

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA.

MEMORIA PARA OPTAR AL TITULO
DE PSICOLOGO:

ESTUDIO EXPLORATORIO-DESCRIPTIVO Y
COMPARATIVO DE LAS CARACTERISTICAS DE
AUTOESTIMA EN MENORES MALTRATADOS FISICAMENTE,
PERTENECIENTES A LA REGION METROPOLITANA.

Alumna : JESSICA MENAY SANTOS

Profersor Patrocinante : Ps. PATRICIA EISSMANN VALENZUELA

Asesor Metodológico : Ps. ELISABETH WENK WEHMEYER

1994

Con profundo afecto y
gratitud por mi
profesora. me. Elisabeth Wenk.

Jessica Menay.

A mis seres queridos,
y a todos aquellos
niños que anónimamente,
sufren a diario un maltrato.

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que de una u otra manera, contribuyeron al logro de esta Memoria, mis sinceros agradecimientos:

- A mis Profesoras Ps. Srta. Patricia Eissmann V. y Ps. Sra. Elisabeth Wenk W., por su orientación y estímulo constante, en la realización de este trabajo.

- A las Profesoras Ps. Sra. Isabel Fontecilla y Ps. Sra. Erika Sepúlveda, por el apoyo otorgado a esta investigación.

- A los diversos profesionales que brindaron su colaboración en forma desinteresada:

Al Dr. Fernando Novoa, Dra. Patricia Urrutia y Sra. Rosa Contreras, Asistente social del Hospital San Borja-Arriarán. Al Dr. Juan Salinas, Dra. Constanza Recart, Ps. Srta. Cecilia Veas y Sra. Soledad Gálvez, Asistente Social del Hospital Exequiel González Cortés. A la Dra. Patricia Ulloa, Sra. Ana María Azócar, Enfermera y Sra. Mirta Lillo, Asistente social del Hospital Roberto del Río. A la Sra. Mariluz Mora, Asistente Social del Hospital Calvo Mackenna. Al Dr. Patricio Alvarez del Hospital Sótero del Río.

Y en general, a todo el personal administrativo y auxiliar de dichos establecimientos que colaboraron en este estudio.

- A los señores Directores de las Escuelas E-210 de Peñalolén, D-472 de San Miguel y D-782 de Lo Espejo.

- Finalmente, a todos los niños entrevistados, por darme la oportunidad de conocerlos.

I N D I C E

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

I.-	RESUMEN.....	pág.	1
II.-	INTRODUCCION.....	pág.	3
III.-	MARCO TEORICO.		
	- Maltrato Infantil.....	pág.	8
	- Autoestima.....	pág.	31
	- Características Psicológicas de la Niñez Intermedia.....	pág.	39
	- El Castigo.....	pág.	50
IV.-	OBJETIVOS.....	pág.	61
V.-	METODOLOGIA.		
	- Tipo de Investigación.....	pág.	62
	- Definición y características del Universo...	pág.	63
	- Definición y características de los instrumentos.....	pág.	68
	- Procedimientos de recolección de datos.....	pág.	73
VI.-	RESULTADOS.		
	- Resultados de la aplicación de la Entrevista.....	pág.	80
	- Resultados de la aplicación de la Escala de Autoconcepto para niños de Piers y Harris.	pág.	98

VII.- CONCLUSIONES y SUGERENCIAS.....	pág. 119
VIII.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	pág. 126
IX.- ANEXOS	
I.- Escala de Estratificación Socioeconómica.....	pág. 134
II.- Escala de Autoconcepto de Piers-Harris.....	pág. 135
III.- Pautas de Entrevistas.....	pág. 139
IV.- Puntajes obtenidos por los sujetos en la aplicación de la Escala de Autoconcepto de Piers y Harris.....	pág. 142

I.- RESUMEN:

El presente trabajo es un estudio de tipo exploratorio, descriptivo y comparativo, cuyo objetivo fue evaluar la autoestima o autoconcepto que presentan niños de entre 8 y 12 años con experiencias de maltrato físico de diversas comunas del Area Metropolitana con respecto a menores de similares características demográficas pero sin experiencias de maltrato.

Se conformaron dos muestras de 40 casos cada una, con niños y niñas. Se les aplicó la Escala de Autoconcepto para niños de Piers y Harris (versión original) además de una pauta de entrevista y de la Escala de Estratificación Socioeconómica de Himmel y cols. (versión modificada, 1992).

Se concluyó que la autoestima global de los niños maltratados físicamente presenta diferencias estadísticamente significativas respecto de la autoestima de los niños que no presentan antecedentes de maltrato, es decir, los niños maltratados tiene una autoestima más baja que aquellos niños sin estas experiencias. Esto resulta coincidente con lo señalado por la literatura especializada.

Se realizaron comparaciones de acuerdo a la edad y sexo de los menores, entre los grupos denominados experimental y control, encontrándose que salvo el grupo de niños varones de entre los 8 y 10 años 11 meses, los niños con maltrato físico presentaban diferencias estadísticamente significativas de autoestima respecto de los niños sin maltrato. También se observó una diferencia de autoestima estadísticamente significativa en relación a la edad pero no así de acuerdo al sexo, entre los menores maltratados.

Los resultados tienden a confirmar la necesidad de un pronto enfrentamiento del fenómeno del maltrato físico, por parte de los organismos especializados, dado el fuerte impacto que tiene en el desarrollo psicoemocional y social de los niños involucrados.

II.- INTRODUCCION

El maltrato infantil es un fenómeno universal que traspasa los límites culturales, económicos y geográficos. Sus manifestaciones son múltiples, sus causas variadas y sus consecuencias devastadoras, no sólo para los niños afectados, sino que para toda la familia y la sociedad (Alamos, 1990).

Pese a que el énfasis de las investigaciones en torno al problema en un comienzo estuvo centrado en el abuso físico, actualmente se considera también dentro del concepto de maltrato infantil, al maltrato psicológico o emocional, el abuso sexual y la negligencia o abandono, siendo todas acciones perpetradas intencionalmente por los padres o cuidadores del menor (Behar y cols., 1989; McNeese, 1977, cit. en Gilchrist, 1991; Novoa, 1991).

A pesar del esfuerzo de diversas campañas de prevención del maltrato tanto extranjeras como nacionales, por impulsar una revisión crítica y reparadora de la situación global del menor en la familia y en la sociedad, en general, nuestras respuestas no han sido eficaces, ya que es posible apreciar no sólo la mantención del problema del maltrato en particular, sino que incluso se postula el aumento de su magnitud anualmente (Alvarez, 1991). Al respecto, en Chile sólo recientemente el gobierno suscribió y ratificó la Convención Internacional de los Derechos del Niño, en Enero y Agosto de 1990, respectivamente, comprometiendo al país en su respeto y aplicación. Asimismo, luego de cuatro años permanece aún en estudio en el Congreso Nacional, un proyecto de Ley sobre la violencia intrafamiliar, presentado por la ex-diputada sra. Adriana Muñoz y el diputado sr. Sergio Aguiló, y patrocinado por el Servicio Nacional de la Mujer, el cual entre otros aspectos, tipificaría al maltrato infantil como delito.

Desgraciadamente, la magnitud exacta tanto nacional como extranjera resulta desconocida y sólo se cuenta con cifras parciales, debido al frecuente ocultamiento del hecho por parte de los involucrados, así como a una falta de política nacional, como sería la situación en nuestro país, que permitiera una expedita detección y seguimiento de los casos, así como una centralización de la información a nivel nacional, regional y comunal. No obstante, en Chile, un estudio realizado por Sepúlveda y colaboradores, en 1991, estimó en poco más de 110.000 los casos de menores maltratados al año, en nuestro país.

El maltrato infantil ha sido estudiado desde diferentes perspectivas. En un comienzo, los esfuerzos, junto con tratar de delimitar el cuadro, se centraron en establecer sus posibles causas, proponiéndose modelos etiológicos como el Modelo Psiquiátrico, entre otros, que explica el abuso a partir de ciertas características de personalidad de los padres y de los hijos. Hoy, la mayoría de los factores mencionados por cada modelo son conocidos como factores de riesgo, ya que se postula la influencia acumulativa de algunos o de todos ellos (Cáceres y col., 1990).

Respecto al maltrato físico, objeto de este estudio, las consecuencias son tanto físicas (quemaduras, hematomas e incluso la muerte del menor) como psicológicas (dificultades en las relaciones interpersonales, baja autoestima, entre otros) siendo referido por los autores como una experiencia traumatizante para sus víctimas (Kempe y cols., 1962; Gilchrist, 1983; Behar y cols., 1989; Cáceres y col., 1990; Alamos, 1991; Alvarez, 1991).

Dentro de las consecuencias psicológicas, una autoestima baja parece acompañar a los niños maltratados a lo largo de

su vida, contribuyendo a ahondar sus dificultades personales y sociales cuando adultos, y de hecho, resulta frecuentemente mencionada como no sólo como una consecuencia, sino que también como una de las características de personalidad de los padres maltratadores (Humphrey, 1978, cit. en Meneses, 1981; Behar y cols., 1989; Allen y Tarnowsky, 1989). Debido a esto, entre otros aspectos, en ellos se dificultaría su capacidad para solicitar o aceptar ayuda de un equipo terapéutico o bien de la comunidad, familiares o vecinos, frente a las comunes y particulares dificultades de la vida familiar (Green, 1980 cit. en Alamos, 1990).

En general, dados los escasos estudios empíricos objetivos que den cuenta de nuestra propia realidad respecto de las características psicológicas de los niños maltratados físicamente (Behar y cols., 1989; Cáceres y col., 1990), así como la coincidencia de los diversos investigadores tanto extranjeros como nacionales respecto de los efectos psicológicos negativos de estas experiencias de maltrato para el menor, además de su familia, y considerando la disponibilidad de un instrumento en nuestro medio, que permitiría la realización de un estudio en base a indicadores objetivos del problema, es que se realizó una investigación en torno al tema, que además brindaría la posibilidad de repetir y comparar sus resultados con futuras investigaciones.

Considerando que la población de menores maltratados más accesible es la que consulta en los diversos centros asistenciales de Santiago, donde habitualmente se realiza un registro de todos los casos tratados, y siendo dicha población que consulta proveniente en su gran mayoría de los sectores socioeconómicos medio y bajo, surgió la intención de conocer las características de Autoestima en menores de entre 8 y 12 años de edad, que hubiesen sido maltratados físicamente, pertenecientes al nivel socioeconómico medio y bajo, y que

consultan en diferentes servicios hospitalarios de Santiago.

Respecto a los menores maltratados pertenecientes al nivel socioeconómico alto, ellos no se consideraron en el presente estudio, ante las dificultades para tomar contacto con aquellos casos, debido al común ocultamiento de ellos por parte de sus familiares, probablemente ante las sanciones legales, sociales y económicas del maltrato infantil.

El objetivo general de esta investigación es contribuir a enriquecer los conocimientos acerca del problema del maltrato infantil en Chile y sus consecuencias, explorando un aspecto específico e importante de la personalidad, como es la autoestima.

Por otro lado, se espera que a futuro, este estudio pueda contribuir además de a una mayor difusión de esta problemática, a un aumento de la eficacia de aquellas medidas que estén destinadas a erradicar o disminuir los efectos y la magnitud del fenómeno del maltrato infantil. Es decir, mediante un mayor conocimiento de las particulares necesidades psicológicas de los afectados, y en general, del daño ocasionado por estas experiencias al desarrollo psicológico de estos niños, se proporcionen los recursos necesarios, se optimice el diseño, la implementación y la consecución de los objetivos de aquellas estrategias de intervención, tanto preventivas como psicoterapéuticas, destinadas a procurar el necesario bienestar biopsicosocial del niño, su familia y la comunidad. Lográndose una mayor eficacia con un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles por parte de la comunidad.

Este estudio consiste en una investigación de tipo exploratorio-descriptiva y comparativa, ex-post facto, psicométrica y transversal, que abre así la posibilidad para

que futuras investigaciones reevalúen y amplíen los resultados, al trabajar con otros tipos de muestras, evalúen otros tipos de variables, aborden otro tipo de consecuencias ya sea en este o en otro tipo de maltrato infantil, o bien implementen y evalúen alguna estrategia terapéutica o preventiva hacia la población.

III. MARCO TEORICO

Dadas las características y objetivos de esta investigación, se ha considerado relevante hacer mención de aspectos teóricos tales como el maltrato infantil donde se incluye teóricamente al concepto de maltrato físico. La autoestima, que fué el aspecto evaluado en este trabajo, su definición, su desarrollo y los factores que la influyen. Las características del desarrollo psicológico en la niñez, etapa a la que pertenecen los niños, que fueron objeto de este estudio y finalmente, el castigo, dada su relación con el concepto de maltrato físico, que constituye el tema de esta investigación.

I.- MALTRATO INFANTIL

1.- Concepto de Maltrato infantil.

El fenómeno del maltrato infantil está conceptualmente incluido en una categoría mayor, conocida como menores en situación irregular, menores en situación especialmente difíciles, menores en situación de riesgo social, entre otras, las cuales señalan una misma realidad de peligro para el desarrollo integral y armónico del menor. Así, la Unicef (1988) distingue 6 tipos de niños que requerirían una atención especial dadas sus condiciones de vida: niños trabajadores o en estrategia de supervivencia, niños de la calle, niños institucionalizados, niños involucrados en conflictos armados, niños víctima de desastres naturales y ecológicos, y niños víctima de maltratos o abusos.

Para la Unicef, dentro del concepto de menor en situación irregular, el menor maltratado es aquel "que sufre ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, tanto en el grupo familiar como en las instituciones sociales.

El acto de maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o transgresión de los derechos individuales y colectivos del menor" (Martínez, 1990, pág.6). El maltrato infantil considera también al abandono total o parcial (Martínez, 1990; Cortés, 1992).

Desgraciadamente, dicha definición no siempre es considerada por los diversos investigadores y profesionales dedicados al tema, así como tampoco existe una clara delimitación de sus formas clínicas. En la literatura se habla de "Síndrome de niño golpeado", "Síndrome del niño agredido", "víctima de lesiones no accidentales", "Síndrome de stress traumático infanto-parental" y otros (Sepúlveda y cols., 1991; Novoa, 1992).

No obstante, pareciera que el concepto más representativo y conocido corresponde al de "Síndrome de niño maltratado", definiéndose como maltrato la "agresión física, emocional o sexual, realizada contra una persona menor de 18 años, o la falta en proporcionarle, disponiéndose de los recursos mínimos necesarios, los cuidados requeridos para la expresión de su potencial de crecimiento y desarrollo, transgrediendo los límites culturalmente aceptables de la comunidad en que ocurren o los derechos del niño, reconocidos por 90 países, incluido Chile desde 1990 " (Novoa, 1992, pág.2).

El maltrato, según sea el tipo de lesión predominante, puede asumir distintas modalidades de expresión, las que, de acuerdo a la literatura revisada, han sido agrupadas en cuatro categorías, pudiendo presentarse en forma aislada o combinada:

1.- Maltrato Físico: "Cualquier lesión no accidental de un niño, que pueda ser producto de un episodio único o repetido de abuso, y cuya severidad varía entre lesiones leves y fatales" (McNeese, 1977, en Gilchrist, 1991, pág.22). Esta

definición conceptual será la utilizada en la presente investigación dada su sencillez y el alto grado de consenso que ha logrado en nuestro medio especializado en el tema.

2.- Maltrato emocional: "Se refiere al hostigamiento verbal habitual de un menor a través de insultos, críticas, descrédito y ridiculización, así como a la indiferencia o rechazo implícito o explícito " (Skuse, 1989 cit. en Novoa, 1992, pág.2).

3.- Abuso sexual: "Es toda forma de actividad sexual entre un niño y un adulto como episodio único o repetido, incluida la explotación sexual" (Novoa, 1992, pág.2).

4.- Negligencia y/o Abandono: "Es la falta de protección y cuidados físicos mínimos al niño por parte de sus custodios, así como el abandono de sus necesidades evolutivas por falta de estimulación cognitiva, la que no se debe a carencia extrema de recursos socioeconómicos " (Novoa, 1992, pág.2).

Dentro del concepto de maltrato físico, algunos investigadores hacen una distinción clínica de la severidad del cuadro, por lo que se tendría así:

- maltrato físico leve: aquel en que las lesiones son evidentes por menos de 48 horas.
- maltrato físico moderado: aquel en que las lesiones son evidentes por más de 48 horas.
- maltrato físico grave: aquel en que se hace necesario tratamiento u hospitalización del menor afectado (Dra. Flora de la Barra, exposición en el Taller de Maltrato Infantil, 24 de Abril de 1993, Facultad de Medicina Occidente, Santiago).

Sin embargo, esta distinción no siempre es considerada por los investigadores del tema; así, en toda la literatura revisada sólo el estudio realizado por Sepúlveda y cols. en 1991 hace referencia a castigo físico y castigo físico severo como sub-categorías en su análisis de la situación de los menores con maltrato y abandono.

Por otro lado, en Chile, no existen hasta hoy normativas por parte del Ministerio de Salud, en cuanto a establecer que en los diversos centros de atención, se haga esta especificación por parte de los médicos tratantes, en el diagnóstico del menor con maltrato físico; durante el pasado año se esperaba poner en marcha un nuevo programa de salud mental infanto-juvenil que considerara entre otros aspectos, el problema del maltrato con todas sus implicancias: ficha de diagnóstico, criterios de derivación y otros (comunicación personal con Ps. Miriam George, encargada del Programa de Salud Mental Infanto-Juvenil del Ministerio de Salud, 20 de Mayo de 1993, Santiago). Finalmente, en los centros hospitalarios contactados para este estudio, tales especificaciones no se realizaban, salvo en aquellos casos de gravedad dramática, quedando a criterio del facultativo el juzgar y explicitar la severidad del caso (comunicaciones personales con Dra. Patricia Urrutia y Dr. Juan Salinas, encargados de la atención de los menores maltratados en los Hospitales San Borja-Arriarán y Exequiel González Cortés, Enero y Mayo de 1993, respectivamente).

Es por esto que en el presente estudio, no se consideró este aspecto del cuadro clínico, ya que no es posible obtener dicha información en forma sistemática por parte de los profesionales encargados, ni resulta viable para el investigador realizar un exámen físico de este tipo, además del hecho que en el momento de la evaluación psicológica, es esperable una lejanía temporal de los episodios de agresión como consecuencia de la intervención de los mismos profesionales que notificaron el caso, en cada hospital.

2.- Antecedentes cualitativos respecto del maltrato físico:

2.1.- Tipo y edad del agresor:

Las investigaciones nacionales y extranjeras indican que los adultos maltratadores son frecuentemente los propios padres del menor, no existiendo consenso respecto de si es el padre (Gilchrist, 1991; Moya, 1978, cit. Flores, 1981) o la madre (Fontana, 1984; Alamos, 1992), quien es el agresor más frecuente. Sepúlveda y cols. (1991), encontraron porcentajes semejantes entre la madre y el padre como castigadores moderados, mientras que el padre sería el castigador severo más frecuente en este estudio. Luego de los padres, otros familiares, tales como abuelos, tíos, padrastros y hermanos, seguirían en frecuencia (Gilchrist, 1983 y 1991; Gálvez, 1992).

Respecto de la edad del agresor, Fontana (1984) señala que en estudios norteamericanos se ha encontrado un promedio de 26 años en el caso de las madres y de 30 años para los padres agresores.

2.2.- Edad y Sexo de los niños agredidos:

Si bien el rango de edad fluctúa entre los 0 y 15 años tampoco resulta claro, a partir de los resultados de las diferentes investigaciones, determinar las edades de mayor frecuencia de los niños agredidos, aunque algunos señalan la etapa escolar como la de más alta frecuencia (6 a 12 años) (Gilchrist, 1983 y 1991; Moya, 1978 en Flores, 1981; Gálvez, 1992) otros señalan la etapa preescolar (2 a 5 años) (Alvarez, 1991; Sepúlveda y cols., 1991). Fontana (1984) señala que habitualmente, de los casos reportados en Norteamérica, el

32% tiene menos de 6 años, hay un 27% entre los 9 y 10 años, un 27% entre 10 y 14 años y un 14% entre los 15 y 18 años. Gilchrist (1983), señala a partir de la muestra de su estudio, que el 20% de los niños eran menores de 2 años, el 36,7% tenían entre 2 y 6 años, el 43,7% tenía entre 6 y 14 años.

Respecto al sexo, se tiende a considerar el maltrato con similar frecuencia en ambos sexos. Al respecto la American Human Association, en 1985, no encontró diferencias por sexo, en los menores de hasta 9 años, expuestos a situaciones de violencia (cit. en Starr, 1988). Sin embargo, las investigaciones de Gilchrist, en 1983, muestran una mayor frecuencia del maltrato físico en el sexo masculino.

2.3.- Nivel Socioeconómico:

En general, los estudios en el tema han involucrado en gran medida a familias provenientes de los sectores de nivel socioeconómico bajo (Gil, 1970 cit. en Papalia, 1990), dada la mayor accesibilidad a este tipo de sujetos, esto ha llevado a algunos autores a postular que todas las formas de abuso parecerían ser más altas en el estrato socioeconómico más bajo de la población (Finkelhor, 1980, Straus y col., 1980 y Pelton, 1981 en Finkelhor, 1984). No obstante, otros autores apoyan la tesis que el maltrato físico, así como otras formas de maltrato infantil, es un fenómeno que involucra a todos los estratos socioeconómicos de la población, tanto en áreas urbanas como rurales, sin límites de orden intelectual, racial o religioso (Vincent, 1984). Es decir, también estaría presente en los sectores socioeconómicos alto y medio, sin embargo en ellos se produciría un exitoso ocultamiento del hecho por parte de las familias ante las probables sanciones legales y sociales, mediante la consulta médica en centros privados, haciéndose dichos casos inaccesibles a la detección y tratamiento por parte de un equipo de salud pública (Steel

y Pollack, 1968 en Papalia, 1990; Carvajal y Dazkalakis, 1990; del Rio, 1990 cit. en Alvarez, 1991)

2.4.- Tipos de lesión en maltrato físico:

Las lesiones más frecuentes tanto en hombres como mujeres, lo constituyen las contusiones y hematomas, seguido de las quemaduras y fracturas. Además, pueden presentarse lesiones craneanas, lesiones abdominales y lesiones esqueléticas. (Gilchrist, 1982 y 1991; Sepúlveda y cols., 1991; Gálvez, 1992), lesiones semejantes pueden presentarse también en las otras formas de maltrato, como el abuso sexual.

2.5.- Elección de la víctima:

Aunque existe evidencia de que en familias con varios hijos, el maltrato físico tendería a focalizarse en torno a uno de los menores en particular, como una especie de "chivo expiatorio" escogido así por parecerse a algún familiar no querido por el adulto castigador, o por no ser del sexo que se hubiera querido, como algunas de las razones encontradas (Papalia, 1990). En el estudio realizado en nuestro país por Sepúlveda y cols., en 1991, se halló que en las familias afectadas, el maltrato era una situación común a todos los hijos del agresor, así como un hecho habitual en sus vidas, en la mayoría de los casos.

3.- Incidencia del problema:

En cuanto al número real de menores que sufren cada año maltrato en el mundo, resulta difícil establecerlo dada la importante subnotificación (ocultamiento) del hecho, la que variaría en una proporción de 1:3 y 1:30 casos (Novoa, 1991).

En Estados Unidos, aproximadamente 6.5 millones de niños sufren maltrato cada año (Straus, 1979 en Lawson y Hays, 1989) y alrededor de 4.000 niños mueren cada año víctimas del maltrato y la negligencia, según el National Center for the Prevention of Child Abuse and Neglected.

En Inglaterra en 1986, se estimó que aproximadamente 9.600 niños son abusados físicamente y 6.300 son víctimas de abusos sexuales, lo que representaría el 9% de la población infantil (Quijada, 1988, cit. en Alamos, 1992). Un promedio de 160 muertes al año se originaría por agresiones similares en este país (Cristroffel y Liu, 1983, cit. en Cáceres y col., 1990).

En Alemania, cerca de 30.000 niños son agredidos, y de ellos 100 mueren cada año (Cáceres y col., 1990).

En Francia se estima que entre 25.000 y 40.000 niños son víctimas de malos tratos al año (Moya, 1981, cit. en Behar y cols., 1989).

En Japón, se han denunciado alrededor de 1.000 casos anuales (Novoa, 1991).

En Chile no existen cifras oficiales de prevalencia, disponiéndose sólo de cifras parciales (Behar y cols., 1989; Novoa, 1992; Cortés, 1992; Cáceres y col., 1990).

Una cifra muy difundida corresponde a la dada por la Sociedad del Niño agredido, la cual estableció un índice nacional extrapolado de 50.000 casos de maltrato al año (Behar y cols., 1989; Cortes, 1992; Alamos, 1992). No obstante, a juicio de otros investigadores chilenos, esta cifra carece de validez científica ya que se apoyaría según su autor Dr. W. Cortés, sobre una supuesta investigación sobre el tema,

realizada por la Unicef en Chile durante 1982, investigación que no ha sido confirmada por autoridades de esta misma organización (comunicaciones personales con Ps. Sra. Loreto Pinto, Sociedad del Niño Agredido, octubre de 1992 y Ps. Sra. Erika Sepúlveda, Universidad de Chile, noviembre de 1993).

En el estudio realizado por Sepúlveda, Gallardo, Canales e Illanes en 1991, se estimó en algo más de 110.300 los casos de maltrato físico para Chile (5% de la población menor de 18 años), en base al reporte de las familias encuestadas en las diferentes ciudades donde se consultó (Santiago, Concepción y Valparaíso), mientras que alrededor de 8.700 serían casos de tal gravedad que requirieron de atención médica.

Por otro lado, en la Unidad de Servicio Social del Hospital Exequiel González Cortés, uno de los centros pioneros del país en este tema, y cuya población asignada es de aproximadamente 400.000 menores, fueron derivados en 1967: 47 casos; en 1981: 51 casos; en 1988: 58 casos; en 1989: 41 casos; en 1990: 49 casos de maltrato físico (Novoa, 1992).

4.- Factores de riesgo del maltrato infantil particularmente asociados al maltrato físico:

Actualmente, dada las dificultades para establecer una relación causal estable entre el maltrato y ciertos eventos de tipo psicológico o social como una psicopatología grave de los padres o bien, fenómenos sociales como la pobreza de la familia, se ha optado por una visión descriptiva más que teórico-explicativa del problema (Browne y Saqui, 1988 en Cáceres y col., 1990). Se considera por lo tanto, que la presencia o la interacción de ciertos factores llamados de riesgo o contribuyentes, aumentarían la probabilidad de ocurrencia de los episodios de maltrato de cada familia en particular, el que surgiría como una forma de canalizar la

tensión que estaría desbordando al sistema familiar (Cáceres y col., 1990; Novoa, 1992).

Los factores mencionados más frecuentemente en la literatura fueron agrupados por Cáceres y Kirby (1990) en las siguientes categorías, que corresponden a:

A.- Factores Parentales, tales como:

a) Características Psicológicas:

- Baja autoestima en los padres, la que en ocasiones puede ser proyectada en el menor, experimentando sentimientos negativos hacia ellos. En otros casos, la presencia de rasgos depresivos favorece la aparición de la negligencia (Rosselot, 1981; Humphrey, 1978, cit. en Flores, 1981; Fontana, 1984; Faller y Ziefert, 1981, Gelles y Cornell, 1985, Roberts, 1988, Browne, 1988 y Star, 1988 cit. en Cáceres y col., 1990).

