo sus propios límites sin devaluarse, generalmente el individuo adopta una actitud positiva ante diversas situaciones y tiende a realizar lo que desea.
- *Autovaloración*: se integran los componentes anteriores para que el sujeto llegue a la autovalía; interviene la comprensión, la aceptación y el esfuerzo para que

continúe viviendo a pesar de las dificultades, los errores o situaciones de dolor; se refiere a cuanto la persona se valora para conocerse y para gustarse.

Por otra parte, la teoría psicosocial de Erikson también aportó características que forman la estima personal, en la cual se describieron 8 estadios por los que pasa el ser humano; el autor mencionó que cuando la persona no supera una de las etapas se presentan repercusiones en su desarrollo; no obstante dadas las características del estudio sólo se mencionan las primeras 5 que van desde el nacimiento hasta la adolescencia (Berger, 2006).

1. *Confianza VS Desconfianza (nacimiento-1 año)*: los bebés aprenden a confiar en quienes se preocuparán de sus necesidades básicas de alimentación, afecto, aseo y contacto físico o aprenden a no tener confianza en el cuidado que los demás les pueden brindar.
2. *Autonomía VS Vergüenza y duda (1-3 años)*: los menores aprenden a ser autosuficientes en diversas actividades como controlar esfínteres, alimentarse, caminar, explorar y hablar, o bien aprenden a dudar de sus propias habilidades.
3. *Iniciativa VS Culpa (3-6 años)*: los niños quieren aprender actividades típicas de los adultos, o bien pueden tener los límites impuestos por sus padres y sentir culpa.
4. *Laboriosidad VS Inferioridad (6-11 años)*: los niños pueden aprender activamente a ser competentes o productivos en el dominio de nuevas habilidades, o bien pueden sentirse inferiores e incapaces de hacer algo bien.
5. *Identidad VS Confusión de roles (adolescencia)*: la persona intenta saber “quien es”, para ello establece la identidad sexual, política y profesional o se siente confundido respecto de los roles que debe desempeñar.

Otros autores realizaron especificaciones sobre dicho desarrollo; Corkille (1998) postuló que todo niño nace con la potencialidad necesaria para alcanzar la salud mental, pero el hecho de que esa potencialidad se alcance o no, depende del clima psicológico en el que se desenvuelva el menor. El niño que posee una autoestima elevada es aquel que más probabilidad tiene de triunfar.

André y Lelord (2012) refirieron que los comienzos de la autoestima se hacen en correlación con los de la conciencia de uno mismo. Desde que el niño nace la construcción de la autoestima está en proceso, a pesar de que aún no tiene un lenguaje, su forma de comunicación es el grado de correspondencia cálida por parte de los padres o cuidadores; esta correspondencia se compone por atención, sonrisas, abrazos, canciones, conversaciones, etc., que se tengan con el bebé. Estos reflejos ponen al menor en el camino hacia la autoestima elevada pues se vive como importante para los otros; por el contrario, los padres que nunca juegan con sus hijos o que los cuidan con eficacia fría y carente de correspondencia, no le transmiten la impresión de la importancia que él tiene para ellos y los bebés aprenden que no merecen recibir atención (Corkille, 1998).

Cuando el menor empieza a adquirir el lenguaje y en determinado momento se le reprende diciéndole que es malo, él, al considerar a su madre como un espejo infalible, concluye que el ser malo es una de las cualidades que él posee. Las palabras tienen poder, sin embargo, estas siempre tienen que ser acompañadas del sentimiento verdadero; es decir las palabras tienen que coincidir con las actitudes; cuando no es así los niños empiezan a desconfiar de lo que los adultos dicen (Corkille, 1998). Los hermanos y las personas que pasan períodos prolongados con los niños también influyen de manera activa en la formación de la autoestima del menor.

Entre los 3 y 4 años los niños realizan una sobrevaloración de sus padres, pensando que son personas que todo lo saben, por lo que tienen el ideal de que “lo que ellos dicen de mí es lo que soy”, emplean las palabras y los mensajes que recibe de ellos para formar su propia imagen (Corkille, 1998).

Entre los 3 y los 6 años, las niñas prefieren las interacciones en diadas y los niños en pandillas; este periodo es clave para la construcción de la autoestima, especialmente en la dimensión social, pues los menores muestran preocupación por su popularidad. Sus iguales empiezan a tomar más importancia en el desarrollo de su estima personal, sin embargo, los padres siguen siendo los principales proveedores del amor y sus opiniones, son aún los que

cuentan en la conducta y éxito escolar, la opinión de los pares se considera fundamental para el aspecto físico, las competencias atléticas y la popularidad (André & Lelord, 2012).

Cuando el menor empieza a relacionarse en otros ambientes como el escolar, amigos, deportivos, estas nuevas personas también influyen como espejos en la formación de una percepción de sí mismo.

Alrededor de los 6 años los infantes dejan de depender totalmente de su familia y la manera en la que los niños ajenos a su hogar reaccionan ante él se hace cada vez más importante, los menores que poseen rasgos que son aceptables para su grupo se sienten más aptos porque reciben de sus compañeros reiterados reflejos positivos de su imagen, por el contrario, los niños cuyos intereses son notoriamente diferentes a los del resto tienden a sentirse aislados y comienzan a considerar que valen menos que los demás (Corkille, 1998).

De igual forma, Sheehan (2005) refirió que la formación de la autoestima está relacionada con la interacción principalmente con los padres y con las figuras significativas, pues son ellos quienes envían los primeros mensajes al niño sobre sí mismos y afectan de manera decisiva la percepción que el niño o adolescente se va formando de sí mismo. Algunos factores que son importantes en el desarrollo de la autoestima son: cómo son tratados los niños, la autoestima de los padres, la estructura y funcionamiento familiar.

André y Lelord (2012) refirieron que existen cuatro fuentes significativas para el niño en la construcción de su autoestima, sus padres, sus maestros, sus iguales y sus amigos íntimos; y cuando funcionan las cuatro fuentes permiten la plenitud y solidez de la autoestima; y si una u otra se decae, el resto puede suplirla. Sin embargo, refirieron que el niño debe hacer cuatro veces más esfuerzos para preservar una buena imagen social y por ende recibir su “ración” de autoestima, es decir, ser buen hijo o hija, buen alumno, buen compañero de clases y buen amigo.

Desde la infancia y hasta la adolescencia el menor necesita cada vez más apoyo social por parte de otros cuyos valores coincidan con los de él.

Durante la adolescencia los padres ya no son la principal fuente para que la autoestima aumente, ahora son personas fuera del núcleo familiar quienes la alimentan; pero sigue teniendo gran impacto la aprobación de los progenitores y en realidad, sólo disminuye cuando el joven abandona la familia. Los adolescentes buscan apoyo emocional y aprobación social de sus amigos, grupos de pares, maestros, etc, (Santrock, 2003).

Branden (1997) refirió que los padres deben tener como meta crear una persona autónoma, segura y confiada, con capacidad de responder a las exigencias de la vida respetándose a sí misma, es decir, la meta adecuada de la crianza de los padres consiste en preparar a un hijo para que sobreviva de forma independiente en la edad adulta.

Como ya se mencionó anteriormente la autoestima no es inamovible, pero tampoco resulta fácil modificarla una vez que se ha forjado. La visión de sí mismo por parte del niño cambia, por lo general, a medida que este crece y vive experiencias nuevas (Corkille, 1998). La autoestima no se aprende ni se hereda, sino que se va desarrollando desde el nacimiento y el proceso no concluye, ello significa que las actitudes hacia uno mismo se puede alterar en sentido positivo o negativo en diferentes áreas, es decir, el menor puede tener una estima alta en las relaciones interpersonales pero dentro del ámbito académico su autoestima puede ser menor. Por lo anterior es importante conocer cuáles son la áreas de la autoestima y como algunas de ellas pueden estar más desarrolladas que otras.

2.4 Componentes y áreas de la autoestima

La autoestima está configurada por factores internos y externos. Los primeros, son los factores que radican o están creados por el individuo, ideas o creencias, prácticas o conductas. Mientras que los externos son los factores del entorno, como los mensajes transmitidos verbal o no verbalmente, o las experiencias suscitadas por los padres, los educadores, las personas significativas para el individuo, las organizaciones y la cultura (Branden, 1995). La autoestima es uno de los factores que determina el éxito o el fracaso de cada niño como ser humano.

A demás de estos factores, existen diversos investigadores que propusieron diferentes componentes y áreas de la autoestima, es importante dar a conocer algunas de ellos con la finalidad de saber las semejanzas y divergencias entre dichas áreas y componentes.

André y Lelord (2012) refirieron que la autoestima tiene 3 componentes:

- *El amor a sí mismo:* es el elemento más importante; implica que la persona se evalúe y se quiera a pesar de sus propios defectos, límites, fracasos, etc. Este amor incondicional no debe depender de las realizaciones o logros que se tengan.
- *La visión de sí mismo:* se refiere a la evaluación fundamentada o no, que la persona hace de sus propias cualidades y defectos. Lo importante no es la realidad de las cosas, sino la convicción que el individuo tiene de ser portador de cualidades y defectos, de potencialidades o limitaciones, es decir, la evaluación que la persona tenga de sí misma sin importar si dicho juicio es real, irreal o el juicio que tengan los otros del sujeto.
- *La confianza en sí mismo:* se refiere a que la persona piense que es capaz de actuar de modo adecuado en las situaciones importantes. Es un pilar fundamental de la autoestima ya que esta necesita actos para mantenerse o desarrollarse, es decir, pequeños éxitos cotidianos para el equilibrio psicológico.

En la Tabla 8 se muestra el origen, beneficios y consecuencias en caso de carencia de los tres componentes de la autoestima.

TABLA 8. Componentes de la autoestima. Características.

	Amor por sí mismo	Visión de sí mismo	Confianza en sí mismo
Orígenes	Calidad y coherencia de los "alimentos afectivos" recibidos por el niño.	Expectativas, proyectos y proyecciones de los padres sobre el hijo(a).	Aprendizaje de las reglas de la acción (atreverse, perseverar, aceptar los fracasos).
Beneficios	Estabilidad afectiva, relaciones con los demás; resistencia a la crítica o al rechazo.	Ambiciones y proyectos que se intentan realizar; resistencia a los obstáculos y a los contratiempos.	Acción cotidiana fácil y rápida; resistencia a los fracasos.

Consecuencias en caso de carencia	Dudas sobre la capacidad para ser apreciado por los demás, convicción de no estar a la altura, mediocre imagen de sí, incluso en caso de éxito material.	Falta de audacia en las opciones existenciales, conformismo, dependencia de las opiniones de otro, poca perseverancia en las opciones personales.	Inhibiciones, vacilaciones, abandonos, falta de perseverancia.
-----------------------------------	--	---	--

Fuente: André, C. & Lelord, F. (2012). *La autoestima. Gustarse a sí mismo para mejor vivir con los demás*. Kairós. España: Barcelona.

Estos tres componentes de la autoestima mantienen, por lo general, vínculos de interdependencia; el amor por uno mismo (respetarse suceda lo que suceda, atender a las propias necesidades y aspiraciones) facilita indiscutiblemente una visión positiva de sí (creer en las capacidades que posee el individuo) que, a su vez, influye favorablemente en la confianza en la propia persona (actuar sin excesivo temor al fracaso y al juicio de los demás). Sin embargo, si se puede presentar que en algunos individuos estos elementos estén disociados.

Por otra parte, Branden (1995) refirió que sólo existen dos componentes de la autoestima:

- *Eficacia personal:* es la confianza que tiene la persona en el funcionamiento de su mente, es su capacidad para pensar y entender, para aprender, elegir y tomar decisiones, capacidad de comprender los acontecimientos que suceden, creen en sí mismo y tener autoconfianza.
- *Respeto a uno mismo:* señala la reafirmación de la valía personal, tener una actitud positiva, ser feliz, sentimiento de que la alegría y la satisfacción son derechos innatos naturales.

Postuló que ambos componentes son un pilar doble de una autoestima saludable, si falta uno de ellos, la autoestima se deteriora.

Posteriormente, el mismo autor describió que la autoestima posee 6 pilares los cuales definió de la siguiente manera:

- *La práctica de vivir conscientemente:* manifestó que la consciencia es el instrumento básico de supervivencia que brinda la capacidad de dirigir la propia persona. Cuando el individuo vive de manera consciente intenta ser sensato en todo lo que tiene que ver con sus acciones, sus propósitos, valores, metas y se comporta de acuerdo a lo que ve y conoce. Cuando no existe un nivel adecuado de conciencia la persona puede tener sentimientos de poca eficacia y de respeto hacia sí misma, no se siente competente ni valiosa. Si se traiciona la conciencia se resiente la autoestima y la forma más simple de dicha traición es la evasión de los hechos que le causan confusión.
- *La práctica de aceptarse a sí mismo:* la autoestima es imposible sin la aceptación de sí mismo. Mientras la autoestima es algo que se experimenta, la aceptación de sí mismo es algo que se hace. Se refiere a que la persona acepte los errores, virtudes, defectos, temores, logros, problemas, etc. que tiene, cabe destacar que aceptar no es sinónimo de apreciar, disfrutar o condenar. Si la persona no puede aceptarse a sí misma no puede estar verdaderamente para sí misma y por lo tanto, no puede levantar su autoestima. La aceptación de sí mismo conlleva la idea de compasión y de ser amigo de sí mismo.
- *La práctica de asumir la responsabilidad de uno mismo:* la propia responsabilidad es esencial para la autoestima, y es también, un reflejo o manifestación de la misma. Se refiere a que la persona debe asumir las consecuencias de sus elecciones, acciones, de su felicidad, etc., pues esto la lleva a su independencia; la responsabilidad de sí mismo se expresa mediante una orientación activa hacia su vida y pensando por sí mismo, sin reciclar las opiniones de los otros.
- *La práctica de la autoafirmación:* se refiere a que la persona respete sus deseos, sus necesidades y valores y busque su forma de expresión adecuada en la realidad. Sin embargo, se debe aclarar que la autoafirmación no se refiere a una agresividad, no significa abrirse paso para ser el primero o pisar a los demás, no significa que es indiferente a las demás personas, por el contrario, significa la disposición a valerse por sí mismo, a ser quien es y a tratarse con respeto en las relaciones humanas.

- *La práctica de vivir con propósito:* se refiere a que el individuo se proponga a realizar determinadas actividades y no sólo esperarlas, desearlas o dejarlas al azar; es decir que utilice sus facultades y habilidades para la consecución de las metas que ha elegido, estas metas deben estar fijadas dependiendo de las capacidades de la persona.
- *La práctica de la integridad personal:* consiste en la integración congruente de un conjunto de ideales, convicciones, normas y creencias con la conducta. La aceptación de la propia persona es una condición previa al cambio o a la mejora de sí mismo. La integridad no garantiza que la persona haga la mejor elección, sólo exige que sea auténtico el esfuerzo por tomar la mejor elección, que permanezca consciente y conectada a su conocimiento, que asuma la responsabilidad de sus elecciones y sus consecuencias y no pretenda huir en una confusión mental. La integridad significa congruencia y concordancia entre sus palabras y su comportamiento.

El autor señaló que si la persona integra a su vida cotidiana estas seis prácticas, la autoestima se reforzará y tendrá un mayor apoyo, consiguiendo beneficios, pero, en el caso contrario se dañará la autoestima y se obtendrán consecuencias poco favorables para el desarrollo de la misma. Sin embargo es indispensable señalar que las secuelas que se presenten, además de ser positivas o negativas pueden ser estables o inestables.

A partir de esto, André y Lelord (2012) refirieron que existen cuatro tipos de autoestima, los cuales son:

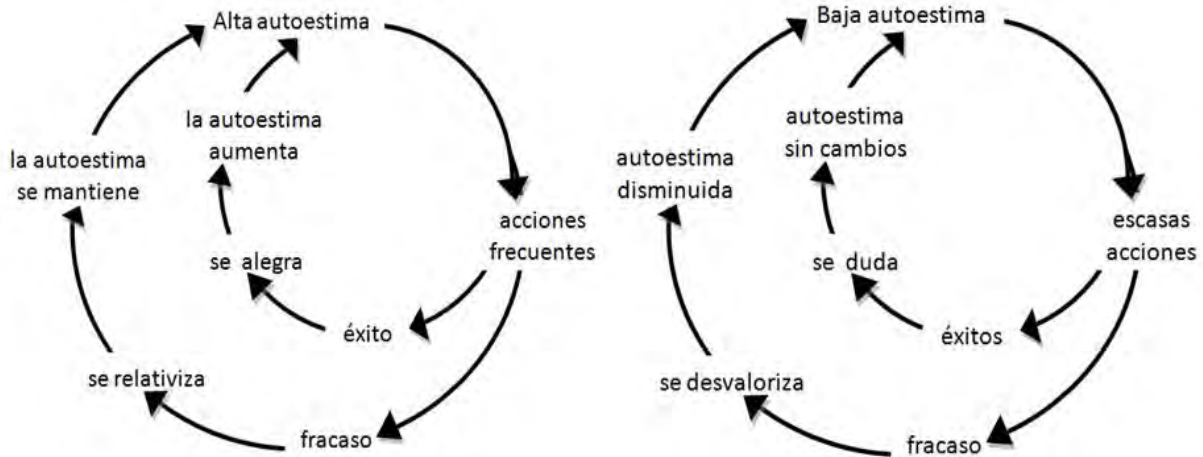
- *Alta y estable:* las circunstancias exteriores y los acontecimientos de la vida tienen poca influencia sobre la autoestima de estas personas. No invierten mucho tiempo ni energía en defender o promover su imagen. Son capaces de escuchar otras opiniones sin mostrarse tensas, intentan convencer a las otras personas más que desestabilizarlas. Son emocionalmente estables, no se desconciertan con facilidad y mantienen coherencia en sus palabras y su conducta, sea el contexto favorable o desfavorable.
- *Alta e inestable:* aunque la autoestima está elevada puede sufrir importantes altibajos, principalmente cuando se hallan en un contexto competitivo o desestabilizador. Las

personas dan a conocer sus éxitos o cualidades de un modo excesivo. Reaccionan con vigor ante la crítica y el fracaso, cuando se les contradice se irritan rápidamente e intentan “acabar” con el interlocutor por medio de una crítica o una broma agresiva. Son sujetos que se sienten fácilmente agredidos y cuestionados cuando se encuentran en contextos hostiles o críticos.