- Problemas de control de impulsos, ya sea en la forma de un temor a la pérdida de control o en un control extremadamente rígido (Humphrey, 1978 cit. por Flores, 1981; Fontana, 1984; Faller y Ziefert, 1981, Gelles y Cornell, 1985, Holder y Schene, 1981, cit. en Cáceres y col., 1990).

- Inmadurez emocional de los padres (Humphrey, 1978, cit. en Flores, 1981; Fontana, 1984; Faller y Ziefert, 1981 cit. por Cáceres y col., 1990).

- Dificultades en la toma de decisiones y enfrentamiento de los conflictos, ya sea negándolos, dejándolos su resolución en manos de otros, o sin enfrentarlos (Cáceres y col., 1990).

- Temor hacia el medio, desconfianza y temor a las relaciones estrechas, percibiendo el entorno como peligroso y hostil (Cáceres y col., 1990).

- Nivel intelectual: si bien algunos autores lo mencionan no se ha constatado una relación clara entre la inteligencia y la ocurrencia de maltrato (Gelles y Cornell, 1985 cit. en Cáceres y col., 1990).

b) Habilidades, actitudes y conocimiento sobre crianza infantil:

- Expectativas irreales y distorsionadas acerca de las capacidades o habilidades de sus hijos (Holder y Schene, 1981, Gelles y Cornell, 1985, Browne y Saqui, 1988 y Robert, 1988, cit. en Cáceres y col., 1990; Rosellot, 1981; Alvarez, 1991).

- Percepción negativa de la conducta de los menores, así por ejemplo los padres juzgan a sus hijos como insoportables, más irritables o exigentes que otros niños (Starr, 1988, Browne y Saqui, 1988 cit. en Cáceres y col., 1990; Novoa, 1992).

- Atribución negativa al comportamiento del menor, como por ejemplo considerar sus acciones intencional o conscientemente destructivas o problemáticas (Thorman, 1982, cit. en Cáceres y col., 1990).

c) Características demográficas:

- Edad: se trataría en su mayoría de padres adultos jóvenes (Gelles y Cornell, 1985 cit. en Cáceres y col., 1990; Gilchrist, 1991; Alvarez, 1991; Novoa, 1992) e incluso adolescentes (Faller y Ziefert, 1981 y Creighton, 1988 cit. en Cáceres y col., 1990).

En un estudio realizado en nuestro país, por el Dr. A. Gilchrist, sobre diversos tipos de maltrato infantil, el promedio de la edad de las madres maltratadoras fue de 31 años 2 meses y de los padres 36 años 8 meses (Gilchrist, 1991).

- Sexo del adulto castigador: algunos autores señalan a la madre como el más frecuente maltratador (Gelles y Cornell, 1985 cit. en Cáceres y col., 1990). En Chile, en cambio según las investigaciones del Dr. Gilchrist (1983) se señala al padre.

d) Alteraciones psiquiátricas:

- Psicosis: según estudios extranjeros no más del 10% de los casos corresponderían a padres psicóticos (Giovannoni, 1985, Kempe y Kempe, 1978 cit. en Browne, 1988 y Holder, 1981 cit. en Cáceres y col., 1990), lo cual es coincidente con el estudio del Dr. Gilchrist en 1991, en nuestro país, se encontró un 11% de alteraciones psicóticas, siendo en cambio la patología más frecuente, los trastornos neuróticos (52%).
- Abuso de drogas y/o alcohol, aunque se asocian con los episodios de ingesta, estos son más bien facilitadores o una excusa del adulto, que no tiene una relación causal con el comportamiento agresivo (Gelles y Cornell, 1985 cit. en Cáceres y col., 1990).

B.- Factores del Niño, tales como :**a) Condiciones perinatales y características del nacimiento:**

- Prematuridad y bajo peso al nacer (Failler y Ziefert, 1981, Gelles y Cornell, 1985, Creighton, 1988, Browne y Saqui, 1988 cit. en Cáceres y col., 1990; Rosellot, 1981).
- Dificultades en el embarazo, parto y/o postparto pueden ser factores asociados al maltrato (Lynch, 1975 en Roberts, 1988 y Lynch, 1976 en Browne, 1988 cit. en Cáceres y col., 1990).
- Embarazo no deseado (Robert, 1988 cit. en Cáceres y col., 1990; Alvarez, 1991; Rosellot, 1981).

b) Salud del Niño:

- Limitaciones o defectos físicos y/o psíquicos tales como inteligencia limítrofe o la falta de algún miembro corporal, podrían también facilitar la ocurrencia del abuso (Failler y Ziefert, 1981, Gelles y Cornell, 1985, Browne y Saqui, 1988 cit. en Cáceres y col., 1990; Humphrey, 1978 cit. en Flores, 1981).

- Niños enfermizos, es decir aquellos que presentan más problemas de salud y demandan más cuidados de sus padres (Lynch, 1975 en Starr, 1988 cit. en Cáceres y col., 1990).

c) Características demográficas:

- Edad: diversos autores señalan que hasta los 7 años se presentan las más altas tasas de maltrato físico y negligencia, y que sobre estas edades se haría más frecuente el abuso sexual (Cáceres y col., 1990).

- Sexo: en general, no se presentarían diferencias estadísticamente significativas en cuanto a maltrato físico entre niños y niñas. (Gilchrist, 1991; Cáceres y col., 1990).

C.- Factores de la Familia:

a) Estructura familiar:

- Familias monoparentales, donde las normas de disciplina del padre, bajo tensión y desgaste físico y psíquico, pueden resultar excesivamente punitivas (Starr, 1988, Browne y Saqui, 1988, cit. en Cáceres y col., 1990; Novoa, 1992).

- Familias reorganizadas, es decir, aquellas formadas por uno de los padres biológicos más una nueva pareja sustituta del otro padre biológico, quien supuestamente podría tener un vínculo afectivo menor para con el niño, convirtiéndose en su maltratador. No obstante, en la mayoría de los casos, el maltratador es uno de los padres naturales del niño (Failler y Ziefert, 1981, cit. en Cáceres y col., 1990).

- Tamaño familiar: se ha observado que a mayor número de hijos, mayores son las probabilidades de ocurrencia del maltrato para ellos (Strauss, 1980 y Creighton, 1988 cit. en Cáceres y col., 1990), alcanzando su tasa más alta en familias de 5 hijos, a partir de esta cifra, la incidencia de la violencia iría decreciendo (Thorman, 1982 y Starr, 1988 en Cáceres y col., 1990).

En familias de 8 hijos o más el abuso raramente se daría (Thorman, 1982 en Cáceres, 1990), lo que podría deberse al hecho que los hijos mayores ayudan a sus padres en el cuidado de los hijos más pequeños.

b) Funcionamiento familiar:

- Ausencia o dificultades en la relación con la familia extensa, tales como abuelos, suegros y otros parientes (Failler y Ziefert, 1981, cit. en Cáceres y col., 1990; Rosellot, 1981; Alvarez, 1991).

- Cambio de roles: situaciones tales como aquellas en que la madre debe trabajar fuera de casa, mientras el padre debe hacerse cargo de los hijos, pueden representar para él una disminución de su autoridad, la que puede intentar recuperar por medio de conductas violentas hacia sus hijos (Thorman, 1982 en Cáceres y col., 1990).

c) Transmisión intergeneracional del abuso:

- Círculo de violencia: frecuentemente se menciona en la literatura el hecho que padres maltratadores han sido a su vez niños maltratados (Steele y Pollock, 1974 y Bonnie y Sclare, 1969 en Finkelhor, 1984), pero para otros autores, no existiría una relación directa entre estos hechos (Starr, 1988 en Cáceres y col., 1990). Sin embargo, es posible mencionarlo como un factor predisponente, mientras que el no haber tenido estas experiencias no imposibilita tales prácticas (Gelles y Cornell, 1985 en Cáceres y col., 1990).

- Interacciones violentas, para algunos autores, las familias con violencia marital son más propensas al maltrato de sus hijos, al desplazar hacia el menor sus problemas (Straus, 1980 y Failler y Ziefert, 1981 cit. en Cáceres y col., 1990)

D.- Factores Sociales, tales como:

a) **Aceptación social de la violencia:** como forma admisible de resolver problemas interpersonales (Starr, 1988, cit. en Cáceres y col., 1990; Novoa, 1991).

b) **Condiciones de estrés:**

- Asociados a la familia, tales como: cambio de domicilio, muertes, nacimientos y otros, ya que las familias maltratadoras pueden presentar una dificultad de ajuste ante estos eventos (Lorman, 1982 y Tower, 1989, cit. en Cáceres y col., 1990).

- Asociados al medio, tales como la carencia de redes de apoyo y bajo nivel de ingresos, entre otros (Meiselman, 1978 cit. en Finkelhor, 1984; Gelles y Cornell, 1985, Faller y Ziefert, 1981 y Straus, 1980 cit. en Cáceres y col., 1990).

5.- **Consecuencias del Maltrato Infantil:**

En relación a las consecuencias del maltrato infantil, se puede decir que si bien éstas pueden variar en función de la historia vital de cada sujeto, en general se ha constatado que el maltrato tiene consecuencias tanto físicas como psíquicas para la gran mayoría de aquellos que lo han sufrido.

Particularmente en el caso del maltrato o abuso físico, se han señalado como resultados físicos desde contusiones, hematomas, quemaduras de diversa gravedad, incluyendo daño cerebral (Lynch, 1989 en Alamos, 1992) e incluso la muerte del menor (Kempe, 1962; Gilchrist, 1983; Novoa, 1991). De hecho, alrededor del 10% de los niños que llegan al hospital por este motivo morirán (Alamos, 1992). Similares efectos se aprecian también en otras formas de abuso, tales como la negligencia o descuido físico y el abuso sexual.

En relación a sus consecuencias psicológicas generales, se pueden distinguir efectos a corto plazo, tales como:

- Establecimiento de relaciones objetales patológicas que impedirían la adquisición del sentimiento de confianza básica en el menor (Stovall y Craig, 1989, cit. en Behar y cols., 1989).
- Dificultades en las relaciones interpersonales (Steel, 1986, Egeland, 1983, Kinard, 1982, Jacobson y Straker, 1982, Helfer y Kempe, 1976, cit. en Behar y cols., 1989; Novoa, 1992).
- Problemas de comportamiento manifestado en pasividad y/o agresividad extremas (George y Martin, 1979, Kinard, 1980-82, cit. en Allen y Tarnowsky, 1989; Reidy, 1977, Bishop y Moore, 1978, Kempe y Kempe, 1978, cit. en Behar y cols., 1989).
- Problemas de rendimiento escolar asociados frecuentemente a trastornos del aprendizaje (Kempe y Kempe, 1978, Green, 1980, Steel, 1986, cit. en Behar y cols., 1989; Friedich y Einbender, 1983, cit. en Allen y Tarnowsky, 1989).
- y particularmente, se ha constatado que el niño maltratado desarrolla un pobre concepto de sí, que deriva en una baja autoestima (Reidy, Anderegy, Tracy y Cotter, 1980, cit. en Allen y Tarnowsky, 1989; Helfer y Kempe, 1978, Egeland, 1983, Green, 1980, Toro, 1982, Kinard, 1982, Straus, 1982, Alfaro, 1984, Steel, 1986, Gilchrist, 1989, cit. en Behar y cols., 1989; Orr y Downes, 1985, cit. en Hart, Mader y Griffith, 1989; Kinard, 1980, cit. en Stovall y Craig, 1989).

Como efectos a largo plazo, en los adolescentes estudiados se ha encontrado que presentan una identidad difusa, la que se manifestaría en dificultades o fracaso para asumir su propio rol sexual, hacer la elección de una pareja, relacionarse en forma estable y profunda con ella, lograr una identidad social aceptable, desarrollar un plan vocacional y realizar la elección de un trabajo en forma estable

considerando las condiciones de su medio ambiente (Behar y cols., 1989).

Frente a tales dificultades se puede suponer que el pobre concepto de sí mismo observado en los niños estudiados puede contribuir y a la vez ser reforzado y mantenido por tales fracasos en la juventud, agudizándose una generalizada incapacidad para confiar y desarrollar relaciones estrechas con los demás (Herman y Hirschman, 1977, Walker, 1979 en Finkelhor, 1984).

La frustración y la sensación de desamparo resultantes, más la influencia de otros factores como la pobreza, la violencia intrafamiliar y otros, producirían y/o agudizarían probablemente los rasgos depresivos e intentos de suicidio que se han observado en estos jóvenes, o bien inducirían a actos delictuales, adicción a drogas, alcohol, prostitución, embarazos precoces (como una búsqueda errónea de afecto y pertenencia) y otras formas de conductas autodestructivas y lesivas para sí y para la sociedad (Fontana en Freedman y cols., 1982; Hart, Mader y Griffith, 1989; Barudy, 1990; Novoa, 1992; Lynch, 1989, cit. en Alamos, 1992).

En nuestro país, en una investigación el Servicio Nacional de Menores, realizada por Souza y Muñoz en 1992, con jóvenes encarcelados de diferentes regiones, se encontró como factor asociado a la delincuencia, la presencia de maltrato físico y emocional en la historia de vida de un 86% de los jóvenes entrevistados, lo cual resulta coincidente con estudios norteamericanos (Alfaro, 1984; Schilling, 1984).

6.- Tratamiento Psicológico y Prevención del maltrato infantil:

En la década de los '70 y '80, en los Estados Unidos y algunos países europeos como Inglaterra y Francia, junto con una revisión crítica de las causas o hipótesis explicativas ya formuladas, se comenzó a aplicar, con relativo éxito, en experiencias aisladas, terapias conductuales, terapias de enfoque sistémico, y terapias centradas en los afectos, como formas de tratamiento ya sea para las familias o para los niños afectados en particular.

Desafortunadamente, las experiencias de intervención (tanto psicológicas, médicas y otras), no han contado con adecuados procedimientos de evaluación y seguimiento, y por esto no ha sido posible replicar sus resultados en forma satisfactoria ni formular líneas de trabajo, válidas para las distintas formas de maltrato. Sin embargo, en general se postula que resulta crucial el trabajo interdisciplinario para enfrentar este fenómeno. Así, los programas más exitosos resultan de una combinación de estrategias tales como disponibilidad de centros de cuidados diurnos, centros de psicoterapia, asistencia social y legal, promoción de campañas educativas en la población (Novoa, 1992).

No obstante, algunos autores mencionan también la existencia de familias "intratables", es decir, aquellas donde la recuperación post-intervención no alcanza a ser suficiente como para asegurar el bienestar del menor dentro de ella. Varios estudios demuestran que entre un 13% y un 60% de los grupos familiares vuelven a maltratar físicamente a sus niños (Cohn, 1979, Green, 1979, Lynch, 1982, Rivera, 1985 en Jones, 1987 cit. en Alamos, 1992). Kempe y Kempe (1978, cit. en Alamos, 1992), afirman que alrededor del 10% de las familias, tendrían padres seriamente enfermos (sociópatas agresivos,

débiles mentales, psicóticos, entre otros) ante lo cual la medida de retirar al menor de su hogar sería lo más adecuado para él. Es decir aunque la colocación temporal o permanente no sea en realidad una solución al conflicto (así los padres pueden frecuentemente golpear a los otros hijos que continúan con ellos) y pueda ser considerado como otra experiencia traumática para el menor, resultaría ser lo más aconsejable en algunos casos.

La literatura señala, respecto de las intervenciones psicoterapéuticas, que ellas se han orientado generalmente a los padres, a los niños o la familia en conjunto, teniendo como objetivo principal el poner fuera de riesgo la vida del menor y/o detener el maltrato. Al respecto se considera que una terapia familiar exitosa, requiere al menos de entre 7 y 18 meses de trabajo psicoterapéutico (Novoa, 1992). El pronóstico es mejor cuando los padres abusadores o en riesgo de serlo, piden asistencia espontáneamente (Schilling, 1984).

Las experiencias con niños, son menos frecuentes, que las experiencias con adultos, lo que resulta paradójico dado que es innegable el daño emocional en estos menores así como la necesidad de que su tratamiento se inicie lo antes posible para aumentar así las probabilidades de éxito, según Kempe (1976 cit. en Alfaro, 1984).

Los programas psicoterapéuticos en niños se han planteado como objetivos, según sea el caso: mejorar el concepto de sí, optimizar las relaciones interpersonales, aumentar el control de impulsos, modular la expresión afectiva, disminuir el nivel de angustia y en general aprender a resolver conflictos y temores, mediante terapias lúdicas (en el caso de niños preescolares) y terapias individuales o grupales (para niños y adolescentes). Las principales dificultades de este trabajo provienen de la desconfianza, inseguridad y la confusión de

los menores y del rechazo a reconocer el problema, los celos e inseguridades de los padres. Existen también otros tipos de programas de ayuda al menor tales como programas de educación especial, donde se tratan sus problemas de aprendizaje y conducta escolar y programas de cuidados diarios donde se les provee de un medio ambiente seguro y cálido durante el día, bajo la guía de cuidadoras especialmente entrenadas para estimularlos emocional y cognitivamente. Es posible predecir también que aquellos niños maltratados que no reciben una apropiada intervención profesional, muy probablemente perpetuarán el patrón de conductas violentas con sus hijos (Schilling, 1984).

En el tratamiento de los padres, los objetivos tienden al desarrollo de habilidades parentales tales como el aprendizaje de otras técnicas disciplinarias, cambio de la percepción del menor, resolución de la conflictiva psicológica del adulto y aumento de la autoestima del adulto, a través de talleres de educación y apoyo, terapia individual, grupal o de parejas. La desconfianza, necesidad de evadir los procesos judiciales, las conductas de evasión o disruptivas que ponen a prueba la tolerancia de los terapeutas, dificultan en gran medida el proceso terapéutico.

En el tratamiento al grupo familiar se han planteado como objetivos la modificación de las pautas de interacción disfuncionales de la familia, procurando alcanzar relaciones interpersonales más armónicas, tomando consciencia de las propias necesidades y de los medios para satisfacerlas, desarrollando la capacidad de pedir ayuda, mediante terapias familiares (en general se han realizado variadas experiencias de orientación sistémica con los enfoques interaccional, multigeneracional y estructural) y terapias multifamiliares (con 4 a 6 familias y 3 o más coterapeutas por sesión). Para los casos más severos de maltrato infantil, en la literatura

se mencionan experiencias con terapias residenciales: en ellas, la familia se traslada temporalmente a un centro bajo la supervisión de terapeutas y realizan las mismas actividades de su hogar. Tales experiencias logran concretarse venciendo las dificultades de reunirlos y motivarlos a reconocer sus problemas y promover un cambio hacia formas de interacción que aseguren el bienestar y desarrollo de todos los miembros del grupo familiar. Como un suplemento a la intervención profesional, en algunos países como en Estados Unidos, existen grupos de autoayuda tales como padres anónimos o líneas telefónicas de 24 horas, que proporcionan una ayuda pronta y muchas veces eficaz frente a las crisis de la familia.

En 1986, la Unicef estableció una serie de estrategias para terminar con el maltrato infantil, estas son:

- Detección: actividades multiprofesionales, organizadas y destinadas a descubrir a los menores en riesgo.
- Protección: medidas adoptadas para garantizar la seguridad del menor, las que van desde la vigilancia hasta el retiro del menor de su hogar.
- Tratamiento: incluye toda las formas de tratamiento posibles tanto de tipo social como psicológico.
- Soluciones Judiciales: variación del rol del sistema judicial desde una posición punitiva hacia una reñabiladora.
- Ayuda general a la familia: se considera la entrega de asistencia financiera y de servicio social a aquellas familias de escasos recursos.
- Políticas Nacionales de Salud: la existencia de estas políticas resultan esenciales en el descubrimiento, tratamiento y prevención del maltrato.
- Formación Profesional: resultaría más conveniente, antes que crear nuevos servicios, capacitar y/o especializar a aquellos profesionales que ya tienen experiencia en el trabajo con niños.
- Educación y Movilización de la Comunidad: mediante campañas

publicitarias, exposiciones, conferencias, talleres entre otros, procurando una reeducación de la población hacia un mayor respeto y consideración de los niños (Novoa, 1992).

En Chile, actualmente, no existen programas sistemáticos y específicos de tratamiento y/o prevención del maltrato infantil (Cáceres y Kirby, 1990; Alamos, 1992). Según el estudio exploratorio realizado en Santiago por dichas autoras, se encontró una falta de acuerdo y claridad en aspectos tales como definición conceptual, utilización de una metodología adecuada, delimitación de objetivos terapéuticos y realización de estudios de eficacia y seguimiento sistemático, por parte de los profesionales del área de la salud encuestados que se dedican a trabajar e investigar en el tema del maltrato. Dichas autoras determinaron la necesidad de desarrollar investigaciones hacia "intervenciones que consideren nuestra realidad particular" (Cáceres y col., 1990, pág.289)

No obstante, en nuestro país, pese a la escasez de recursos humanos y económicos, se ha procurado brindar como estrategia básica de tratamiento, ayuda psicoterapéutica individual y familiar, protección legal, ayuda social, y en cierto número de casos se ha optado por el retiro del menor de su hogar y su ubicación en un hogar sustituto.

Sin embargo, acciones como éstas están lejos de lograr abordar en toda su magnitud el problema, tanto en Chile como en el resto del mundo (Alvarez, 1991), de allí la necesidad de implementar lo antes posible medidas de prevención oportunas y de tratamiento eficaz.

Según Alamos (1991), habrían algunas características que contribuirían a aumentar sus posibilidades de éxito terapéutico en los programas de tratamiento, cuando:

- a) Se establecen un contacto inmediato con los afectados luego de ser realizada la denuncia, por parte del equipo de salud.
- b) Se conforman equipos multidisciplinarios, con profesionales especialistas en el tema, capaces de evaluar por ejemplo la severidad y el riesgo involucrados en los casos, así como el programa de tratamiento más adecuado.
- c) Son equipos con capacidad de movilización en la búsqueda de los afectados, es decir, que puedan realizar visitas domiciliarias, terapias en los hogares de los afectados u otras acciones necesarias.
- d) Son programas de intervención con metas a largo plazo, ya que en general los programas más exitosos involucran más de 12 meses de duración, en promedio.
- e) Cuentan con la colaboración de equipos de paraprofesionales como por ejemplo los grupos de padres, para tratar casos menos complejos, derivados por los profesionales.

Finalmente, es relevante mencionar que en Chile existen, actualmente un proyecto de Ley acerca del tema de la Violencia Doméstica y del Maltrato Infantil, que se encuentra en estudio en el Congreso Nacional. Dicho proyecto, en general, además de conceptualizar el maltrato, crean un nuevo tipo de delito, el de "Maltrato o Violencia Intrafamiliar", e instan a establecer la obligatoriedad de someter a tratamiento a aquellas personas que resulten condenadas, facilitando también a las familias afectadas que así lo soliciten, alternativas de rehabilitación mientras dure la condena del agresor (Alamos, 1992).

II.- AUTOESTIMA

1.- Concepto de Autoestima.

Este concepto ha recibido, a través del desarrollo de la Psicología, distintas denominaciones de acuerdo al criterio de los diferentes autores, siendo las mencionadas con mayor frecuencia en la literatura: self, noción del yo, concepto de sí mismo, autoconcepto, imagen personal y autoestima, entre otros (Aguila, 1985). Sin embargo, en lo que si existe consenso es en que constituye un factor central de la personalidad (Brinkmann y cols., 1989) y resulta esencial para la felicidad personal y para el funcionamiento eficaz, tanto en el niño como en el adulto (Mussen, 1985). La autoestima "afecta las relaciones sociales, el logro académico, la salud mental y la adaptación exitosa al mundo en general" (Jersild, 1952 y Rosenberg, 1979 en Aguila, 1985). Determina, por ejemplo, cómo integrar una variedad de experiencias de aprendizajes (Dinkmeyer, 1965 en Aguila, 1985), cómo actúa y aprende el niño (Reasoner, 1982 en Aguila, 1985) y es en general el "determinante primario de la conducta del individuo" (Hurlock, 1967 en Aguila, 1985).

El concepto de autoestima fue definido por primera vez por William James en 1890 como "una relación entre las "actualidades" de una persona y sus "pretenciones"" (Martínez, 1990, pág. 32).

Recientemente han surgido otras definiciones, así, para Rosenberg la autoestima "es una actitud hacia un objeto y dicho objeto es el sí mismo" (Rosenberg, 1973 en Martínez, 1990, pág.32). Satir señala que "la autoestima corresponde a los sentimientos e ideas que la persona tiene de sí misma" (Satir, 1980 en Morales, 1987, pág.58). Shavelson categoriza la autoestima dentro del concepto de sí y la conceptualiza

como determinada por el medio ambiente, los refuerzos provenientes de éste y en especial de las personas significativas (Shavelson y cols., 1976 en Morales, 1987).

Stagner plantea que la autoimagen es "un fenómeno perceptual, un percepto organizado construido a partir de experiencias personales y de las clasificaciones proporcionadas por los demás" (Stagner, 1973 en Aguila, 1985, pág. 16).

Para las psicólogas chilenas, Mílicic y Antoníjevic la imagen personal es lo que cada persona "se dice a sí misma sobre sí misma" (Mílicic y col., 1985, pág.37 en Collarte, 1990).

Algunos autores establecen diferentes conceptualizaciones para los términos de autoconcepto y autoestima. Así por ejemplo, Gurney sostiene que el autoconcepto es: "la imagen o retrato que tenemos de sí mismo, que llevamos consigo y que usamos para definirnos a nosotros mismos como también para catalogar nuestras conductas", mientras que la autoestima "es el grado relativo de valoración o aceptación con que las personas perciben sus autoimágenes" (Gurney, 1988, pág. 13 en Collarte, 1990). De igual modo Brinkmann y cols., definen el concepto de sí mismo como las "cogniciones que el individuo tiene conscientemente acerca de sí mismo. Incluye todos los atributos, rasgos y características de personalidad que estructuran y se incluyen en lo que el individuo concibe como su yo", mientras que la autoestima se "refiere a la valoración positiva o negativa que el sujeto hace de estas características, incluyendo las emociones que asocia a ellas y las actitudes que tiene respecto de sí" (Brinkmann y cols., 1989, pág. 64).

Otros autores en cambio, utilizan un mismo término para referirse tanto a los aspectos cognitivos como emocionales. Arancibia y cols. (1990), señalan que "actualmente se usan indistintamente, los términos de autoestima, autovaloración o concepto de sí mismo, para referirse a los aspectos afectivos y cognitivos de sí mismo" (Arancibia y cols., 1990, pág.14).

Esto podría explicarse por el hecho que la autoestima, término aparentemente más difundido, teóricamente forma parte del concepto global de autoimagen o autoconcepto que tenemos de nosotros mismos. Tanto el autoconcepto como la autoestima son perceptos que el individuo vive en forma integrada, imposibles de percibir en forma separada, por lo cual las distinciones tendrían sólo una finalidad teórico-explicativas (Collarte, 1990). Así, la definición de autoconcepto usada por los autores Piers y Harris, en su escala de evaluación, es fenomenológica y se basa en un "sistema relativamente estable de actitudes hacia el sí mismo" (Piers, 1977, pág.1 en Aguila, 1985), utilizando indistintamente los términos de autoestima y concepto de sí para referirse tanto a aspectos cognitivos como afectivos (Aguila, 1985).

En este estudio se ha empleado indistintamente los términos de autoestima y autoconcepto, como se ha realizado en otros estudios acerca del tema (Aguila, 1985; Morales, 1987; Brinkmann, 1989; Martínez, 1990; Arancibia y cols., 1990), ya que tal como ellos lo señalan, sus definiciones se refieren a aspectos diferentes pero interrelacionados e inseparables de un mismo fenómeno, como lo sintetiza Collarte (1990), quién distingue los siguientes rasgos constantes en las diferentes definiciones de ambos términos:

a) La autoestima y el autoconcepto están relacionados en forma importante. Existe entre ambos una dependencia mutua tal que el individuo no puede percibirlos como separados.

- b) Ambos términos apuntan a procesos de formación constante a través de la vida, en el cual tienen una gran importancia los otros significativos.
- c) Resultan de un proceso de aprendizaje, que se traduce en una mayor o menor adaptación al medio.
- d) Constituyen procesos estables, consistentes y presentes en la mayor parte de las conductas del individuo.

2.- Características del autoconcepto:

El autoconcepto, según autores como Martínez (1990) y Estévez y col. (1992), posee las siguientes características:

- 1) Es un sistema organizado que "sirve para integrar y diferenciar una variedad de experiencias de aprendizaje" (Piers, 1969 cit. en Aguila, 1985).
- 2) Es multifacético, es decir, existen conceptos asociados a cada uno de los roles del sujeto, comprendidos en un concepto general de sí mismo, además de otros autoconceptos específicos.
- 3) Es relativamente estable, con tendencia a la consistencia, es decir, el autoconcepto global tiende a rechazar aquello que discrepe profundamente con su noción.
- 4) Es jerárquico. Los diversos conceptos que lo componen se ordenan jerárquicamente, correspondiéndole al autoconcepto global la posición superior y principal, y luego los autoconceptos específicos, de acuerdo a la importancia o los valores que la persona dé a los distintos roles en que se desempeña.
- 5) Es dinámico, es decir, a pesar de tender a la estabilidad, es un proceso en continuo cambio, constantemente examinando la imagen que el sujeto tiene de sí, de acuerdo a las experiencias de vida.
- 6) Es tridimensional, es decir, involucra tres aspectos: una dimensión descriptiva que se refiere a las percepciones del sujeto en el desempeño de cualquiera de sus roles (concepto

real de sí mismo); una dimensión ideal, que se refiere a cómo el sujeto desea o aspira a ser, lo cual está fuertemente influenciado por los valores culturales del medio; y finalmente, un aspecto evaluativo que hace el sujeto de sí, comparando el concepto ideal y el real de su propia persona, de lo cual resulta una autoestima positiva o negativa.

En los diversos estudios acerca del tema, se distinguen dos polos o extremos en la autoestima: una positiva o alta y una baja o mala autoestima.

Diversos investigadores han explorado por ejemplo, el impacto de la autoestima en la vida del escolar, constatando que los niños con una alta o buena autoestima, están generalmente muy motivados para el aprendizaje, son creativos, confían en sus capacidades y habitualmente obtienen buenos rendimientos escolares. En el área social, son niños espontáneos, comunicativos, curiosos y tranquilos. Mientras que los niños con baja autoestima carecen de confianza en sí mismos, propenden al retraimiento social, compensan sus sentimientos de inseguridad e inadecuación criticando los logros de los demás; en el área social, prefieren la soledad, no logran expresar adecuadamente sus sentimientos e ideas por miedo al rechazo o a la burla de los demás y en los grupos tienden a ser oyentes más que participantes, entre otras características (Coopersmith, 1967; Patterson, 1976, Sears y col., 1957 en Mussen, 1985; Reasoner, 1982 en Martínez, 1990).

3.- Evolución del autoconcepto a través de las etapas de desarrollo.

El autoconcepto, comienza a desarrollarse desde la primera infancia, con la diferenciación yo-mundo. Este desarrollo se verá determinado por el tipo de relaciones que el sujeto establezca durante su vida, por lo que sería

esencial que las personas encuentren desde su nacimiento un clima de afecto y comprensión, no sólo en el hogar sino en todos los ambientes donde interactúe (Martínez, 1990).

La edad, el sexo, la pertenencia a una minoría racial entre otros aspectos, han sido mencionados como factores que influenciarían el autoconcepto que desarrollan los menores (Papalia, 1990), por esto en este estudio se analizaron las variables edad y sexo, las que resultan controlables para el examinador considerando las características de la población del Area Metropolitana que consulta en los servicios hospitalarios, a fin de constatar posibles diferencias de autoestima entre los menores.

a) **Primera Infancia** (desde el nacimiento a los 5 años).

Durante los primeros meses de vida, el lactante no posee conciencia de su existencia, sin embargo, está dotado de un sistema sensorial que le permite percibir los estímulos externos e internos, reaccionando principalmente frente al comportamiento que los demás tengan hacia él y particularmente de quién sea su cuidador. Un paso importante en esta etapa, es el logro de la diferenciación yo-mundo, por medio de la cual el niño se descubre a sí mismo como un individuo aparte del mundo, surgiendo la conciencia o noción de sí.

Poco después del primer año de vida, el menor vive el proceso de la separación-individuación gracias a su creciente capacidad de movimiento, de exploración, de representación mental de los objetos y personas, y la aparición del lenguaje. En esta etapa el pensamiento es preconceptual, por lo que no sería posible hablar de un concepto de sí, sino de un concepto pre-reflexivo o concepto primario de sí (Hurlock, 1982; Aguila, 1985; Parra y Espinoza, 1986; Alamos y cols., 1986 cit. en Estévez y col., 1992).

b) **Segunda Infancia** (entre los 6 y los 12 años).

En la edad escolar, el niño adquiere un pensamiento lógico-concreto que le permite la reflexión, pero todavía sin una actitud crítica frente a sí, independiente de la opinión de los demás, su autoconcepto refleja lo que él cree que los demás piensan acerca de él (Aguila, 1985 cit. en Martínez, 1990; Arancibia y cols., 1990).

El ingreso del niño al colegio resulta significativo para el desarrollo de su autoconcepto global particularmente por la incorporación de un autoconcepto académico. Debiendo adaptarse a las distintas actividades y personas en su vida escolar, gradualmente podrá ir confrontando en forma más objetiva sus capacidades y habilidades, surgiendo así un sí mismo reflexivo cada vez menos egocéntrico. No obstante, la aprobación o desaprobación del grupo de pares y profesores, además de su propio rendimiento académico, resultan importantes para la configuración de una buena imagen personal (Arancibia y cols., 1990). Alrededor de los doce años aproximadamente, comienza una revisión de la autoimagen física, debido a la aparición de los primeros cambios físicos y psicológicos propios de la pubertad.

c) **Adolescencia** (aproximadamente entre los 13 y los 20 años).

Dadas las importantes transformaciones biológicas y psicológicas de esta etapa, el joven realiza una reformulación de su imagen personal, intentando definir una identidad propia. En el aspecto cognitivo, se libera de lo concreto, de la realidad inmediata, pasando a considerar lo factible, orientándose hacia el futuro. Su estrategia de pensamiento es ahora hipotética-deductiva, lo cual hará posible la adquisición de una moral autónoma, la adopción de una actitud

independiente frente al concepto de sí mismo y de la sociedad. Para que esta reformulación sea adecuada y además logre consolidar una propia identidad, el adolescente necesita una autonomía progresiva y gradual frente a su familia, lo cual le permita sentirse un individuo independiente, con opiniones propias, sin la interferencia de presiones sociales ni temor a la desaprobación (Aguila, 1985; Martínez, 1990). Hacia el final de esta etapa, el joven se plantea importantes decisiones tales como la elección de una ocupación o una pareja, adquiriendo el sentido de sí, una relevancia que estaba ausente en etapas anteriores (Aguila, 1985; Rosenberg, 1973 cit. en Martínez, 1990; Parra y col., 1986 cit. en Estévez y col., 1992).

d) **Adulthood** (de los 21 años en adelante).

El adulto tiene ya la capacidad de autoevaluarse en base a una escala de valores interna y a un ideal de vida ya establecido. Si bien incluye a los demás en su crítica, prevalece su propia percepción. Durante esta etapa, el logro de una relación de pareja estable, relaciones interpersonales satisfactorias y un trabajo significativo, inciden en la autoestima resultante.

4.- Factores que contribuirían al desarrollo positivo de la autoestima.

Algunos de los aspectos que influyen en el logro de una buena autoestima, según Martínez (1990), serían:

- a) Presencia de una comunicación verdadera, es decir, directa, personal y comprometida por parte de los adultos que cuidan del menor.
- b) Existencia de un ambiente de confianza y seguridad para el niño.

- c) Clima de aceptación, amor y respeto hacia el menor.
- d) Ausencia de un enjuiciamiento constante o excesivo, más bien con juicios que apuntan a las conductas y no a la persona del menor.
- e) Dirección positiva, es decir, presencia de reglas y límites claros, democráticos, flexibles, inspirados en el bienestar del niño.

Así, dada la espiral de dificultades personales en que se incurre debido a un mal autoconcepto, resulta comprensible que aquellos adultos que han crecido careciendo de hogares con características como las señaladas, manifiesten cuando adultos problemas psicológicos e incurran en comportamientos dañinos para sí o para quienes les rodean, como sería el caso de los niños maltratados y los padres o tutores con similares experiencias en su infancia.

III.- CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DE LA NIÑEZ INTERMEDIA (entre los 6 y los 12 años).

Todo ser humano desde que nace se va desarrollando y adquiriendo una personalidad. Los elementos básicos que intervienen en la estructuración de esta personalidad serían: la conformación bio-psicológica que cada ser humano trae al nacer y la influencia que ejerce el medio ambiente sobre cada hombre a lo largo de su vida. Si bien las personalidades son únicas precisamente por las particulares combinaciones de estas dos grandes variables, no es menos cierto, por lo menos para muchos teóricos como el psicólogo suizo Jean Piaget, que los principales procesos inherentes a la naturaleza humana maduran de una manera ordenada en seres que crecen en un ambiente similar (Mussen, 1985).

1.- Desarrollo Intelectual.

De acuerdo a la teoría del desarrollo cognitivo de Piaget, el niño experimenta cambios cualitativos que están ligados a la maduración y a sus experiencias con el medio. Así, avanza a través de cuatro estadios secuenciales en su desarrollo: a) Estadio sensoriomotor (desde el nacimiento hasta alrededor de los dos años), b) estadio preoperacional (de los dos a los siete años), c) estadio de las operaciones concretas (de los siete a los doce años) y finalmente el estadio de las operaciones formales (desde los doce años en adelante).

1.a) Estadio de las Operaciones Concretas:

Así, entre los 7 y los 12 años, los niños se encontrarían en la etapa de las operaciones concretas, cuya característica central es la capacidad de usar símbolos (representaciones mentales) en su pensamiento, a diferencia de las actividades físicas que eran el fundamento de su actividad mental anterior.

El niño operacional revela un progreso cualitativo respecto de las etapas previas, pues su pensamiento puede ya considerar más de un aspecto de una situación para sacar conclusiones, entiende la reversibilidad de las operaciones físicas, su egocentrismo disminuye y comienza a entender el punto de vista de las demás personas, lo que mejora su capacidad de reflexión y comunicación, no obstante, carece aún de la capacidad de pensamiento abstracto, característica del siguiente estadio de las operaciones formales.

Las ideas que los niños poseen acerca de la realidad, es decir, las principales tendencias que Piaget reconoció en el pensamiento infantil, fueron las siguientes: realismo,

artificialismo y animismo, las cuales durante esta etapa sufren graduales y progresivos cambios.

- **Realismo:** entre los 7 o 8 años, los niños creen que los pensamientos, imágenes y sentimientos son entidades reales que existen en forma independiente a él, es decir, son incapaces de discriminar entre los hechos psicológicos y los físicos, así la experiencia humana (deseos, pensamientos y otros) se confunde con la realidad objetiva. A partir de los 9 o 10 años ya son capaces de reconocer que por ejemplo los sueños son producto del pensamiento y están dentro de la cabeza.

- **Animismo:** otra característica del pensamiento infantil es la tendencia a atribuir a los objetos o hechos físicos, atributos bio-psicológicos. Así, hasta los 8 o 9 años, cualquier cosa que se mueve o puede ser movida estará viva para ellos. Entre los 11 o 12 años poseen vida sólo las cosas que se mueven espontáneamente, es decir, sin la ayuda de un agente externo. A partir de los 12 años ya pueden afirmar que sólo los organismos biológicos como plantas y animales, están vivos.

- **Artificialismo:** el niño tiende a considerar los fenómenos físicos como producto de una creación humana, es decir, que fueron hechos por los hombres para su beneficio. Así, hasta los 8 años, el niño cree normalmente que el sol y los demás astros han sido creados por el hombre. Sólo a partir de los 9 o los 10 años, reconoce que ni los astros o la naturaleza son productos de una creación humana.

En general, el niño que ha alcanzado esta etapa, es capaz según Piaget, de reconocer que una cantidad de agua, arena u otro elemento, se conserva (se mantienen igual), independientemente de cómo esté ordenada o se presente físicamente, pudiendo justificarlo mediante el concepto de identidad, de compensación o de reversibilidad, es decir, se

constituye en su pensamiento la **noción de conservación**. Estos niños pueden también, percibir que ciertos términos tales como: más alto, más blando, más ancho, se refieren a una relación entre sucesos y no a una cualidad absoluta o inherente al objeto o suceso en sí mismo (**término de relación**). Otra habilidad nueva consiste en razonar simultáneamente acerca de la parte y el todo, es decir, el niño es capaz de considerar tanto los subgrupos como el conjunto total de elementos (**inclusión de clase**). Los niños son también capaces de ordenar objetos según alguna dimensión cuantificada tales como peso, tamaño u otras, sobre una escala ordinal, es decir son capaces de reconocer una relación entre dos o más objetos (**noción de transitividad o seriación**) (Mussen, 1985).

Según Piaget, luego de esta etapa, el menor avanza hacia la etapa de las operaciones formales (a partir de la adolescencia) que se caracteriza por el logro de un pensamiento abstracto de tipo hipotético-deductivo, gracias al cual, el niño trasciende la realidad concreta y se plantea condiciones probables respecto de sí y del mundo que le rodea.

2.- Desarrollo Social.

En este período, que coincide con la entrada del menor al colegio, los niños ya no se conforman sólo con jugar, sino que intentan aprender a manejar los instrumentos que les servirán en un futuro desempeño en el mundo adulto.

Si bien la familia sigue siendo una influencia importante en su vida, los padres ya no son la única autoridad para el niño. El grupo de pares cobra una gran importancia como agente socializador, además de los otros adultos como los profesores que toman a su cargo la educación formal del niño.

De hecho, es con su grupo de pares con quienes comparte ahora una buena parte de su tiempo.

Los pares constituyen un buen parámetro para evaluar en forma realista, el desarrollo y logro de habilidades intelectuales, físicas y sociales; habitualmente ofrecen seguridad y apoyo emocional en una relación de igualdad que no es posible de lograr para el menor con los adultos. El grupo permite revisar o reinterpretar los valores y actitudes enseñados por los padres, a fin de mantenerlos o modificarlos.

La posición del menor en su grupo de pares influye, como ya se ha señalado, poderosamente en la formación de su identidad y en su autoestima.

Erikson (1983), señala que el niño en esta etapa debe superar la crisis normativa de laboriosidad versus inferioridad correspondiente a este período, es decir, el niño debe aprender a obtener reconocimiento mediante la producción de cosas, de artefactos. Sin embargo es posible también, que un sentimiento de inadecuación e inferioridad le domine, impidiéndole adaptarse a sus propias capacidades, a los requerimientos del medio o al status otorgado por el grupo de compañeros. Según Erikson, esto puede ocurrir ya sea por una deficiente preparación en el hogar para su ingreso en el mundo escolar o por las características de su sociedad (existencia de prejuicios, normas u otras limitantes del desarrollo humano). Ante estas dificultades, el niño regresa a etapas de desarrollo anteriores de su vida, emocionalmente más satisfactorias para él.

La tipificación sexual, concepto que se refiere a todas aquellas actividades, intereses y características de personalidad que culturalmente se asocian según el sexo del individuo, es decir, son diferentes en hombres y mujeres; para

algunos teóricos son en general, el resultado de la acción de factores biológicos tales como hormonas, lateralización cerebral u otros, para la teoría psicoanalítica de S. Freud, es el resultado de diferencias anatómicas y del concepto teórico del Complejo de Edipo (identificación con el padre del mismo sexo del niño y por tanto, la imitación de sus conductas), es decir, depende de factores biológicos y psicológicos. Desde la teoría del Aprendizaje Social, la tipificación es el resultado de un proceso de socialización, donde se modelan cierto tipo de conductas para cada sexo, por lo que la influencia del medio ambiente es determinante en este proceso (Papalia, 1990).

Siguiendo este enfoque, se plantea que las bases para esta tipificación se establecen en el hogar, donde los padres y demás adultos, enseñan al niño las formas culturalmente aceptables de comportamiento. En los años preescolares, los niños que ya pueden reconocerse a si mismos como "niño" o "niña" muestran patrones de intereses y conductas que obedecen a estos estereotipos como por ejemplo, los varones prefieren como juguetes: autos, armas, mientras que las niñas eligen muñecas, utensilios de cocina o de belleza. Según L. Kohlberg, para quién la tipificación sexual es un corolario del desarrollo cognitivo, ya a los 5 o 6 años, se establece el concepto básico del papel sexual en el niño y la niña (Mussen, 1985).

Aunque la identidad sexual se cristaliza en el período de la adolescencia, durante los años escolares la tipificación sexual llega a ser más estable, dadas las influencias extrafamiliares generadas principalmente por el mismo ambiente escolar, donde profesores y pares, pasan a ser nuevos modelos y reforzadores del mismo tipo de conducta, ya enseñadas en el hogar.

Habitualmente el niño en esta edad, elabora un concepto rígido de como cada sexo debe comportarse, posteriormente la definición se amplía y se vuelven más tolerantes.

El grado en que cada sujeto finalmente, cuando adulto adhiera a estos estereotipos es consecuencia de múltiples factores, como por ejemplo el tipo de cultura al que pertenece, la socialización que recibe, además de factores de personalidad o temperamento, entre otros (Papalia, 1990).

Si bien, dichos estereotipos han contribuido a mantener un orden social, hoy se aprecia que en realidad, ellos limitan el desarrollo de los seres humanos, al obstaculizar la plena expresión de todas las capacidades de cada individuo. Dificultan la comunicación entre los sexos al crear imágenes rígidas y frecuentemente contradictorias entre ellos, sólo en las últimas décadas se ha reflexionado críticamente en torno a ellos, tendiendo a flexibilizarlos, procurando una mayor libertad de expresión tanto en hombres y mujeres, al respecto, en estudios sobre mujeres maltratadas por sus parejas, se ha asociado la presencia de ciertos estereotipos sexuales rígidos como factores contribuyentes a la generación y mantención de las agresiones (Bermúdez y col., 1993).

No obstante, en nuestra sociedad de tipo patriarcal, como muchas de Latinoamérica, los estereotipos sexuales tienden a ser rígidos y dicotómicos. Comunmente, se tiende a esperar, explícita o inconscientemente, que el hombre sea activo, fuerte, racional, independiente, dominante, poco emotivo, brusco, agresivo y autoritario entre otras características, mientras que se espera de la mujer, que sea pasiva, débil, intuitiva o ilógica, dependiente, sumisa, emotiva, cariñosa y compasiva entre algunas características, dependiendo del nivel socioeconómico, estos conceptos pueden ser más rígidos o flexibles, no obstante incluso en círculos sociales de alto

desarrollo intelectual, también se puede observar la existencia de tales estereotipos (Corsi, 1990; Ferreira, 1972 cit. en Bermúdez, 1993).

3.- Desarrollo Moral.

De acuerdo a la teoría de Piaget, el desarrollo moral en los niños, pasa a través de dos grandes estadios secuenciales, los cuales no son independientes del desarrollo intelectual del menor (Mifsud, 1981; Flavell, 1982):

- **Estadio I: Moralidad de Coartación o Heterónoma** (aproximadamente entre los 3 y 8 años). Este estadio se caracteriza por un realismo moral, similar al realismo cognitivo; el respeto por la autoridad es unilateral, los niños al considerarse inferiores a los adultos, creen en la obligación de conformarse con las normas y obedecer las reglas, las cuales son interpretadas como sagradas e incuestionables.

El niño considera los actos como totalmente buenos o malos y los juzga en términos concretos antes que subjetivos, es decir, a esta edad no logra todavía ponerse en el lugar de los otros y considerar las intenciones o motivos de una acción. Para él un acto es bueno o malo si se aparta o no de las reglas y dependiendo de sus consecuencias, tienden a considerar como más inmoral aquellos actos que tienen consecuencias físicas de mayor gravedad. Confunde las leyes físicas con las normas morales, por lo que cualquier accidente o desastre natural lo interpreta como el castigo de Dios o de alguna fuerza poderosa por alguna mala acción (justicia inmanente). Así, acepta el castigo expiatorio otorgado por los adultos sin mayor cuestionamiento, de hecho este castigo, por su ausencia o presencia, ayuda a definir lo aceptable o erróneo de su comportamiento.

- **Estadio II: Moralidad de Cooperación o autónoma** (de 10 años en adelante). En esta etapa, el niño es capaz de considerar otros puntos de vista, es decir, en sus juicios, pasa ahora a considerar las intenciones o motivos de los sujetos en vez de constatar sólo las consecuencias físicas de los actos. Ya no confunde desastres físicos o accidentes con el castigo de alguna fuerza inmanente. Reconoce que las reglas están hechas por las personas, es decir, corresponden a convenciones que sirven para la acción grupal organizada y pueden ser modificadas por aquellas, e incluso por él mismo, de ser necesario para el bienestar social o familiar. Respecto a la autoridad, existe un cuestionamiento de ella, el respeto es bilateral (dá y pide respeto).

El niño no sólo puede juzgar de una manera más realista, sino que valora su propia opinión. De hecho, a esta edad ya no creen en la infabilidad de los padres o de otros adultos, como en la etapa anterior. En relación al castigo, según Piaget, el niño estaría a favor de un castigo no expiatorio sino que de una sanción que le permita la reparación y el aprendizaje a él o a los culpables, del porqué su acto fue equivocado (Flavell, 1982; Papalia, 1990).

Piaget, distingue también dos tipos de noción de justicia. Por una parte, existe una **Justicia Distributiva**, que se refiere a como cree el niño que se deben distribuir las recompensas y los castigos entre los miembros de un grupo. En una primera etapa, antes de los 7 ú 8 años, el niño tiende a considerar, que lo justo es lo que ordena el adulto, por lo que acepta toda recompensa o castigo proveniente de las figuras de autoridad, aunque ello implique por ejemplo castigos desiguales por la misma falta o el otorgamiento de privilegios a otros niños. Entre los 8 y los 11 ó 12 años, considera que sólo el igualitarismo es justo, por lo que todos los involucrados debieran recibir el mismo trato en cualquier circunstancia.

Finalmente, a partir de los 12 años, el niño pasa de la noción de igualdad a considerar la equidad en los actos, es decir, deja de luchar por una igualdad estricta, en favor de una justicia más comprensiva de las situaciones particulares de los involucrados. Así por ejemplo, es capaz de no devolverle el golpe a un niño porque este es menor.

El otro tipo de justicia que Piaget describió, corresponde a la **Justicia Retributiva** que se refiere a las ideas de los niños respecto de la forma en que deben castigarse las malas acciones. Piaget distingue dos tipos de castigos: el castigo expiatorio se refiere a que "quien comete la fechoría, debe sufrir, expiar por medio de un castigo que sea doloroso en proporción a la gravedad del acto, pero que en modo alguno necesita estar en sí mismo relacionado con el daño" (Mifsud, 1981, pág. 19). En cambio, el castigo por reciprocidad, procura hacer comprender al culpable del modo más directo, las consecuencias de su acción en el ámbito social, existiendo una relación entre el contenido del delito y la naturaleza del castigo.

Hasta los 7 ó 8 años, los niños favorecen la aplicación de un castigo expiatorio, entre los 8 y los 11 años, la sanción expiatoria ya no se acepta con la misma docilidad de antes, tendiendo a legitimar las sanciones que se basan en la reciprocidad y a partir de los 11 ó 12 años, el niño entra a considerar las circunstancias de los actos y aboga por un castigo eminentemente retributivo (Mifsud, 1981; Flavell, 1982).

L. Kohlberg, psicólogo norteamericano, quien elaboró una teoría del desarrollo moral tomando como base los postulados de J. Piaget, realizó una comparación entre los estadios de su teoría y los estadios del desarrollo cognitivo de Piaget (Kohlberg, 1971 cit. por Yañez y col., 1987), de acuerdo a este trabajo, se correlacionarían con el estadio de las

operaciones concretas de Piaget, los estadios 1 y 2 del nivel preconvencional de su teoría.

- **Estadio I: de la orientación al castigo y la obediencia.** El niño considera correcta la obediencia ciega hacia las reglas y la autoridad, en cuyo poder superior cree totalmente, y de este modo se evita el castigo, el cual es legítima consecuencia para aquellos actos que se desvían de la norma. Predomina un punto de vista egocéntrico que no reconoce ni considera las intenciones de los demás, es decir, el niño no adopta otros puntos de vista. Las acciones son evaluadas en término de sus resultados físicos.

- **Estadio II: del hedonismo instrumental y reciprocidad concreta.** Lo correcto es ahora satisfacer las necesidades propias y las de los demás mediante pactos que aseguren un intercambio igualitario. Las reglas son obedecidas si sirven a los intereses de sí o de los demás, por lo que resulta justo actuar en pos de satisfacer las propias necesidades y dejar que los demás hagan lo mismo. Predomina aquí una perspectiva individualista concreta que busca la igualdad cuantitativa en las relaciones o en el intercambio de favores entre los individuos. Distingue entre los intereses propios y los de los demás, reconociendo los posibles conflictos entre ellos, los cuales se resuelven por el intercambio instrumental de servicios proporcionales entre las partes, es decir, un favor a cambio de otro.

Luego el niño avanza a un estadio III: del nivel convencional, el cual se correspondería con el estadio cognitivo de las operaciones formales de Piaget. Este estadio moral de orientación hacia relaciones interpersonales de mutualidad, se caracteriza porque el niño cree que lo correcto es "ser bueno", es decir, hacer todo lo que se espera de él, considerando los sentimientos y expectativas de los demás y

esperando su aprobación. Así, si bien el niño se preocupa por satisfacer los intereses de los demás, falta todavía aquí, según Kohlberg, una noción del sistema social, una macrovisión del orden moral en el niño de este estadio (Yañez y col., 1987).

IV.- El CASTIGO:

1.- **Concepto de Castigo.**

La agresión, ya sea instrumental o con un impulso agresivo, abierta o encubierta; es una respuesta humana presente en casi todas las culturas y épocas, aunque en formas diferentes. Esto ha llevado a algunos teóricos a sostener que los impulsos agresivos son inherentes a la especie humana, aunque el tema es aún objeto de controversia.