- *Baja e inestable:* las personas son sensibles y reactivas a los acontecimientos exteriores, sean positivos o negativos. Se presentan fases en las que la autoestima es más alta que de costumbre, sin embargo, esos progresos son a menudo lábiles y su nivel vuelve a bajar, poco después, cuando aparecen nuevas dificultades. Realizan esfuerzos para darse una mejor imagen a sí mismo y a los demás. Si se les contradice, se desestabilizan y no se oponen con firmeza a la opinión adversa, sin embargo, si siente que es aceptado puede relajarse y explicarse mejor. Tienen deseos constantes de progresar y mejorar su estado de ánimo; son más sensibles de lo que aparentan a la mirada y comentarios que la sociedad les dirige.
- *Baja y estable:* la autoestima de estas personas se ve poco afectada por los acontecimientos exteriores, ni siquiera por los positivos o favorables. Los sujetos realizan pocos esfuerzos para promover su imagen y autoestima, cuyo bajo nivel, en cierta forma, acepta y padece. Se les dificulta emitir opiniones a menos que otros se lo pidan y cuando lo hace prefiere verbalizar algo que ya fue mencionado, si le insisten en que explique su punto de vista, lo puede visualizar como una tortura y puede emitir opiniones bastante negativas. Son personas “resignadas” a que su estado de ánimo no cambie y aceptan el fracaso y el rechazo.

La autoestima alta y baja, ante un éxito o un fracaso, siguen un ciclo el cual se plasma en la siguiente figura, mostrando que cuando la autoestima es elevada las acciones que se realizan para lograr un objetivo son recurrentes, mientras que en los niveles bajos, la persona duda y puede desvalorizarse al tratar de cumplir una meta y errar (Figura 2).

FIGURA 2. Ciclos de la autoestima alta y la autoestima baja



Fuente: André, C. & Lelord, F. (2012). *La autoestima. Gustarse a sí mismo para mejor vivir con los demás*. Kairós. España: Barcelona.

Si bien ya se conocen los componentes y tipos de autoestima, resulta importante saber cuáles son las áreas de ésta, pues no se habla de una estima general. Existen diversas áreas que pueden tener diferentes niveles en la misma persona, esto se debe a las capacidades que cada sujeto se atribuye en cada una de las áreas; el mismo individuo puede considerarse con capacidad y habilidad en las relaciones sociales, pero con pocas facultades en el área intelectual, se puede decir que, tiene una autoestima alta en el área de relaciones sociales y baja en lo intelectual.

Sánchez (2012) mencionó que existen 4 tipos de enfoques o áreas de la autoestima y las definió de la siguiente manera:

- **Intelectual:** valoración que cada persona hace de sus habilidades intelectuales; algunos ejemplos, es que a la persona le guste resolver crucigramas, agrado por los juegos de habilidad matemática y destreza mental, que disfrute estudios, logros académicos y escolares.
- **Físico-corporal:** valoración que cada persona hace de sus habilidades de control sobre su cuerpo y de la estética de éste; por ejemplo, que la persona disfrute mirarse al espejo, le guste arreglarse para que los otros la vean, opina sobre como lucen y se ven otras personas, ect.

- *Artística*: valoración que cada persona hace de sus habilidades para la expresión y la apreciación artística, por ejemplo, que al individuo le guste dibujar o pintar con diversas técnicas y superficies, que le agrade conocer distintas manifestaciones artísticas, le guste cantar, bailar, etc.
- *Efectivo-social*: es la valoración que cada persona hace de sus habilidades para relacionarse con los otros; le permite interactuar y reconocer habilidades en otras personas, que le agrade convivir con diversas personas, es sensible ante las emociones y deseos de los otros y actúa con respeto hacia los demás.

Pope, McHale & Craighead (1988) indicaron que la autoestima se integra por cuatro áreas, algunas de ellas difieren a las antes mencionadas:

- *Social*: integra los sentimientos del individuo en cuanto a sus relaciones interpersonales.
- *Académico*: se refiere a la evaluación de satisfacción personal en relación con el rendimiento académico.
- *Familiar*: se compone de los propios sentimientos como miembro de un núcleo familiar.
- *Físico*: se refiere a la satisfacción del individuo con su imagen corporal, con su apariencia y sus capacidades físicas.

Dentro del estudio de la autoestima infantil, Coopersmith (1967) desarrollo la idea de una autoestima global, la cual se compone de 4 áreas:

- *Autoestima si mismo general*: se refiere al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodescriptivas.
- *Autoestima social*: corresponde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodescriptivas en relación con sus pares.
- *Autoestima hogar y padres*: corresponde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodescriptivas en relación con sus familiares directos.

- *Autoestima escolar/académica*: corresponde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodescriptivas en la relación con sus compañeros y profesores.

Cabe destacar, que a pesar de que las áreas están descritas con nombres diferentes, la mayoría de ellas están dirigidas a la misma dirección, académica, física, social y familiar; los autores coincidieron en que cada una de las áreas tiene una relevancia diferente para cada persona, pues están relacionadas con la edad, el momento, el contexto, etc. Así como se puede poseer una autoestima alta o baja en diversas áreas, cada una de ellas presenta repercusiones tanto positivas como negativas, las cuales serán descritas a continuación.

2.5 Consecuencias de la autoestima

A medida que se van presentando situaciones que van construyendo la autoestima de la persona, está presenta consecuencias positivas y negativas que determinan sus comportamientos y actitudes en la esfera biopsicosocial; afectan su creatividad, su integridad y su estabilidad. Los sentimientos del propio valor constituyen el núcleo de su personalidad y determinan la forma en que cada individuo emplea sus aptitudes y habilidades en su vida cotidiana y al enfrentarse con dificultades (Corkille, 1998).

Existe una relación recíproca entre la autoestima y la forma en que actúa la persona; es decir, el nivel de autoestima influye en la forma en que actúa y la forma en que actúa influye en el nivel de autoestima (Branden, 2011).

El concepto que el menor tiene de sí mismo influye en la elección de sus amistades, en la forma de relacionarse con los demás, en la clase de persona con la que se ha de casar y en la medida de lo productivo que será en el futuro (Branden, 1995; Corkille, 1998).

La propia estima permite a la persona valorizar al estima de los demás, es decir, es capaz de valorar y dar reconocimiento a los otros sin sentirse superior o inferior; por el contrario la

baja autoestima puede promover conductas autodestructivas, en donde el individuo llega a sentirse merecedor de situaciones desagradables, o sentirse culpable ante las reacciones que provocan en el otro (Lerner, 2003).

Un nivel alto de autoestima le permite al menor generar estrategias que puede utilizar para enfrentarse en diversas dificultades; pues va asociada con comportamientos más adaptativos, como la búsqueda de apoyo social, una relativa confianza en el porvenir, capacidades de cuestionamiento, confianza activa con la realidad, etc., (Polaino, 2004).

El menor descubre sus capacidades y las potencializa, tiene un buen estado de ánimo, confianza en las cosas que realiza, una mejor y más objetiva interpretación acerca de sus experiencias, de modo que, aunque sean negativas puede observar lo positivo, es perseverante y responsable de las decisiones y consecuencias que se den ante sus elecciones y posee sentimientos de satisfacción por sus esfuerzos y logros lo cual se refleja en un rendimiento escolar adecuado, en mejores habilidades sociales y familiares (Flores, 2011; Sánchez, 2012).

La persona con una adecuada autoestima previene el consumo de drogas, pues es capaz de respetar sus valores, favoreciendo su salud e integridad. Puede comprender que existen situaciones que están fuera de su control, sin embargo, integra sus ideas, normas y creencias con su comportamiento y expresa lo que siente a la medida de sus capacidades. El sujeto es consciente de cuáles son sus límites, y aunque exista presión social no se involucran en actos de vandalismo, es capaz de alejarse de las situaciones que considere riesgosas (Medina, 2009).

El niño con alta autoestima rara vez es un niño problema, la seguridad interna que posee se manifiesta en todas sus acciones. Toda situación vital que hace que el individuo se sienta personalmente más valioso, y que confirma su valor como persona única, estimula la elevación de la autoestima, con habilidades para enfrentarse a experiencias nuevas, es capaz de trabajar asertiva y constructivamente en los problemas y desigualdades que se les presenten (André & Lelord, 2012; Corkille, 1998).

De igual manera, los niveles bajos de autoestima presentan consecuencias, que a diferencias de las anteriores se dirigen a aspectos poco adaptativos para la persona. El menor llega a aceptar conductas poco favorecedoras y puede sentirse culpable por la situación en la que está inmerso.

Se pueden desarrollar problemas psicológicos y emocionales, que se relacionan con la predisposición a manifestar conductas de ansiedad, angustia, agresividad, de control, manipulación y destructivas hacia los otros y hacia sí mismos, así como depresión, ideación e intentos suicidas. También presentan como consecuencias trastornos infantiles, de aprendizaje, de comunicación y mala conducta (Branden, 1997; Miranda et al., 2009; Ramos & Cerdón, 2008 en Flores, 2011).

Se ha identificado la vulnerabilidad de poseer un autoestima baja, con dos formas de responder de los menores, en la primera presentan respuestas de evitación, retraimiento o precaución y en la segunda utilizan conductas compensatorias como la negación, hostilidad, agresividad y baja tolerancia a la frustración, es decir que pueden presentar conductas diferentes, esto depende de las herramientas psicológicas que cada infante posee (Aladro, 2012; Paz, 2000).

Los menores evitan algunas actividades, por ejemplo las de competencia, por temor a ser criticados, con actitudes poco positivas y pueden presentar anticipaciones negativas. Sus conductas son una forma de hacerles saber a los otros que no creen en sus propias posibilidades de éxito y que sus pensamientos no están a la altura del resto de las personas (André & Leclercq, 2012).

Las personas con baja autoestima pueden involucrarse en relaciones personales poco favorables, que pueden resultar destructivas debido a que no se dan valor para que sean tratadas con respeto, difícilmente pueden decir “no” aun sabiendo que alguna situación les produce daño y permanecen en el lugar, la presión social resulta fundamental para su comportamiento (Medina, 2009; Morelato et al., 2011).

Otra de las características que se llegan a presentar son dificultades sexuales, problemas de alimentación como bulimia, anorexia, obesidad, etc, que pueden convertirse en círculos viciosos difícil de romper, así como violencia doméstica en sus familias actuales y próximas, violencia adolescente e involucrarse en pandillas (Corkille, 1998).

Niveles bajos de estima, también facilitan el consumo de drogas, alcohol, tabaco o sustancias que son dañinas para la salud, estos consumos pueden iniciar en edades tempranas. Se pueden desarrollar otro tipo de adicciones como a los video juegos, actividades escolares, aparatos electrónicos, etc, (Moreno, 2003 en Medina, 2009; Margaritoiu & Eftimie, 2012; Paz, 2000).

La autoestima baja se relaciona en mayor medida con consecuencias negativas, sin embargo tiene repercusiones positivas, así como los niveles altos de autoestima presentan consecuencias negativas.

Algunos de los beneficios que presentan los niveles bajos de autoestima son, que al buscar ser aceptados por los demás, están dispuestos a concesiones y renuncias para ser apreciados, evitando así chocar con excesiva frecuencia con los intereses de los demás. En algunos medios, su modesta manera de presentarse es más apreciada que la arrogancia de una persona con alta autoestima. Prestan atención a las críticas, logrando captar mejor las expectativas del otro, esto les puede permitir mejorar su rendimiento. Estas personas tienen un respeto mejor por los otros, pues no se consideran superiores a ellos. La baja autoestima, también puede ser un motivador del éxito, debido a que favorece la aceptación de los demás y la capacidad de escuchar puntos de vista diferentes teniendo una mejor comprensión de la situación o problema, además los sujetos trabajan mucho para compensar la falta de confianza en sus capacidades (André & Lelord, 2012).

Por otra parte, una alta autoestima también puede presentar inconvenientes, ya que puede rebajar notoriamente la atención de los individuos colocados en situaciones competitivas, debido a que desprecian al adversario o no tienen en cuenta los consejos que les dan las personas con menor autoestima pero con mayor realismo, pues conocen el fracaso. A pesar

de que las personas con alta autoestima soportan mejor los fracasos, en parte es porque tienden a externalizarlos atribuyendo las razones a causas ajenas a ellos mismos. Una persona demasiado confiada en sus capacidades puede obstinarse imprudentemente, pues se sienten atraídos por situaciones peligrosas y de adrenalina, por ejemplo el uso de motos, conducir a exceso de velocidad o bajo la influencia de sustancias tóxicas, por lo que corren más riesgos de sufrir algún accidente, pues no prevén las consecuencias reales de sus actos (André & Lelord, 2012).

En la Tabla 9 se resumen las principales diferencias entre una baja y una alta autoestima.

TABLA 9. Diferencias entre una baja y una alta autoestima.

	Baja autoestima	Alta autoestima
Imagen de sí mismo	<p>Tienen la sensación de no conocerse. Hablan de sí mismos de modo bastante neutro y puede ser un discurso contradictorio. Se describen de modo más moderado, difuso e incierto. Tienen sobre sí mismo un juicio poco estable y puede depender de las circunstancias y de las otras personas</p>	<p>Tienen ideas claras sobre sí mismos. Hablan de sí mismos de un modo decidido y coherente. Saben hablar de ellos de manera positiva. Tienen sobre sí mismos un juicio bastante estable y depende relativamente poco de las circunstancias y los otros.</p>
Ventajas	Adaptación a las personas.	Imagen clara y estable.
Inconvenientes	Imagen borrosa.	Demasiada certeza y simplificaciones, puede disgustar a ciertos individuos.
Toma de decisiones	<p>Laboriosa. Se preocupan por las posibles consecuencias.</p> <p>A veces tienen demasiado en cuenta el entorno al tomar decisiones. Sufren a veces situaciones dictadas por el entorno.</p>	<p>Fácil. Actúan con tanta eficacia como les es posible para que su opinión tenga éxito. Se toman en cuenta a sí mismo en su toma de decisiones. Se desprenden de las situaciones dictadas por el entorno si las perciben como contrarias a sus intereses.</p>
Ventajas	Comportamientos prudentes y reflexivos, pacientes.	Pueden ser innovadores.
Inconvenientes	A veces vacilantes o convencionales.	Demasiado sensibles, a veces, a sus intereses a corto plazo.
Reacción ante el fracaso y la crítica	<p>El fracaso deja una huella emocional duradera.</p> <p>Se derrumban si son criticados sobre los puntos en los que creen ser competentes (y no criticables en un principio). Buscan información negativa sobre sí mismos. Se justifican tras un fracaso.</p> <p>Tras un fracaso se comparan con los más fuertes (él lo habría conseguido). Se sienten rechazados si se les crítica. Se sienten muy ansiosos ante la evaluación de los</p>	<p>El fracaso deja pocas cicatrices emocionales duraderas. Pueden resistir las críticas sobre puntos sensibles, o defenderse enérgicamente de ellas.</p> <p>Buscan poco la información negativa sobre sí mismos. No se sienten obligados a justificarse tras un fracaso. Tras un fracaso, se dicen que muchos habrían fracasado en su lugar. No se sienten rechazados si se les crítica. Se sienten mínimamente ansiosos ante la</p>

Ventajas	demás. Motivación para no fracasar, capacidad para escuchar opiniones críticas.	evaluación de los demás. Resistencia a la adversidad.
Inconvenientes	Sufrimiento duradero y a veces excesivo, y ansiedad anticipada.	Pueden no tener en cuenta las críticas.
Reacción ante el éxito	Les gusta tener éxito. El éxito trastorna su visión de sí mismos. Emociones mitigadas. Miedo a no estar a la altura más tarde, a que no dure.	Les gusta tener éxito. El éxito confirma su visión de sí mismos. Emociones positivas. Se hacen pocas preguntas respecto a la duración del éxito.
Ventajas	Humildad, modestia.	Mayor motivación, éxitos beneficiosos para la autoestima.
Inconvenientes	Estropear el placer (felicidad ansiosa), éxitos poco beneficiosos para la autoestima.	Dependencia de la recompensa.
Dinámicas de vida	Miedo a fracasar. Mirar hacia abajo para tranquilizarse. No corren riesgos. Cuando alcanzan un objetivo se quedan ahí. Se sienten protegidos por las costumbres. Prefieren ser “medianos” en todo, no tener lagunas.	Deseo de éxito. Comparan hacia arriba para ayudarse a progresar. Corren riesgos. Intentan ampliara sus límites. Se sientes estimulados por las nuevas experiencias. Prefieren ser muy buenos en su campo de competencia y aceptan brillar menos en otros.
Ventajas	Prudencia, dominio.	Autodesarrollo, progreso rápido, razonan a partir de sus éxitos.
Inconvenientes	Autolimitaciones, progresos lentos, razonan a partir de sus fracasos.	Se corren riesgos.

Fuente: André, C. & Lelord, F. (2012). *La autoestima. Gustarse a sí mismo para mejor vivir con los demás*. Kairós. España: Barcelona.