Para algunos autores, la agresión es el resultado de la frustración o la interferencia en la consecución de una meta, para otros, como A. Bandura, son el resultado de un aprendizaje producido en la experiencia de ser agredido o bien del observar como otros lo son, apreciando lo ventajoso de estas conductas. Otros plantean su origen en los rasgos de personalidad extravertidos de ciertos sujetos, en la presencia de un daño orgánico cerebral que aumentaría la irritabilidad del individuo y su propensión a actos agresivos, o bien en que dichos sujetos podrían tener un déficit en su repertorio de conductas asertivas y de otras habilidades sociales (Fontecilla, 1990). Cualquiera sea su origen o las razones de su manifestación, los padres o tutores han debido educar a sus hijos para controlar tales conductas. Así, el aprender a inhibir una serie de comportamientos, como la conducta agresiva, se ha considerado como parte integral de un adecuado desarrollo de la personalidad (Mussen, 1985).

El castigo físico surgió en épocas remotas (Gilchrist, 1983) como una eficaz técnica de socialización, por parte de los adultos para los niños.

El castigo, desde la perspectiva de la Psicología de la Conducta es considerado en general como "una consecuencia desagradable y dolorosa que sigue a una conducta y cuyo efecto será la disminución o eliminación de aquella conducta " (Cáceres, 1990, pág. 23).

Según Soto (1992), el castigo se incluye dentro de las llamadas Prácticas Aversivas. El distingue dos tipos de prácticas aversivas: a) prácticas aversivas físicas, las que consisten en la aplicación de un estímulo físico, aversivo para la persona, que provoca dolor físico y sufrimiento psicológico, teniendo como efecto la disminución de la conducta previa (correspondería al llamado castigo), y b) prácticas aversivas psicológicas, que se refieren a la presentación de un evento secundario (condicionado) aversivo para la persona, provocando en ella dolor psicológico (sufrimiento interno) y/o tensión fisiológica y emocional (ansiedad entre otros), cuyo efecto sería la disminución y finalmente la eliminación de la conducta estimada como problema. No obstante, otros autores, presentan otras clasificaciones de modelos de control aversivo, como por ejemplo, Kanfer y Phillips, quienes distinguen los siguientes modelos: "a) retiro contingente de reforzadores positivos, b) aplicación contingente de estímulos aversivos (situación de castigo), c) retiro contingente de estímulos aversivos y d) condicionamiento aversivo clásico de estímulos positivos o neutros" (Kanfer y Phillips, 1980, pág.413)

En general, el castigo físico en la vida cotidiana, ha sido considerado efectivo hasta nuestros días, especialmente por padres y profesores dada la supuesta simplicidad de su aplicación y su efecto inmediato en la conducta (Soto, 1992).

Así, algunos profesionales aseguran que el castigo "enfrenta al niño a una situación educativa, en cuanto le permite por un lado, ir conociendo cuáles son los efectos y consecuencias de su comportamiento y por otro lado le permite comprender qué conductas son adecuadas y cuáles serán rechazadas" (Behar y cols., 1989, pág.39-40) por la familia y la sociedad. El castigo proporcionaría al menor, el conocimiento de los límites a su comportamiento.

Autores como Behar y cols. (1989) postulan que el castigo sería teóricamente una efectiva medida socializadora, si se cumplen ciertas condiciones básicas, tales como:

- a) Intencionalidad: existencia de una sana intención de corregir una conducta inapropiada del menor.
- b) Consistencia: es la comprensión que tiene el niño de que cada vez que transgrede la norma será castigado.
- c) Contingencia: se refiere a que el castigo debe aplicarse siempre inmediatamente después de ocurrida la conducta que se desea suprimir.
- d) Actitud explicativa de quién castiga: el niño debe comprender cuál es la conducta que se está castigando y el porque de la sanción.
- e) Comportamiento Alternativo: se debe instruir al niño de acuerdo a su etapa del desarrollo, en alternativas conductuales socialmente aceptadas.
- f) Proporcionalidad: el castigo debe ser proporcional a la falta cometida por el menor. Esta proporción debiera considerar el desarrollo evolutivo del niño así como su propia visión, para que él mismo pueda comprender y aceptar su error.

g) Dimensión Afectiva: al recibir un castigo, el niño debiera tener la certeza que tras esa censura o desaprobación temporal, está invariablemente presente un sentimiento de amor y de confianza hacia él.

Comúnmente, además del rápido efecto en la supresión de conductas consideradas nocivas, también se considera como un aspecto positivo del castigo, el hecho que al suprimir una acción inadecuada, sería posible adquirir conductas más deseables socialmente (Milhollan, 1972 y Aron, 1980 cit. en Behar y cols., 1989). Lo que en rigor, no es resultado del castigo en sí, sino que de un programa de refuerzo de otras conductas alternativas, a la conducta castigada (Kanfer y Phillips, 1980).

Por medio del castigo, el niño paga su culpa, pero no existe necesariamente el propósito de un mejor comportamiento futuro ni la posibilidad de reparar su falta (Mílicic, 1990), el castigo en sí, señala al menor sólo lo que no debe hacer (Kanfer y Phillips, 1980).

Actualmente, cada vez se toma más conciencia de que incluso un castigo "bien aplicado", presenta efectos nocivos tanto en el menor: reacciones emocionales negativas hacia el adulto que lo castiga, o bien hacia si mismo: miedo, rabia entre otras conductas, las cuales pueden manifestarse abierta o encubiertamente hacia el mismo agresor u otra persona, o bien inhibirse, surgiendo la represión de la agresividad (Montenegro, 1994), esto dependerá de la intensidad de castigo aplicado (Azrin y Holz, 1966 en Yates, 1977)); hay también inhibición o disminución temporal de la posibilidad de ejecutar otras conductas más aceptadas por el medio (disminución del nivel de adaptación). Así como también es posible de observar consecuencias en el adulto que castiga: reacciones emocionales negativas en él tales como culpa,

rabia, frustración entre otros; hay una baja capacidad para reforzar adecuadamente nuevas conductas más adecuadas.

Por medio del castigo pueden fomentarse conductas de evitación y escape de la situación por parte del niño (Kanfer y Phillips, 1980). Por otro lado, en el niño frecuentemente se va produciendo una adaptación al nivel del castigo, al respecto se señala "las experiencias previas con el estímulo punitivo puede aumentar la posterior resistencia del individuo a suprimir el comportamiento mediante él" (Kanfer y Phillips, 1980, pág.401), ante lo cual los padres deben recurrir a un mayor nivel de agresión para conseguir el efecto deseado por ellos, con lo cual las posibilidades de provocar lesiones en el menor aumentan en forma constante.

Como señalan Kanfer y Phillips (1980), frecuentemente el castigo está más motivado por el estado emocional del adulto que por el comportamiento inmediatamente precedente de quién lo sufre. También es posible observar que los padres hacen muchas veces del castigo, un estímulo discriminativo de un posterior refuerzo positivo, así por ejemplo luego de un episodio, otorgan al menor caricias, besos o le entregan algún nuevo juguete, es decir, el castigo pasa a ser una señal de una futura recompensa, para el niño.

Es también un hecho que las conductas castigadas no sólo pueden volver a presentarse sino que incluso pueden aumentar su frecuencia, por efecto de un reforzamiento aversivo en el menor (Harris y cols., 1973; Kanfer y Phillips, 1980; Cáceres y col., 1990; Soto, 1992).

En general, la aplicación de castigos proporciona un modelo del comportamiento agresivo como una forma adecuada de solucionar los conflictos, que probablemente el niño repetirá en su interacción con los demás (Kanfer y Phillips, 1980; Aron

y Sarquis, 1978 cit. en Cáceres y col., 1990; Bandura, 1962 cit. en Fontecilla, 1990; Montenegro, 1994).

Investigadores de la Terapia del Comportamiento, sólo en las últimas décadas han retomado el tema del castigo, dentro de los diversos modelos de control aversivos que existen, luego del relativo abandono suscitado por la difusión de sus efectos nocivos. Los nuevos estudios en general, concluyen como Thorndike que "los efectos del castigo son extremadamente complejos" (Thorndike, 1932 cit. por Yates, 1977, pág. 43).

Algunos autores como Kanfer y Phillips (1980) explican esta complejidad y falta de consenso frente a las consecuencias del castigo entre los diversos estudios, por las múltiples variables que habitual e ignoradamente están operando en las situaciones sociales en que se utiliza. Señalan que, a menudo el castigo es empleado de una manera errónea y perjudicial a sus propósitos. Así por ejemplo, para ellos el comportamiento que se castiga en la vida cotidiana, rara vez está sólo bajo control del estímulo aversivo, es decir, probablemente existen en el medio ambiente, refuerzos que ocasionan que el castigo pierda su efecto. Habitualmente, este procedimiento se aplicaría sin un análisis previo de la situación-problema, para conocer la historia de refuerzos y las causas del mantenimiento actual de la conducta indeseable. Con esta errada implementación, se dificulta la extinción de conducta y se acrecienta, según dichos autores, la creencia en su ineffectividad.

Pese a estas dificultades surgidas en su empleo, dichos autores consideran que "los testimonios actualmente disponibles no apoyan las anteriores sospechas de que el castigo.... necesariamente tuviera efectos colaterales perjudiciales, en tanto que dichos efectos se evitan cuando se construyen procedimientos apropiados y son aplicados

adecuadamente a las circunstancias individuales" (Kanfer y Phillips, 1989, pág.414), así mismo citan los trabajos de Azrin y Holz (1966 cit. por Yates, 1977 y Kanfer y Phillips, 1980) quienes concluyen que el éxito del castigo supone una serie de condiciones en su aplicación, entre las cuales mencionan: "el escape de la situación debe ser imposible; el estímulo punitivo deberá ser tan intenso como sea posible, continuo e inmediato, y deberá introducirse con su fuerza máxima (no gradualmente)" también agregan: "deben evitarse los períodos prolongados de castigo", entre otras características (Azrin y Holz, 1966 cit. por Yates, 1977, pág. 44).

En base a estas condiciones señaladas por estos investigadores, para asegurar la efectividad el castigo, este debe convertirse en una situación totalmente controlada, además de particularmente violenta para el niño, lo que como otros autores mencionan resulta difícil practicar dadas las características de muchos hogares (donde las condiciones socioeconómicas son deficientes por ejemplo existe hacinamiento, la familia vive de allegada con otro grupo familiar, dada la falta de recursos los niños son enviados a la calle o a un centro abierto, o bien son dejados al cuidado de diferentes adultos, mientras los padres trabajan, entre otros) a diferencia de lo que sucede en un laboratorio.

En general autores como Behar y cols., (1989) y Cáceres y Kirby (1990) plantean que el castigo es un método que si no es aplicado considerando una serie de condiciones básicas como las señaladas por Behar y cols. (1989), no sólo deja de ser una estrategia de enseñanza, sino que se transforma en una situación de violencia que al hacerse reiterada se convierte en maltrato físico hacia el menor. Para autores como McNeese (1977 cit. en Gilchrist, 1991), cuyas definiciones ya han sido mencionadas, el castigo pese a las buenas intenciones del adulto, es una situación de maltrato, aunque este ocurra en

un solo episodio en la vida del sujeto. La distinción entonces, entre el castigo y el maltrato físico, incluso en los ámbitos legales, es todavía objeto de diferencias entre los investigadores.

Habitualmente, la forma en que el castigo es usado por los adultos no se ajusta a los criterios revisados, tanto los planteados por Behar y cols. (1989) como por Azrin y Holz (1966 en Yates, 1977), ya que por ejemplo, además de las situaciones ya descritas, no es raro observar en ciertos hogares, formas de disciplinas inconsistentes donde por ejemplo los niños son castigados y premiados por un mismo tipo de conducta, y aún cuando existe una intención correctiva o educativa, el castigo suele ser una forma de reducir la tensión por parte del que castiga (Tanner, 1980; Cáceres y col., 1990; Soto, 1992). Por otro lado, hay criterios teóricos tales como el de la proporcionalidad señalado por Behar (1989), que en la práctica resultan difíciles de establecer en forma objetiva.

Así, si bien el castigo puede ocasionar, en ciertas situaciones, una desaparición inmediata de la conducta problemática, ésta puede fácilmente volver a presentarse en ausencia del adulto castigador o bien, persistir al ser "funcional" a las posibles necesidades del menor e incluso generalizarse a otras situaciones. Frecuentemente, el castigo se ve asociado a una serie de reacciones emocionales negativas desencadenadas tanto en el adulto como en el menor, por lo que algunos autores plantean que "el castigo es incompatible con las metas a largo plazo del desarrollo" (Tanner, 1980, pág. 140).

Finalmente, Cáceres y Kirby (1990) concluyen que el castigo debiera ser el método menos usado dentro de los procedimientos de crianza infantil, quizás sólo en casos en que esté en juego la seguridad del menor o la de los demás (Villalón, 1994), dado su relativo efecto positivo y sus peligrosos efectos negativos, explicable probablemente, por las dificultades que acarrea para los padres, su correcta aplicación, y la relativa facilidad con que una situación de castigo se transformaría en una de maltrato para el menor. Ellas, así como otros autores como Soto (1990), recomiendan aplicar otros recursos disciplinarios menos nocivos, como por ejemplo, en términos de los modelos aversivos señalados por Kanfer y Phillips (1980), resulta efectivo: la aplicación de un programa de extinción, un programa de receso de refuerzo (retiro de un reforzador positivo), un programa de costo de respuesta (retiro del ambiente, con la combinación de refuerzo positivo de conductas alternativas a la conducta indeseable, y en general, procurando una disciplina clara, honesta y comprensiva entre sus miembros (Cáceres, 1990).

2.- Aspectos legales en la aplicación del castigo.

A partir de la ratificación de los Derechos del Niño en agosto de 1990, en nuestro país son cada vez más frecuentes los esfuerzos por terminar con el maltrato infantil, y en general con todas las formas de violencia en los hogares.

No obstante, son necesarios muchos más esfuerzos todavía. Así en la actualidad, el maltrato infantil en cualquiera de sus formas y tal como fue definido en esta investigación, no figura como delito en nuestros códigos de justicia, de hecho, cerca de 4 años lleva en trámite en el Congreso Nacional, un proyecto de ley sobre la Violencia Intrafamiliar, presentado en 1991, por los srs. Adriana Muñoz y Sergio Aguiló y que cuenta con el patrocinio del Servicio Nacional de la Mujer,

el cual entre otros aspectos tipifica como delito las agresiones ocurridas entre los distintos miembros de la familia, así define como niño maltratado al menor de 18 años "que haya sido objeto de agresiones corporales, incluido el abuso sexual, y/o haya sido víctima de una falta de cuidados apropiados, y/o maltrato psicológico, Art. 1" (Defensa del Niño Internacional (DNI), 1991, pág.9). Ordena la salida del agresor del hogar como una medida preventiva a la espera de la sentencia, la cual no sólo consistiría en pena de reclusión sino que también se contempla la obligatoriedad de someter a tratamiento psicológico al agresor y su familia y también faculta a diversos sujetos para realizar la denuncia, tales como vecinos o profesores del menor. Todo el proceso sería visto en tribunales para la familia especialmente constituidos.

Mientras tanto, en nuestro país siguen en vigencia el art. 233, título 9 del Código Civil, que otorga al padre, "la facultad de corregir y castigar moderadamente a sus hijos" (Código Civil, 1983, pág. 86), supuestamente motivado por la prudencia y el amor. Por otro lado, con respecto al artículo 225 del Código Civil que establece que los jueces de menores podrán asignar la tuición del menor a otros adultos, cuando ambos padres se encuentren en situación de inhabilidad física o moral, el artículo 42, título 3 de la Ley de Menores n° 16.618 indica que cuando estos padres maltraten o dieran malos ejemplos al niño, o su permanencia en el hogar constituye un riesgo para el desarrollo moral del menor, se presenta una de estas causales de dicha inhabilidad paterna. En la misma Ley de Menores, en su título 5°, art. 62 inciso 4°, se señala que será castigado con prisión en cualquiera de sus grados o presidio en su grado mínimo al padre, madre, guardador o persona a cuyo cuidado esté el menor y que lo maltraten habitual e inmotivadamente.

Así, en la práctica, queda a criterio del juez de menores, el deber de determinar la existencia de una situación de castigo, facultado por la ley o de maltrato, penalizado por la misma. Para algunos profesionales, esto comprueba la existencia de un cuerpo legal que penaliza el maltrato infantil (Behar y cols., 1989), no obstante, podría considerarse como una ambigüedad entre una y otra ley, el hecho de que en general cualquier lesión física es objeto de sanción, pero no las infringidas por los padres o tutores hacia el niño. Por otro lado, la distinción entre una situación de castigo y una de maltrato resulta de mayor complejidad como para reducirse a dos variables (habitualidad y falta de motivo), por las cuales se definiría legalmente la situación de maltrato.

En general, la existencia de medidas punitivas en nuestros códigos de justicia, en vez de ser rehabilitadoras y preventivas, más parecieran favorecer el ocultamiento y la perpetuación del hecho con sus consiguientes efectos negativos (por ejemplo, niños que no reciben la debida atención de salud, entre otros) (Sepúlveda y cols., 1991).

Por esto, la pronta promulgación de una legislación actualizada y precisa que defina el delito del maltrato infantil en sus diferentes tipos, y coordine las acciones de los distintos sectores de la sociedad involucrados en esta problemática tales como el sector judicial, educacional y de la salud, resultan imprescindibles para proveer a nuestros niños de aquello a lo que tienen derecho, el desarrollo en un ambiente seguro y afectuoso.

IV. OBJETIVOS:

Objetivo General:

- 1.- Estimar las características de la autoestima en menores maltratados físicamente que residen en el Area Metropolitana, y que han consultado en centros asistenciales del área.

Objetivos Específicos:

- 1.- Establecer el nivel de la autoestima en menores maltratados físicamente, de entre los 8 y 12 años, que consultan en centros hospitalarios del Area Metropolitana y que pertenecen al nivel socioeconómico bajo, mediante la aplicación de la Escala de Autoconcepto para niños de Piers y Harris y su comparación con menores, de entre los 8 y 12 años, que residen en el Area Metropolitana y que no presentan maltrato físico.
- 2.- Establecer la presencia o ausencia de diferencias en el nivel de autoestima entre los menores maltratados físicamente, de acuerdo a su edad y sexo, a partir de los resultados de la aplicación de la Escala de Autoconcepto para niños de Piers y Harris.
- 3.- Establecer la presencia o ausencia de diferencias en el nivel de autoestima entre los menores maltratados físicamente y los menores que no presentan maltrato físico, de acuerdo a su edad y sexo, a partir de los resultados de la aplicación de la Escala de Autoconcepto para niños de Piers-Harris.
- 4.- Establecer la presencia o ausencia de diferencias en las diferentes dimensiones de la autoestima global, evaluadas por la Escala de Autoconcepto para niños de Piers-Harris, entre los menores maltratados físicamente y los menores que no presentan maltrato físico.

V. METODOLOGIA

1.- Tipo de Investigación.

El presente estudio consistió en analizar las características que adopta la Autoestima, mediante la comparación entre dos grupos de niños: un grupo de menores maltratados físicamente, que consultan en centros asistenciales del Gran Santiago, y un grupo de niños que no han tenido experiencias de maltrato físico y que residen en las mismas zona geográfica donde consultan los otros niños y presentan, similares características en cuanto a edad, sexo, escolaridad y nivel socioeconómico.

Dadas las características de la investigación, se le concibió como un estudio exploratorio-descriptivo y comparativo, ex-post-facto, psicométrico y transversal. La finalidad de éste fue establecer y precisar las características de un hecho no conceptualizado aún en nuestra población, pero del que sí se tiene conocimiento a partir de estudios extranjeros previos, es decir, en el ámbito nacional se desconocían hasta ahora, las características particulares del problema. De acuerdo con los resultados, se espera que posteriores estudios establezcan los factores asociados a las variables en estudio. Por otro lado, las variables en estudio no fueron manipuladas por el investigador, tratándose de un hecho ya acaecido, y respecto del cual se hizo una evaluación en un sólo momento, y con un instrumento de evaluación cuantitativo.

2.- Definición de variables:

a) Variable Dependiente: 1) **Autoestima:**

Definición conceptual: "Es un sistema relativamente estable de actitudes, construido a partir de experiencias personales y de las clasificaciones proporcionadas por otros acerca de sí" (Martínez y col., 1990, pág.85).

Definición operacional: La autoestima se midió a través del puntaje alcanzado por cada sujeto evaluado para este estudio, en la Escala de Autoconcepto para niños de Piers y Harris, en su versión original.

3.- Definición y características del Universo:

Estuvo constituido por todos aquellos niños maltratados físicamente entre los 8 y 12 años de edad, de nivel socioeconómico medio y bajo, que consultaron en los servicios hospitalarios del Area Metropolitana, entre los años 1992 y 1993.

Se trabajó con sujetos provenientes de la Región Metropolitana, dado que en ella se concentra alrededor de un tercio de la población nacional (Monreal y cols., 1993) y cuenta con los servicios hospitalarios de más larga trayectoria en cuanto a la detección, registro y tratamiento de menores maltratados físicamente en Chile (Novoa, 1992; Gálvez, 1992). Se limitó el estudio a casos detectados entre los años 1992 y 1993, dadas las dificultades prácticas de acceder a archivos más antiguos en los servicios hospitalarios contactados, así como en atención a la considerable movilidad geográfica de las familias de algunos sectores poblacionales, lo que inutiliza los datos consignados en las fichas médicas

antiguas (comunicación personal con Sra. Soledad Gálvez, asistente social del Hospital Exequiel González Cortés, Enero de 1993).

4.- Definición y características de las muestras:

Se seleccionaron dos muestras, una muestra que se denominó de tipo experimental, por estar constituida por los sujetos que fueron objeto de este trabajo, los niños maltratados, y una muestra de control, constituida por aquellos niños que no han sido sometidos a maltrato.

a) **Muestra experimental:** fue intencional dado que se optó por trabajar en establecimientos hospitalarios seleccionados, como se señalará más adelante, además es apropiada ya que no presenta casos en proporción a la población total de casos detectados en cada hospital, y estratificada de acuerdo a las siguientes variables :

Variables de Estratificación:

- **Edad:** 8 a 12 años, ya que se deseaba conocer las características que podría adoptar la autoestima en los menores de edad escolar, que hipotéticamente se encuentran en un mismo nivel de desarrollo cognitivo, correspondiente a la etapa operacional concreta según la teoría cognitiva de J. Piaget (Mussen, 1985). No obstante, para fines exploratorio-comparativos, se dividió arbitrariamente la muestra en dos niveles etarios: de los 8 años 0 meses a los 10 años 11 meses, y de 11 años 0 meses a los 12 años 11 meses, ya que se hipotetizó una diferencia en los menores más grandes dada su cercanía a la adolescencia con respecto a los niños menores.
- **Sexo:** mujeres y hombres, pues se deseaba conocer las características diferenciales que pudiera adoptar la autoestima en sujetos de distinto sexo.

VARIABLES DE MUESTREO:

- **Maltrato Físico:** se consideraron sólo aquellos menores que hubiesen recibido el diagnóstico médico de maltrato físico en el

servicio hospitalario donde se les atendió.

- **Lugar de consulta:** se consideraron sólo aquellos menores que consultaron en servicios hospitalarios en el Área Metropolitana, tales como: Hospital Exequiel González Cortés, Hospital Sótero del Río, Hospital San Borja-Arriarán, Hospital Roberto del Río y Hospital Luis Calvo Mackenna, ya que se deseaba conocer las características de la autoestima en menores maltratados físicamente de la Región Metropolitana. Los hospitales fueron escogidos en base a su especialidad en la atención de niños, la alta población asignada para su atención, gran número de consultas por año, la existencia y disponibilidad de registros de los casos debidamente diagnosticados como maltrato físico, y la obtención de autorización por parte de las autoridades de dichos servicios para acceder a los datos y casuística.

- **Nivel socioeconómico:** nivel medio y bajo, el cual se constató a través del puntaje obtenido en la Escala de Estratificación de nivel socioeconómico modificada de Himmel y cols. modificada de por Pinto, Gallardo y Wenk (1992), ya que son menores de estos estratos socioeconómicos sobre los que se puede más fácilmente investigar, dado que la población consultante en los Servicios Hospitalarios, pertenecen en su mayoría a los niveles socioeconómicos bajo, ocasionalmente medio.

- **Situación Familiar:** se consideraron a niños no institucionalizados, dado que el impacto psico-emocional del menor frente a la institucionalización, según las referencias de la literatura acerca del tema (Martínez, 1990), probablemente influenciaría el impacto psicológico propio del

maltrato físico.

- **Psicoterapia:** se consideraron niños que no se encontraban o hubiesen recibido en forma directa, tratamiento psicológico o psiquiátrico, dada la esperable modificación de las percepciones del menor respecto de sí y de los demás, como resultado del trabajo psicoterapéutico.

La muestra denominada experimental quedó constituida por 40 casos, 20 hombres y 20 mujeres, divididos en cuatro subgrupos para efectos del análisis de los datos.

b) **Muestra control:** correspondió también a una muestra intencional, ya que se seleccionaron ciertos colegios (3) y se trabajó con algunos de sus cursos (4° a 7° año de enseñanza básica), apropiada, ya que el número de representantes de cada colegio no fue escogido en consideración al alumnado total del colegio, sino de acuerdo a las variables de este estudio, y estratificada de acuerdo a las siguientes variables:

Variables de Estratificación:

- **Edad:** se consideraron sólo niños de entre los 8 y 12 años de edad, y de acuerdo a las edades presentadas por los sujetos experimentales en cada subgrupo.

- **Sexo:** se consideró tanto a hombres como mujeres, al igual que en el grupo experimental.

Variables de muestreo:

- **Maltrato Físico:** se consideraron sólo niños que no presentasen antecedentes de maltrato físico.

- **Lugar de estudio:** se incluyeron niños y niñas únicamente de los tres colegios seleccionados: Escuela D-472 de San Miguel, Escuela D-782 de Lo Espejo y Escuela E-210 de Peñalolén.

Estos colegios fueron seleccionados en base al nivel socioeconómico bajo de la mayoría de su alumnado, a su ubicación geográfica, ya que se encuentran en diferentes comunas (San Miguel, Lo Espejo y Peñalolén), del área Sur y Oriente de Santiago, e imparten educación de nivel básico, lo que permitiría encontrar niños de iguales edades y escolaridad que los sujetos experimentales.

- **Nivel socioeconómico:** se consideró a menores sólo de nivel socioeconómico medio y bajo, calificados como tales de acuerdo a la Escala de estratificación de Himmel y col. en su versión revisada (1992), con el fin de homogeneizar este grupo con las características del grupo experimental.

- **Situación familiar:** se incluyeron menores sin antecedentes de institucionalización, de la misma manera que con los sujetos experimentales.

- **Psicoterapia:** se consideró sólo a aquellos menores que no presentasen experiencias de trabajo psicoterapéutico en forma personal, al igual que en el grupo experimental.

La muestra denominada control quedó constituida por 40 casos, 20 hombres y 20 mujeres, divididos en cuatro subgrupos en la misma forma que el grupo denominado experimental.

Los sujetos tanto de las muestras denominadas experimental y control, se distribuyeron según el siguiente cuadro:

		SEXO:		
		HOMBRES	MUJERES	total
EDAD:	8a - 10a 11m.	10	10	20
	11a - 12a 11m.	10	10	20
	total	20	20	40

5.- Definición y características de los Instrumentos:

5.1.- ESCALA DE AUTOCONCEPTO PARA NIÑOS DE PIERS Y HARRIS.

Esta es una escala de autoreporte para la evaluación de la imagen personal. Consta de 80 afirmaciones de respuesta prefijada (SI/NO), diseñada para niños con una escolaridad de entre Tercero Básico y comienzos de la Enseñanza Media. Su aplicación puede ser individual o grupal.