Tanto la autoestima alta como baja posee características positivas y negativas, sin embargo los niveles disminuidos puede frenar el desarrollo y crecimiento del menor, presentándose en el futuro un efecto cadena de las situaciones de riesgo, como lo es el maltrato infantil; para evitar estas situaciones es fundamental fomentar una autoestima positiva, pues es la mejor herramienta que se les puede brindar a los niños para que enfrenten la vida y sus necesidades de manera asertiva.

CAPÍTULO III.

METODOLOGÍA

3.1 Justificación y planteamiento del problema

Actualmente vivimos en un ambiente lleno de violencia, situación de la que desafortunadamente no escapan los niños, el maltrato infantil ha llegado a ser un problema que se incrementa en forma alarmante y afecta a los menores quienes son víctimas de abusos por parte de los adultos que los rodean (López-Arce et al., 2013). Es uno de los problemas de mayor relevancia social, legal, familiar y psicológica en México, pues aunque no se conocen sus cifras precisas se infiere que su presencia es cada vez más evidente y día a día se reportan, denuncian o encubren casos de maltrato a menores en una gama de expresiones, que van desde las omisiones a los abusos y a las lesiones graves, que en situaciones extremas, podrían culminar en la muerte del infante (Ampudia et al., 2009; Ampudia et al., 2007 en Santaella, Ampudia & Hernández, 2011).

El Gobierno del D.F. señaló que las personas que agreden a los menores son principalmente las madres y en menor proporción los padres, ya que son las mujeres quienes interactúan la mayor parte del tiempo con los infantes y quienes se hacen cargo de ellos (Gobierno del Distrito Federal, 2008; Bustos, Ampudia, Jara & Calvo, 2013).

Algunos de los estudios que se han realizado en este campo apuntaron que la negligencia y los malos tratos en los infantes conducen a la reducción de la autoestima, comportamientos autodestructivos, alteraciones en las relaciones con sus iguales y bajo rendimiento escolar, disminuyendo su calidad de vida física y mental, Thais et al., (2014); Mesa-Gresa & Moya-Albiol, (2011). De la misma forma Morelato et al., (2011) encontró que los escolares que han sufrido maltrato se definieron como incumplidos en

las normas sociales, con carencias emocionales, necesidad de buscar afecto, de agradar a los otros y además presentaron una autoestima disminuida.

Alarcón et al., (2010); Ampudia et al., (2009); Saucedo et al., (2007), postularon que el maltrato, presenta consecuencias a corto, mediano y largo plazo, algunas de ellas son baja autoestima, depresión en el menor maltratado, conductas agresivas y violentas con los otros, desesperanza del futuro, comportamientos sexuales precoces, efectos nocivos en su desarrollo y trastornos psicológicos, psiquiátricos, del sueño y orgánicos, repercutiendo en las esferas cognitiva, social, emocional, física y psicomotora.

Dentro del ámbito emocional, las principales consecuencias que se producen son la depresión y en especial la baja autoestima, las cuales son características de gran importancia pues definen el comportamiento inmediato y futuro de los menores.

A pesar de que se han realizado estudios en México sobre las consecuencias del maltrato infantil, no se han realizado investigaciones con énfasis en las cuatro áreas fundamentales de la autoestima, debido a que pueden llegar a catalogarse como “invisibles”. Por tal motivo es de suma importancia realizar una comparación de los indicadores de autoestima en sus diversas áreas (si mismo general, social, hogar y padres, y escolar/académica), entre la población infantil mexicana que ha sufrido maltrato y la que no lo ha sufrido, pues es una problemática que ha ido creciendo y como el INEGI (2012) lo reportó, en el 2011 se presentaron un total de 21,031 denuncias por maltrato, de las cuales se comprobaron 14,289 y únicamente el 11.66% (1,666) de los casos fueron presentados ante el Ministerio Público; cabe destacar que existen muchos casos más que no se reportan, pues como se mencionó, los padres son los principales agresores y pueden llegar a confundir el maltrato con un método de disciplina, sin embargo es una problemática que día a día se hace más grande.

Tomando en cuenta la relevancia del maltrato infantil dentro de la sociedad y considerando que la autoestima es una de sus consecuencias inmediatas; con dicha investigación se espera conocer en cuales de las áreas de la autoestima (si mismo

general, social, hogar y padres, y escolar/académica) tiene más impacto positivo y negativo las conductas o pensamiento de los infantes. De ahí que para este estudio se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿La autoestima en sus diversas áreas (si mismo general, social, hogar y padres y escolar/académica), es diferente en niños maltratados y no maltratados en etapa escolar?

3.2 Objetivo general

El objetivo del presente estudio es conocer si difiere la autoestima, en sus diversas áreas (si mismo general, social, hogar y padres, y escolar/académica), entre niños escolarizados que presentan indicadores de maltrato infantil y niños que no presentan indicadores de maltrato, medido a través del “Inventario de Autoestima Original Forma Escolar de Coopersmith S. 1967, traducido al español por Panizo M. (1988)”.

3.3 Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas de niños maltratados y no maltratados en etapa escolar.
2. Identificar si existen diferencias estadísticamente significativas en los indicadores de autoestima si mismo general entre niños maltratados y no maltratados en etapa escolar.
3. Identificar si existen diferencias estadísticamente significativas en los indicadores de autoestima social entre niños maltratados y no maltratados en etapa escolar.

4. Identificar si existen diferencias estadísticamente significativas en los indicadores de autoestima hogar y padres entre niños maltratados y no maltratados en etapa escolar.
5. Identificar si existen diferencias estadísticamente significativas en los indicadores de autoestima escolar/académica entre niños maltratados y no maltratados en etapa escolar.

3.4 Hipótesis conceptual

Una de las principales consecuencias que se presentan por el maltrato infantil son las alteraciones emocionales afectando la autoestima, la cual se define como la evaluación que efectúa y generalmente mantiene el individuo con respecto a sí mismo; expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica en qué medida el individuo se cree capaz, importante, digno y con éxito; es un juicio personal de dignidad que se expresa en las actitudes del individuo (Doménech, 2005). Por lo tanto, si el maltrato infantil es un predictor de alteraciones emocionales, entonces los niños maltratados presentan más baja autoestima en sus diversas áreas (si mismo general, social, hogar y padres, y escolar/académica) en comparación con los niños no maltratados.

3.5 Hipótesis específicas

- H¹:** Existen diferencias estadísticamente significativas en los indicadores de autoestima si mismo general entre niños maltratados y no maltratados en etapa escolar.
- H²:** Existen diferencias estadísticamente significativas en los indicadores de autoestima social entre niños maltratados y no maltratados en etapa escolar.
- H³:** Existen diferencias estadísticamente significativas en los indicadores de autoestima hogar y padres entre niños maltratados y no maltratados en etapa escolar.

H⁴: Existen diferencias estadísticamente significativas en los indicadores de autoestima escolar/académica entre niños maltratados y no maltratados en etapa escolar.

3.6 Variables

Maltrato infantil

Autoestima

- Autoestima Si Mismo General
- Autoestima Social
- Autoestima Hogar y Padres
- Autoestima Escolar/académica

3.7 Definición de las variables

Maltrato infantil: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) definió el maltrato infantil como los abusos y la desatención de que son víctima los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil.

Autoestima: Se define como el sentimiento valorativo del ser, resulta del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran la persona. Asimismo es la opinión emocional que las personas tienen de sí misma, el sentimiento de aceptación

y aprecio hacia uno mismo que va unido al sentimiento de competencia y valía personal (Sánchez, 2012).

Autoestima si mismo general: Se define como el nivel de aceptación con la que la persona es capaz de valorar sus conductas autodescriptivas. Es un conjunto de rasgos corporales, mentales y sentimientos de valor, que definen la personalidad; en qué medida el individuo se cree capaz, importante, digno y con éxito, se expresan en las actitudes del individuo hacia sí mismo (Coopersmith, 1967; Schnaas et al., 2009).

Autoestima social: Se define como el nivel de aceptación con la que la persona valora sus conductas en relación con sus pares y la capacidad que posee para poder establecer estas relaciones, así como poder valorar y reconocer las habilidades de sus iguales, valorarlos, respetarlos, convivir, divertirse y ser sensible ante las emociones de los otros (Coopersmith, 1967; Sánchez, 2012).

Autoestima hogar y padres: Se define como el nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas relacionadas con sus familiares directos (Coopersmith, 1967). Esta área también se compone de los propios sentimientos que el infante se genere como miembro de un núcleo familiar, en cual se siente protegido y que cumple la función de prepararlo con las habilidades necesarias para la edad adulta (Branden, 2011; Pope et al., 1988).

Autoestima escolar/académica: Se define como el nivel de aceptación con la que la persona valora sus habilidades intelectuales. Se relaciona con el sentimiento de capacidad que tiene el menor de resolver actividades académicas, de tener una participación activa dentro de clase y de respetar a sus compañeros y profesores (Coopersmith, 1967; Sánchez, 2012).

3.8 Muestra

Es una muestra **no probabilística** ya que el procedimiento de elección de sujetos no depende de la probabilidad, sino que está orientada por los fines establecidos para la investigación (Hernández, Fernández & Baptista, 2014). Asimismo es una muestra **por cuotas** debido a que los instrumentos fueron aplicados de acuerdo a variables sociodemográficas, una de ella es que se ubiquen entre los 6 y 12 años de edad (Hernández et al., 2014).

3.9 Sujetos

Para la presente investigación se consideró una muestra de 100 niños de entre 6 y 12 años de edad en dos grupos, (50 menores que fueron identificados con problemas de maltrato (25 niñas y 25 niños). El segundo grupo está conformado por 50 menores que no presenten indicadores de maltrato (25 niñas y 25 niños), pertenecientes a una escuela primaria ubicada en zona escolar #4 de Mixcoac, Del. Álvaro Obregón. Ciudad de México. El grupo de menores maltratados se filtró mediante el “Cuestionario de Comportamiento para Niños” (CCON) Ampudia, R. A., (2015) del Proyecto de Investigación e Innovación Tecnológica PAPIIT, para determinar que niños presentaban indicadores de maltrato y quiénes no.

3.10 Tipo de estudio

Es un estudio no experimental, debido a que se realizó sin la manipulación deliberada de variables y en los que únicamente se observaron los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos, es decir, se estudiaron a los menores que presentan indicadores de maltrato y a los que no los presentan. Asimismo es ex post facto ya que es realizado en situaciones reales que ya existen para posteriormente ser analizadas.

Por otra parte, es un estudio descriptivo ya que se busca especificar las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier fenómeno que se someta a análisis, es decir, especificar las características e indicadores que presentan los niños en relación con el maltrato y autoestima. Finalmente es un tipo de estudio comparativo ya que se utilizó para evaluar el grado de asociación entre dos o más variables; se midió primero cada una de éstas, y posteriormente se cuantificaron, analizaron y establecieron las vinculaciones entre variables, es decir se midieron las asociaciones entre autoestima con los infantes que presentan indicadores de maltrato y con lo que no presentan dichos indicadores (Hernández et al., 2014).

3.11 Diseño de investigación

El estudio, tiene un diseño de investigación **transversal o transeccional** ya que los datos se recolectaron en un solo momento, en un tiempo único; su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento determinado (Hernández et al., 2014).

Se trata de un diseño de dos muestras con una sola aplicación, ya que se realizó la evaluación en un tiempo específico en el que se encuentran dos muestras representativas del grupo (Hernández et al., 2014).

3.12 Instrumento

Se utilizó para este estudio el “Inventario de Autoestima Original Forma Escolar de Coopersmith S. 1967, traducido al español por Panizo M. (1988)”; el cual se compone de 58 reactivos con 2 opciones de respuesta (si y no). Recoge información

sociodemográfica de los participantes y se utiliza para conocer los indicadores cuantitativos de la autoestima de los niños.

El inventario está referido a la percepción del estudiante en cuatro áreas: autoestima general, social, hogar y padres, escolar/académica y una escala de mentira. Cada una de las áreas está compuesta por diferentes ítems, que se distribuyen de la siguiente manera:

- **Autoestima Si Mismo General (GEN):** Corresponde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodescriptivas. Área compuesta por 26 ítems, los cuales son: 1, 3, 4, 7, 10, 12, 13, 15, 18, 19, 24, 25, 27, 30, 31, 34, 35, 38, 39, 43, 47, 48, 51, 55, 56 y 57.
- **Autoestima Social (SOC):** Corresponde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodescriptivas en relación con sus pares. Área compuesta por 8 ítems, los cuales son: 5, 8, 14, 21, 28, 40, 49 y 52.
- **Autoestima Hogar y Padres (H):** Corresponde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodescriptivas en relación con sus familiares directos. Área compuesta por 8 ítems, los cuales son: 6, 9, 11, 16, 20, 22, 29 y 44.
- **Autoestima Escolar/académica (SCH):** Corresponde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodescriptivas en la relación con sus compañeros y profesores. Área compuesta por 8 ítems, los cuales son: 2, 17, 23, 33, 37, 42, 46 y 54.
- **Escala de mentiras:** La categoría de mentira está compuesta por 8 reactivos, si el sujeto respondió máximo 4 de ellos con puntuación de 1, significa que las respuestas son poco confiables e invalidan la aplicación del inventario. Escala compuesta por 8 ítems, los cuales son: 26, 32, 36, 41, 45, 50, 53 y 58.

El instrumento tiene una confiabilidad de entre 0.81 y 0.93 para las diferentes escalas. Para su calificación, cada ítem respondido en sentido positivo es computado con 1 punto y el resultado se multiplica por dos. Esto se realiza en cada una de las escalas del instrumento. La duración aproximada de aplicación es de 30 minutos.

3.13 Procedimiento

- Se pidió el consentimiento a la primaria ubicada en zona escolar #4 de Mixcoac, Del. Álvaro Obregón, Ciudad de México, para realizar la aplicación de dicho instrumento.
- Se acordaron los días y tiempos establecidos para la aplicación.
- Se les pidió a los padres de los infantes su autorización para realizar el trabajo con sus hijos.
- Se acudió los días establecidos y se aplicó el instrumento antes mencionado. De 1° a 3° la aplicación se realizó de manera individual con la finalidad de que se comprendieran los reactivos del instrumento; mientras que de 4° a 6° la aplicación fue de forma grupal.
- Se calificaron los instrumentos de “Inventario de Autoestima Original Forma Escolar de Coopersmith S. 1967, traducido al español por Panizo M. (1988)”.
- Se capturaron los instrumentos.
- Se obtuvieron las puntuaciones por áreas para cada instrumento.
- Se analizaron estadísticamente los datos obtenidos del instrumento, mediante el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS, versión 21), con la finalidad de obtener la comparación entre los dos grupos.
- Se interpretaron los resultados obtenidos y se presentaron en forma de tablas para facilitar la comprensión de los mismos.

3.14 Análisis estadístico

Primero se realizó un análisis mediante la estadística descriptiva a través de la obtención de frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas (sexo, edad, escolaridad y con quién vive).

De la misma forma, mediante la estadística descriptiva se obtuvieron medidas de tendencia central y desviación estándar para cada reactivo ubicado dentro de cada área a la que pertenece.

Finalmente se realizó el análisis mediante la estadística inferencial paramétrica con la prueba estadística *t* de Sudent, que se utiliza para evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias en una variable (Hernández et al., 2014); en este caso para analizar si existen diferencias en cada área de la autoestima entre el grupo de niños maltratados y los no maltratados.

CAPÍTULO IV.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

A partir del objetivo planteado para la presente investigación, el cual es conocer si difiere la autoestima, en sus diversas áreas (si mismo general, social, hogar y padres, y escolar/académica), entre niños escolarizados que presentan indicadores de maltrato infantil y niños que no presentan indicadores de maltrato, medido a través del “Inventario de Autoestima Original Forma Escolar de Coopersmith S. 1967, traducido al español por Panizo M. (1988)”; se realizaron tres pruebas estadísticas a través del uso del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS, versión 21).

A continuación se reportan los resultados obtenidos.

4.1 Estadística descriptiva de las variables sociodemográficas

En el primer análisis se utilizó estadística descriptiva, ya que se obtuvieron las frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas, tales como sexo, edad, escolaridad y con quién vive; obtenidas mediante el Instrumento de autoestima de Coopersmith (1967) traducido al español por Panizo M. (1988).

TABLA 10. Variable Sexo

GRUPO		Frecuencia	Porcentaje
SIN MALTRATO	Masculino	25	49.0
	Femenino	26	51.0
	Total	51	100.0
CON MALTRATO	Masculino	25	50.0
	Femenino	25	50.0
	Total	50	100.0

Respecto a la variable Sexo (Tabla 10), se observa que la muestra fue de 101 sujetos; 51 se ubican en el grupo sin maltrato, en el cual los hombres presentan (F=25, %=49) en relación con las mujeres (F=26, %=51), por lo que hay una mujer más que hombres. Mientras que 50 sujetos se localizan en el grupo con maltrato, de los cuales los hombres presentan (F=25, %=50) y las mujeres (F=25; %=50).

TABLA 11. Variable Edad

GRUPO		Frecuencia	Porcentaje
SIN MALTRATO	6	1	2.0
	7	1	2.0
	8	10	19.6
	9	15	29.4
	10	14	27.5
	11	9	17.6
	12	1	2.0
	Total	51	100.0
CON MALTRATO	6	18	36.0
	7	16	32.0
	8	13	26.0
	9	3	6.0
	Total	50	100.0

En esta investigación se tomó la etapa escolar, la cual se ubica entre los 6 y 12 años de edad. En la Tabla 11 se puede observar que en el grupo sin maltrato, la mayoría de los niños tenía 9 años (F=15, %=29.4), seguido por los de 10 años (F=14, %=27.5), a continuación se ubican los infantes de 8 años (F=10; %=19.6), debajo se encuentran los de 11 años (F=9, %=17.6) y finalmente se encuentran los niños de 6, 7 y 12 años (F=1, %=2).