Sólo se evalúan las respuestas consideradas correctas de acuerdo a una tabla de corrección. Entrega un puntaje total de autoconcepto, además de 6 subescalas, las cuales son:

- Escala de Conducta: se refiere a la percepción que posee el menor de su comportamiento típico, de la admisión o negación de conductas problemáticas y de su responsabilidad por estos actos. Es la opinión acerca de si mismo como persona, de su habilidad para tener buenas relaciones interpersonales tanto en la casa como en el colegio. Un puntaje bajo en esta escala sugiere así un reconocimiento de que éste es un aspecto problemático para él, es decir, su comportamiento no resulta adecuado en las diversas situaciones y lo contrario sucede, en caso de presentar un alto puntaje. A esta primera escala corresponden los ítemes: 12, 13, 14, 21, 22, 25, 34, 35, 38, 45, 48, 56, 59, 62, 78 y 80 (Piers, 1984; Gorostegui, 1992).

- Escala de Estatus intelectual y escolar: se refiere a la percepción del niño acerca de su desempeño en las tareas o actividades intelectuales o académicas y en relación a su grupo de pares, incluyendo su sentimiento general hacia el colegio. Un puntaje bajo indicaría dificultades específicas

del área escolar, ya sea de rendimiento o de expectativas del menor o de su familia. Corresponden a esta escala los ítemes: 5, 7, 9, 12, 16, 17, 21, 26, 27, 30, 31, 33, 42, 49, 53, 66 y 70 (Piers, 1984; Gorostegui, 1992).

- Escala de Apariencia y atributos físicos: se refieren al concepto que el niño posee acerca de sus características y fuerza física, así un puntaje bajo señala una dificultad en la aceptación de su imagen corporal o bien, el rechazo de ciertos patrones sexuales culturales, lo cual no significaría en verdad, un aspecto problemático. Corresponden a esta tercera escala los ítemes: 5, 8, 15, 29, 33, 41, 49, 54, 57, 60, 63, 69 y 73 (Piers, 1984; Gorostegui, 1992).

- Escala de Ansiedad: se refiere a la existencia de indicadores de un humor depresivo y síntomas de ansiedad en el menor, probablemente derivados de alguna problemática emocional de él. Un bajo puntaje, indica la presencia de estos sentimientos. Corresponden a esta escala los ítemes: 4, 6, 7, 8, 10, 20, 28, 37, 39, 40, 43, 50, 74 y 79 (Piers, 1984; Gorostegui, 1992).

- Escala de Popularidad: se refiere a la evaluación del niño acerca de sí mismo en sus relaciones con sus compañeros, al grado de aceptación o rechazo que experimenta entre sus pares en los juegos, deportes u otras actividades organizadas entre ellos, un bajo puntaje señalaría una actitud de retraimiento, timidez o la falta de desarrollo de las habilidades sociales del menor. Corresponde a esta escala los ítemes: 1, 3, 6, 11, 40, 46, 49, 51, 58, 65 y 77 (Piers, 1984; Gorostegui, 1992).

- Escala de Satisfacción personal y felicidad: se refiere al sentimiento de felicidad, de estar satisfecho de vivir, a su visión de sí como una persona alegre, divertida, con buenas relaciones sociales y sin deseos de cambiar su forma de ser

por disconformidad consigo mismo, un bajo puntaje se asociaría a un sentimiento de infelicidad y un fuerte deseo de ser diferente a como se es. Corresponden a esta escala los ítemes: 2, 8, 36, 39, 43, 50, 52, 60, 67 y 80 (Piers, 1984; Gorostegui, 1992).

El rango teórico de variación de puntajes es de 0 a 80 puntos, indicando un puntaje alto en la escala total, un alto autoconcepto, mientras que un bajo puntaje, señalará un bajo o mal autoconcepto.

Se consideró el uso de esta escala de autoestima, que fue traducida y adaptada por Aguila y cols. en 1985, y que ha sido utilizada ya en otros estudios nacionales (Aguila y cols. en 1985; Morales y cols. en 1987; Martínez y col. en 1990; Estévez y Rivera en 1992), además de extranjeros (Stovall y Craig, 1989 y otros), dado que presenta un rango de edades para aplicarse (de entre los 8 y 18 años, aproximadamente) que resulta muy adecuado a los objetivos de este estudio, donde se esperaba evaluar menores de entre los 8 y 12 años, a diferencia de otras pruebas disponibles en nuestro medio, pero que han sido adaptadas para niños mayores, como es el caso del Inventario de Autoestima de Coopersmith. Por otro lado, al tratarse de una prueba objetiva, que puede ser administrada en forma individual y colectiva, se ven facilitados los procesos de administración y respuesta (15 a 20 minutos), corrección e interpretación de los resultados. De hecho, una adaptación de esta misma escala fue aplicada sin dificultades en un estudio con niños retardados mentales leves de Santiago y Valparaíso en 1990 (Martínez, 1990). Además, como se indica más adelante, es una escala con buenos índices de validez y confiabilidad según evidencias nacionales y extranjeras.

La consistencia interna de esta prueba fluctúa entre 0.88-0.93 (obtenida con método Kuder-Richardson) en diversas poblaciones. La confiabilidad Test-Retest va desde 0.62 a 0.96 con intervalos de aplicación de entre semanas y 6 meses (Stovall y Craig, 1989). Así los estudios de Winne y cols. en 1977, Cooper y cols. en 1983 y Amato en 1986, citados en Estévez y Riveros (1992) indicaron coeficientes de confiabilidad de 0,90, 0,92, 0,91-0,90, respectivamente. En Chile, Aguila y cols. obtuvieron una confiabilidad test-retest de 0.819 tras la aplicación de la prueba en una muestra nacional de 111 niños (Aguila y cols., 1985; Morales, 1987; Martínez, 1990; Estévez y Riveros, 1992).

Los estudios de validez discriminante y predictiva han sido favorables, y se ha obtenido una correlación positiva de entre 0.32 y 0.85 con otras pruebas de Autoestima (Stovall y Craig, 1989; Crandall, 1973; Shavelson, Hubner y Stanton, 1976, cit. en Allen y Tarnowski, 1989). Al respecto tendría una alta validez convergente con el Coopersmith Self-Steem Inventory de 0.78 (Piers, 1977, cit. en Martínez, 1990).

En 1993, fueron publicadas por Gorostegui (1992) normas chilenas para esta Escala, para niños escolares de entre los ocho y los doce años de edad, de diversos niveles socioeconómico, las que no pudieron ser utilizadas en este estudio, ya que dichas normas fueron establecidas para una escala modificada de la versión original de la prueba, mediante una traducción diferente del test original y la reducción de los 80 ítemes que componen la prueba original a 70 ítemes, por lo cual se desestimó su empleo en este estudio que utilizó la traducción de la versión original de la Escala, empleada en anteriores estudios nacionales y disponible al momento de realizar esta investigación.

5.2.- ESCALA DE ESTRATIFICACION DEL NIVEL SOCIOECONOMICO DE HIMMEL Y COLABORADORES.

Para fines de verificación del nivel socioeconómico de los sujetos que conformaron las muestras en este estudio, se aplicó esta escala que ha sido diseñada para establecer el nivel socioeconómico de la familia, en base al nivel educacional y la ocupación de los padres. Las categorías fueron codificadas y puntuadas por Himmel y col. (1981), obteniéndose un puntaje para ambas categorías, educacional y ocupacional. La suma de ambos puntajes, obtenidos por el padre y la madre, según quién logre el mayor nivel, permite determinar el nivel socioeconómico de la familia. Actualmente, existe una modificación de los puntajes originales de la escala, realizada por Pinto, Gallardo y Wenk (1992) en orden a corregir la tendencia de la escala a sobreestimar el nivel socioeconómico de las personas evaluadas, situando los puntajes de la siguiente forma :

- Nivel socioeconómico bajo: 0 a 6 puntos.
- Nivel socioeconómico medio: 7 a 9 puntos.
- Nivel socioeconómico alto: de 10 a más puntos.

5.3.- HOJA DE ENTREVISTA DISEÑADA PARA OBTENER LOS ANTECEDENTES PERSONALES.

Se diseñó un instrumento para ser administrado fácil y rápidamente a los padres o tutores y al menor durante la evaluación, con los objetivos de verificar los requisitos de la muestra de casos y obtener información acerca de la situación de vida global del menor, en una primera parte se consignan datos de identificación del menor y su grupo familiar, para esto se entrevistó al adulto que lo acompañaba y en la segunda parte se evaluó, entrevistándole a él directamente, su percepción de algunas variables asociadas teóricamente a la situación de maltrato, tales como

rendimiento escolar, pertenencia a algún grupo de pares, probable patología y tratamiento de los padres, y otros aspectos referidos por la literatura, en relación a los niños víctimas de maltrato físico.

Una versión modificada de esta pauta de entrevista, fue aplicada a los sujetos que no presentaban antecedentes de maltrato y que constituyeron la muestra de control, a fin de permitir la comparación entre ellos y los sujetos experimentales, respecto a ciertos aspectos de la vida familiar y escolar, de acuerdo a la perspectiva de los niños. Dicha entrevista, en su primera parte fue aplicada al profesor jefe y al menor, consignando datos acerca de la identificación del mismo y su grupo familiar, la segunda parte fue aplicada individualmente a cada menor.

6.- Procedimientos de recolección de datos:

Para la recolección de los datos del estudio, se siguieron los siguientes pasos:

Obtención del grupo experimental:

1.- Luego de una revisión de las investigaciones nacionales sobre el tema, se decidió trabajar con una muestra de casos tomada de los centros de atención que dependen del Servicio Nacional de Salud, ya que ellos cuentan con las más altas frecuencias de casos con diagnóstico de maltrato físico y presentaban condiciones de más fácil acceso a tales casos, para la investigación.

2.- Se seleccionaron las instituciones de acuerdo a su numerosa población asignada, alta demanda de atención, existencia y disponibilidad de registros de menores con diagnóstico de síndrome de niño maltratado físicamente o golpeado y a su diferente ubicación geográfica en el Area

Metropolitana. De esta manera los centros hospitalarios seleccionados fueron: Hospital Roberto del Rio (área norte), Hospital Exequiel González Cortés (área sur-poniente), Hospital San Borja-Arriarán (área centro), Hospital Luis Calvo Mackenna (área oriente) y Hospital Sótero del Rio (área sur-oriente).

3.- Se procedió a establecer contacto con la dirección de aquellos servicios seleccionados y encargados específicamente de los menores maltratados: Servicio de Salud Mental y Servicio Social del Hospital Roberto del Rio, Servicio de Salud Mental y Servicio Social del Hospital Exequiel González Cortés, Servicio de Neuropsiquiatría Infantil del Hospital San Borja-Arriarán, Servicio Social del Hospital Luis Calvo Mackenna, Unidad de Atención del Niño Maltratado y Unidad de Emergencia Infantil del Hospital Sótero del Rio.

Se obtuvo la respectiva autorización en cada uno de ellos, para trabajar en la evaluación de casos.

4.- Se procedió a coordinar con médicos, asistentes sociales o enfermeras, encargados de la atención de estos menores, según fuese el caso, la fechas y condiciones de las entrevistas y evaluaciones. En general, se citó y recitó a todos aquellos casos de niños detectados en los diferentes servicios, durante el período comprendido entre enero de 1992 y septiembre de 1993. Con respecto a los menores atendidos con posterioridad a este período, se concurrió el día en que los menores tenían su control de salud.

La muestra se constituyó en el período comprendido entre septiembre y diciembre de 1993.

5.- A los menores se les aplicó en forma grupal o individual, la segunda parte de la entrevista, previo consentimiento de

su parte a hablar del hecho, y en forma grupal o individual, la Escala de Autoconcepto de Piers-Harris, versión original. A la madre u otro adulto acompañante se le aplicó, la primera parte de la pauta de entrevista, la cual incluía a las preguntas de la Escala de Estratificación Social de Himmel y cols. en su versión revisada (1992).

6.- Se procedió finalmente a la corrección de las pruebas y al análisis estadístico de los datos.

Obtención del grupo control:

1.- Se realizó un análisis estadístico de las varianzas entre este grupo denominado experimental y de aquellos grupos procedentes de los estudios de Morales y cols.(1987) y de Estévez y Riveros (1992), considerados en un comienzo como probables estudios de referencia estadística para esta investigación, al carecer la Escala de Autoconcepto empleada en ese momento, de normas nacionales. Por una parte, contrariamente a lo esperado, en cuanto al nivel socioeconómico de los grupos, la muestra experimental de niños con maltrato físico correspondió a un nivel socioeconómico medio y bajo, pero con predominio del estrato bajo, mientras que los grupos tomados como referencia pertenecían a un nivel socioeconómico medio. Por otra parte, se encontró mediante el análisis por la prueba t de student, una significativa diferencia de varianzas entre el grupo denominado experimental y cada uno de los grupos tomados como referencia, la cual podría ser atribuible a las diferencias socioeconómicas y no sólo a las experiencias de maltrato físico estudiadas, se estimó entonces que no resultaba adecuado la comparación estadística, con aquellos estudios.

2.- Al tomarse conocimiento de la elaboración de normas nacionales para la escala de autoconcepto aquí empleada, se examinó dicha investigación, concluyéndose que la prueba allí utilizada no correspondía a la versión de este estudio, como se señaló en la descripción del instrumento, por lo que se desestimó su utilización.

3.- En consideración a estos hechos, se decidió la conformación de una muestra denominada de tipo control que considerara el mismo nivel socioeconómico, edad, sexo y rango educacional del grupo experimental, pero que a diferencia de éste, excluyera a niños con antecedentes de maltrato físico.

4.- Se procedió, durante marzo de 1994, a tomar contacto con diferentes colegios de Santiago, considerando las características necesarias para conformar la muestra de control.

5.- Se seleccionaron tres colegios: Escuela D-472 de San Miguel, Escuela D-782 de Lo Espejo y Escuela E-210 de Peñalolén.

6.- Se concurrió a los colegios, obteniéndose la respectiva autorización por parte de los directores de estas escuelas, procediéndose a explicar tanto a profesores jefes, orientadores e inspectores generales los requisitos de la muestra.

7.- En cada colegio se reunió a los niños seleccionados en una sala exclusiva para la evaluación, se les explicó el objetivo general de la evaluación, se les aplicó la entrevista en forma colectiva, constatando la situación socioeconómica del menor y la ausencia de una situación de maltrato físico o bien, de otro tipo de abuso, según la información dada por los profesores u otra autoridad del colegio. Luego de esto se

procedió a la aplicación de la Escala de Autoconcepto de Piers y Harris, versión original. Los casos que merecieron dudas en cuanto a una probable situación de maltrato, no fueron excluidos en ese momento sino se optó por su eliminación en la fase de corrección de las pruebas.

8.- Cuando se constituyó el grupo de control (marzo de 1994), se procedió a una corrección de las pruebas y al análisis estadístico de los resultados.

Tanto para el grupo experimental como el grupo de control, los resultados de la entrevista fueron analizados cualitativamente en base a los porcentajes de respuestas de los sujetos y cuantitativamente mediante la prueba de significación de la diferencia entre proporciones y la prueba de χ^2 . Con respecto a los resultados de la Escala de Autoconcepto, tanto del grupo experimental como del grupo control, se realizó un análisis estadístico mediante la prueba t de Student, ya que se dio por supuesto que los datos podían estimarse en un nivel intervalar de medición.

El análisis cuantitativo de los datos, se llevó a cabo a través de un programa computacional de análisis estadístico, el PRIMER OF BIOSTATISTICS.

VI. RESULTADOS:

VI.a. Luego de obtenidos los datos para el grupo denominado experimental, se procedió a su comparación con los grupos extraídos de los anteriores estudios de Morales y cols. (1987) y Estévez y Riveros (1992), que habían sido definidos como referentes estadísticos para el grupo en estudio. Esta comparación se realizó mediante la aplicación de la Prueba t de Student, dado que los resultados de la Escala de autoconcepto de Piers y Harris se pueden interpretar a un nivel intervalar de medición. Los resultados permitieron constatar la existencia de una importante diferencia estadística entre dichos estudios y el grupo experimental, objeto de este trabajo.

Dicha diferencia entre los promedios de los grupos, sin embargo, no pudo ser atribuída a las experiencias de maltrato físico exclusivamente, dado que se apreciaron diferencias en el nivel socioeconómico presentado por el grupo denominado experimental y los mencionados estudios. Estos resultados se interpretaron con un t teórico= 2,000, con 60 grados de libertad y con un 95% de confianza:

TABLA I.- Comparación entre el grupo n°1 de Morales y cols. con el grupo denominado experimental de este estudio (niños de 11 a 12 años 11 meses).

GRUPOS	N	X	DESV. STD	ERROR STD.
Morales	44	53,71	11,59	1,75
Experimental	20	36,60	9,06	2,02

$t = 5,833$, $P = 0,000$. Existe diferencia estadísticamente significativa.

TABLA II.- Comparación entre el grupo de Estévez y col. y el grupo denominado experimental (niños de 11 a 12 años).

GRUPOS	N	X	DESV. STD	ERROR STD.
Estévez	40	60,25	9,78	1,55
Experimental	20	36,60	9,06	2,02

t= 9,043, P= 0,000. Existe diferencia estadísticamente significativa.

TABLA III.- Comparación entre el grupo de Estévez y col. y el grupo denominado experimental (niños de 8 a 10 años 11 meses).

GRUPOS	N	X	DESV. STD.	ERROR STD.
Estévez	40	60,25	9,78	1,55
Experimental	20	48,65	10,14	2,27

t= 4,278, P= 0,000. Existe diferencia estadísticamente significativa.

Estos resultados hicieron optar por la conformación de un grupo denominado control, constituido por menores de similares características demográficas a las del grupo experimental, salvo por la ausencia de antecedentes de maltrato físico, de modo de contar con un grupo homólogo con el grupo denominado experimental, y efectuar de esta manera comparaciones válidas entre ambos.

A continuación se explicitarán los resultados cualitativos y cuantitativos obtenidos de los grupos denominados experimental y control, obtenidos tras la aplicación de la entrevista y la Escala de Autoconcepto para niños de Piers y Harris.

VI.b. RESULTADOS DE LA APLICACION DE LA ENTREVISTA.

1.- Grupo Experimental.

a). Resultados de la primera parte de la entrevista.

Esta primera parte estaba dirigida al adulto acompañante del menor y comprendía preguntas acerca de la edad, nivel educacional, actividad laboral y situación de salud tanto del menor encuestado como de su familia.

Luego de su aplicación fue posible determinar que las edades de los niños maltratados fluctuaban entre los 8 años 3 meses y los 12 años 10 meses. El 80% de ellos concurren acompañados por sus madres al servicio hospitalario.

El 15% del total de los menores provino del área norte de Santiago, el 33,5% eran residentes del área metropolitana central, un 45% del área sur-poniente y el 7,5% restante provenía del área sur-oriente. El rango de escolaridad de los niños osciló entre el 4° año y el 8° año de enseñanza básica, de acuerdo con su edad, sólo un 5% de los casos mostró repitencia de uno o más años, se observó además, en 2 casos hubo una inasistencia de 1 año al colegio, debido a problemas económicos que hicieron que el menor tuviera que trabajar con el padre o porque la familia no tuvo los recursos para comprar lo útiles y uniforme escolar, según señalaron los afectados. El nivel socioeconómico de los hogares de estos menores es predominantemente bajo, un 80% de los casos, mientras que el 20% restante, provenía de hogares de un nivel socioeconómico medio, de acuerdo con los resultados de la Escala de Estratificación Socioeconómica, versión revisada de Himmel y cols. (1992).

Con respecto a los padres, la edad promedio de las madres maltratadoras fue de 34 años 2 meses y en el caso de los padres maltratadores, fue de 40 años 4 meses. En relación a la escolaridad de ambos padres, un 25% tenía enseñanza media desde incompleta a completa, un 2,5% eran analfabetos, mientras que el resto poseía algún nivel de instrucción básica. En cuanto a la actividad laboral, un 68% de las madres señaló realizar labores de casa, un 12% eran asesoras del hogar, y el grupo restante correspondía a meseras, secretarias y vendedoras. Respecto al trabajo del padre, las dos actividades más frecuentemente mencionadas fueron las de obrero de la construcción (23%) y comerciante (de ferias libres y ambulantes, 22%). Otras actividades que se señalaron fueron las de garzón y fletero. Los únicos profesionales de la muestra fueron un matrimonio formado por un topógrafo y una educadora de párvulos. El tipo de unión más frecuente, es el matrimonio (53%), seguido por la convivencia (44%).

En cuanto al estado de salud física, a excepción de un padre con Diabetes no insulino dependiente y otro menor también diabético, pero insulino dependiente, tanto los padres como los niños manifestaron un adecuado estado de salud física. En cuanto a la salud mental, se observó en la muestra dos casos de menores con diagnóstico de Hiperquinesia, un niño con diagnóstico de Labilidad Atencional y una niña con Encopresis. Los demás niños sólo habían sido diagnosticados como niño maltratado. Respecto a sus padres, se mencionaron tres casos de padres alcohólicos, sin tratamiento de su adicción y dos casos de madres con trastornos depresivos en tratamiento. No obstante, frecuentemente las demás madres de los menores, manifestaron sentir una falta de ánimo, estar desesperanzadas, "cansadas" de una situación familiar insatisfactoria ya sea por problemas de pareja, problemas económicos o bien por alguna conducta disruptiva del propio menor. Dichas mujeres no habían consultado en algún servicio

de salud mental acerca de sus problemas, por lo que se encontraban sin un diagnóstico y tratamiento especializado. los tres hombres que concurrieron con los niños, no mencionaron tener problemas psicológicos.

2.- Resultados de la segunda parte de la entrevista.

Esta segunda y última parte de la entrevista consistió en preguntas destinadas a los mismos niños, a quienes, con su previo consentimiento, se les inquirió acerca de la dinámica de su situación familiar.

Estos resultados se entregan de la siguiente manera:

- Niños grupo A: de 8 a 12 años 11 meses (40 casos o muestra total).
- Niños grupo B: de 8 a 10 años 11 meses (20 casos).
- Niños grupo C: de 11 años 0 mes a 12 años 11 meses (20 casos).

Pregunta n° 1.

El niño o niña vive con:

	niños	A	B	C
	base:	40	20	20
a. familia nuclear		82,5%	85%	80%
b. familia extensa (abuelos, tíos, etc)...		17,5%	15%	20%
c. familia adoptiva.....		0%	0%	0%
d. otro.....		0%	0%	0%
	total	100%	100%	100%

Pregunta n° 1.b.

El menor califica la relacion con su familia como:

	niños	A	B	C
	base:	40	20	20
a. buena.....		82,5%	90%	75%.
b. regular.....		12.5%	10%	15%
c. mala.....		5%	0%	10%
	total	100%	100%	100%

Pregunta n° 2.

Opinión del menor, respecto de la calidad de relación entre sus padres o tutores:

	niños	A	B	C
	base:	40	20	20
a. buena.....		25%	35%	15%
b. mala.....		45%	15%	75%
c. regular (discusiones ocasionales)....		30%	50%	10%
	total	100%	100%	100%.

Pregunta n° 3.

Motivo al cual el menor atribuye su consulta en el hospital:

	niños	A	B	C
	base:	40	20	20
a. maltrato físico.....		50%	40%	60%
b. lesiones físicas.....		0%	0%	0%
c. problemas escolares.....		10%	0%	20%
d. problemas psicológicos.....		15%	0%	30%
e. no sabe.....		25%	20%	30%
	total	100%	100%	100%

Pregunta n° 3*.

Tipo de disciplina empleada en el hogar (esta pregunta con categorías no excluyentes, se empleó en aquellos 10 casos, en que el menor no indicó la situación de maltrato como motivo de consulta):

- a. castigo físico (maltrato físico).....100%
- b. retirada de eventos agradables.....25%
- c. amonestaciones verbales85%.
- d. agresiones verbales (maltrato emocional).....0%.

Pregunta n° 4.

Agresor del menor:

	niños	A	B	C
	base:	40	20	20
a. madre	30%	30%	30%	
b. padre	37,5%	45%	30%	
c. ambos padres	20%	10%	30%	
d. otro familiar	2,5%	5%	0%	
e. padrastro o madrastra.....	10%	10%	10%	
	total	100%	100%	100%

Pregunta n° 4.b.

La situación de maltrato existe actualmente:

	niños	A	B	C
	base:	40	20	20
a. si.....	87,5%	90%	85%	
b. no.....	5%	5%	5%	
c. ocasionalmente.....	7,5%	5%	10%	
d. otro.....	0%	0%	0%	
	total	100%	100%	100%

Pregunta n° 4.c.

El agresor ha recibido tratamiento psicológico, o de otro tipo:

	niños	A	B	C
	base:	40	20	20
a. si.....		35%	10%	60%
b. no.....		65%	90%	40%
	total	100%	100%	100%

Pregunta n° 5.

Razones a las cuales el menor atribuye el castigo:

	niños	A	B	C
	base:	40	20	20
a. porque yo soy culpable o malo.....		52,5%	35%	70%
b. por que él es violento o malo.....		2,5%	5%	0%
c. porque es un enfermo (adicciones u otro).....		12,5%	5%	20%
d. porque no me quiere		7,5%	5%	10%
e. no sé.....		25%	50%	0%
	total	100%	100%	100%

Pregunta n° 6.

Los hermanos también se encuentran en situación de maltrato físico:

	niños	A	B	C
	base:	40	20	20
a. si, todos.....		57,5%	55%	60%
b. si, pero sólo algunos.....		5%	0%	10%
c. no.....		27,5%	35%	20%
d. no tiene hermanos.....		10%	10%	10%
e. otro.....		0%	0%	0%
	total	100%	100%	100%

Pregunta n° 6.b.

Razones del menor (que contestó la alternativa a.) para explicar el castigo a sus hermanos:

	niños	A	B	C
	base:	23	11	12
a. porque los hermanos son culpables o malos.....	87%	91%	83%	
b. porque el agresor es violento o malo.....	9%	0%	17%	
c. porque el agresor es un enfermo.....	4%	9%	0%	
d. porque el agresor no les tiene afecto.....	0%	0%	0%	
e. no sabe.....	0%	0%	0%	
	total	100%	100%	100%

Razones del menor (que contestó las alternativas b. y c.) para explicar la falta de castigo a sus hermanos:

	niños	A	B	C
	base:	12	7	6
a. porque el otro hijo (s) es su favorito	50%	57%	67%	
b. porque el otro hijo (s) tiene poca edad.....	50%	67%	57%	
c. porque el otro hijo (s) tiene mejor conducta .	0%	0%	0%	
	total	100%	100%	100%

Pregunta n° 7.

Opinión del menor respecto de su rendimiento escolar:

	niños	A	B	C
	base:	40	20	20
a. bueno.....	60%	50%	70%	
b. malo.....	12,5%	15%	10%	
c. regular.....	27,5%	35%	20%	
	total	100%	100%	100%

Pregunta n° 7. b.

Opinión del menor respecto de su conducta escolar:

	niños	A	B	C
	base:	40	20	20
a. buena conducta.....	47,5%	45%	50%	
b. mala conducta	17,5%	15%	20%	
c. regular.....	35%	40%	30%	
d. otro.....	0%	0%	0%	
	total	100%	100%	100%

Pregunta n° 7.c.