Por otro lado en el grupo con maltrato, la mayoría de los infantes tenía 6 años (F=18, %=36), a continuación se encuentran los de 7 años (F=16, %=32), seguido de los niños de 8 años (F=13, %=26) y por último los de 9 años (F=3; %=6).

TABLA 12. Variable Escolaridad

GRUPO		Frecuencia	Porcentaje
SIN MALTRATO	Primero	1	2.0
	Segundo	2	3.9
	Tercero	15	29.4
	Cuarto	16	31.4
	Quinto	13	25.5
	Sexto	4	7.8
	Total	51	100.0
CON MALTRATO	Primero	25	50.0
	Segundo	17	34.0
	Tercero	8	16.0
	Total	50	100.0

De acuerdo con la Tabla 12 se observa que en el grupo sin maltrato la mayoría de los menores cursa el cuarto grado de Primaria (F=16, %=31.4), seguido del tercer grado de Primaria (F=15, %=29.4), a continuación se encuentran los infantes que cursan el quinto grado (F=13, %=25.5), debajo se encuentran los que asisten a sexto grado (F=4, %=7.8), sucesivo a estos son los menores que cursan segundo grado de Primaria (F=2, %=3.9) y en menor proporción son los menores que asisten a primero de Primaria (F=1, %=2).

Mientras que en el grupo con indicadores de maltrato se encuentra en mayor proporción los menores que asisten a primer grado de Primaria (F=25, %=50), seguido de los que cursan el segundo grado (F=17, %=34) y finalmente se ubican los menores que asisten al tercer grado de Primaria (F=8, %=16).

TABLA 13. Variable Con quién vive

GRUPO		Frecuencia	Porcentaje
SIN MALTRATO	Mamá y papá	37	72.5
	Sólo con mamá	11	21.6
	Con abuelos	2	3.9
	Otro familiar	1	2.0
	Total	51	100.0
CON MALTRATO	Mamá y papá	33	66.0
	Sólo con mamá	15	30.0
	Sólo con papá	1	2.0
	Con abuelos	1	2.0
	Total	50	100.0

Respecto a la variable con quién vive (Tabla 13), se puede observar que en el grupo que no presentan indicadores de maltrato, la mayor parte de la muestra vive con ambos padres (F=37, %=72.5), seguido de los menores que sólo viven con su mamá (F=11, %=21.6), posteriormente se ubican los que viven con sus abuelos (F=2, %=3.9) y finalmente los infantes que viven con otro familiar (F=1, %=2.0).

Por otra parte, en el grupo que presenta indicadores de maltrato, la mayoría de los menores también viven con ambos padres (F=33, %=66), seguido del grupo que sólo vive con mamá (F=15, %=30) y finalmente los grupos que sólo vive con papá y con abuelos (F=1, %=2).

4.2 Estadística descriptiva: frecuencias y porcentajes de los reactivos ubicados en cada área del grupo sin maltrato y con maltrato

En el segundo análisis se utilizó la estadística descriptiva, mediante la cual se obtuvieron las frecuencias y porcentajes de los 58 reactivos del Instrumento de autoestima de Coopersmith, agrupados en cuatro áreas que describen distintos tipos de autoestima y una escala de mentira. A continuación se describen los datos obtenidos.

TABLA 14. Autoestima Si Mismo General (GEN)

	Sin Maltrato				Con Maltrato			
	Si		No		Si		No	
	F	%	F	%	F	%	F	%
1 Me gusta soñar despierto(a)	30	58.8	21	41.2	35	70.0	15	30.0
3 Muchas veces me gustaría ser otra persona	14	27.5	37	72.5	27	54.0	23	46.0
4 Le caigo bien a la gente	48	94.1	3	5.9	19	38.0	31	62.0
7 Me cuesta mucho hablar enfrente de la clase	19	37.3	32	62.7	38	76.0	12	24.0
10 Puedo escoger fácilmente lo que quiero	32	62.7	19	37.3	27	54.0	23	46.0
12 En casa me enoja fácilmente	21	41.2	30	58.8	33	66.0	16	32.0
13 Siempre hago lo que está bien	34	66.7	16	31.4	20	40.0	29	58.0
15 Siempre necesito que alguien me diga lo que tengo que hacer	11	21.6	40	78.4	22	44.0	28	56.0
18 Casi todos mis compañeros(as) me escogen para jugar	34	66.7	16	31.4	23	46.0	27	54.0
19 A mis papás les importa mucho lo que siento	44	86.3	7	13.7	29	58.0	21	42.0
24 Soy muy feliz	44	86.3	7	13.7	18	36.0	32	64.0
25 Prefiero jugar con niños(as) más chicos que yo	19	37.3	32	62.7	27	54.0	22	44.0
27 Me cae bien toda la gente que conozco	39	76.5	12	23.5	23	46.0	27	54.0
30 Odio como soy	9	17.6	42	82.4	37	74.0	13	26.0
31 Mi vida es muy difícil	10	19.6	41	80.4	20	40.0	30	60.0
34 Me regañan muy poco	38	74.5	13	25.5	23	46.0	27	54.0
35 Me gustaría hacer mejor el trabajo de la escuela	46	90.2	4	7.8	16	32.0	34	68.0
38 Me choca mi manera de ser	9	17.6	42	82.4	36	72.0	14	28.0
39 Me choca estar con otras personas	12	23.5	39	76.5	27	54.0	23	46.0
43 Muchas veces me avergüenzo de mi	8	15.7	43	84.3	36	72.0	14	28.0
47 Mis padres me comprenden	42	82.4	9	17.6	13	26.0	37	74.0
48 Siempre digo la verdad	33	64.7	17	33.3	14	28.0	36	72.0
51 Todo lo hago mal	9	17.6	41	80.4	40	80.0	10	20.0
55 Siempre sé que contestarle a la gente	26	51.0	24	47.1	31	62.0	19	38.0
56 Me aburre la escuela	10	19.6	41	80.4	33	66.0	17	34.0
57 Los problemas me afectan muy poco	23	45.1	28	54.9	9	18.0	41	82.0

En la Tabla 14 se muestra la primera área que pertenece al Autoestima Si Mismo General (GEN), la cual está compuesta por 26 ítems. En el grupo sin maltrato, el reactivo “le caigo bien a la gente”, tuvo un mayor porcentaje de respuestas sí (F=48, %=94.1) y contestaciones de no (F=3, %=5.9); seguido del reactivo “me gustaría hacer mejor el trabajo en la escuela” con respuestas afirmativas de (F=46, %=90.2) y de no (F=4, %=7.8); posteriormente los reactivos “a mis papás les importa mucho lo que siento” y “soy muy feliz” los afirmaron (F=44, %=86.3) y los negaron (F=7, %=13.7); para el ítem “mis padres me comprenden” dijeron que sí (F=42, %=82.4) y no (F=9, %=17.6); respecto a “me cae bien toda la gente que conozco” respondieron sí (F=39, %=76.5) y no (F=12, %=23.5); el reactivo “me regañan muy poco” con respuestas afirmativas (F=38, %=74.5) y de no (F=13, %=25.5); los ítems “siempre hago lo que está bien” y “casi todos mis compañeros(as) me escogen para jugar” fueron contestados con sí (F=34, %=66.7) y con no (F=16, %=31.4).

Dentro del mismo grupo sin maltrato, en el reactivo “siempre digo la verdad” contestaron que sí (F=33, %=64.7) y que no (F=17, %=33.3); posteriormente “puedo escoger fácilmente lo que quiero” lo afirmaron (F=32, %=62.7) y lo negaron (F=19, %=37.3); en el ítem “me gusta soñar despierto(a)” las repuestas sí (F=30, %=58.8) y no (F=21, %=41.2); mientras que en el reactivo “siempre sé que contestarle a la gente” contestaron sí (F=26, %=51) y dijeron que no (F=24, %=47.1).

Finalmente se ubican en el mismo grupo sin maltrato, los reactivos que obtuvieron una frecuencia mayor en la contestación no, respecto a la contestación sí. En el reactivo “los problemas me afectan muy poco” se obtuvieron respuestas afirmativas (F=23, %=45.1) y lo negaron (F=28, %=54.9); seguido de “en casa me enoja fácilmente” contestaron sí (F=21, %=41.2) y no (F=30, %=58.8); posteriormente en los reactivos “me cuesta mucho hablar enfrente de la clase” y “prefiero jugar con niños(as) más chicos que yo” contestaron afirmativamente (F=19, %=37.3) y los negaron (F=32, %=62.7); respecto al ítem “muchas veces me gustaría ser otra persona” dijeron que sí (F=14, %=27.5) y que no (F=37, %=72.5); el reactivo “me choca estar con otras

personas” mencionaron que sí (F=12, %= 23.5) y que no (F=39, %=23.5); seguido de “siempre necesito que alguien me diga lo que tengo que hacer” lo afirmaron (F=11, %=21.6) y lo negaron (F=40, %=78.4); posteriormente los reactivos “mi vida es muy difícil” y “me aburre la escuela” contestaron que sí (F=10, %=19.6) y que no (F=41, %=80.4); los ítems “odio como soy”, “me choca mi manera de ser” y “todo lo hago mal” obtuvieron respuesta de sí (F=9, %=17.6) y de no (F=42, %=82.4) y finalmente en el reactivo “muchas veces me avergüenzo de mí” dijeron que sí (F=8 %=15.7) y que no (F=43, %=84.3).

Por otra parte, respecto a la misma áreas del Autoestima Si Mismo General (GEN), y en referencia al grupo con maltrato se encontró que en el reactivo “todo lo hago mal” dijeron que sí (F=40, %=80) y no (F=10, %=20); seguido de “me cuenta mucho hablar enfrente de la clase” respondieron que sí (F=38, %=76) y no (F=12, %=24); en el ítem “odio como soy” se obtuvieron respuestas de sí (F=37, %=74) y de no (F=13, %=26); respecto a los reactivos “me choca mi manera de ser” y “muchas veces me avergüenzo de mí” dijeron que sí (F=36, %=72) y no (F=14, %=28); respecto a “me gusta soñar despierto” contestaron con sí (F=35, %= 70) y con no (F=15, %=30); en el reactivo “en casa me enoja fácilmente” dijeron que sí (F=33, %=66) y que no (F=16, %=32); respecto al ítem “me aburre la escuela” contestaron que sí (F=33, %=66) y que no (F=17, %=34).

Dentro del mismo grupo con maltrato en el reactivo “siempre sé que contestarle a la gente” dijeron que sí (F=31, %=62) y que no (F=19, %=38); seguido de “a mis papás les importa mucho lo que siento”, con respuestas afirmativas de (F=29, %=58) y lo negaron (F=21, %=42); para los reactivos “muchas veces me gustaría ser otra persona”, “puedo escoger fácilmente lo que quiero”, “prefiero jugar con niños(as) más chicos que yo” y “me choca estar con otras personas” contestaron que sí (F=27, %=54) y que no (F=23, %=46).

En el mismo grupo con maltrato y a partir de donde las respuestas de no obtuvieron mayor frecuencia respecto a las respuestas sí, se encontró en los reactivos “casi todos

mis compañeros(as) me escogen para jugar”, “me cae bien toda la gente que conozco” y “me regañan muy poco” contestaron que sí (F=23 %=46) y no (F=27, %=54); seguido de “siempre necesito que alguien me diga lo que tengo que hacer” en el cual dijeron que sí (F=22, %=44) y que no (F=28, %=56); para el ítem “siempre hago lo que está bien” refirieron que si (F=20, %=40) y que no (F=29, %=58); respecto a “mi vida es muy difícil” contestaron con sí (F=20, %=40) y con no (F=30, %=60); en el reactivo “la caigo bien a la gente” mencionaron que sí (F=19, %=38) y que no (F=31, %=62); posteriormente “soy muy feliz” con respuestas de sí (F=18, %=36) y de no (F=32, %=64); en el reactivo “me gustaría hacer mejor el trabajo de la escuela” contestaron que sí (F=16, %=32) y que no (F=34, %=68); mientras que para el ítem “siempre digo la verdad” afirmaron que sí (F=14, %=28) y que no (F=36, %=72); en el reactivo “mis padres me comprenden” mencionaron que sí (F=13, %=26) y que no (F=37, %=74) y finalmente en el reactivo “los problemas me afectan muy poco” contestaron con sí (F=9, %=18) y con no (F=41, %=82).

TABLA 15. Autoestima Social (SOC)

	Sin Maltrato				Con Maltrato			
	Si		No		Si		No	
	F	%	F	%	F	%	F	%
5 Mis padres y yo nos divertimos mucho cuando estamos juntos	41	80.4	10	19.6	21	42.0	29	58.0
8 Me gustaría ser más chico(a)	13	25.5	37	72.5	26	52.0	24	48.0
14 Me gusta como hago el trabajo en la escuela	44	86.3	7	13.7	8	16.0	42	84.0
21 Hago mi trabajo lo mejor que puedo	47	92.2	4	7.8	18	36.0	32	64.0
28 Me gusta que me pregunten en clase	36	70.6	15	29.4	16	32.0	34	68.0
40 Muchas veces me gustaría irme de mi casa	11	21.6	40	78.4	13	26.0	36	72.0
49 Mi maestro(a) me hace sentir que soy inútil	7	13.7	44	86.3	34	68.0	16	32.0
52 Me molesta mucho que me regañen	24	47.1	27	52.9	37	74.0	13	26.0

La segunda área que se refiere a la Autoestima Social (SOC) (Tabla 15) se conforma por 8 ítems. Respecto al grupo sin maltrato se observa en ítem “hago mi trabajo lo mejor que puedo” las respuestas de sí (F=47, %=92.2) y de no (F=4, %=7.8); seguido de “me gusta como hago el trabajo en la escuela” dijeron que sí (F=44, %=86.3) y que no (F=7, %=13.7); en el ítem “mis padres y yo nos divertimos mucho cuando estamos juntos” contestaron con sí (F=41, %=80.4) y con no (F=10, %=19.6); en el reactivo “me gusta que me pregunten en clase” dijeron que sí (F=36, %=70.6) y que no (F=15, %=29.4).

Dentro del mismo grupo y respecto a los reactivos que obtuvieron más frecuencia de contestaciones de no se encuentran el ítem “me molesta mucho que me regañen” respondieron con sí (F=24, %=47.1) y con no (F=27, %=52.9); seguido de “me gustaría ser más chico(a)” mencionaron sí (F=13, %=25.5) y no (F=37, %=72.5); en el ítem “muchas veces me gustaría irme de mi casa” respondieron afirmativamente (F=11, %=21.6) y con no (F=40, %=78.4) y finalmente en el reactivo “mi maestro(a) me hace sentir que soy inútil” dijeron que sí (F=7, %=13.7) y que no (F=44, %=86.3).

Dentro de la misma área del Autoestima Social (SOC) referente al grupo con maltrato se encontró que en el reactivo “me molesta mucho que me regañen” respondieron con sí (F=37, %=74) y con no (F=13, %=26); seguido de “mi maestro(a) me hace sentir que soy inútil” dijeron que sí (F=34, %=68) y que no (F=16, %=32); en el ítem “me gustaría ser más chico(a)” mencionaron sí (F=26, %=52) y no (F=24, %=48).

En el mismo grupo con maltrato se encontraron reactivos con mayor frecuencia en contestaciones de no respecto a las contestaciones de sí, en el ítem “mis padre y yo nos divertimos mucho cuando estamos juntos” dijeron que sí (F=21, %=42) y que no (F=29, %=58); seguido de “hago mi trabajo lo mejor que puedo” mencionaron que sí (F=18, %=36) y que no (F=32, %=64); en el ítem “me gusta que me pregunten en clase” contestaron con sí (F=16, %=32) y con no (F=34, %=68), respecto a “muchas veces me gustaría irme de mi casa” dijeron que sí (F=13, %=26) y que no (F=36, %=72); finalmente en el reactivo “me gusta como hago el trabajo en la escuela” contestaron con sí (F=8, %=16) y con no (F=42, %=84).

TABLA 16. Autoestima Hogar y Padres (H)

	Sin Maltrato				Con Maltrato			
	Si		No		Si		No	
	F	%	F	%	F	%	F	%
6 Soy despreocupado(a)	20	39.2	31	60.8	33	66.0	17	34.0
9 Me gustaría poder cambiar muchas cosas de mí	28	54.9	23	45.1	31	62.0	19	38.0
11 Soy simpático(a)	39	76.5	12	23.5	23	46.0	27	54.0
16 Me cuesta trabajo acostumbrarme a lo nuevo	23	45.1	28	54.9	35	70.0	15	30.0
20 Siempre estoy contento(a)	38	74.5	13	25.5	31	62.0	19	38.0
22 Me doy fácilmente por vencido(a)	13	25.5	38	74.5	26	52.0	24	48.0
29 Yo entiendo como soy	39	76.5	12	23.5	33	66.0	17	34.0
44 Soy más feo(a) que los demás	8	15.7	43	84.3	23	46.0	27	54.0

La tercera área se refiere a la Autoestima Hogar y Padres (H) (Tabla 16), se constituye por 8 ítems. En el grupo sin maltrato se observó que en los reactivos “soy simpático(a)” y “yo entiendo como soy” se obtuvieron respuestas de sí (F=39, %=76.5) y de no (F=12, %=23.5); seguido se “siempre estoy contento(a)” dijeron sí (F=38, %=74.5) y no (F=13, %=25.5); respecto a “me gustaría poder cambiar muchas cosas de mí” mencionaron que sí (F=28, %=54.9) y que no (F=23, %=45.1).

En el mismo grupo sin maltrato y respecto a los reactivos que obtuvieron más frecuencia en la contestación no, se encontró en los ítems “me cuesta trabajo acostumbrarme a lo nuevo” mencionaron que sí (F=23, %=45.1) y que no (F=28, %=54.9); seguido de “soy despreocupado(a)” respondieron que sí (F=20, %=39,2) y que no (F=31, %=60.8); en el reactivo “me doy fácilmente por vencido(a)” refirieron que sí (F=13, %=25.5) y que no (F=38, %=74.5); y finalmente el ítem “soy más feo(a) que los demás” contestaron que sí (F=8, %=15.7) y que no (F=43, %=84.3).

Dentro de la misma área de Autoestima Hogar y Padres (H), en el grupo con maltrato, se observó que el ítem “me cuesta trabajo acostumbrarme a lo nuevo” contestaron que sí (F=35, %=70) y que no (F=15, %=30); en los reactivos “soy despreocupado(a)” y “yo entiendo como soy” dijeron que sí (F=33, %=66) y que no (F=17, %=34), respecto a “me gustaría poder cambiar muchas cosas de mí” y “siempre estoy contento(a)” contestaron que sí (F=31, %=62) y que no (F=19, %=38); en el ítem “me doy fácilmente por vencido(a)” mencionaron que sí (F=26, %=52) y que no (F=24, %=48).

Finalmente en el mismo grupo con maltrato, se encontraron reactivos con más frecuencia en las respuestas de no, “soy simpático(a)” y “soy más feo(a) que los demás” en los cuales respondieron sí (F=23, %=46) y no (F=27, %=54).

TABLA 17. Autoestima Escolar/académica (SCH)

	Sin Maltrato				Con Maltrato				
	Si		No		Si		No		
	F	%	F	%	F	%	F	%	
2	Me siento muy seguro de mí mismo(a)	43	84.3	8	15.7	16	32.0	34	68.0
17	Muchas veces me arrepiento de las cosas que hago	10	19.6	41	80.4	18	36.0	32	64.0
23	Generalmente me cuido solo(a)	28	54.9	23	45.1	29	58.0	21	42.0
33	En casa me ignoran	5	9.8	46	90.2	39	78.0	11	22.0
37	Me disgusta ser hombre(mujer)	9	17.6	42	82.4	31	62.0	19	38.0
42	Me disgusta la escuela	10	19.6	41	80.4	21	42.0	29	58.0
46	A los niños(as) les gusta molestarte	12	23.5	39	76.5	14	28.0	36	72.0
54	Mis padres son muy exigentes	15	29.4	35	68.6	29	58.0	21	42.0

En la Tabla 17, se observa la cuarta área, la Autoestima Escolar/académica (SCH), la cual está compuesta por 8 reactivos. En el grupo sin indicadores de maltrato se observó

que para el reactivo “me siento muy seguro de mi mismo(a)” contestaron que sí (F=43, %=84.3) y que no (F=8, %= 15.7); y en el ítem “generalmente me cuido solo(a)” mencionaron que sí (F=28, %=54.9) y que no (F=23, %=45.1).

En el mismo grupo sin maltrato los reactivos que obtuvieron mayor frecuencia en respuestas de no, en comparación con las respuestas de sí, fueron el ítem “mis padres son muy exigentes” en donde mencionaron que sí (F=15, %=29.4) y que no (F=35, %=68.6); seguido de “a los niños(as) les gusta molestarte” respondieron con sí (F=12, %=23.5) y con no (F=39, %=76.5), respecto a los reactivos “muchas veces me arrepiento de las cosas que hago” y “me disgusta la escuela” refirieron que sí (F=10, %=19.6) y que no (F=41, %=80.4); en el ítem “me disgusta ser hombre(mujer)” mencionaron que sí (F=9, %=17.6) y que no (F=42, %=82.4); y finalmente para el reactivo “en casa me ignoran” contestaron con sí (F=5, %=9.8) y con no (F=46, %=90.2).

Dentro de la misma área de la Autoestima Escolar/académica (SCH), referente al grupo con maltrato se encontró que en el ítem “en casa me ignoran” contestaron con sí (F=39, %=78) y con no (F=11, %=22); seguido de “me disgusta ser hombre(mujer)” dijeron que sí (F=31, %=62) y que no (F=19, %=38); en los reactivos “generalmente me cuido solo(a)” y “mis padres son muy exigentes” respondieron con sí (F=29, %=58) y con no (F=21, %=42).

En el mismo grupo con maltrato, se encontraron reactivos los cuales presentaron mayor frecuencia en contestaciones de no, respecto a las contestaciones de sí; referente al ítem “me disgusta la escuela” mencionaron que sí (F=21, %=42) y que no (F=29, %=58); seguido de “muchas veces me arrepiento de las cosas que hago” refirieron que sí (F=18, %=36) y que no (F=32, %=64); respecto a “me siento muy seguro de mi mismo(a)” contestaron que sí (F=16, %=32) y que no (F=34, %=68); y finalmente en el ítem “a los niños les gusta molestarte” dijeron que sí (F=14, %=28) y que no (F=36, %=72).

TABLA 18. Escala de Mentiras

		Sin Maltrato				Con Maltrato			
		Si		No		Si		No	
		F	%	F	%	F	%	F	%
26	Mis padres me piden que haga más de lo que puedo	28	54.9	23	45.1	24	48.0	25	50.0
32	Mis compañeros(as) hacen casi siempre lo que yo les digo	7	13.7	44	86.3	26	52.0	24	48.0
36	Cuando escojo hacer algo, lo hago	48	94.1	3	5.9	31	62.0	19	38.0
41	Pocas veces me da vergüenza	29	56.9	22	43.1	21	42.0	28	56.0
45	Siempre digo lo que quiero	29	56.9	22	43.1	15	30.0	35	70.0
50	Me da igual lo que me pase	6	11.8	45	88.2	31	62.0	19	38.0
53	A los demás los quieren más que a mí	5	9.8	45	88.2	31	62.0	19	38.0
58	Quedo mal cuando me encargan algo	6	11.8	40	78.4	26	52.0	24	48.0

Finalmente se encuentra la Escala de Mentiras, la cual está constituida por 8 reactivos. En el primer grupo sin maltrato, se encontró que para el reactivo “cuando escojo hacer algo, lo hago” respondieron con sí (F=48, %=94.1) y con no (F=3, %=5.9); seguido de los ítems “pocas veces me da vergüenza” y “siempre digo lo que quiero” en los cuales se obtuvo respuestas de sí (F=29, %=56.9) y de no (F=22, %=43.1); respecto a “mis padres me piden que haga más de lo que puedo” mencionaron que sí (F=28, %=54.9) y que no (F=23, %=45.1).

En el mismo grupo sin maltrato, los reactivos que obtuvieron más frecuencias de contestaciones en no, respecto a las respuestas sí, fueron “mis compañeros(as) hacen casi siempre lo que yo les digo” mencionaron que sí (F=7, %=13.7) y que no (F=44, %=86.3); seguido del ítem “me da igual lo que me pase” respondieron con sí (F=6, %=11.8) y con no (F=45, %=88.2), respecto a “quedo mal cuando me encargan algo” dijeron que sí (F=6, %=11.8) y que no (F=40, %=78.4); finalmente en el reactivo “a los demás los quieren más que a mí” mencionaron que sí (F=5, %=9.8) y que no (F=45, %=88.2).

Finalmente en la misma Escala de Mentiras, en el grupo con maltrato, se observó que en los reactivos “cuando escojo hacer algo, lo hago”, “me da igual lo que me pase” y “a los demás los quieren más que a mí” respondieron que sí (F=31, %=62) y que no (F=19, %=38); seguido de los ítems “mis compañeros(as) hacen casi siempre lo que yo les digo” y “quedo mal cuando me encargan algo” mencionaron que sí (F=26, %=52) y que no (F=24, %=48).

En el mismo grupo con maltrato, se encontraron reactivos con mayor frecuencia en respuestas de no, en relación con las respuestas de sí; respecto a “mis padres me piden que haga más de lo que puedo” mencionaron que sí (F=24, %=48) y que no (F=25, %=50); seguido del ítem “pocas veces me da vergüenza” contestaron que sí (F=21, %=42) y que no (F=28, %=56); finalmente en el reactivo “siempre digo lo que quiero” refirieron que sí (F=15, %=30) y que no (F=35, %=70).

4.3 Estadística inferencial: Prueba estadística t de Student entre los niños y niñas maltratados y no maltratados respecto a las puntuaciones obtenidas en cada área de la autoestima de Coopersmith.

En el tercer análisis estadístico, se utilizó la prueba estadística paramétrica t de Student con la finalidad de determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de los niños con maltrato y de los niños sin maltrato, en cada una de las áreas de la autoestima. Se obtuvieron los siguientes resultados.

TABLA 19. Prueba Estadística t de Sudent en las Puntuaciones del Área Autoestima Sí Mismo General (GEN)

	Sin maltrato		Con maltrato		t	Sig.
	MEDIA	D.E.	MEDIA	D.E.		
1 Me gusta mucho soñar despierto(a)	1,59	,497	1,70	,463	5,025	.03*
3 Muchas veces me gustaría ser otra persona	1,27	,451	1,54	,503	11,303	.001**
4 Le caigo bien a la gente	1,06	,238	1,62	,490	112,900	.001**
7 Me cuesta mucho hablar enfrente de la clase	1,37	,488	1,76	,431	8,137	.005*
10 Puedo escoger fácilmente lo que quiero	1,37	,488	1,46	,503	-,886	,378
12 En casa me enojo fácilmente	1,41	,497	1,67	,474	2,898	.05*
13 Siempre hago lo que está bien	1,32	,471	1,59	,497	3,048	.05*
15 Siempre necesito que alguien me diga lo que tengo que hacer	1,22	,415	1,44	,501	-2,450	.02*
18 Casi todos mis compañeros(as) me escogen para jugar	1,32	,471	1,54	,503	-2,256	.03*
19 A mis papás les importa mucho lo que siento	1,14	,348	1,42	,499	-3,312	.001**
24 Soy muy feliz	1,14	,348	1,64	,485	-5,998	.001**
25 Prefiero jugar con niños(as) más chicos que yo	1,37	,488	1,55	,503	-1,801	.05*
27 Me cae bien toda la gente que conozco	1,24	,428	1,54	,503	-3,278	.001**
30 Odio como soy	1,18	,385	1,74	,443	4,164	.04*
31 Mi vida es muy difícil	1,20	,401	1,40	,495	-2,277	.02*
34 Me regañan muy poco	1,25	,440	1,54	,503	-3,032	.003*
35 Me gustaría hacer mejor el trabajo de la escuela	1,08	,274	1,68	,471	-7,783	.001**
38 Me choca mi manera de ser	1,18	,385	1,72	,454	-6,497	.001**
39 Me choca estar con otras personas	1,24	,428	1,54	,503	-3,278	.001**
43 Muchas veces me avergüenzo de mi	1,16	,367	1,72	,454	-6,864	.001**
47 Mis padres me comprenden	1,18	,385	1,74	,443	4,164	.04*
48 Siempre digo la verdad	1,34	,479	1,72	,454	-4,075	.001**
51 Todo lo hago mal	1,18	,388	1,80	,404	-7,825	.001**
55 Siempre sé que contestarle a la gente	1,48	,505	1,38	,490	1,005	,317
56 Me aburre la escuela	1,20	,401	1,66	,479	-5,285	.001**
57 Los problemas me afectan muy poco	1,55	,503	1,82	,388	-3,029	.003*

Nivel de significancia, 0.001**, 0.05*

A partir de los resultados obtenidos para el área Autoestima Sí Mismo General (GEN) (Tabla 19), se puede observar que se obtuvieron diferencias significativas entre el grupo sin maltrato y el grupo con maltrato, respecto a 24 reactivos.

En el primer nivel de significancia que corresponde a 0.001, se ubicaron los reactivos, muchas veces me gustaría ser otra persona ($t= 11,303$; $\text{sig.}=.001$), le caigo bien a la gente ($t= 112,900$; $\text{sig.}=.001$), a mis papás les importa mucho lo que siento ($t= -3,312$; $\text{sig.}=.001$), soy muy feliz ($t= -5,998$; $\text{sig.}=.001$), me cae bien toda la gente que conozco ($t= -3,278$; $\text{sig.}=.001$), me gustaría hacer mejor el trabajo de la escuela ($t= -7,783$; $\text{sig.}=.001$), me choca mi manera de ser ($t= -6,497$; $\text{sig.}=.001$), me choca estar con otras personas ($t= -3,278$; $\text{sig.}=.001$), muchas veces me avergüenzo de mí ($t= -6,864$; $\text{sig.}=.001$), siempre digo la verdad ($t= -4,075$; $\text{sig.}=.001$), todo lo hago mal ($t= -7,825$; $\text{sig.}=.001$) y me aburre la escuela ($t= -5,285$; $\text{sig.}=.001$).

Para el nivel de significancia 0.05 se ubicaron los reactivos me gusta mucho soñar despierto(a) ($t= 5,025$; $\text{sig.}=.03$), me cuesta mucho hablar enfrente de la clase ($t= 8,137$; $\text{sig.}=.005$), en casa me enojo fácilmente ($t= 2,898$; $\text{sig.}=.05$), siempre hago lo que está bien ($t= 3,048$; $\text{sig.}=.05$), siempre necesito que alguien me diga lo que tengo que hacer ($t= -2,450$; $\text{sig.}=.02$), casi todos mis compañeros(as) me escogen para jugar ($t= -2,256$; $\text{sig.}=.03$), prefiero jugar con niños(as) más chicos que yo ($t= -1,801$; $\text{sig.}=.05$), odio como soy ($t= 4,164$; $\text{sig.}=.04$), mi vida es muy difícil ($t= 2,277$; $\text{sig.}=.02$), me regañan muy poco ($t= -3,032$; $\text{sig.}=.003$), mis padres me comprenden ($t= 4,164$; $\text{sig.}=.04$) y los problemas me afectan muy poco ($t= -3,029$; $\text{sig.}=.003$).

Los reactivos que no presentaron significancia, fueron puedo escoger fácilmente lo que quiero y siempre sé que contestarle a la gente.

TABLA 20. Prueba Estadística *t* de Sudent en las Puntuaciones del Área Autoestima Social (SOC)

		Sin maltrato		Con maltrato			
		MEDIA	D.E.	MEDIA	D.E.	T	Sig.
5	Mis padres y yo nos divertimos mucho cuando estamos juntos	1,20	,401	1,58	,499	22,513	.001**
8	Me gustaría ser más chico(a)	1,26	,443	1,52	,505	14,337	.001**
14	Me gusta como hago el trabajo en la escuela	1,14	,348	1,84	,370	-9,836	.001**
21	Hago mi trabajo lo mejor que puedo	1,08	,272	1,64	,485	-7,200	.001**
28	Me gusta que me pregunten en clase	1,29	,460	1,68	,471	-4,164	.001**
40	Muchas veces me gustaría irme de mi casa	1,22	,415	1,27	,446	-,576	.566
49	Mi maestro(a) me hace sentir que soy inútil	1,14	,348	1,68	,471	-6,597	.001**
52	Me molesta mucho que me regañen	1,47	,504	1,74	,443	-2,851	.005*

Nivel de significancia, 0.001**; 0.05*

Por otra parte, la Tabla 20, muestra la prueba estadística *t* de Student en las puntuaciones obtenidas en el área Autoestima Social (SOC). En el nivel de significancia de 0.001, se ubicaron los reactivos mis padres y yo nos divertimos mucho cuando estamos juntos ($t= 22,513$; sig.= .001), me gustaría ser más chico(a) ($t= 14,337$; sig.= .001), me gusta como hago el trabajo en la escuela ($t= -9,836$; sig.= .001), hago mi trabajo lo mejor que puedo ($t= -7,200$; sig.= .001), me gusta que me pregunten en clase ($t= -4,164$; sig.= .001) y mi maestro(a) me hace sentir que soy inútil ($t= -6,597$; sig.= .001).

En el nivel de significancia 0.05 únicamente se encontró el ítem me molesta mucho que me regañen ($t= -2,851$; sig.= .005).

El reactivo muchas veces me gustaría irme de mi casa, no mostro diferencias estadísticamente significativas.

TABLA 21. Prueba Estadística *t* de Sudent en las Puntuaciones del Área Autoestima Hogar y Padres (H)

	Sin maltrato		Con maltrato		t	Sig.
	MEDIA	D.E.	MEDIA	D.E.		
6 Soy despreocupado(a)	1,39	,493	1,66	,479	-2,770	.001**
9 Me gustaría poder cambiar muchas cosas de mí	1,55	,503	1,62	,490	-,718	,474
11 Soy simpático(a)	1,24	,428	1,54	,503	-3,278	.001**
16 Me cuesta trabajo acostumbrarme a lo nuevo	1,45	,503	1,70	,463	-2,589	.01*
20 Siempre estoy contento(a)	1,25	,440	1,38	,490	6,938	.01*
22 Me doy fácilmente por vencido(a)	1,25	,440	1,52	,505	-2,815	.001**
29 Yo entiendo como soy	1,24	,428	1,34	,479	5,314	.02*
44 Soy más feo(a) que los demás	1,16	,367	1,46	,503	-3,462	.001**

Nivel de significancia, 0.001**; 0.05*

En el área de Autoestima Hogar y Padres (H) (Tabla 21), la prueba estadística *t* de Student arrojo 7 diferencias significativas en las puntuaciones entre los grupos sin maltrato y con maltrato. Dentro del nivel de significancia 0.001 se ubicaron en los siguientes ítems: soy despreocupado(a) ($t = -2,770$; sig.= .001), soy simpático(a) ($t = -3,278$; sig.= .001), me doy fácilmente por vencido(a) ($t = -2,815$; sig.= .001) y soy más feo(a) que los demás ($t = -3,462$; sig.= .001).