Reacciones de los padres frente a sus posibles problemas escolares o en el hogar.

	niños	A	B	C
	base:	40	20	20
a. maltrato físico.....	27,5%	10%	35%	
b. castigo físico y amonestaciones verbales..	52,5%	70%	25%	
c. no les importa.....	10%	15%	5%	
d. procuran ayudarlo constructivamente.....	10%	5%	15%	
e. maltrato emocional.....	0%	0%	0%	
	total	100%	100%	100%

Pregunta n° 8.

Número de amistades que posee el menor:

	niños	A	B	C
	base:	40	20	20
a. más de 6.....	50%	50%	50%	
b. entre 3 y 5.....	27,5%	20%	35%	
c. entre 1 y 2	22,5%	30%	15%	
d. ninguno.....	0%	0%	0%	
	total	100%	100%	100%

Pregunta n° 9*.

Perspectiva de roles futuros en la sociedad (esta pregunta se utilizó a fin de proporcionar un distractor que facilitara un final agradable dada la temática de la entrevista):

	niños	A	B	C
base:	40	20	20	
a. profesor, carabinero, médico u otro.....	70%	80%	60%	
b. no creo que pueda ser alguien especial....	17,5%	5%	30%	
c. lo mismo que mi padre o madre	5%	10%	0%	
d. no lo he pensado.....	7,5%	5%	10%	
	total 100%	100%	100%	

2.- Grupo Control

a) Resultados de la aplicación de la segunda parte de la entrevista:

Se presentan los datos de la segunda parte de esta entrevista que consistió en una versión modificada de la pauta aplicada a los sujetos experimentales, consignando preguntas similares acerca de la dinámica familiar en sus hogares. Dado que la primera parte consistió en preguntas destinadas a constatar aspectos tales como la edad y nivel socioeconómico en los menores, se realizó un análisis sólo de esta segunda parte de la entrevista total, por considerarse importante una comparación entre las opiniones de los sujetos del grupo denominado control, con respecto a las proporcionadas por el grupo denominado experimental.

- Niños grupo A: de 8 a 12 años 11 meses (40 casos o muestra total).
- Niños grupo B: de 8 a 10 años 11 meses (20 casos).
- Niños grupo C: de 11 0 meses a 12 años 11 meses (20 casos).

Pregunta n°1.

El menor califica la relación con su familia como:

	niños	A	B	C
	base:	40	20	20
a. buena.....		87,5%	90%	85%
b. regular.....		12,5%	10%	15%
c. mala.....		0%	0%	0%
	total	100%	100%	100%

Pregunta n° 2.

Tipo de disciplina empleada en el hogar (categorías no excluyentes):

	niños	A	B	C
	base:	40	20	20
a. castigo físico (maltrato).....		0%	0%	0%
b. retirada de eventos agradables.....		80%	85%	75%
c. amonestación verbal.....		92.5%	90%	95%
d. agresiones verbales (abuso emocional)...		0%	0%	0%

Pregunta n° 3.

Opinión del menor respecto de la calidad de la relación entre sus padres:

	niños	A	B	C
	base:	40	20	20
a. buena.....		65%	60%	70%
b. mala.....		7,5%	15%	0%
c. regular (discusiones ocasionales)....		27,5%	25%	30%
	total	100%	100%	100%

Pregunta n° 4.

Opinión del menor respecto de su rendimiento escolar:

	niños	A	B	C
	base:	40	20	20
a. bueno.....		80%	85%	75%
b. malo.....		5%	5%	5%
c. regular.....		15%	10%	20%
	total	100%	100%	100%

Pregunta n° 5.

Opinión del menor respecto de su conducta escolar:

	niños	A	B	C
	base:	40	20	20
a. buena conducta.....		77,5%	90%	65%
b. mala conducta.....		5%	5%	5%
c. regular.....		17,5%	5%	30%
	total	100%	100%	100%

Pregunta n° 6.

Número de amistades que posee el menor:

	niños	A	B	C
	base:	40	20	20
a. más de 6.....		95%	90%	100%
b. entre 3 y 5.....		2,5%	5%	0%
c. entre 1 y 2.....		2,5%	5%	0%
d. ninguno.....		0%	0%	0%
	total	100%	100%	100%

Análisis cualitativo de la entrevista:

En su mayoría, los niños maltratados viven con uno o ambos padres biológicos, y hermanos o hermanastros, de igual manera que el grupo control.

En general, tanto los niños maltratados mayores (11 a 12 años) como los pequeños (8 a 10 años), consideran en primera instancia, la relación con sus familias como satisfactoria o buena, lo cual si bien no traduce la situación de abuso en que viven, puede explicarse por alguna advertencia de sus padres acerca de mencionar aspectos negativos en la dinámica familiar o bien por un temor propio del menor a que sus respuestas, en general, desencadene alguna acción dolorosa para él o su familia (ejemplo: dar aviso a carabineros para detener a sus padres, retenerle en el hospital y otras medidas que los niños ya han experimentado). La misma opinión presenta el grupo control, pero probablemente debido a una verdadera relación satisfactoria con su familia.

Respecto del tipo de relación por ellos percibida entre los padres, en su mayoría los niños con antecedentes de maltrato y de mas edad, la consideran como negativa, es decir, perciben un alto nivel de conflicto (contínuas peleas e incluso agresiones físicas entre ellos), mientras que los niños más pequeños la califican de regular (ocasionales peleas, no siendo frecuentes las agresiones entre ellos). Lo contrario sucede en el grupo control, donde la mayoría de los niños, tanto mayores como menores, perciben una relación buena o armoniosa entre sus padres.

La gran mayoría de los niños maltratados menciona su situación de abuso como el motivo de concurrencia al hospital, lo que es particularmente notorio en el caso de los niños

pequeños. No obstante, con una segunda mayor frecuencia, estos niños se aseguran no conocer el motivo, lo que podría estar motivado nuevamente por alguna advertencia de sus padres, o bien por una cautela de parte del niño en sus respuestas.

Los niños maltratados de más edad, a diferencia de los menores, mencionan problemas psicológicos como agresividad, impulsividad, además de problemas escolares como bajo rendimiento, problemas de concentración, entre otros, como razones para asistir a tratamiento.

Respecto del tipo de agresor, para los niños mayores del grupo experimental, es similar la proporción en que el padre, la madre o ambos padres biológicos, son los agresores. Para los niños más pequeños el padre presenta la más alta frecuencia, luego sigue la madre y en menor frecuencia son ambos. La frecuencia en que un padre o madre adoptivo es el agresor, fue mucho menor a lo esperable.

Para la mayoría de los niños, la situación de maltrato continúa pese a su detección por el equipo de salud, y a las intervenciones realizadas por asistentes sociales, psiquiatras o psicólogos, es decir estas intervenciones, en la práctica no estarían siendo efectivas.

En el caso de los niños de menos edad, frecuentemente se señala que el agresor no ha recibido tratamiento psicoterapéutico, ya sea porque éste se ha negado a concurrir al hospital (lo cual es frecuente en casos en que el padre o padrastro es el agresor) o bien porque su concurrencia, ha sido esporádica, con largas interrupciones entre los controles, consistiendo dichos tratamientos principalmente en la administración de psicofármacos (en especial en los casos en que la madre es la agresora).

En el caso de los niños mayores, existe una fuerte autoatribución respecto de las razones del castigo, es decir, según ellos, la causa estaría en su propio comportamiento. En segundo lugar, mencionan no conocer las causas como indicando que no han reflexionado mayormente en ello. Sólo en un menor grado plantean que el adulto pueda tener responsabilidad en el acto. En el caso de los niños pequeños, la autoatribución resulta menos significativa, y se señala más frecuentemente no conocer el motivo, lo cual nuevamente puede ser resultado de un comportamiento cauteloso hacia la situación de la entrevista.

Habitualmente los hermanos de los niños abusados, en caso de haberlos, reciben maltrato físico. Por otro lado, se indicaron también situaciones en que el menor evaluado es el único que lo recibe entre todos los hijos, por lo que pareciera que la distribución del castigo es o igual para todos, o bien, se centra en un sólo individuo.

Al respecto, la mayoría de los menores considera que el castigo de los demás también es provocado por un inadecuado comportamiento de ellos. A su vez, la eximición de él es resultado de la predilección del adulto agresor, sin necesariamente implicar un mejor comportamiento del menor favorecido.

Respecto del rendimiento escolar, la mayoría lo califica como bueno y en una menor proporción se lo considera como regular. Existe una tendencia similar respecto a la percepción de la conducta académica, aunque las calificaciones de buena y regular difieren menos en sus proporciones.

El grupo control exhibe la misma tendencia a calificar positivamente tanto su rendimiento como la conducta escolar, pero en ellos la proporción es mayor, así, la menor frecuencia

de calificaciones regulares o malas contrasta con el grupo de niños maltratados.

Frente a las posibles dificultades escolares, la alternativa de castigo físico y sanciones verbales (las que no llegan a configurar un maltrato emocional), indica que éste es el recurso o forma de disciplina más utilizado por las familias de los niños maltratados. Lo contrario sucede con el grupo control, donde se señala con mayor frecuencia que los padres optan por la amonestación verbal y el retiro de eventos agradables antes que por el castigo físico.

Si bien la mayoría de los niños maltratados, tanto mayores como menores señaló poseer más de 6 amigos, las referencias a 4, 3, 2 o bien a un sólo amigo aparecen con una mayor frecuencia que en el grupo de control, donde los niños señalaron predominantemente poseer grupos numerosos de amistades. Las razones para los escasos amigos en los niños maltratados fueron: dificultades de relación entre ellos y sus pares (según ellos, sus pares eran peleadores, materialistas, volubles); también señalaron restricciones de sus padres a darles permiso para ir a jugar o visitar y ser visitados por sus amigos. Algunos niños indicaron un escaso interés personal por acrecentar el número de amistades dada la buena relación existente con sus pocos amigos.

Análisis cuantitativo de la Entrevista:

Se procedió a comparar las posibles diferencias entre las respuesta entregadas en cada una de las opciones de las preguntas de la entrevista, administradas a los sujetos de la muestra denominada experimental, diferenciados de acuerdo con la variable edad, percibida como discriminativa en este estudio. Este análisis se llevó a cabo, a través de la prueba de la significación de la diferencia entre proporciones. A

continuación de las preguntas, se indica el valor de la prueba de diferencias entre proporciones obtenida (z), y la probabilidad de su ocurrencia que se interpreta con un $P > 0,05$.

Así se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las siguientes preguntas:

- Pregunta n° 1.b referida a la percepción de la relación entre los padres, donde los niños menores (8 a 10 años) y los niños mayores (11 a 12 años) presentaron diferente proporción de respuestas, en el sentido que los niños mayores tienden a calificar dicha relación como mala (alternativa b. $z=2,415$, $P=0,016$), mientras que los niños menores la califican en mayor proporción como regular (alternativa c. $z=3,496$, $P=0,000$).
- Pregunta n°3 referida al motivo que señala el niño para concurrir al hospital, existe una diferente proporción entre las respuestas de ambos estratos, ya que los niños mayores (11 a 12 años) hacen mención de problemas psicológicos propios, mientras que los niños menores (8 a 10 años) de la muestra, no hacen referencia a esta razón (alternativa d. $z=2,214$, $P=0,027$).
- Pregunta n°4c. referida a si el agresor ha recibido tratamiento psicoterapéutico, existe una diferencia de proporción entre ambos estratos, en el sentido que los niños mayores (11 a 12 años) consideran que éste si habría recibido tratamiento (exitoso o no) (alternativa a. $z=2,983$, $P=0,003$) mientras que los niños menores (8 a 10 años), consideran que éste no lo habría recibido (alternativa b. $z=2,983$, $P=0,003$).
- Pregunta n°5 referida a la justificación que el niño hace del castigo, existe una diferencia entre las proporción de respuestas, ya que los niños menores (8 a 10 años) mencionan

frecuentemente, desconocer los motivos, a diferencia de los niños mayores (11 a 12 años), que plantean una serie de probables razones (alternativa e. $z=2,214$, $P=0,027$).

- Pregunta n°7c referida a las técnicas de disciplina empleadas por los padres de los menores, también existe una diferencia de proporción en las respuestas, dado que los niños menores (8 a 10 años) exhiben una mayor tendencia a señalar la presencia de castigos físicos asociados a reprimendas verbales (retos, insultos durante el episodio de castigo), que los sujetos mayores de la muestra (alternativa b. $z=2,533$, $P=0,011$).

Este mismo análisis se realizó con las respuestas del grupo denominado control, donde no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, en las diferentes opciones a las preguntas.

En segundo lugar, se quiso constatar si existían diferencias estadísticamente significativas entre el grupo denominado experimental y el grupo denominado control, respecto de la selección de alternativas en las preguntas (cinco) que fueron administradas a ambos grupos. Este análisis se llevó a cabo, mediante la aplicación de la prueba de χ^2 ($\chi^2_t = 5,99$, $L = 0,05$).

Los resultados indicaron que no existe diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, en:

- La pregunta acerca del tipo de relación que el menor percibe entre él y su familia ($\chi^2_0 = 2$).
- La pregunta acerca de la percepción del menor sobre su rendimiento escolar ($\chi^2_0 = 4$).

En cambio, existen diferencias estadísticamente significativas en:

- La pregunta acerca del tipo de relación percibida en los padres, ya que los sujetos del grupo control tendieron a calificarla de una manera más positiva que el grupo experimental ($\chi^2=18,06$).
- La pregunta acerca de la percepción del menor acerca de su conducta escolar, dado que los sujetos del grupo control tendieron a calificarla en forma más satisfactoria que el grupo experimental ($\chi^2=7,6$).
- La pregunta acerca del número de amistades, ya que los niños del grupo control mencionaron con mayor frecuencia la pertenencia a un grupo numeroso de amigos, mientras que en el grupo experimental, se señaló también, la existencia de pocas relaciones de amistad entre el niño y sus pares ($\chi^2=20,4$).

En conclusión, puede señalarse que la entrevista no resultó ser discriminativa al interior del grupo denominado experimental, ya que en general los niños con antecedentes de maltrato, menores y mayores, se diferenciaron sólo en ciertos aspectos ya mencionados, probablemente debido al tipo de preguntas realizadas, las cuales hacen referencia a temas conflictivos, penosos y de alguna manera peligrosos de tratar para el menor (respecto de su agresor o su familia), en una situación que no deja de ser extraña y atemorizante como la planteada por una evaluación ante un entrevistador hasta entonces desconocido. Por otro lado, las preguntas se plantearon de una manera abierta y en general, no fue el objetivo de la entrevista hacer profundizar al menor en su problemática, obligándolo a hablar si él no quería o decía que "no sabía". No obstante, puede considerarse que esta entrevista sí discriminó entre el grupo de niños con maltrato físico y el grupo de sujetos sin maltrato, en los aspectos ya señalados.

VI.c. RESULTADOS DE LA APLICACION DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE PIERS-HARRIS.

Se procedió a un análisis estadístico de los datos obtenidos a partir de la aplicación de la Escala de Autoconcepto de Piers-Harris, mediante la aplicación de la prueba de significación de la diferencias entre medias, t de Student, dado que se podía asumir que los datos que arrojó esta escala, se pueden interpretar a un nivel intervalar de medición. Los datos se interpretaron con un t teórico= 2.101 con 18 grados de libertad y a un nivel de confianza del 95%.

En primer lugar se realizó la comparación entre los rendimientos alcanzados por ambos grupos en total, es decir entre el grupo de niños y niñas de 8 años a 12 años 11 meses con maltrato físico y el grupo de niños y niñas de 8 años a 12 años 11 meses sin maltrato físico, obteniéndose los siguientes resultados:

TABLA IV.- Comparación entre niños de los 8 a los 12 años 11 meses, con y sin antecedentes de maltrato físico:

GRUPOS	N	\bar{X}	DESV. STD.	ERROR STD.
Niños c/m.	40	43,43	9,79	1,55
Niños s/m.	40	55,33	9,93	1,57

t= -5,397, con 18 grados de libertad, P=0.000. Existe diferencia estadísticamente significativa.

Con esto se constata lo referido por la literatura especializada y lo señalado por diversos especialistas chilenos en el tema como el Dr. A. Gilchrist (cit. por Behar, 1989) de acuerdo con su experiencia clínica, en el sentido que

los menores víctimas de maltrato físico presentan una autoestima significativamente menor en relación a otros niños que no han tenido éstas u otro tipo de experiencias de maltrato (físico, emocional, sexual o abandono).

2) Se realizó una comparación intragrupal, en el grupo denominado experimental, es decir, entre los menores con antecedentes de maltrato físico.

TABLA V.- Comparación entre los niños y niñas de los 8 a los 10 años 11 meses, con maltrato físico:

GRUPOS	N	\bar{X}	DESV. STD.	ERROR STD.
Niños	10	49.80	10.79	3.41
Niñas	10	48,40	9,12	2,88

t= 0,313. con 18 grados de libertad, P=0,758. No existe diferencia estadísticamente significativa.

TABLA VI.- Comparación entre los niños y niñas de 11 a 12 años 11 meses, con maltrato físico:

GRUPOS	N	\bar{X}	DESV. STD.	ERROR STD.
Niños	10	38,10	8,62	2,73
Niñas	10	37,40	10,64	3,36

t= 0,162. Con 18 grados de libertad, P=0,873. No existe diferencia estadísticamente significativa.

TABLA VII.- Comparación de los niños con maltrato físico de 8 a 10 años 11 meses con los niños también maltratados físicamente de 11 a 12 años 11 meses:

GRUPOS	N	\bar{X}	DESV. STD.	ERROR STD.
Niños 8-10.11	10	49,80	10,79	3,41
Niños 11-12.11	10	38,10	8,62	2,73

t= 2,679, con 18 grados de libertad, P= 0,015. Existe diferencia estadísticamente significativa.

TABLA VIII.- Comparación de las niñas con maltrato físico de 8 a 10 años 11 meses con las niñas también maltratadas físicamente de 11 a 12 años 11 meses:

GRUPOS	N	\bar{X}	DESV. STD.	ERROR STD.
Niñas 8-10.11	10	48,40	9,12	2,88
Niñas 11-12.11	10	37,40	10,64	3,36

t= 2,483, con 18 grados de libertad, P=0,023. Existe diferencia estadísticamente significativa.

Es posible constatar de este modo, que el nivel de la autoestima entre los varones y las niñas con maltrato físico no muestra diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, separados por sexo. En cambio, entre los niños y niñas de 11 años a 12 años 11 meses, con respecto a sus pares de menor edad, si aparecen diferencias que resultan estadísticamente significativas en cuanto a su autoestima, es decir, los niños con antecedentes de maltrato de más edad evidencian una autoestima más baja.

De esto es posible inferir que la variable edad resulta efectivamente discriminativa en cuanto a detectar diferencias de autoestima en los menores con antecedentes de maltrato físico. Lo contrario sucedería con la variable sexo, la que no resulta discriminativa en este estudio, es decir, no introduce diferencias estadísticamente significativas de autoestima en los menores maltratados. Considerando entonces, las características de la muestra con que se trabajó, se observa que mientras más edad tenga el menor, más probabilidad tiene de poseer una más baja autoestima que otros niños también maltratados físicamente, pero de menos edad. Lo que podría deberse entre otras causas, a una mayor conciencia de su situación de vida, por parte de estos menores.

3) Similares comparaciones se realizaron al interior del grupo tomado como control, pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al nivel de la autoestima: entre los hombres y las mujeres de 8 años a 10 años 11 meses, y los de 11 años a 12 años 11 meses; entre las mujeres de 8 años a 10 años 11 meses y de entre 11 y 12 años 11 meses y los hombres de 8 años a 10 años 11 meses y los de 11 años a 12 años 11 meses. Por lo tanto, en este grupo que no presenta antecedentes de maltrato físico, las variables de edad como de sexo no muestran diferencias estadísticamente significativas, en lo que a sus respuestas a la escala se refiere. Lo que se explicaría por el hecho que en realidad, no existe consenso en la literatura acerca de si las variables edad y sexo, necesariamente presentan algún tipo de correlación con los niveles de la autoestima, si bien autores como Papalia (1990) mencionan estudios a favor de de una relación entre estas variables, otros como E. Piers (1984), citando a otros investigadores, como Wylie (1979) y Hartes (1983), concluye que los estudios son inconsistentes respecto de la influencia de la edad, y lo mismo sucede respecto del sexo de los sujetos estudiados (Farls, 1966; Stopper, 1978;

Wylie, 1979 y Crase y cols., 1981 cit. por Piers, 1984).

4) Luego se realizó una comparación intergrupala, entre el grupo denominado experimental, es decir, entre aquellos niños con experiencias de maltrato físico, y el grupo control, compuesto por aquellos menores sin experiencias de maltrato físico.

Para conocer las características que tiene la autoestima de los niños maltratados, con respecto a niños sin estas experiencias:

TABLA IX.- Comparación de los niños de 8 a 10 años 11 meses del grupo experimental, con los varones del grupo control de la misma edad:

GRUPOS	N	\bar{X}	DESV. STD.	ERROR STD.
Niños exp.	10	49,80	10,79	3,41
Niños ctl.	10	52,20	10,26	3,24

t= -0,510, con 18 grados de libertad, P=0,616. No existe diferencia estadísticamente significativa.

TABLA X.- Comparación de las niñas de 8 a 10 años 11 meses del grupo experimental, con las niñas del grupo control de la misma edad:

GRUPOS	N	\bar{X}	DESV. STD.	ERROR STD.
Niñas exp.	10	48,40	9,12	2,88
Niñas ctl.	10	59,50	10,38	3,28

t= -2,540, con 18 grados de libertad, P=0,021. Existe diferencia estadísticamente significativa.

TABLA XI.- Comparación entre los hombres de 11 a 12 años 11 meses, del grupo experimental y el grupo control:

GRUPOS	N	\bar{X}	DESV. STD.	ERROR STD.
Niños exp.	10	38,10	8,62	2,73
Niños ctl.	10	54,20	13,61	4,30

t= -3,160, con 18 grados de libertad, P=0,008. Existe diferencia estadísticamente significativa.

TABLA XII.- Comparación entre las niñas de 11 a 12 años 11 meses, del grupo experimental y del grupo control:

GRUPOS	N	\bar{X}	DESV. STD.	ERROR STD.
Niñas exp.	10	37,40	10,64	3,36
Niñas ctl.	10	55,40	5,46	1,73

t= -4,760, con 18 grados de libertad, P=0,000. Existe diferencia estadísticamente significativa.

En base a los datos estadísticos obtenidos, es posible establecer que en el caso de los niños de entre los 8 años a 10 años 11 meses, cuya autoestima no presenta diferencias estadísticamente significativas con respecto a sus pares de igual edad pero sin antecedentes de maltrato físico, se plantea una interrogante, dado el desempeño alcanzado por los otros menores del grupo experimental, los cuales presentan niveles de autoestima menores a los del grupo control. Podría ser importante considerar que aunque la influencia de la variable sexo no es clara en la literatura (Piers, 1984), en los resultados encontrados por Gorostegui (1992), en su

estudio en nuestro país, sí se constató la existencia de diferencias estadísticamente significativas de acuerdo a la variable sexo, apreciándose una tendencia a mejores puntajes en los hombres respecto de las mujeres, aunque sin considerar la edad de los niños evaluados. Por otro lado, es posible hipotetizar, de acuerdo a las teorías de J. Piaget y de L. Kohlberg, que estos niños, se encontrarían en una etapa de vida caracterizada por el respeto sin cuestionamiento a la autoridad, a las normas, a sus castigos los cuales serían aceptados con total sumisión y sin provocar disconformidad, insatisfacción o deseos de cambio en el menor.

La mayor diferencia estadística se observó entre el grupo de niñas maltratadas de 11 años a 12 años 11 meses con respecto a las niñas de su misma edad pero que no viven en situación de maltrato. En segundo lugar, el grupo de hombres de la misma edad también con antecedentes de maltrato mostró una autoestima significativamente menor con respecto a los niños del grupo sin antecedentes de maltrato, con lo cual nuevamente la variable de edad en este estudio, diferencia más eficientemente a los grupos, al ser precisamente los niños mayores los que presentan las diferencias más significativas con respecto al grupo control.

En el caso del grupo de niñas con maltrato de entre los 8 años a 10 años 11 meses que mostraron una autoestima significativamente menor a su grupo control, esta autoestima fue de mejor nivel que la de los otros niños también maltratados físicamente, pero de más edad (11 a 12 años 11 meses). Esto podría ser el resultado de una más temprana maduración cognitiva respecto de los hombres de su misma edad, quienes no presentan diferencias significativas respecto de su grupo control. Autores como Mussen han señalado que "los niños tienden a madurar más tarde que las niñas" (Mussen, 1990, pág. 318) lo que podría situarlas en una fase de

transición entre la etapa de obediencia y respeto absoluto propias de su edad cronológicas, y en las que probablemente se encuentran los varones ya señalados, y en la etapa superior que implica un creciente cuestionamiento y revisión de la autoridad y sus reglas, en la que se encontrarían los niños de más edad del grupo denominado experimental.

Cabe señalar que tanto para J. Piaget como para L. Kohlberg, el desarrollo moral, no es independiente del desarrollo cognitivo y biológico (Mifsud, 1981; Yáñez y col., 1987, entre otros autores).

5) Para conocer las características específicas en cuanto a los diversos aspectos que componen la autoestima global, ya sea al interior de ambos grupos y luego entre el grupo experimental y el grupo control, se procedió a un análisis estadístico también mediante la prueba t de Student, con 18 grados de libertad y con un 95% de confianza (t teórico= 2,101), de los puntajes brutos de los menores en cada una de las seis subescalas que componen la prueba.

En consideración a que la variable edad demostró ser la variable más discriminativa, los grupos fueron evaluados en base a ella.

a) Se comparó intragrupalmente, a los niños con antecedentes de maltrato físico de entre los 8 años y 10 años 11 meses y los niños de 11 años a 12 años 11 meses, obteniéndose diferencias estadísticamente significativas en las subescalas: I Conducta, II Status intelectual y escolar y IV Ansiedad, evidenciando un menor nivel de autoestima alcanzado por los niños mayores, obteniéndose los siguientes resultados:

TABLA XIII.- Comparación entre los niños con maltrato físico de 8 a 10 años 11 meses y los niños de 11 a 12 años 11 meses, también maltratados físicamente, en la subescala I:

GRUPOS	N	\bar{X}	DESV. STD.	ERROR STD.
Niños 8-10.11	10	10,10	3,90	1,23
Niños 11-12.11	10	5,60	2,67	0,85

t= 3,009, con 18 grados de libertad, P=0,008.

TABLA XIV.- Comparación entre los niños con maltrato físico de 8 a 10 años 11 meses y los niños de 11 a 12 años 11 meses, también maltratados físicamente, en la subescala II:

GRUPOS	N	\bar{X}	DESV. STD.	ERROR STD.
Niños 8-10.11	10	10,40	2,67	0,85
Niños 11-12.11	10	6,90	2,81	0,89

t= 2.855, con 18 grados de libertad, P=0,011.