Se encontraron 3 reactivos que se ubican en el nivel de significancia de 0.05, los cuales son, me cuesta trabajo acostumbrarme a lo nuevo ($t = -2,589$; sig.= .01), siempre estoy contento(a) ($t = 6,938$; sig.= .01) y yo entiendo como soy ($t = 5,314$; sig.= .02).

Al igual que en el área anterior, únicamente un reactivo, me gustaría poder cambiar muchas cosas de mí, no presento diferencias significativas.

TABLA 22. Prueba Estadística *t* de Sudent en las Puntuaciones del Área Autoestima Escolar/académica (SCH)

	Sin maltrato		Con maltrato		t	Sig.
	MEDIA	D.E.	MEDIA	D.E.		
2 Me siento muy seguro de mí mismo(a)	1,16	,367	1,68	,471	15,876	.001**
17 Muchas veces me arrepiento de las cosas que hago	1,80	,401	1,64	,485	1,853	.07
23 Generalmente me cuido solo(a)	1,45	,503	1,42	,499	,311	,756
33 En casa me ignoran	1,10	,300	1,78	,418	-9,424	.001**
37 Me disgusta ser hombre(mujer)	1,18	,385	1,62	,490	-5,062	.001**
42 Me disgusta la escuela	1,20	,401	1,42	,499	-2,490	.01*
46 A los niños(as) les gusta molestarte	1,24	,428	1,28	,454	-,509	,612
54 Mis padres son muy exigentes	1,30	,463	1,58	,499	-2,910	.004*

Nivel de significancia, 0.001**; 0.05*

En la cuarta área, que pertenece a la Autoestima Escolar/académica (SCH) (Tabla 22) y mediante el estadístico *t* de Student, se obtuvieron las siguientes diferencias a nivel de significancia de 0.001, me siento muy seguro de mi mismo(a) ($t= 15,876$; $sig.= .001$), en casa me ignoran ($t= -9,424$; $sig.= .001$) y me disgusta ser hombre(mujer) ($t= -5,062$; $sig.= .001$).

Se obtuvieron dos reactivos con nivel de significancia de 0.05, me disgusta la escuela ($t= -2,490$; $sig.= .01$) y mis padres son muy exigentes ($t= -2,910$; $sig.= .004$). En esta área, tres reactivos, muchas veces me arrepiento de las cosas que hago, generalmente me cuido solo(a) y a los niños(as) les gusta molestarte, no obtuvieron diferencias significativas.

TABLA 23. Prueba Estadística t de Sudent en las Puntuaciones de la Escala de Mentiras

	Sin maltrato		Con maltrato		t	Sig.
	MEDIA	D.E.	MEDIA	D.E.		
26 Mis padres me piden que haga más de lo que puedo	1,55	,503	1,49	,505	,588	,558
32 Mis compañeros(as) hacen casi siempre lo que yo les digo	1,14	,348	1,52	,505	-4,447	.001**
36 Cuando escojo hacer algo, lo hago	1,06	,238	1,38	,490	-4,202	.001**
41 Pocas veces me da vergüenza	1,43	,500	1,57	,500	-1,400	,165
45 Siempre digo lo que quiero	1,43	,500	1,70	,463	-2,800	.001**
50 Me da igual lo que me pase	1,12	,325	1,62	,490	-6,078	.001**
53 A los demás los quieren más que a mí	1,10	,303	1,62	,490	-6,379	.001**
58 Quedo mal cuando me encargan algo	1,13	,341	1,52	,505	-4,395	.001**

Nivel de significancia, 0.001**

Por último, la Tabla 23 muestra las diferencias estadísticamente significativas en la Escala de Mentiras, lo cual se presenta en 6 reactivos: mis compañeros(as) hacen casi siempre lo que yo les digo ($t = -4,447$; $sig. = .001$), cuando escojo hacer algo, lo hago ($t = -4,202$; $sig. = .001$), siempre digo lo que quiero ($t = -2,800$; $sig. = .001$), me da igual lo que me pase ($t = -6,078$; $sig. = .001$), a los demás los quieren más que a mí ($t = -6,379$; $sig. = .001$) y quedo mal cuando me encargan algo ($t = -4,395$; $sig. = .001$). Finalmente, en esta escala dos reactivos no presentaron diferencias significativas, los cuales son, mis padres me piden que haga más de lo que puedo y pocas veces me da vergüenza.

CAPÍTULO V.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

5.1 Discusión

A partir de los resultados obtenidos en la presente investigación, se analizó si la autoestima en sus diversas áreas (si mismo general, social, hogar y padres, y escolar/académica) presenta diferencias estadísticamente significativas entre un grupo de menores sin maltrato y un grupo con indicadores de maltrato. Se plantearon varias hipótesis de investigación y se llevaron a cabo pruebas estadísticas con la finalidad de que estas fueran comprobadas. La estadística descriptiva, permitió obtener las frecuencias y porcentajes de los reactivos sociodemográficos y los indicadores que fueron más frecuentes en cada una de las áreas de la autoestima. Por otra parte, se utilizó la estadística inferencial a través de la prueba *t* de Sudent, la cual permitió observar si se presentan las diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en las áreas de la autoestima.

Respecto a la primera hipótesis planteada que dice: **Existen diferencias estadísticamente significativas en los indicadores de autoestima sí mismo general entre niños maltratados y no maltratados en etapa escolar**, se acepta la hipótesis planteada ya que los indicadores entre ambos grupos arrojaron diferencias estadísticamente significativas. Dentro del grupo sin maltrato los menores presentan sentimientos de felicidad, suelen decir siempre la verdad, los problemas a los que se enfrentan les afectan muy poco, están conformes con su manera de ser y no sienten vergüenza de sí mismos. Mientras que en el grupo con maltrato tienden a soñar despiertos y presentan sentimientos de inferioridad, tales como disgusto por su manera de ser, vergüenza de sí mismo, odian como son; consideran que todo lo hacen mal y que su vida es muy difícil.

Cortés et al., (2011) encontraron que una experiencia de abuso sexual puede afectar negativamente a la posterior adaptación psicológica y mental de los menores; en especial las mujeres que han sido víctimas de abuso sexual presentan síntomas de depresión, poca asertividad, suelen sentirse ansiosas y poseen una actitud negativa, que se relaciona con menos deseos de vivir en comparación con las mujeres que no han sufrido abuso sexual, estos indicadores no se presentaron significativos en el grupo de varones, por lo que dicho estudio concluyó que el abuso sexual infantil tiene un mayor impacto psicológico en las mujeres adultas que en los hombres.

Ampudia et al., (2009) señalaron que los menores maltratados tienen habilidades de resolución de problemas más disminuidas en comparación con poblaciones no maltratadas, son más impulsivos, menos creativos y más distraídos.

Han reportado que las niñas que han sufrido maltrato llegan a tener ideas de muerte, ya que son más susceptibles a mostrar su tristeza, asimismo se sienten más avergonzadas, desconectadas e inconformes con su aspecto, tienen sentimientos de culpa por sus acciones pues consideran que lo hacen no es lo correcto; estos indicadores se presentaron en mayor frecuencia en las niñas maltratadas que en los niños, con diferencias estadísticamente significativas; llegando a la conclusión de que la depresión, junto con sus síntomas, se hacen presentes en los menores que han sido víctimas de algún tipo de maltrato y estas consecuencias pueden aumentar a medida que los infantes van creciendo (Ampudia et al., 2013).

De la misma forma, los resultados arrojaron que los menores sin maltrato siempre hacen lo que está bien, les caen bien todas las personas que conocen y ellos le caen bien a dichas personas; son niños con iniciativa para realizar sus actividades y suelen convivir con los otros. En comparación con el grupo con maltrato a quienes les gustaría ser otra persona, no les agrada convivir con gente, pues generalmente no les caen bien las personas y poseen poca iniciativa, debido a que necesitan que alguien les diga lo que tienen que hacer para que ellos lo ejecuten.

Referente a esto, André y Lelord (2012); Lemer (2003) señalaron que cuando la persona posee una autoestima favorable se siente a gusto consigo misma, tiene una aceptación de sí mismo y de los otros sin sentirse superior o inferior, posee confianza y capacidad de amar y ser amado, es una persona asertiva que logra entender sus sentimientos y los de otros, respeta y valora a la gente y se considera digno de recibir los mismo sentimientos. Posee habilidad de enfrentarse a los retos, es persistente en sus tareas y posee creatividad para innovar cosas.

Cuando se tiene una estima baja el menor llega a sentir que merece las situaciones desagradables que se le presentan y se siente culpable por las reacciones o actitudes que los demás tienen hacia ellos, justificando que sus características personales no son suficientes para ser valoradas por las demás personas (Lemer, 2003).

Asimismo, se encontró que a los menores sin maltrato casi todos sus compañeros(as) los escogen para jugar, a pesar de que la escuela les resulta un escenario que no les aburre les gustaría mejorar su trabajo dentro de la institución y tienen una participación activa dentro del aula. Mientras que a los niños maltratados les cuesta mucho trabajo hablar enfrente de la clase, consideran la escuela como un lugar aburrido y prefieren jugar con niños y niñas más pequeños que ellos.

Sánchez (2012) postuló que cuando los menores poseen una autoestima adecuada se refleja en el ámbito escolar, en donde tiene un rendimiento adecuado, disfrutan del tiempo que pasan dentro de la escuela y son capaces de expresar sus ideas y opiniones enfrente de los demás sin sentirse juzgados o desvalorizados.

Oates et al., (1985) señalaron que los menores que han sido víctimas de algún tipo de maltrato se perciben a sí mismos con menos amigos en relación con su iguales, juegan con sus compañeros con menos frecuencias y sus relaciones se dirigen hacia niños más pequeños que ellos, como una forma de adquirir el control de las situaciones. Una de las características de la muestra de este estudio es que las edades del grupo con maltrato fueron menores en relación con el grupo sin indicadores de maltrato. Entre mayor sea el

niño expresa un enojo menos directo contra sus padres y suele sollozar, gritar o golpear menos que cuando eran más pequeño, es decir, los niños más chicos son víctimas de lesiones más serias que los mayores; cerca de la mitad de los casos de daño serio o muerte se registran en niños menores de ocho años; debido a que las características del infante no corresponden a las expectativas de los progenitores, también a que los pequeños no tienen las habilidades físicas y motoras para poder prevenir el maltrato. Asimismo, dado que los infantes se encuentran en el proceso de adquisición de diversos aprendizajes pueden tener constantes errores que se consideran inapropiados por los cuidadores y por tanto son castigados (Bustos et al., 2013; Craig, 2009).

Finalmente, en esta área también se encontró que los menores sin maltrato consideran que sus padres los comprenden y que les importa mucho lo que ellos sienten, que los regañan poco y que difícilmente se llegan a enojar dentro de su hogar. Mientras que en su hogar los niños maltratados se enojan fácilmente, consideran que los regañan con frecuencia, que a sus papás no les importa lo que sienten y que no los comprenden.

Relacionado con esto Coopersmith (1967) señaló que el desarrollo de la autoestima está directamente relacionado con el núcleo familiar, pues a partir de las prácticas que se realicen dentro del hogar se construirá la valía propia del menor.

A edades tempranas, los menores consideran que los padres son personas que saben todo y tienen la creencia que lo que sus progenitores piensan o digan de ellos los describe como persona; por lo que es importante como son tratado los menores, la autoestima de los progenitores, la estructura y el funcionamiento familiar (Corkille, 1998; Sheehan, 2005).

Respecto a la segunda hipótesis planteada que dice: **Existen diferencias estadísticamente significativas en los indicadores de autoestima social entre niños maltratados y no maltratados en etapa escolar**, se acepta la hipótesis ya que se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de los reactivos que componen dicha área.

En el grupo sin maltrato los indicadores están principalmente asociados a que los menores están conformes con las actividades que hacen y ponen esfuerzo para realizarlas lo mejor posible; consideran que pasan momentos agradables y divertidos junto con sus padres y sus iguales. En comparación con el grupo con maltrato, en el cual se reporta que los infantes no disfrutaban los momentos que pasan juntos con sus progenitores, les gustaría ser más chicos, señalan que sus profesores los hacen sentir que son inútiles, se molestan mucho cuando los regañan y no ponen esfuerzo en sus trabajos. Cabe destacar que no se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos respecto a que les gustaría irse de su casa.

Cuando el menor posee una autoestima estable es capaz de generar estrategias que puede utilizar en las dificultades a las que se enfrente, pues tiene comportamientos más adaptativos, es capaz de buscar apoyo social de sus iguales para potencializar sus capacidades, es una persona perseverante y responsable de las decisiones que toma, así como de las consecuencias que pueden surgir; sus sentimientos son de satisfacción por sus logros y esfuerzos (Flores, 2011; Polaino, 2004).

Branden (1995) postuló que el concepto que el menor genera de sí mismo es determinante en la elección de sus amistades en cada etapa de su desarrollo, en la manera en la que se relaciona con los otros, en lo productivo que será en el futuro, etc., es decir, en las decisiones que tome. De igual manera Fernández (2002) señaló que cuando los menores sufren algún tipo de maltrato presentan dificultades para relacionarse con sus pares y sus progenitores.

Se ha reportado que los menores que han sufrido maltrato presentan desgano para realizar sus actividades cotidianas y presentan escasos sentimientos de amor hacia sus padres y en ocasiones por dichos sentimientos pueden sentir que merecen ser castigados (Ampudia et al, 2013).

Arruabarrena y De Paúl, (1994), refirieron que existen deficiencias en la forma de interactuar de los niños maltratados, pues se muestran menos interactivos y lo hacen de

una manera poco imaginativa, con poco entusiasmo y expresan una capacidad menor de disfrutar de dichas relaciones.

Cuando los niveles de autoestima son bajos, los menores pueden sentirse atacados cuando reciben una crítica sobre algo en lo que ellos se creen competentes y se presentan sentimientos de rechazo y ansiedad ante dichas críticas; mientras que los menores con una autoestima estable resisten las críticas y son capaces de defender sus puntos de vista, pueden llegar a un debate y no se sienten atacados, rechazados ni ansiosos cuando se les realiza alguna observación (André & Lelord, 2012).

De la misma manera Aladro (2012) señaló que cuando la autoestima esta disminuida los menores presentan respuestas de evitación, retraimiento o precaución; prefieren no pasar tiempo con los demás y evitan situaciones en común; asimismo postularon que pueden presentar conductas compensatorias como la negación, la hostilidad, la agresividad y la baja tolerancia a la frustración.

La tercera hipótesis planteada dice: **Existen diferencias estadísticamente significativas en los indicadores de autoestima hogar y padres entre niños maltratados y no maltratados en etapa escolar**; la hipótesis es aceptada, ya que con base en la prueba *t* de Sudent, los resultados arrojaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos comparados en relación con el área evaluada. Los indicadores que se observaron, son que en el grupo sin maltrato los menores se perciben como niños simpáticos, la mayoría de las veces están contentos y que entienden su forma de ser, esto les permite establecer una relación de confianza en su ambiente familiar. Por el contrario, en el grupo con maltrato los indicadores que son más frecuentes es que los menores se definen como personas despreocupadas, que son más feas que los demás, se dan por vencidos con facilidad y les es difícil acostumbrarse a nuevas situaciones; esto también se ve reflejado en el ambiente familiar, donde las relaciones son menos sólidas.

Mazadiego (2005) postuló que se llega a confundir la disciplina que deben ejercer los padres con los límites del abuso, pues generalmente las personas que cometen el maltrato hacia los menores son las misma responsables de sus cuidados, es decir, los progenitores, quienes ocupan el castigo físico y emocional como una forma de disciplina; sin embargo, al sobrepasar el límite hacia el abuso se generan consecuencias como poca motivación en el cumplimiento de las tareas o abandonar las actividades con facilidad.

Coopersmith (1967) agregó que la familia es un factor determinante en la construcción de la autoestima del menor y dio especial importancia a los roles que los cuidadores deben de cumplir, como dar instrucciones claras, aceptación total del niño, establecer límites, respetar las acciones del menor dentro de los límites establecidos y brindarle apoyo y motivación suficiente para que el infante sea capaz de conseguir sus metas y objetivos.

Corkille (1998) señaló que es importante que los cuidadores convivan y pasen tiempo con sus hijos, pues esto fomenta la autoestima de los menores y se consideran como personas importantes para los otros; cuando no se les brinda este tiempo a los niños o el trato es frío el infante considera que él no importa y aprende a no recibir atención de los demás.

Los menores que tienen padres sensibles, reaccionan a las situaciones cotidianas de manera positiva y cooperativa, la relación con los progenitores es cálida y de confianza, a diferencia de los menores que tienen padres poco sensibles, llegan a mostrar afecto negativo a las situaciones diarias. Asimismo los padres realizan demandas o peticiones y la forma en que los cuidadores las proporcionan se relaciona con el tipo de socialización, de conducta adaptativa y desadaptativa de los menores. Refirieron que una de las características de las madres maltratadoras es regañar y amenazar frecuentemente al menor ocasionando conductas inadecuadas por parte del niño, como desobediencia, agresión, oposición, etc. (Vite et al, 2010).

En un estudio realizado por Cicchetti y Toth (2000) demostraron que las madres maltratadoras presentan menos conductas sociales, más comportamientos aversivos, inconsistentes y negativos ante conductas pro-sociales del niño y el comportamiento de los menores es más hostil y oposicional, manifiestan retraimiento social con sus padres.

Ampudia et al., (2009) señalo que en los ambientes donde existe un maltrato por parte de la madre, éstas utilizan menos instrucciones verbales para ayudar a sus hijos a superar las dificultades de su ambiente y los llegan a ignorar, repercutiendo en la poca seguridad del menor para enfrentarse a tareas desconocidas.

Los menores que han sido maltratados se muestran más retraídos o distantes afectivamente con sus cuidadores, tienen una falta de placer o bienestar, se muestran inconsistentes en la interacción con sus padres, son ambiguos, la forma de comunicación es negativa; son menores que se acercan menos a los padres, evitan a los adultos y a sus pares y suelen ser más agresivos con los adultos (Martínez & De Paúl, 2000).

Finalmente la última hipótesis indica: **Existen diferencias estadísticamente significativas en los indicadores de autoestima escolar/académica entre niños maltratados y no maltratados en etapa escolar**; al igual que las anteriores, la hipótesis es aceptada ya que se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los indicadores que componen esta área. En el grupo sin maltrato, los menores se definen como niños seguros de sí mismos, conformes con su género y consideran la escuela como un lugar divertido. Por su parte en el grupo con maltrato los menores reportan poca seguridad en ellos mismos, disgusto por ser hombre(mujer), disgusto por la escuela, consideran que sus padres son muy exigentes y que en casa son ignorados. En esta área se presentaron tres indicadores que no obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, los cuales son, muchas veces me arrepiento de las cosas que hago, generalmente me cuido solo(a) y a los niños(as) les gusta molestar me.

Muela et al., (2014) señalo que los menores que se encuentran institucionalizados presentan mayores problemas de atención y de concentración, su participación es pasiva en las actividades escolares y se involucran en actividades altamente improductivas, presentan problemas de obediencia; este tipo de conductas no fueron frecuentemente observadas en los menores que viven con sus familias biológicas. Asimismo presentan malas relaciones con los profesores y falta de madurez.

Los profesores han reportado una valoración negativa del comportamiento social y su interés por aprender de los menores institucionalizados; refieren que los infantes presentan actitudes que interfieren con el correcto desarrollo de las actividades académicas (Martín, Torbay & Rodríguez, 2008 en Muela, 2014).

De igual manera, Santaella et al., (2014) señalaron que los profesores y los padres recurren a métodos de disciplina que se relacionan con maltrato físico, emocional y negligencia; utilizan el castigo para motivar a los infantes a estudiar más y a dominar temas específicos, sin embargo establecen estándares irreales de desempeño con el objetivo de garantizar el fracaso del alumno; cuando el niño ha sufrido maltrato presenta conductas de ansiedad que le impiden lograr sus objetivos, pues se consideran altamente exigidos, llegan a abandonar las tareas y por dichas situaciones consideran la escuela como un lugar aburrido, poco favorecedor, carente de sentido y por el contrario, lo visualizan como un espacio que manifiesta retos los cuales, difícilmente el menor maltratado puede afrontar. Cabe destacar que estas acciones ejecutadas por los profesores, no son vividas por ellos como maltrato, sino como medidas de disciplina y aprendizaje.

Corkille (1998) refirió que el maltrata perpetuado hacia los menores provoca sentimientos de inadecuación a su propia persona, se pueden presentar dificultades para que el menor emplee sus habilidades y aptitudes en su vida cotidiana. Se presenta una poca aceptación de si como persona, pues no existe un sentimiento de valía hacia sí mismo.

Se ha reportado que los menores con niveles óptimos de autoestima tienen buen estado de ánimo, poseen confianza en las cosas que realizan, interpretan de manera objetiva sus experiencias, que aunque sean negativas, son capaces de visualizar aspectos positivos, tienen sentimientos de satisfacción por sus esfuerzos y la relación con sus cuidadores es estrecha (Flores, 2011).

Respecto a la seguridad propia, Medina (2009) señaló que la autoestima alta favorece que el menor no se involucre en factores de riesgo, como el consumo de sustancias ilegales, pues se valoran, respetan su salud e integridad y aunque exista una presión social tiene decisiones firmes siguiendo sus ideales, normas y creencias de acuerdo a sus propias limitaciones, poseen la capacidad de retirarse ante situaciones riesgosas sin sentirse culpables. Asimismo André y Lelord (2012) concluyeron que la propia seguridad del niño se manifiesta en todas sus acciones, se siente más valioso y favorece sus capacidades para enfrentarse a experiencias nuevas, trabajan con asertividad tanto individual como en equipos siguiendo los objetivos planteados.

Cuando el niño posee una autoestima alta tiene sobre sí mismo un juicio estable y no depende de las circunstancias en la que este inmerso ni de las otras personas, pues su imagen es clara, sus decisiones son tomadas con fines objetivos. Cuando cometen algún fracaso siguen intentando lograr su meta y son personas innovadoras y creativas (André & Lelord, 2012).

Fernández (2002), refirió que los menores maltratados pueden presentar conductas autodestructivas, retraso en el rendimiento escolar y los vínculos que el niño tiene con sus progenitores se debilitan. Agrego que se presentan deficiencias en el reconocimiento e identificación de las emociones. Alarcón et al., (2010) refirieron que se presenta un escaso sentido de identidad lo cual se manifiesta como dificultad para integrarse como una persona que crece y tiene sentimientos, el menor se percibe inadecuado en su cuerpo y en su inteligencia, con sentimientos de inseguridad de la persona que es.

Finalmente, el estudio también arrojó otro tipo de indicadores, que se ubican en la categoría de escala de mentira. El grupo sin maltrato reportó que cuando eligen hacer algo, lo cumplen, pocas veces sienten vergüenza de sí mismos y son capaces de expresar las cosas que quieren. Mientras que en el grupo con maltrato los menores refirieron que la mayoría de las veces sus compañeros hacen lo que ellos les dicen, que a los otros los quieren más que a ellos, no les importa las cosas que les puedan suceder, recurrentemente quedan mal cuando les encargan realizar algo, con frecuencia se avergüenzan de las cosas que dicen o hacen y por ende no dicen lo que quieren.

Han reportado que los menores con niveles óptimos de autoestima poseen capacidad de pensar, de enfrentarse a los desafíos diarios, tienen el sentimiento de ser respetados, el derecho de afirmar sus necesidades y creencias para alcanzar sus principios morales, disfrutan de las recompensas de sus esfuerzos y se sienten estimulados por las nuevas experiencias, actúan con eficacia para que sus opiniones tengan sentido, sean tomadas en cuenta y pueden debatir sus creencias. Mientras que los menores que han sido maltratados son muy susceptibles a las críticas, por lo que prefieren no opinar ni dar a conocer sus pensamientos, pues los consideran poco valiosos, les causa miedo no estar a la altura de los otros y manifiestan ansiedad cuando reciben críticas sobre sus opiniones; son personas que no corren riesgos (André & Lelord, 2012; Branden, 2011).

Los autores agregaron que los menores maltratados con niveles bajos de autoestima tratan de evitar actividades tanto individuales como de competencia por temor a ser criticados, presentan actitudes poco positivas y se predisponen a resultados negativos; a través de estos comportamientos le hacen saber a los otros que no creen en sus propias posibilidades de éxito y generalmente no cumplen con las metas que se proponen.

Alarcón et al., (2010) afirmaron que cuando los niños han presentado algún tipo de maltrato y cuando sus padres no cubren sus necesidades básicas como el sueño,

alimentación, o afecto, los infantes se genera la idea que no tienen importancia para los adultos y pueden sentirse sobresaturados o desorganizados.

5.2 Conclusiones

Actualmente se considera que el maltrato infantil es una acción médico-social-legal, que, por sus consecuencias físicas, sociales, económicas, legales, familiares, etc., en el menor, en su familia y en la sociedad alcanza una dimensión de un problema de salud pública mundial.

A pesar de la magnitud del problema, las instituciones no tienen las cifras reales sobre el fenómeno, debido a que no todos los casos son reportados, siendo los cuidadores primarios los principales perpetuadores del maltrato infantil.

Cuando los padres ejercen disciplina o establecen límites, llegan a sobrepasar la delgada línea entre la disciplina y el maltrato infantil; justificando sus acciones como forma de educación hacia los menores y llegan a verbalizar que si les pegan o amenazan únicamente es para que aprendan a comportarse adecuadamente.

Resulta difícil encontrar un concepto único y concreto del maltrato infantil, ya que existen diversas creencias de lo que puede ser o lo que no puede ser dicho fenómeno, sin embargo al recopilar información de algunos investigadores, se construyó una definición de maltrato infantil, quedando de la siguiente manera “acciones u omisiones accidentales o intencionales hacia los menores de 18 años, incluyendo los tipos de maltrato físico, psicológico, abuso sexual, negligencia y explotación comercial, realizado por cualquier persona o institución, los cuales causen o puedan causar consecuencias a corto, mediano y largo plazo, que pongan en riesgo la integridad física, psicológica,

emocional y social del menor y/o que lo priven de su libertad o de sus derechos correspondientes”.

Es importante destacar que este fenómeno se manifiesta de diversas maneras que pueden ser golpes, negligencia, abandono, abuso emocional, abuso sexual, maltrato prenatal, maltrato institucional y explotación comercial, que conduce a consecuencias a corto, mediano y largo plazo que se relacionan con limitaciones físicas y somáticas, consecuencias sociales, cognitivas, de lenguaje, motoras, sexuales, comportamentales y psicológicas, como la autoestima.

Por su parte, la presente investigación buscó conocer si la autoestima es diferente, en sus diversas áreas (si mismo general, social, hogar y padres, y escolar/académica), en niños escolarizados que presentan indicadores de maltrato infantil de los que no presentan indicadores de maltrato, medido a través del “Inventario de Autoestima Original Forma Escolar de Coopersmith S. 1967, traducido al español por Panizo M. (1988)”.

Si bien ya es conocido que la autoestima está deteriorada en los menores que han sido víctimas de algún tipo de maltrato, no se había estudiado la autoestima por áreas; por lo que la importancia de esta investigación reside en conocer si las cuatro áreas de la autoestima se ven afectadas en estos menores y cuáles son los principales indicadores que se pueden presentar en los grupos. Sin embargo, como postuló Ampudia et al., (2009) la gravedad de las consecuencias que tienen los daños, dependen del tipo e intensidad de la agresión, la edad de comienzo del maltrato, el parentesco con el victimario y en gran medida con los recursos con los que cuenta la víctima para asimilar y enfrentar el fenómeno; pues cada menor es diferente y por ende las consecuencias se manifestaran de manera similar pero no igualitarias.

En este estudio se encontraron diferencias estadísticamente significativas de los indicadores de las áreas de la autoestima entre los grupos; los cuales están dirigidos, en el grupo sin maltrato a conductas adaptativas que le permiten al menor un sano

desarrollo y en el grupo con maltrato a conductas poco adaptativas, provocando repercusiones en las mismas áreas.

Los indicadores que se presentaron de manera significativa en los menores sin maltrato están relacionados con sentimientos de felicidad, refirieron estar conformes con su manera de ser, se consideran simpáticos, contentos, entienden su forma de ser, son seguros de sí mismos, están conformes con su género y son capaces de expresar sus sentimientos y opiniones.

Se definen como niños que siempre dicen la verdad, cuando eligen hacer alguna actividad la realizan con empeño y dedicación, disfrutan de los logros que obtienen, tienen iniciativa y creatividad. Consideran el entorno escolar como divertido, disfrutan los momentos que pasan ahí, buscan mejorar sus trabajos y tienen una participación activa dentro del aula.

Los resultados refieren que son personas que les agradan a los otros y a ellos les caen bien las otras personas, conviven con otra gente y consideran que varios de sus compañeros los escogen para jugar.

Asimismo se encontró que sus padres los comprenden y que les importa lo que ellos sienten; se perciben contentos estando en su hogar, pasan momentos divertidos y agradables junto con sus padres, consideran que los regañan poco y que los problemas a los que se enfrentan les afectan muy poco pues cuentan con herramientas para afrontar dichas dificultades.

Por otra parte, los indicadores significativos en el grupo con maltrato fueron que los menores tienden a soñar despiertos, lo que se relaciona con sentimientos irreales; presentan sentimientos de inferioridad y de poca seguridad, como disgusto por su manera de ser, se avergüenzan de sí mismos, odian como son y les disgusta ser hombre o mujer, (según sea el caso). Son personas despreocupadas a quienes no les importan las cosas que les puedan suceder y generalmente no expresan sus ideas ni

emociones. Consideran que son más feos que los demás, que a los otros los quieren más que a ellos y refieren que les gustaría ser otra persona o más chicos que los otros.

El estudio también arrojó que la vida de los menores maltratados es muy difícil, no les agrada convivir con otras personas y afirman que ellos no les agradan a los demás. De la misma forma son menores que consideran que todo lo hacen mal, por lo que, cuando se les encarga alguna actividad quedan mal, pues no cumplen con ella, ya que no ponen iniciativa, motivación ni esfuerzo para poder lograrla, se les dificulta acostumbrarse a tareas nuevas y se dan fácilmente por vencidos pues siempre necesitan que alguien les diga lo que tienen que hacer y de qué manera realizarlo.

Casado, Díaz y Martínez (1997) señalaron que la baja autoestima está relacionada con una escasa autoconfianza, con sensaciones de incompetencias, con una pobre auto identidad, los menores prefieren el aislamiento, rechazan las relaciones con los otros por falta de empatía y de afecto y son niños desconfiados que prefieren las actitudes pasivas, con la finalidad de no involucrarse en tareas en las que requieran esforzarse.

También se encontró en la investigación, que les disgusta la escuela, la consideran como un lugar aburrido y se les dificulta poder expresarse frente de la clase. Constantemente prefieren jugar con niños más pequeños que ellos y suponen que tienen pocas capacidades.

En su hogar los niños maltratados se sienten poco comprendidos, consideran que sus sentimientos no son importantes para sus progenitores y se sienten ignorados por ellos, por lo que no disfrutan momentos de convivencia con los integrantes de su familia. Perciben que sus padres son muy exigentes, que los regañan con frecuencia y se enojan con facilidad.

Cuando el menor vive malos tratos por parte de sus cuidadores, los cuales tienen la función de protección, el menor desarrolla sentimientos negativos como la rabia, rencor, resentimiento etc., sin embargo al también tener necesidad de afecto y respeto, se

produce una confusión en sus sentimientos (Arce et al., 2012); cuando sus necesidades no se satisfacen, se percibe como una persona que no es importante para los otros y puede generar que el menor se viva como malo y por lo tanto que merece ser castigado (Alarcón et al., 2010).

La autoestima es una de las principales herramientas que permite el desarrollo óptimo de las personas en la esfera biopsicosocial y considerando que existen diversas razones que pueden afectar negativamente la autoestima de los infantes, es de gran importancia realizar valoraciones sobre el tema a los menores, en especial a las poblaciones que son vulnerables, como es el caso de los niños maltratados; pues a pesar de que la baja autoestima no es una consecuencia visible como moretones, mordidas, rasguños, etc., si afecta directamente en el desarrollo de los niños y en el futuro se presentan efectos más negativos y repercusiones en la adultez que pueden ser más complicadas de enfrentar. Por ello es importante detectar los indicadores de baja autoestima a edades tempranas con la finalidad de realizar intervenciones adecuadas que permitan fomentar los niveles óptimos de la misma.

A pesar de que entre los grupos en comparación se presentaron indicadores estadísticamente significativos respecto a la autoestima Escolar/Académica, fue en la que menos indicadores se obtuvieron, es decir, que en conjunto, es el área de la autoestima que menos afectada se encuentra en los niños que han sufrido algún tipo de maltrato. Esto indica que para los infantes la escuela es el medio en el que se sienten más contentos y seguros debido a que existen figuras de apoyo como los profesores, que son las figuras de autoridad, quienes resuelven las situaciones conflictivas y propagan el respeto; los alumnos, que si no todos interactúan con armonía, se ha demostrado que si existe sólo un amigo, este le ayuda al niño a afrontar los efectos negativos de no sentirse aceptado o de sentirse rechazado por determinadas personas, y de otras figuras que estén presentes en las instituciones, como psicólogos, pedagogos, trabajadores, etc. (Craig, 2009; Santaella et al., 2014).

El área de la autoestima Social y Hogar y Padres son las que arrojaron más indicadores significativos de maltrato entre los dos grupos, esto se debe a que en la etapa escolar

los menores tienen pocas relaciones sociales fuera de la escuela y de casa, es decir, sólo cuando acuden a actividades deportivas o artísticas y esto no ocurre en todos los casos. Respecto a la segunda área, los padres al ser las principales figuras de contacto con el menor, también son quienes infligen más conductas de maltrato que en diversas ocasiones pueden considerar como límites de educación y que los niños viven como malos tratos (Craig, 2009; López-Arce et al., 2013).

El estudio de las áreas de la autoestima representa un gran aporte a la psicología infantil, ya que permite conocer con fineza los indicadores que son más frecuentes en dicha población maltratada y no maltratada; asimismo, se pueden realizar valoraciones individuales que manifiesten con exactitud el área de la autoestima que está más afectada en el infante, con la finalidad de generar un plan de intervención específico, pertinente y adecuado, que se adapte a las necesidades del niño, con la finalidad de contrarrestar los efectos negativos que se puedan presentar en relación con las áreas de la autoestima y en específico con las que estén más deterioradas; al trabajar sobre estos puntos los beneficios se reflejan en los ambientes familiar, escolar, personal, social y académico.

Actualmente se ha confundido la disciplina con los malos tratos. Las formas violentas de castigo transmiten mensajes erróneos, por ejemplo, que se justifique en el amor el hecho de la agresión y los padres, al estar en una posición de autoridad pueden, aunque se considera que no deben, agredir con la finalidad de enseñar, disciplinar o proteger al menor (Castanyer et al., 2009). Ante esto es importante dar a conocer a los cuidadores, familiares y profesores herramientas que les permitan conseguir sus metas de educación sin recurrir a los malos tratos y de esta forma que ubiquen la estrecha línea que separa a la disciplina y el castigo del maltrato infantil. Así como generar redes de apoyo para fomentar la prevención, evaluación, intervención y tratamiento del fenómeno con la finalidad de proveer una mejor calidad de vida para los infantes y la gente que los rodea.