TABLA XV.- Comparación entre los niños con maltrato físico de 8 a 10 años 11 meses y los niños de 11 a 12 años 11 meses, también maltratados físicamente, en la subescala IV:

GRUPOS	N	\bar{X}	DESV. STD.	ERROR STD.
Niños 8-10.11	10	8,30	2,50	0,79
Niños 11-12.11	10	5,40	3,24	1,02

t =2,243, con 18 grados de libertad, P=0,038.

b) Se comparó a las niñas maltratadas físicamente de 8 años a 10 años 11 meses y de los 11 años a 12 años 11 meses, obteniéndose diferencias significativas en las subescalas : II Status intelectual y escolar y la subescala III Atributos y apariencia física, también indicándose un menor nivel de autoestima en las niñas mayores, con los siguientes resultados:

TABLA XVI.- Comparación entre las niñas con maltrato físico de 8 a 10 años 11 meses y las niñas de 11 a 12 años 11 meses, también maltratadas físicamente, en la subescala II:

GRUPOS	N	\bar{X}	DESV. STD.	ERROR STD.
Niñas 8-10.11	10	11,30	1,77	0,56
Niñas 11-12.11	10	8,40	3,63	1,15

t =2,273, con 18 grados de libertad, P=0,036.

TABLA XVII.- Comparación entre las niñas con maltrato físico de 8 a 10 años 11 meses y las niñas de 11 a 12 años 11 meses, también maltratadas físicamente, en la subescala III:

GRUPOS	N	\bar{X}	DESV. STD.	ERROR STD.
Niñas 8-10.11	10	7,20	2,74	0,87
Niñas 11-12.11	10	4,20	3,12	0,99

t =2,285, con 18 grados de libertad, P=0,035.

c) Se comparó intragrupalmente, a los niños de entre los 8 años y 10 años 11 meses y los niños de 11 años a 12 años 11 meses sin antecedentes de maltrato físico, obteniéndose una diferencia estadísticamente significativa sólo en la subescala

VI Felicidad y Satisfacción, con una menor autoestima promedio del grupo de menos edad:

TABLA XVIII.- Comparación entre los niños de 8 a 10 años 11 meses y los niños de 11 a 12 años 11 meses, sin maltrato físico, en la Subescala VI:

GRUPOS	N	\bar{X}	DESV. STD.	ERROR STD.
Niños 8-10.11	10	7,00	1,63	0,52
Niños 11-12.11	10	8,40	0,97	0,31

$t = -2,333$, con 18 grados de libertad, $P=0,031$.

d) Se comparó a las niñas de 8 años a 10 años 11 meses con las de entre los 11 años a 12 años 11 meses sin antecedentes de maltrato físico, obteniéndose una diferencia estadísticamente significativa sólo en al subescala I Conducta, en que el menor nivel de autoestima presentado por las niñas mayores.

TABLA XIX.- Comparación entre las niñas de 8 a 10 años 11 meses y las niñas de 11 a 12 años 11 meses, sin maltrato físico, en la Subescala I:

GRUPOS	N	\bar{X}	DESV. STD.	ERROR STD.
Niñas 8-10.11	10	14,50	2,07	0,65
Niñas 11-12.11	10	12,30	1,06	0,33

$t = 2,994$, con 18 grados de libertad, $P=0,008$.

e) Se comparó luego intergrupalmente, a los hombres de 8 años a 10 años 11 meses con antecedentes de maltrato físico con los varones de la misma edad pero sin antecedentes de maltrato

físico, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las subescalas.

f) Tras la comparación de los niños de 11 años a 12 años 11 meses con y sin maltrato físico, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en casi todas las subescalas: I Conducta, II Status intelectual y escolar, IV Ansiedad, V Popularidad y VI Felicidad y satisfacción, salvo en la subescala III Atributos y Apariencia física, dado que los niños con antecedentes de maltrato presentaron bajos niveles de autoestima en aquellas subescalas respecto de los niños sin antecedentes de maltrato físico.

TABLA XX.- Comparación de los niños de 11 a 12 años 11 meses con y sin maltrato físico en la Subescala I:

GRUPOS	N	\bar{X}	DESV. STD.	ERROR STD.
Niños c/m.	10	5,60	2,67	0,85
Niños s/m.	10	9,80	4,92	1,55

t = -2,373, con 18 grados de libertad, P=0,029.

TABLA XXI.- Comparación de los niños de 11 y 12 años 11 meses con y sin maltrato físico en la subescala II:

GRUPOS	N	\bar{X}	DESV. STD.	ERROR STD.
Niños c/m.	10	6,90	2,81	0,89
Niños s/m.	10	11,30	4,60	1,45

t = -2,584, con 18 grados de libertad, P=0,019.

TABLA XXII.- Comparación de los niños de 11 y 12 años 11 meses con y sin maltrato físico en la Subescala IV:

GRUPOS	N	\bar{X}	DESV. STD.	ERROR STD.
Niños c/m.	10	5,40	3,24	1,02
Niños s/m.	10	8,60	2,37	0,75

t = -2,523, con 18 grados de libertad, P=0,021.

TABLA XXIII.- Comparación entre los niños de 11 y 12 años 11 meses, con y sin maltrato físico, en la subescala V:

GRUPOS	N	\bar{X}	DESV. STD.	ERROR STD.
Niños c/m.	10	6,40	2,50	0,79
Niños s/m.	10	8,49	1,65	0,52

t = -2,111, con 18 grados de libertad, P=0,049.

TABLA XXIV.- Comparación entre los niños de 11 a 12 años 11 meses, con y sin maltrato físico en la Subescala VI:

GRUPOS	N	\bar{X}	DESV. STD.	ERROR STD.
Niños c/m.	10	6,50	1,90	0,60
Niños s/m.	10	8,40	0,97	0,31

t = -2,818, con 18 grados de libertad, P=0,011.

g) Se comparó a las niñas de 8 años a 10 años 11 meses, con y sin antecedentes de maltrato físico, obteniéndose

diferencias estadísticamente significativas en las subescala I Conducta y VI Felicidad y Satisfacción, dado el menor nivel de autoestima en estas subescala presentado por las niñas con maltrato físico con respecto a los sujetos del grupo denominado control.

TABLA XXV.- Comparación entre las niñas de 8 a 10 años 11 meses, con y sin maltrato físico en la subescala I:

GRUPOS	N	\bar{X}	DESV. STD.	ERROR STD.
Niñas c/m.	10	11,70	2,63	0,83
Niñas s/m.	10	14,50	2,07	0,65

t = -2,648, con 18 grados de libertad, P=0,016.

TABLA XXVI.- Comparación entre las niñas de 8 a 10 años 11 meses, con y sin maltrato físico en la subescala VI:

GRUPOS	N	\bar{X}	DESV. STD.	ERROR STD.
Niñas c/m.	10	6,00	1,83	0,58
Niñas s/m.	10	7,00	1,64	0,52

t = -2,193, con 18 grados de libertad, P=0,042.

h) Finalmente se comparó a las niñas de 11 años a 12 años 11 meses con y sin antecedentes de maltrato físico, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en las subescalas: I Conducta, III Atributos y Apariencia física, IV Ansiedad, VI Felicidad y Satisfacción, dado el menor nivel de autoestima presentado por las niñas con maltrato físico respecto la autoestima de sus pares, del grupo denominado control.

TABLA XXVII.- Comparación entre las niñas de 11 a 12 años 11 meses, con y sin maltrato físico en la Subescala I:

GRUPOS	N	\bar{X}	DESV. STD.	ERROR STD.
Niñas c/m.	10	9,60	2,37	0,75
Niñas s/m.	10	12,30	1,06	0.33

t = -3,293, con 18 grados de libertad, P=0,004.

TABLA XXVIII.- Comparación entre las niñas de 11 a 12 años 11 meses, con y sin maltrato físico en la subescala III:

GRUPOS	N	\bar{X}	DESV. STD.	ERROR STD.
Niñas c/m.	10	4,20	3,12	0,99
Niñas s/m.	10	7,90	1,60	0,50

t = -3,339, con 18 grados de libertad, P=0,004.

TABLA XXIX.- Comparación entre las niñas de 11 a 12 años 11 meses, con y sin maltrato físico en la subescala IV:

GRUPO	N	\bar{X}	DESV. STD.	ERROR STD.
Niñas c/m.	10	4,60	2,99	0,95
Niñas s/m.	10	8,60	2,07	0,65

t = -3,482, con 18 grados de libertad, P=0,003.

TABLA XXX.- Comparación entre las niñas de 11 a 12 años 11 meses, con y sin maltrato físico en la subescala VI:

GRUPOS	N	\bar{X}	DESV. STD.	ERROR STD.
Niñas c/m.	10	5,10	2,13	0,67
Niñas s/m.	10	8,90	1,10	0,35

t = -5,009, con 18 grados de libertad, P=0,000.

En este análisis estadístico ha podido observarse que en los menores maltratados físicamente, hombres y mujeres, mayores y menores, la autoestima no presenta un perfil claro en cuanto a los diferentes aspectos que son evaluados por la Escala de Autoconcepto de Piers y Harris. En general, se observa en las respuestas de los sujetos con antecedentes de maltrato físico una variedad de áreas con un nivel menor de autoestima con respecto a los sujetos del grupo denominado control.

Se aprecia que en la mayoría de los aspectos evaluados por las subescalas y especialmente en el caso de niños y niñas maltratados de entre los 11 años a los 12 años 11 meses de edad, estos presentan niveles más bajos de autoestima que los sujetos control. Nuevamente es posible observar que, ya sea en el número de subescalas evaluadas, como en cuanto a la magnitud de las diferencias encontradas, los niveles de autoestima tienden a disminuir al aumentar la edad de los sujetos maltratados y viceversa, aumentan al disminuir la edad. Se encuentra, por ejemplo, una falta de diferencias estadísticamente significativas en las distintas subescalas, entre los sujetos varones de 8 años a 10 años 11 meses con y sin experiencias de maltrato físico, lo cual coincide con lo

observado en relación a la autoestima global.

En general, de la comparación realizada entre los niños y niñas, con y sin antecedentes de maltrato físico, se observó que de existir diferencias estadísticamente significativas, estas involucran, casi sin distinción de edad o de sexo, a las dimensiones de Conducta (I) y Felicidad y Satisfacción (VI), mostrando los niños y niñas con maltrato físico, los más bajo niveles en estas subescalas con respecto al grupo normal. La excepción a esto, lo constituyen los varones con antecedentes de maltrato, entre los 8 años a 10 años 11 meses.

Luego de los análisis estadísticos ya señalados, y considerando el tipo de muestras con que se trabajó en el presente estudio, básicamente es posible inferir del mismo modo como lo ha señalado tanto la literatura nacional y extranjera especializada, que la autoestima resulta ser significativamente menor en aquellos niños y niñas que han vivido una situación de maltrato físico, y que no han recibido tratamiento psicológico, en comparación a niños y niñas de similares características sociodemográficas, pero que no han vivido en una situación de maltrato físico.

Además de este menor nivel en la autoestima global, en los niños y niñas con antecedentes de maltrato tiende a existir específicamente, con algunas variaciones de acuerdo a la edad y el sexo, una mala percepción de su comportamiento en las diversas situaciones sociales, así como una escasa sensación de felicidad y satisfacción personal.

Se observa, en general, que los menores niveles de la autoestima se encuentra en los niños y niñas con antecedentes de maltrato físico de más edad (11 años a 12 años 11 meses) en la muestra estudiada. Lo que se podría explicar como el resultado de un mayor tiempo de exposición a este tipo de

maltrato, en comparación con los niños menores también maltratados, así como a una evaluación más realista que el menor realiza con respecto de la situación de abuso de que es objeto. Es decir, estos hallazgos podrían ser explicados de acuerdo a los antecedentes teóricos revisados, que señalan que en su desarrollo psicosocial, el niño avanza progresiva y gradualmente hacia una mayor capacidad de reflexión y cuestionamiento de su situación vital y los niños maltratados físicamente no estarían exentos de este avance.

Tal como J. Piaget, ha postulado, entre otros autores, los niños mayores de este estudio se encontrarían más próximos que los otros niños, también maltratados físicamente, a nuevas etapas del desarrollo cognitivo, social y moral, las que involucran una revisión crítica de la realidad en todos sus aspectos, lo que no se observaría en etapas anteriores.

De acuerdo a las teorías revisadas, el niño, hacia los 11 años, abandona la obediencia y la aceptación total ya sea hacia las normas, las sanciones y los privilegios otorgados por los adultos frente a su conducta, para ponerse en una relación de igualdad frente a ellos; el niño pide las mismas reglas para todos, ya sean otros niños, hermanos o los mismos padres. Si alguien falta a la norma busca ahora entender u que se le entiendan sus motivos o intenciones frente a los hechos, rechaza un castigo drástico que sólo permite la expiación y que no enseña qué es lo correcto. No resulta extraño entonces, que dadas las condiciones de vida de los niños víctimas de abuso físico llegados a esta edad, y tal como se observó en las entrevistas, ellos evalúen y rechazen la aplicación de un castigo desmedido frente a cualquier acto, pues como algunos de ellos señalaban, éste bien puede ser el resultado de un accidente carente de una mala intención, o bien el que ellos sean aplicados a uno de los hijos mientras el resto o algún hijo "favorito", que no presenta

necesariamente una mejor conducta, sea constantemente eximidos de sanciones que por regla deberían aplicárseles. Estos niños ya han tomado conciencia de que, incluso sin necesidad de hacer algo, el castigo les es proporcionado de igual manera por un padre ebrio o iracundo, sólo a él o también al resto de su familia.

El ingreso del niño al colegio, evento significativo en la vida de cualquier niño, no sólo supone un efecto momentáneo en sus vidas, entregándoles nuevas experiencias y obligaciones, sino que mediante un contacto permanente con otros niños, puede proporcionarle al niño maltratado un modelo de comparación en aspectos tales como, disciplina y relaciones afectivas en otros hogares, contribuyendo a ponerle de manifiesto la dolorosa e injusta situación de abuso en que vive.

Por otro lado, el que estos niños y niñas presenten los niveles más bajos de autoestima, resulta coincidente con lo encontrado por Estévez y Riveros (1992), en cuanto a que aquellos niños y niñas escolares de nivel socioeconómico medio de Santiago, que perciben un alto nivel de conflicto interparental, presentan los niveles más bajos de autoestima con respecto a sus pares, quienes no perciben este conflicto entre sus padres.

Asimismo, en el análisis de la entrevista se señaló que los niños y niñas maltratados de más edad, consideran en forma más negativa la relación entre sus padres, que los niños menores del mismo grupo experimental. Aparece en estos niños y niñas una suerte de desesperanza aprendida, referida por otros autores en cuanto a la presencia de rasgos depresivos en estos niños (Allen y Tarnowsky, 1989), lo que acentuaría una visión negativa del mundo y de si mismos, pues durante años han tratado por diversas formas de terminar o disminuir

los castigos, para constatar finalmente que "haga lo que haga, igual me pegan".

Con respecto a los niños maltratados físicamente de entre 8 años a 10 años 11 meses, quienes no mostraron una diferencia estadísticamente significativa en su autoestima global y en las diferentes dimensiones evaluadas con respecto a sus pares, a diferencia del resto de los niños y niñas con maltrato, esto podría entenderse en atención a lo ya señalado por Piaget y otros teóricos, quienes refieren que a esta edad, estos niños a diferencia de los niños mayores, prestan una absoluta obediencia a las normas y disposiciones de los adultos y no realizan un mayor cuestionamiento acerca de la consistencia o la legitimidad de los castigos, los cuales aunque sean drásticos o injustos, son aceptados por provenir de una autoridad respetada completamente. Así, pese a lo desmedidas que puedan ser las exigencias de los padres maltratadores, el niño procura ser un "buen niño" y obedecerlas.

En el caso de las niñas víctimas de maltrato físico entre los 8 años a 10 años 11 meses, que sí mostraron diferencias estadísticamente significativas con su grupo control, dada su menor autoestima, podemos plantear, como ya se había señalado, que la mayor maduración que experimentan las mujeres respecto de los varones de su misma edad (Mussen, 1990) y su influencia en el funcionamiento cognitivo, social y moral, podría ser la explicación de que ya que existiera en ellas un mayor cuestionamiento acerca de su negativa situación de vida. De esta forma se puede entender el que las niñas maltratadas de más edad presentan una mayor diferencia estadística con respecto a la autoestima de su grupo control, que la de los hombres maltratados de su misma edad con respecto a su grupo control.

Por otro lado, no es posible negar la influencia de los

estereotipos sexuales que modulan nuestra sociedad y que entre otros aspectos, moldean ya desde la primera infancia (Mussen, 1990), en los varones una actitud de aceptación de la autoridad, principalmente la paterna, de mayor resistencia ante el dolor físico ya sea producto del trabajo, de juegos, de peleas o bien de los castigos dados por padres, profesores u otros adultos. En general se les estimula un comportamiento agresivo hacia el medio ambiente, provocando una mayor tolerancia o aceptación en ellos de las situaciones de violencia como las involucradas en su propio maltrato. Mientras lo contrario ocurre con la socialización de las niñas, en quienes por ser mujeres, y de menos edad, se tendería a fomentar conductas pasivas, de obediencia, sumisión o conformismo, percibiéndolas como seres débiles y dependientes (Corsi, 1990) Se puede hipotetizar entonces, que sus rendimientos en la Escala de Autoconcepto, refleja una mayor capacidad de reflexión acerca de su situación de vida y de la asimilación de dichos prejuicios sexuales, que ocasionarían el convencimiento que efectivamente son seres débiles o torpes y que de alguna manera son merecedoras de la situación de maltrato dada por sus padres, o bien simplemente deben someterse a ella, por injusta y dolorosa que sea. Al respecto se ha observado, en estudios de violencia intrafamiliar en nuestro medio, que un bajo autoconcepto, experiencias de maltrato por parte de los padres en la infancia y la adhesión más rígida a estereotipos sexuales como los mencionados, son frecuentes en mujeres maltratadas física, emocional y sexualmente por sus parejas y que no han logrado detener el abuso (Bermúdez, 1993).

VII.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS:

1.- Tras la realización del presente estudio, es posible concluir que en cuanto a las características de la autoestima en los niños maltratados físicamente, que residen en el Gran Santiago, estos presentan, en general, una autoestima significativamente menor que aquellos niños de similares características demográficas, y que no han experimentado una situación de maltrato; esto resulta concordante con los resultados de investigaciones extranjeras sobre el tema y con la opinión de especialistas nacionales.

2.- Dentro del rango de edades con que se trabajó, pudo observarse que los niños de más edad (11 años a 12 años 11 meses), tanto hombres como mujeres, mostraron las diferencias más significativas de niveles de autoestima con respecto a los niños sin antecedentes de maltrato físico.

3.- Se pudo constatar a su vez, que la autoestima en estos niños maltratados, tiende a presentar un perfil bajo en las distintas subescalas que la Escala de Autoconcepto de Piers y Harris evalúa.

4.- De estos aspectos específicos de la autoestima, pudo observarse, salvo en el caso de los niños menores (8 a 10 años 11 meses), que una negativa apreciación de la propia conducta frente a las diversas situaciones cotidianas, y una escasa sensación de felicidad y satisfacción consigo mismo, predominan en los niños con maltrato tanto hombres y mujeres.

5.- Aunque no fue un objetivo de este estudio, se realizó una evaluación cualitativa de las acciones llevadas a cabo, por diversos organismos encargados de la detección y tratamiento

de los casos de niños con experiencias de maltrato físico. Resulta importante, señalar que tras la experiencia de haber trabajado temporalmente y haber sostenido entrevistas con distintos profesionales del área, en diversos centros hospitalarios, y tras lo analizado en las entrevista a lós niños con maltrato para quienes la situación de abuso continuaba o en el mejor de los casos era ahora menos intensa o frecuente, y permaneciendo el agresor sin un adecuado tratamiento, pese a la detección del caso ya realizada por el servicio de salud consultado, se puede concluir tal como observaron Cáceres y Kirby (1990), que permanece en el sector salud:

a) Una carencia de profesionales, médicos, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras entre otros, especializados y destinados a la atención y tratamiento de estos niños. En su gran mayoría, las horas dedicadas a su atención, a la conformación de unidades de trabajo especiales, son el resultado del esfuerzo personal de dichos profesionales, los que generalmente resultan insuficientes. Así por ejemplo, las asistentes sociales no logran hacer todas las visitas domiciliarias necesarias para constatar la situación actual de los menores. En el aspecto del trabajo terapéutico, frecuentemente se opta por abordar la problemática del menor de una forma inespecífica, o bien indirecta a las experiencias del maltrato, por ejemplo tratando el problema de aprendizaje, la Hiperquinesia, la Enuresis u otro Trastorno del Desarrollo que el niño presente, procurando disminuir así la frecuencia del castigo por parte del agresor. Esta es a veces la única opción de trabajo para el terapeuta, al rechazar los padres todo intento de terapia familiar o de pareja, ante lo cual no están obligados, y temerse entonces, la frecuente deserción de la familia con el menor, frente a lo cual tampoco puede volver a retomarse el contacto con ese grupo familiar, por la reconocida falta de recursos económicos, legales y humanos, para llegar a ellos.

b) Falta de coordinación entre los diversos servicios que existen en cada centro hospitalario. Sin duda, que en estrecha relación con el factor anterior, habitualmente no existe una comunicación permanente y expedita entre los diferentes profesionales que en cada servicio llegan a tener contacto con casos de niños maltratados. No pocos niños que llegan al Servicio de Urgencia, al Servicio Social o al Servicio de Salud Mental del mismo hospital, una vez atendidos por el problema puntual que les llevó a consultar, vuelven a sus hogares, sin presentarse jamás en aquellos servicios a donde fueron derivados, para posteriores controles. Afortunadamente en algunos casos, tras la constatación del diagnóstico, el menor es retenido en algún servicio del hospital, como medida precautoria, es decir, sin que su estado de salud física lo amerite, mientras la asistente social realiza visitas al hogar e inicia las gestiones legales pertinentes.

c) Falta de coordinación entre el sector de salud y el sector judicial. Desgraciadamente no son pocos los casos en que esperanzadoras acciones terapéuticas se han emprendido con la colaboración del adulto agresor, como por ejemplo, asistiendo a terapias familiares que se han visto dramáticamente interrumpidas, a veces por el arresto del agresor en el mismo servicio asistencial, dada su encargatoria de reo por parte del tribunal en que se trata la denuncia. Frente a hechos como éstos, que perjudican cualquier logro terapéutico alcanzado, provocando un daño incuestionable para la familia. Sería entonces, beneficiosa por una parte, toda aquella legislación que no sólo contemple la aplicación de penas expiatorias o retributivas ya sea de reclusión o monetarias, sino que procuren una alternativa de rehabilitación para el adulto agresor y su familia, y por otro lado, que permita un mayor conocimiento y la coordinación entre estos dos importantes sectores de nuestra sociedad.

Se proponen las siguientes acciones:

1.- En cuanto a nuevas investigaciones:

a) La creación, implementación y evaluación de programas psicoterapéuticos dirigidos a menores con este tipo de abuso, ya que el daño resultante de sus experiencias, por ejemplo en lo concerniente a su autoestima, donde el impacto según lo constatado en este estudio, es significativo y tiende a profundizarse a medida que el niño crece y el maltrato físico continúa, además de otros aspectos de la personalidad, resultaría relevante.

b) Resultaría necesario la realización de nuevas investigaciones en el tema, que involucren otros rangos etarios, otras zonas geográficas o al nivel socioeconómico alto, o bien, el estudio de otras variables además de la autoestima, a fin de conocer de manera más completa las características que asume en nuestra realidad, la situación del maltrato físico de menores.

c) El diseño, implementación y evaluación de terapias o talleres destinados a los padres abusadores y sus familias, no sólo resultaría una contribución para terminar con muchas situaciones de abuso como las aquí estudiadas, donde pudo constatarse la ausencia mayoritaria de tratamiento para el o los adultos agresores de los niños evaluados; sino que respondería a una necesidad concreta que surgiría, de aprobarse el proyecto de ley sobre la violencia familiar patrocinado por el Servicio Nacional de la Mujer, ya que como se señaló anteriormente, éste establece la obligatoriedad de someter a terapia al adulto agresor de un menor en centros especializados, y el acceso voluntario del resto de su

familia.

d) La detección precoz de los padres agresores o familias de alto riesgo, es decir de aquellos adultos o grupos familiares que poseen una alta probabilidad de incurrir en conductas de maltrato físico, u otro tipo de abuso infantil, hacia los hijos e incluso de agresiones hacia la pareja u otros miembros de la familia, es una necesidad en nuestro medio.

e) En general, el estudio de los efectos psicológicos de cualquiera de las formas de maltrato infantil, resulta importante para nuestra Sociedad, dadas las consecuencias negativas señaladas por la literatura especializada.

2.- En cuanto a acciones sociales:

a) Se hace urgente la promulgación de una política nacional que aborde coherentemente con los Derechos del Niño (1990), la situación de maltrato infantil en que viven una cantidad, en rigor desconocida, de nuestros niños. Es decir, es necesario que a nivel nacional, surja una acción que organice a los distintos sectores de nuestra sociedad que de alguna u otra manera se ven involucrados, tales como: salud, educación y justicia, entre otros, orientados a la rehabilitación y a la prevención de esta problemática, mediante por ejemplo la creación de un banco de datos, que consigne información acerca de la situación laboral, educacional, de salud entre otras características, respecto de los padres, hermanos y otros miembros del grupo familiar, a fin de poder conocer las características que poseen aquellos hogares en que ocurren, éste y otros tipos de abusos, y lograr así realizar una planificación de los recursos necesarios para ir en ayuda de estas familias, además de facilitar el seguimiento de los casos ingresados en este banco, evitando la frecuente deserción del menor y su familia, durante el tratamiento.

b) A un nivel concreto, resulta casi urgente la creación de unidades especializadas en la atención de estos casos en las diversas regiones del país, que cuenten con profesionales tales como médicos pediatras, psicólogos, médicos psiquiatras, asistentes sociales, enfermeras entre otros, en cada servicio hospitalario. Procurando facilitarles a dichos equipos multidisciplinarios, además de recursos económicos o materiales, un constante perfeccionamiento teórico y práctico en el área.

c) La creación de centros de acogida como guarderías o salas cuna, es decir, centros que no sólo brinden orientación legal y social, a donde la madre u otro familiar pueda recurrir con sus hijos en cualquier momento de crisis personal, familiar, o en la espera de una resolución legal, sería un apoyo concreto a aquellas personas que soportan una situación de maltrato por carecer de recursos económicos.

d) Resulta también necesario facilitar información y capacitación particularmente a profesores, educadoras pre-escolares, carabineros y servicios policiales, en general a todos a aquellos profesionales que pueden tomar contacto con este tipo de casos, a fin de facilitarles la detección precoz y la derivación adecuada de los mismos.

e) La creación de espacios para la discusión de esta problemática, por ejemplo dentro de las salas de clases, con la incorporación del tema en los programas escolares por parte del Ministerio de Educación, donde los alumnos conozcan los Derechos de Niño, y las acciones que se deben seguir en caso de una transgresión a ellos, lo que facilitaría no sólo su difusión sino que su internalización en las futuras generaciones. La elaboración de unidades temáticas que fomenten el desarrollo de una paternidad responsable, podrían

contribuir a evitar la conformacion de hogares de riesgo para los futuros hijos.

f) La creación de talleres para padres, padres adolescentes o para la juventud, entregándoles enseñanzas sobre crianza y desarrollo infantil también serían un significativo aporte en la prevención del maltrato y también para la rehabilitación de aquellos padres de alto riesgo de ser maltratadores o que ya han incurrido en conductas tempranas de maltrato, al proveerles de conocimientos sobre el desarrollo infantil, así como la oportunidad de compartir problemas personales, de pareja, de aislamiento social o de otra índole, los cuales inciden directamente sobre la situación de maltrato físico o de otro tipo abuso, en sus hogares.

g) La inclusión de cursos, seminarios o charlas en el curriculum de todas aquellas carreras universitarias o técnicas, que tienen relación con el servicio a las personas, también contribuiría no sólo a la prevención sino que también aumentaría el compromiso de estos futuros profesionales en la labor de detección, denuncia y rehabilitación de los casos.

h) En general, las campañas publicitarias (televisión, periódicos, radio y otros) que en el último tiempo han surgido, contribuyen sin duda a cambiar positivamente la actitud de los adultos como padres, abuelos, vecinos o como simples ciudadanos respecto de los derechos de nuestros niños. En este sentido, ellas no sólo debieran mantenerse sino que incluso intensificarse, estimulando la discusión y la modificación de aquellos patrones de comportamiento violento, presentes en nuestra vida cotidiana, en nuestra historia, y también, en la historia del mundo.

VIII.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS :

1.- AGUILA, M., CAREAGA, S., NAVARRO, G., SANTANDER, D.: Entrenamiento de Padres: una alternativa de intervención en la imagen personal de los niños. Tesis para optar al título de Psicólogo, U. Católica de Chile, 1985.

2.- ALAMOS, F. : Maltrato Infantil en la Familia. Tesis para optar al título de Psicólogo, U. Católica de Chile, 1992.

3.- ALFARO, J : Helping children overcome the effects of abuse and neglect. Pediatrics Annals. Oct. 1984; vol.13, N°1: 778-787.

4.- ALLEN, D. y TARNOWSKI, K. : Depressive characteristics of physically abused children. Journal of Abnormal Child Psychology. 1989; 17: 1-11.

5.- ALVAREZ, P. : Síndrome del Niño Maltratado. En Winter A., Puentes R., eds. Medicina Infantil. 1° edic..Santiago de Chile. Ed. Giorgio Emperiale. 1991 : 1100-1103.

6.- ARANCIBIA, V., MALTES, S., ALVAREZ, M.: Test de Autoconcepto Académico. Estandarización para escolares de 1° a 4° año de enseñanza básica. Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago, 1990.

7.- BARUDY, J.: Dictaduras Familiares, Maltrato Infantil e Incesto: una lectura sistémica del maltrato infantil. Documento de contribución a las 3° Jornadas Chilenas de Terapia Familiar, Santiago, 1991.

8.- BEHAR, D., DUCASSE, E., SCHAPIRO, E.: Aproximación Psicológica al Problema del Maltrato Infantil. Tesis para optar al título de Psicólogo, U. Católica de Chile, 1989.

9.- BERMUDEZ, P., PUMARINO, M.: Mujeres Maltratadas: análisis de variables psico-socioculturales y de contexto que inciden en la detención del maltrato físico. Tesis para optar al título de Psicólogo, Universidad de Chile, 1993.

10.- BRINCKMANN, H., SEGRE, T., SOLAR, M. : Adaptación, Estandarización y Elaboración de Normas para el Inventario de Autoestima de Coopersmith. Rev. Chilena de Psicología, 1989; 10: 63-71.

11.- BRIONES, G. : Métodos y Técnicas de Investigación para las Ciencias Sociales. Ed. Trillas, México, 1987.

12.- CACERES, M. y KIRBY, M. : Aproximación al Maltrato Infantil y su Enfrentamiento en el sector Urbano popular Chileno. Tesis para optar al título de Psicólogo, U. Católica de Chile, 1990.

13.- CHADWICK, M., TARKY, I.: Dificultades en el aprendizaje de las matemáticas. Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile, 1986.

14.- CODIGO CIVIL. Ediciones de Códigos computarizados, Editorial Jurídica de Chile, 1983.

15.- COLLARTE, C.: Desarrollo de la autoestima en profesores de enseñanza media. Tesis para optar al título de Psicólogo, U. Católica de Chile, 1990.

16.- CORSI, J.: Algunas Cuestiones Básicas sobre la Violencia Intrafamiliar. Separata de Doctrina y Acción Postpenitenciaria. Patronato de Liberados de la Capital federal de la República Argentina, año 4, n°6, 1990.

17.- CORTES, W.: los Derechos de la Infancia. Documento de contribución al Seminario de Maltrato Infantil II, Esc. de Educ. Parvularia , U. Central, Santiago, 1992.

18.- DEFENSA DEL NIÑO INTERNACIONAL (DNI): Maltrato Infantil. Documento de difusión, sin autor, 1991.

19.- ERIKSON, E.: Infancia y Sociedad. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1983.

20.- ESTEVEZ, E., RIVEROS, X.: Conflicto interparental percibido por los hijos, su autoconcepto y status marital: un estudio descriptivo-comparativo. Tesis para optar al título de Psicólogo, Universidad de Chile.

21.- FINKELHOR, D., GELLES, R., HOTALING, G., STRAUS, M.: The dark side of families: current family violence research. Sage publications, inc., California, U.S.A., 1984.

22.- FLAVELL, J.: La Psicología Evolutiva de Jean Piaget. Editorial Paidós, Barcelona, 1982.

23.- FLORES, S. y MENESES, A.: Estudio Exploratorio-Descriptivo de las Características de los Padres que incurrir en Maltrato Infantil. Tesis para optar al título de Psicólogo, U. de Chile, 1981.

24.- FONTECILLA, I: Conducta Agresiva. Apunte de la Cátedra de Clínica Infantil, Departamento de Psicología, Universidad de Chile, 1990.

25.- FONTANA, V.: Síndrome del Niño Maltratado y del Niño Golpeado. En Freedman, A. y Kaplan, H., eds. Tratado de Psiquiatría. Editorial Salvat, Barcelona, España. 2º edición, 1982: 2524-2532.

26.- FONTANA, V.: The maltreatment Syndrome of children. Pediatrics Annals. Oct. 1984, vol.13, n°1: 736-744.

27.- GALVEZ, S.: El Maltrato Infantil. Ponencia en el Seminario: Rechazo, Abandono y Maltrato Infantil. Serv. Metropolitano Sur del Ministerio de Salud, Santiago, Agosto 1992.

28.- GILCHRIST, A.: Síndrome del Niño Golpeado. Tesis de grado para optar al título de especialista en Psiquiatría Infantil, U. de Chile, 1983.

30.- GILCHRIST, A.: Aspectos Clínicos del Maltrato Infantil. Cuadernos Médico Sociales (Chile) 1991; 32: 21-27.

31.- GILCHRIST, A.: La Atención de Urgencia en Psiquiatría Infantil. Rev. Chilena de Neuro-psiquiatría. 1992; 30: 37-42.

32.- HARRIS, M., OSBORNE, E., SHAUGHNESSY, E., ROSENBLUTH, D., DARES, C.: Su hijo Año a Año: desde el nacimiento hasta la adolescencia. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1973.

33.- HART, L., MADER, L., GRIFFITH, K. y DE MENDOCA, M.: Child Effects of Sexual and Physical Abuse. Psychiatry and Human Development. 1989; 20: 49-57.

34.- KANFER, F., PHILLIPS, J: Principios de Aprendizaje en la Terapia del Comportamiento. Editorial Trillas, México, 1980.

35.- KEMPE, H., SILVERMAN, F., STEEL, B. y cols.: The Battered Child Syndrome. JAMA 1962 ;181 :17-24.

36.- KELLY, E.: Use of Self-concept Test in Differentiating Between Conduct Disordered and Emotionally Disturbed Student. Psychological Reports. 1988; 62: 363-367.

37.- LAWSON, K, y HAYS, J. : Self-esteem and Stress as factors in Abuse of Children. Psychological Reports. 1989; 65: 1259-1265.

38.- MARTINEZ, M. y VARELA, R. : Estudio Comparativo de Autoestima y Desarrollo Psicosocial en Menores Deficientes Mentales Regulares Sociales e Irregulares Sociales Institucionalizados y no Institucionalizados. Tesis para optar al grado de Lic. en Psicología, U. Chile, 1990.

39.- MIFSUD, T.: El Pensamiento de Jean Piaget sobre la Psicología Moral: presentación crítica. Documentos de trabajo 2, ediciones CIDE., Santiago, 1981.

40.- MONREAL, J., MARTI, J., IGISTERT, C: Océano Uno: Diccionario enciclopédico ilustrado. Editorial Océano, España, 1993.

41.- MONTENEGRO, H: Hijos de la Falta de Límites: niños tiranos. Revista de Mujer a Mujer. Abril, 1994, vol. 602, pág. 19-20.

42.- MUSSEN, P., JANEWAY, J., KAGAN, J.: Desarrollo de la Personalidad en el Niño. Editorial Trillas, México, 1990.

43.- MUSSEN, P., JANEWAY, J., KAGAN, J.: Desarrollo Psicológico del Niño. Editorial Trillas, México, 1985.

44.- MORALES, N., GIACAMAN, C., VALDES, C.: Habilidades Sociales en Niños: Adaptación de un programa de Entrenamiento.

Tesis para optar al título de Psicólogo, U. Católica de Chile, 1987.

45.- NOVOA, F., DE LA BARRA, F., ALVAREZ, P. y cols.: Síndrome del Niño Maltratado. Rev. Chilena De Pediatría 1992; 63 (Supl.2): 1-13.

46.- OTTENBERGER, A. y PEREZ, F. : Investigación Social y Estadística para el Trabajo Social. Ed. Colegio de Asistentes Sociales de Chile, A.G., Santiago. 1983.

47.- PAPALIA, D., WENDKOS, S.: Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. Editorial McGraw-hill latinoamericana s. a., Bogotá, Colombia, 1990.

48.- PIERS, E. V.: Piers-Harris Children's Self-concept Scale: Revised Manual. Western Psychological Services. Los Angeles, CA. U.S.A., 1984.

49.- REVISTA DEL NIÑO AGREDIDO, Santiago de Chile, sin fecha.

50.- ROSSELLOT, J. : El Niño Maltratado, Consideraciones Epidemiológicas, Clínicas y Jurídico-sociales. Rev. Chilena de Pediatría, 1981; 52: 333-341.

51.- SCHILLING, D: Child Abuse. Pediatrics Annals, 1984, vol. 13, n°10, 766-770.

52.- SEPULVEDA, E., GALLARDO, I., CANALES, P. e ILLANES, M.: Menores en Circunstancias Especialmente Difíciles, análisis de situación. Serie divulgativa, Programa regional, Unicef, Santiago de Chile, n° 6, 1991.

53.- SOTO, R.: Análisis psicológico del Castigo. Revista del Niño Agredido, 1992, Año 6, N°27, pág 8-15.

54.- SOUZA, M.D., MUÑOZ, C: Estudio descriptivo de jóvenes encarcelados en Chile. Servicio nacional de menores, Mayo de 1992.

55.- STEINMETZ, S.: The cycle of violence: assertive, agresssive and abusive family interaction. Praeger Publishers, Nueva York, U.S.A.,1977.

56.- STOVALL, G. y CRAIG, R. : Mental Representations of Physically and Sexually Abused Latency-aged Females. Child Abuse and Neglect, 1990; 14: 233-242.

57.- TANNER, L.: La Disciplina en la Enseñanza y el Aprendizaje. Nueva editorial interamericana, México, 1980.

58.- VILLALON, M.: El Castigo. Revista de Mujer a Mujer. Enero 1994, N° 588, pág.11.

59.- YAÑEZ, R., BENOIS, A.: Adaptación del Sistema "medición de tema estandar" de Lawrence Kohlberg sobre el Juicio Moral. Tesis para optar al título de psicólogo, Universidad de Chile, 1987.

60.- YATES, A.: Terapia del Comportamiento. Ediciones Trillas, México, 1977.

COMUNICACIONES PERSONALES:

1.- Ps. Loreto Pinto, psicóloga clínica de la Corporación Sociedad del niño Agredido, Santiago, Octubre de 1992.

2.- Dra. Patricia Urrutia, encargada de la Unidad del niño hospitalizado y maltratado del Hospital San Borja-Arriarán, Santiago, Enero de 1993.

3.- Sra. Soledad Gálvez, asistente social, encargada de la atención de casos de maltrato infantil en el Hospital Exequiel González Cortes, Santiago, Enero de 1993.

4.- Dr. Juan Salinas, encargado de la atención de niños con maltrato en el servicio de psiquiatría del Hospital Exequiel González Cortes, Santiago, Mayo de 1993.

5.- Ps. Miriam George, encargada del programa de salud mental infanto juvenil del Ministerio de Salud, Santiago, Mayo de 1993.

6.- Ps. Erika Sepúlveda, profesora de la cátedra de Psicología clínica infantil de la Universidad de Chile, Santiago, Noviembre de 1993.

ANEXO I.

ESCALA DE ESTRATIFICACION DE NIVEL SOCIOECONOMICO
DE HIMMEL Y COLABORADORES (1981).

El nivel socio-económico de cada familia se establece en base a la escolaridad y ocupación de los jefes del hogar, mediante categorías pre-establecidas y puntuadas*.

1.- CATEGORIAS EDUCACIONALES	PUNTOS
Sin estudios.....	0
1° a 4° Básico.....	1
5° a 6° Básico.....	2
7° a 8° Básico.....	3
Educación técnica, profesional, comercial incompleta.....	3
Educación media completa.....	4
Educación técnica profesional comercial completa....	4
Educación universitaria incompleta.....	4
Educación universitaria completa.....	5
Estudios de Post-Grado.....	6
2.- CATEGORIAS OCUPACIONALES	PUNTOS
Cesante.....	0
Dueña de casa.....	0
Obrero no especializado.....	1
Obrero especializado o suboficial de F.F.A.A.....	2
Trabajador independiente.....	2
Empleado público o particular de escalafón bajo....	3
Pequeño empresario o comerciante.....	4
Profesional universitario sin cargo directivo u oficiales de F.F.A.A.....	5
Mediano empresario o directivo medio.....	6
Profesional universitario independiente o coroneles y generales de F.F.A.A.....	7
Grandes empresarios, directivos de alto nivel.....	8

3.- DETERMINACION DEL NIVEL SOCIO-ECONOMICO

La suma de los puntajes en educación y ocupación obtenida por el padre o la madre, según quien alcance el mayor nivel, permite clasificarlo según la modificación de los puntajes originales realizada por Pinto, Gallardo y Wenk (1992) en:

Nivel socio-económico bajo.....	0 a 6 puntos
Nivel socio-económico medio.....	7 a 9 puntos
Nivel socio-económico alto.....	10 o más puntos

*tomado de Estévez y Riveros (1992).

ANEXO II.

ESCALA DE AUTOCONCEPTO PARA NIÑOS DE PIERS Y HARRIS

INSTRUCCIONES:

Aquí hay una serie de afirmaciones que dicen cómo se sienten consigo mismas algunas personas. Lee cada afirmación y decide si describe o no como te sientes acerca de ti mismo.

Si es verdad o más cercano a la verdad, encierra en un círculo la palabra SI correspondiente a esta afirmación. Si es falso o más cercano a lo falso, encierra en un círculo la palabra NO correspondiente a esa afirmación.

Contesta todas las afirmaciones aún si algunas son difíciles de decidir.

No marques el SI y el NO en una misma afirmación.

Recuerda que no hay respuestas correctas o incorrectas.

Solamente tú puedes decirnos como te sientes acerca de ti mismo. Esperamos que marques como realmente te sientes.

MUCHAS GRACIAS.

- | | | |
|---|----|----|
| 1.- Mis compañeros se burlan de mí..... | SI | NO |
| 2.- Soy una persona feliz..... | SI | NO |
| 3.- Me es difícil hacer amigos..... | SI | NO |
| 4.- Generalmente estoy triste..... | SI | NO |
| 5.- Soy astuto..... | SI | NO |
| 6.- Soy vergonzoso..... | SI | NO |
| 7.- Me pongo nervioso cuando me llama el profesor..... | SI | NO |
| 8.- Me molesta mi aspecto..... | SI | NO |
| 9.- Cuando sea grande,
voy a ser una persona importante..... | SI | NO |
| 10.- Me pongo nervioso cuando tengo pruebas..... | SI | NO |
| 11.- Soy poco conocido | SI | NO |
| 12.- Me porto bien en el colegio..... | SI | NO |
| 13.- Cuando alguien hace algo malo,
casi siempre me culpan a mí..... | SI | NO |
| 14.- Yo causo problemas a mi familia..... | SI | NO |
| 15.- Yo soy fuerte..... | SI | NO |
| 16.- Yo tengo buenas ideas..... | SI | NO |
| 17.- Yo soy un miembro importante en mi familia..... | SI | NO |
| 18.- Casi siempre espero mi turno..... | SI | NO |
| 19.- Yo soy bueno para los trabajos manuales..... | SI | NO |
| 20.- Me doy por vencido fácilmente..... | SI | NO |
| 21.- Soy bueno para hacer mis tareas..... | SI | NO |
| 22.- Yo hago muchas tonterías..... | SI | NO |
| 23.- Yo puedo pintar bien..... | SI | NO |
| 24.- Soy bueno para la música..... | SI | NO |
| 25.- Me porto mal en la casa..... | SI | NO |
| 26.- Soy flojo para terminar mis tareas..... | SI | NO |
| 27.- Soy un miembro importante en mi curso..... | SI | NO |
| 28.- Yo soy nervioso..... | SI | NO |
| 29.- Tengo lindos ojos..... | SI | NO |
| 30.- Yo puedo hablar bien delante de mi curso..... | SI | NO |
| 31.- Soy distraído..... | SI | NO |
| 32.- Molesto a mis hermanos o hermanas..... | SI | NO |
| 33.- A mis amigos les gustan mis ideas..... | SI | NO |
| 34.- Generalmente me meto en problemas..... | SI | NO |
| 35.- En mi casa yo soy obediente..... | SI | NO |
| 36.- Tengo buena suerte..... | SI | NO |
| 37.- Me preocupo mucho..... | SI | NO |
| 38.- Mis padres esperan mucho de mí..... | SI | NO |
| 39.- Me gusta ser como soy..... | SI | NO |
| 40.- Me siento dejado de lado..... | SI | NO |
| 41.- Tengo lindo el pelo..... | SI | NO |
| 42.- Generalmente me ofrezco de voluntario
en el colegio..... | SI | NO |
| 43.- Yo quiero ser diferente..... | SI | NO |
| 44.- Duermo bien en la noche..... | SI | NO |
| 45.- Odio el colegio..... | SI | NO |
| 46.- Soy el último que eligen para los juegos..... | SI | NO |
| 47.- Me enfermo mucho..... | SI | NO |
| 48.- Yo soy malo con las personas..... | SI | NO |
| 49.- Mis compañeros piensan que tengo buenas ideas..... | SI | NO |

- 50.- Soy poco feliz.....SI NO
51.- Tengo muchos amigos.....SI NO
52.- Yo soy alegre.....SI NO
53.- Hago mal muchas cosas.....SI NO
54.- Soy buen mozo.....SI NO
55.- Tengo mucha energía.....SI NO
56.- Me meto en un montón de peleas.....SI NO
57.- Soy popular entre los niños hombres.....SI NO
58.- La gente me molesta.....SI NO
59.- Mi familia está desilucionada de mi.....SI NO
60.- Tengo una cara agradable.....SI NO
61.- Cuando intento hacer algo todo sale mal.....SI NO
62.- A mi me molestan en la casa.....SI NO
63.- Soy un líder en los juegos y en el deporte.....SI NO
64.- Soy torpe.....SI NO
65.- En los juegos y en el deporte, yo miro
en vez de jugar.....SI NO
66.- Se me olvida lo que aprendo.....SI NO
67.- Para mí es fácil llevarme bien con las personas..SI NO
68.- Pierdo la calma fácilmente.....SI NO
69.- Soy popular entre las niñas.....SI NO
70.- Me gusta leer.....SI NO
71.- Me gusta más trabajar solo que en grupo.....SI NO
72.- Me gusta como es mi hermano o hermana.....SI NO
73.- Tengo una buena figura.....SI NO
74.- Casi siempre tengo miedo.....SI NO
75.- A menudo me caigo o rompo cosas.....SI NO
76.- Pueden confiar en mi.....SI NO
77.- Yo soy diferente a las demás personas.....SI NO
78.- Tengo malos pensamientos.....SI NO
79.- Lloro fácilmente.....SI NO
80.- Soy una persona buena.....SI NO

RESPUESTAS CORRECTAS DE LA ESCALA DE PIERS-HARRIS.

1.- NO	41.- SI
2.- SI	42.- SI
3.- NO	43.- NO
4.- NO	44.- SI
5.- SI	45.- NO
6.- NO	46.- NO
7.- NO	47.- NO
8.- NO	48.- NO
9.- SI	49.- SI
10.- NO	50.- NO
11.- NO	51.- SI
12.- SI	52.- SI
13.- NO	53.- NO
14.- NO	54.- SI
15.- SI	55.- SI
16.- SI	56.- NO
17.- SI	57.- SI
18.- SI	58.- NO
19.- SI	59.- NO
20.- NO	60.- SI
21.- SI	61.- NO
22.- NO	62.- NO
23.- SI	63.- SI
24.- SI	64.- NO
25.- NO	65.- NO
26.- NO	66.- NO
27.- SI	67.- SI
28.- NO	68.- NO
29.- SI	69.- SI
30.- SI	70.- SI
31.- NO	71.- NO
32.- NO	72.- SI
33.- SI	73.- SI
34.- NO	74.- NO
35.- SI	75.- NO
36.- SI	76.- SI
37.- NO	77.- SI
38.- SI	78.- NO
39.- SI	79.- NO
40.- NO	80.- SI

ANEXO III.

HOJA DE ANTECEDENTES PERSONALES:A.- Para casos con antecedentes de maltrato físico.

I Parte.

1.
 NOMBRE DEL MENOR:
 EDAD:
 FECHA DE NACIMIENTO:
 ESCOLARIDAD: REPITENTE: SI--NO
 ACTIVIDAD ACTUAL:
 ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES Y DESARROLLO PSICOMOTOR:

2.
 NOMBRE DEL PADRE:
 EDAD:
 ESCOLARIDAD:
 OCUPACION: CESANTIA (¿desde cuando?):
 ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD:
 TIPO DE UNION (¿desde cuando?):

3.
 NOMBRE DE LA MADRE:
 EDAD:
 ESCOLARIDAD:
 OCUPACION:
 ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD:

4.
 NOMBRE DE HERMANO (S):
 EDAD:
 ESCOLARIDAD:
 OCUPACION:
 ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD:

II Parte.

5. Ahora quisiera que me contaras otras cosas acerca de ti. ¿Con quién vives? ¿cómo te llevas con ellos?.

6.- ¿Cómo se llevan tus padres?.

7. ¿Sabes por que te trajeron a este hospital anteriormente?, en caso de no haber respuesta: ¿sería por que tus papas te pegaban mucho o muy fuerte? ¿podemos hablar de eso?.

8. Si tu papa/mama te pegaban, ¿lo siguen haciendo?, ¿han recibido algún tipo de tratamiento, aquí o en otro lugar? ¿cómo fué?.
9. ¿Por que crees tú que te pegaban? ¿crees que eso está bien?.
10. ¿A tus hermanos también les pegan, por qué ? (si los tiene).
11. ¿Como te va en el colegio?, ¿tienes dificultades para aprender lo que te enseñan, por qué te pasa eso? ¿en tu casa lo saben, qué hacen?
12. ¿Cómo te portas en el colegio, tienes anotaciones positivas o negativas?.
13. ¿Cuántos amigos (no sólo compañeros) tienes, por qué? ¿a qué juegan?.
14. Finalmente ¿qué te gustaría ser cuando grande?.

B.- Para casos sin antecedentes de maltrato físico.

I Parte.

1.
NOMBRE DEL MENOR:
EDAD:
FECHA DE NACIMIENTO:
ESCOLARIDAD: REPITENTE: SI-NO.
ACTIVIDAD ACTUAL:
ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES O ALTERACIONES DEL DESARROLLO
PSICOMOTOR:

2.
NOMBRE DEL PADRE:
EDAD:
ESCOLARIDAD:
OCUPACION: CESANTIA (DESDE CUANDO):
ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD:

3.
NOMBRE DE LA MADRE:
EDAD:
ESCOLARIDAD:
OCUPACION:
ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD:

4.
NOMBRE DE HERMANO (S):
EDAD:
ESCOLARIDAD:
OCUPACION:
ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD:

II Parte.

1.- Ahora quisiera que me contas ¿cómo te llevas con los miembros de tu familia, te gusta como te tratan?.

2.- Cuando te portas mal en casa ,¿qué hacen tus padres, si te castigan de que forma lo hacen?.

3.- En general ¿cómo se llevan tus padres?.

4.- ¿Cómo te va en el colegio, tienes dificultades o te sacas siempre buenas notas?.

5.- ¿Cómo te portas en el colegio, tienes anotaciones positivas o negativas?.

6.- ¿Cuántos amigos (no sólo compañeros) tienes?.

ANEXO IV.

TABLAS DE PUNTAJES OBTENIDOS POR LOS SUJETOS
CON ANTECEDENTES DE MALTRATO FISICO, EN LA
ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE PIERS Y HARRIS:

NIÑOS (8 A 10 AÑOS 11 MESES) NIÑAS (8 A 10 AÑOS 11 MESES)

1.- 35
 2.- 40
 3.- 43
 4.- 43
 5.- 45
 6.- 49
 7.- 52
 8.- 59
 9.- 65
 10.- 67

X= 49,80

DESV. STD.= 10,79

1.- 33
 2.- 38
 3.- 39
 4.- 47
 5.- 49
 6.- 50
 7.- 54
 8.- 57
 9.- 58
 10.- 59

X= 48,40

DESV. STD= 9,12

NIÑOS (11 A 12 AÑOS 11 MESES) NIÑAS (11 A 12 AÑOS 11 MESES)

1.- 25
 2.- 29
 3.- 30
 4.- 34
 5.- 36
 6.- 39
 7.- 45
 8.- 46
 9.- 48
 10.- 49

X= 38,10

DESV. STD.= 8,62

1.- 27
 2.- 29
 3.- 30
 4.- 30
 5.- 31
 6.- 36
 7.- 37
 8.- 43
 9.- 55
 10.- 56

X= 37,40

DESV. STD.= 10,64

TABLAS DE PUNTAJES OBTENIDOS POR LOS SUJETOS
SIN ANTECEDENTES DE MALTRATO FISICO, EN
LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE PIERS Y HARRIS:

NIÑOS (8 A 10 AÑOS 11 MESES)	NIÑAS (8 A 10 AÑOS 11 MESES)
1.- 41	1.- 43
2.- 42	2.- 47
3.- 42	3.- 51
4.- 44	4.- 55
5.- 47	5.- 59
6.- 56	6.- 64
7.- 59	7.- 64
8.- 59	8.- 66
9.- 62	9.- 72
10.- 70	10.- 74
X= 52,20	X= 59,50
DESV. STD.= 10,26	DESV. STD.= 10,38

NIÑOS (11 A 12 AÑOS 11 MESES)	NIÑAS (11 A 12 AÑOS 11 MESES)
1.- 30	1.- 45
2.- 37	2.- 52
3.- 46	3.- 52
4.- 48	4.- 52
5.- 57	5.- 53
6.- 60	6.- 58
7.- 61	7.- 59
8.- 62	8.- 60
9.- 70	9.- 60
10.- 71	10.- 63
X= 54,20	X= 55,40
DESV. STD.= 13,61	DESV. STD.= 5,46