Se ha reportado que cuando se recurre a la violencia para resolver conflictos, los menores aprenden que la violencia es el medio de solución y no visualizan el diálogo y la tolerancia, como forma de salida., (Castanyer et al., 2009); por tal motivo es fundamental que se realicen intervenciones adecuadas para aumentar la autoestima con el objetivo de que los niños, en primera instancia tengan una percepción valiosa de sí mismos, que aprendan a relacionarse asertivamente tanto con sus iguales, con los adultos y los menores, y de esta forma rompan con los patrones conductuales poco adaptativos que los infantes adoptan como estilos de vida (Ampudia, Santaella & Eguía, 2009).

El maltrato es una situación que bien puede presentarse en todas las clases sociales, aunque la incidencia parece ser un poco mayor en niños que viven bajo condiciones socioeconómicas de pobreza. Hasta el momento existen diferentes explicaciones sobre este tipo de actitudes por parte de los adultos y se ha visto la influencia en alguna manera de las situaciones de gran estrés, que hacen que toda la furia de la persona recaiga en el niño. Pero, además, en muchos de los casos, quien comete el abuso tiene antecedentes de haber sufrido el mismo tipo de agresión durante su infancia o es una persona que tiene muy poca capacidad de controlar sus impulsos. Es obvio que, por las diferencias de tamaño y fuerza entre adultos y niños, estos últimos sufran grandes lesiones que pueden incluso causarles la muerte. Condiciones como la pobreza, nivel educativo bajo, paternidad o maternidad en personas que como tal no han consolidado un hogar o que son solteras, el abuso de sustancias psicoactivas como las drogas y el alcohol y otra serie de factores, se han relacionado con estas agresiones, aunque siempre hay tener en cuenta que el maltrato infantil, se puede dar en todas las clases sociales.

Los niños criados en hogares donde se los maltrata suelen mostrar desordenes postraumáticos y emocionales. Muchos experimentan sentimientos de escasa autoestima y sufren de depresión y ansiedad por lo que suelen utilizar el alcohol u otras drogas para mitigar su estrés psicológico, siendo la adicción al llegar la adultez, más frecuente que en la población general.

Los efectos que produce el maltrato infantil, no cesan al pasar la niñez, mostrando muchos de ellos dificultades para establecer una sana interrelación al llegar a la adultez. Algunos niños sienten temor de hablar de lo que les pasa porque piensan que nadie les creerá. Otras veces no se dan cuenta que el maltrato a que son objeto es un comportamiento anormal y así aprenden a repetir este "modelo" inconscientemente. La falta de un modelo familiar positivo y la dificultad en crecer y desarrollarse copiándolo, aumenta las dificultades para establecer relaciones "sanas" al llegar a adulto. Puede que no vean la verdadera raíz de sus problemas emocionales, hasta que al llegar a adultos busquen ayuda para solucionarlos (Ampudia, Santaella & Eguía, 2009).

Para muchos niños que sufren de maltrato, la violencia del abusador se transforma en una forma de vida. Crecen pensando y creyendo que la gente que lastima es parte de la vida cotidiana; por lo tanto, este comportamiento se torna "aceptable" y el ciclo del abuso continúa cuando ellos se transforman en padres que abusan de sus hijos y estos de los suyos, continuando así el ciclo vicioso por generaciones.

Ya que esta investigación se centró en demostrar que existen diferencias en las áreas de la autoestima entre el grupo de niños sin maltrato y con maltrato, queda abierta la posibilidad a que otros investigadores interesados en el tema, estudien si el tipo de maltrato y duración del mismo están relacionados con un mayor o menor nivel de autoestima en cada una de las áreas estudiadas, pues como lo menciona San-Martín, (2005) las consecuencias también dependen del tipo de maltrato que se ejerza en el infante y la duración del mismo. Asimismo se sugiere investigar si los indicadores de la autoestima en esta población cambian dependiendo el género de los menores, pues en definitiva, al cambiar los indicadores que se manifiestan se debe de cambiar la forma de intervención, buscando el bienestar biopsicosocial de los menores.

BIBLIOGRAFÍA

- Aladro, P. (2012). *Desarrollo de habilidades para construir una autoestima positiva. Un programa de intervención psicoeducativa*. Académica española. Alemania.
- Alarcón, L.; Araújo, A.; Godoy, A. & Vera, M. (2010). Maltrato infantil y sus consecuencias a largo plazo. *MedUNAB*, 13(2), 103-115.
- Álvarez, M. & Moreno, A. (2001). *Autoestima para todos*. Ediciones Palabra; México.
- Ampudia, A.; Santaella, G. & Eguía, S. (2009). *Guía clínica para la evaluación y diagnóstico del maltrato infantil*. Manual Moderno, México, D.F.
- Ampudia, A.; Sánchez, G.; Arzate, J.; Jara, G. & Ramírez, M. (2013). Depresión una reacción del maltrato. *XXI Congreso Mexicano de Psicología. Formación profesional y ética: Ejes de la práctica de la psicología*. Guadalajara, Jalisco: Sociedad Mexicana de Psicología.
- André, C. & Lelord, F. (2012). *La autoestima. Gustarse a sí mismo para mejor vivir con los demás*. Kairós. España: Barcelona.
- Arce, D.; Castellanos, M.; Reina, L.; Fernández, A. & Mustelier, H. (2012) Algunos factores psicosociales del maltrato infantil en escolares de la enseñanza primaria. *MEDISAN*, 16 (12).
- Arruabarrena, I. & De Paúl, J (1994). *Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento*. Madris: Pirámide.
- Arzate, J. (2014). *Funciones cognoscitivas en niños y niñas víctimas de maltrato*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Bauer, W. & Twentyman, C. (1985). Abusing, neglectful and comparison mothers' response to child-related and non-child-related stressors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(3), 335-343.
- Berger, K. (2006). *Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia*. Médica panamericana: Madrid.
- Bustos, L.; Ampudia, A.; Jara, G. & Calvo, L. (2013). La expresión de la agresión en niños maltratados. *XXI Congreso Mexicano de Psicología. Formación profesional y ética: Ejes de la práctica de la psicología*. Guadalajara, Jalisco: Sociedad Mexicana de Psicología.
- Branden, N. (1995). *Los seis pilares de la autoestima*. Paidós: México.
- Branden, N. (1997). *El poder de la autoestima. Cómo potenciar este importante recurso psicológico*. Paidós: México.
- Branden, N. (2011). *El poder de la autoestima. Cómo potenciar este importante recurso psicológico*. Paidós: México.
- Casado, J, Díaz, A., & Martínez, C. (1997). *Niños maltratados*. Editorial Días de Santos. Madrid.
- Castanyer, O.; Horno, P; Escudero, A. & Monjas, I. (2009). *La víctima no es culpable*. Descleé de Brouwer, España.
- Cava, M. & Musitu, G. (2000). *La potenciación de la autoestima en la escuela*. Paidós. Barcelona.

- Cicchetti, D. & Toth, S (2000). Developmental processes in maltreated children. *Nabraska Symposium on Motivation*, (46), 85-160.
- Comisión de los Derechos Humanos del Distrito Federal (2007). *Violencia intrafamiliar y maltrato infantil*. México D.F.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of Self-esteem*. Freeman, San Francisco.
- Corkille, D. (1998). *El niño feliz. Su clave psicológica*. Gedisa: Barcelona.
- Cortés, R.; Cantón, J. & Cantón-Cortés, D. (2011). Naturaleza de los abusos sexuales a menores y consecuencias en la salud mental de las víctimas. *Gac Sanit*, 25(2), 157-165.
- Corsi, J. (2006). *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico. Fundamentos teóricos para el estudio de la violencia en las relaciones familiares*. Buenos Aires: Paidós.
- Craig, G. (2009). *Desarrollo psicológico*. México: Pearson.
- Currie, J. & Spatz, C. (2010). Long-Term Consequences of Child Abuse and Neglect on Adult Economic Well-Being. *Child Maltreat*, 15, 111-120.
- Del Barrio, V.; Frías, D. & Mestre, V. (1994). Autoestima y depresión en niños. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47 (4), 471-476.
- Doménech, E. (2005). *Actualizaciones en psicología y psicopatología de la adolescencia*. Servei de Publicacions. Barcelona.
- Fernández, E. (2002). *De los malos tratos en la niñez y otras crueldades*. Buenos Aires, México: Lumen.
- Flores, K. (2011). *Los estilos de crianza y su repercusión en el desarrollo de autoconcepto y la autoestima en los niños de edad preescolar*. Tesina de Licenciatura. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Flynn, M., Cicchetti, D. & Rogosch, F. (2014). The prospective contribution of childhood maltreatment to low self-worth, low relationship quality, and symptomatology across adolescence: A developmental-organizational perspective. *Developmental Psychology*, 50 (9), 2165-2175.
- Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (United Nations International Children's Emergency Fund, UNICEF) (Octubre de 2014). Recuperado el 16 de agosto de 2015 de: infantil-cifras.html.
- Frías, M.; Fraijo, B. & Cuamba, N. (2008). Problemas de conducta en niños víctimas de violencia familiar: reporte de profesores. *Estudio de Psicología*, 13(1), 3-11.
- Gaxiola, J. & Frías, M. (2005). Las consecuencias del maltrato infantil: Un estudio con madres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología, A.C.* 22(2); 363-374.
- Giménez, C.; Cortés, M. & Loaeza, P. (2003). Confiabilidad y validación con niños mexicanos de dos instrumentos que miden la autoestima. *Salud mental*, 26 (4); 40-46.
- Gobierno del Distrito Federal (2008) *“Modelo de prevención y atención del maltrato y abuso sexual a niños y niñas. Guía teórico práctica”* Gobierno del Distrito Federal. México, D. F.

- González, C. (2013). *Efectos de un programa de intervención para el entrenamiento de las habilidades sociales en niños institucionalizados*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self. A developmental perspective*. The Guilford Press, New York.
- Hernández, R.; Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill (6ª edición) México, D.F.
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI, 2011). *Estadísticas a propósito del día del niño. Datos Nacionales*. Recuperado el 23 de agosto de 2015: <http://www.inegi.org.mx/>
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI, 2012): Recuperada el 28 de julio de 2015: <http://www.inegi.org.mx/>
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI, 2013). *Estadísticas a propósito del día internacional de la niña. Datos Nacionales*. Recuperado el 23 de agosto de 2015: http://www.academia.edu/9083553/ESTAD%C3%8DSTICAS_A_PROP%C3%93SITO_DEL_D%C3%8DA_INTERNACIONAL_DE_LA_NI%C3%91A_DATOS_NACIONALES
- Klein, H.; Elifson, K. & Sterk, C., (2007). Childhood neglect and adulthood involvement in HIV-related risk behaviors. *Child Abuse & Neglect*. 31(1), 39-53.
- Larrain, S. & Bascuña, C. (2012). *4to Estudio de maltrato infantil*. Santiago, Chile: UNICEF.
- Lerner, L. (2003). *Del automaltrato a la autoestima: en busca de la salud*. Lugar editorial: Buenos Aires.
- López-Arce, A.; Ampudia, A.; Alvarez, A. & Calvo, L. (2013). La expresión de la agresión en niños maltratados. *XXI Congreso Mexicano de Psicología. Formación profesional y ética: Ejes de la práctica de la psicología*. Guadalajara, Jalisco: Sociedad Mexicana de Psicología.
- Margaritoui, A. & Eftimie, S. (2012). Abused children's self esteem. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 46 (2012), 4580-4584.
- Martínez, A. & De Paúl, J. (2000). *Maltrato y abandono en la infancia*. España: Ediciones Martínez Roca.
- Mazadiego, T. (2005). Detección de maltrato infantil en una muestra de escuelas primarias. *Enseñanza e Investigación de Psicología*, 10(2), 281-293.
- Medina, E. (2009). *La autoestima y su relación con los factores de protección en la prevención de adicciones*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Mesa-Gresa P. & Moya-Albiol L. (2011) Neurobiología del maltrato infantil: el "ciclo de la violencia". *Revista de Neurología*, 52, 489-503.
- Miranda, I.; Cubillas, M.; Roman, R. & Abril, E. (2009) Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Salud Mental*, 32(6), 495-502.
- Molina, M., & Raimundi, M. (2011). Predictores de la autoestima global en niños de escuela primaria de la Ciudad de Buenos Aires. Diferencias en función del sexo y la edad. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 3 (3), 1-7.

- Morelato, G., Maddio, S. & Valdéz J. (2011). Autoconcepto en niños de edad escolar: el papel del maltrato infantil. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XX (2), 151-159.
- Muela, A.; Balluerka, N. & Torres, B. (2013). Ajuste social y escolar de jóvenes víctimas de maltrato infantil en situaciones de acogimiento residencial. *Anales de Psicología*, 29(1), 197-206.
- Muñoz, M.; Gámez, M. & Jiménez, G. (2008). Factores de riesgo y de protección para el maltrato infantil en niños mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 25(1), 165-174.
- Musitu, G. (1982). Autoconcepto: una revisión de estudios empíricos. *Universitas Terraconensis*, 2 (4), 205-220.
- Oates, R., Forrest, D. & Peacock, A. (1985). Self-esteem of abused children. *Child Abuse & Neglect*, 9 (2), 159-163.
- Organización Internacional Save the Children en Perú (2012). Recuperado el 15 de agosto de 2015, de Save the Children en Perú: www.savethechildren.org.pe.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (Diciembre de 2014). Recuperado el 10 de agosto de 2015, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015 a). Recuperado el 18 de agosto de 2015, de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/gho/health_equity/outcomes/under5_mortality_text/en/#
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015 b). Recuperado el 22 de diciembre de 2015, de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- Páramo, D. & Chávez-Hernández, (2007). Maltrato y suicidio infantil en el estado de Guanajuato. *Salud Mental*, 30(3), 59-67.
- Paz, B. (2000). *Déficit de autoestima: evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia*. Pirámide, Madrid.
- Polaino, A. (2004). *Familia y autoestima*. Ariel Barcelona.
- Pope, A.; McHale, S. & Craighead, W. (1988). *Self-esteem enhancement with children and adolescents*. Allyn and Bacon Eds; Estados Unidos.
- Preciado, H.; Lozano, L.; Gutiérrez, J.; Tierradentro, M. & Castro, C. (2014). Prevalencia de maltrato infantil en el Servicio de Pediatría del Hospital San José, 2010-2013. *Pediatr*, 47 (4), 90-95.
- Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia (PDMF, julio 2012). recuperado el 20 de agosto de 2015: http://procuraduria.dif.gob.mx/micrositio_pdmf/wp-content/uploads/2012/07/Concentrado-PREMAN-20111.pdf
- Putnam-Hornstein, E.; Cederbaum, J.; King, B.; Eastman, A. & Trickett, P. (2015). A Population-Level and Longitudinal Study of Adolescent Mothers and Intergenerational Maltreatment. *American Journal of Epidemiology*, 181 (7), 496-503.
- Reckdenwald, A., Mancini, C. & Beauregard, E. (2014). Adolescent self-image as a mediator between childhood maltreatment and adult sexual offending. *Journal of Criminal Justice*, 42 (2014), 85-94.
- Roa, A. (2013). La educación emocional, el autoconcepto, la autoestima y su importancia en la infancia. *Edetania*, 44(2013), 241-257.

- Sánchez, R. (2012). *Las autoestimas múltiples. Dimensiones de la autovaloración*. Trillas. México, D.F.
- Santaella, G; Ampudia, A. & Carballido, N. (2014). Percepción sobre el maltrato infantil en padres y maestros. *XXII Congreso Mexicano de Psicología. El papel del psicólogo en una sociedad violenta: Retos y aportaciones*. Boca del Río, Veracruz: Sociedad Mexicana de Psicología.
- Santaella, G.; Ampudia, A. & Hernández, L. (2011). El maltrato infantil, análisis del caso Nora. *XIX Congreso Mexicano de Psicología. Presente y futuro de la Psicología: práctica basada en evidencia*. Cancún, Quintana Roo: Sociedad Mexicana de Psicología.
- Santrock, J. (2003). *Psicología del desarrollo en la infancia*. McGraw Hill; España.
- San Martín, J. (2005). *Violencia contra niños*. Ariel. España.
- Sauceda, J.; Olivo, N.; Gutiérrez, J. & Maldonado, M. (2007). El castigo físico en la crianza de los hijos. Un estudio comparativo. *Medigraphic Artemeni Iaina*. 63, 382-388.
- Schnaas, M.; Ruiz, A. y Juárez, B. (2009). Asociación entre violencia y autoestima con respecto a las distintas etapas de vida en la mujer. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*. 1(1), 111-122
- Sheehan, E. (2005). *Como mejorar tú autoestima*. México: Océano.
- Thais, J., Quarti, T.; Werlang, B.; Tiellet, M. & Iracema, I. (2014). Childhood Maltreatment and Psychological Adjustment: A Systematic Review. *Psychology/Psicología Refl exão e Crítica*, 27(4), 815-824
- Uslu, R.; Kapci, E.; Yildirim, R. & Oney, E. (2010). Sociodemographic characteristics of Turkish parents in relation to their recognition of emotional maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 34(5), 345-353.
- Valdez, J., Mondragón, J. & Morelato, G. (2005). El autoconcepto en niños mexicanos y argentinos. *Interamerican Journal of Psychology*, 39 (2), 253-258.
- Vite, A.; López, F. & Negrete, A. (2010). Sensibilidad materna y maltrato infantil. *Acta Colombiana de psicología*, 13(2), 11-18.
- Verduzco, M.; Lucio, E. & Durán, C. (2004). La influencia de la autoestima en la percepción del estrés y el afrontamiento en niños en edad escolar. *Salud Mental*, 27(4); 18-25.
- Wolfe, D. (1985). Child abusive parents: An empirical review and analysis. *Psychological Bulletin*, 97(3), 462-482.