



III. Abuso psicológico (AP)

El abuso psicológico o emocional (AP) es una forma sutil pero generalizada de maltrato infantil (MI). En esta forma de maltrato también se utilizan los siguientes términos: maltrato psicológico, maltrato emocional o negligencia emocional. Algunas veces se consideran sinónimos, ya que tienen una repercusión análoga en el desarrollo de la personalidad del niño.

Existen diversas definiciones que varían según la Institución o el profesional que la describe. De acuerdo con la OMS, el AP se produce cuando un cuidador no brinda las condiciones apropiadas y propicias al niño e incluye actos que tienen efectos adversos sobre la salud emocional y el desarrollo del niño. Tales actos incluyen la restricción de los movimientos del menor, la denigración, la ridiculización, las amenazas e intimidación, la discriminación, el rechazo y otras formas no físicas de tratamiento hostil ¹.

Otros autores lo definen como el daño intencional contra las actitudes, las habilidades emocionales de la personalidad y sociales del niño; conductas que padres, maestros o cuidadores realizan contra éstos. ²

Se describen cuatro tipos de conducta que pueden causar maltrato:

- A. Rechazar/degradar: Incluye conductas como insultar o humillar públicamente al niño; aterrorizar: Se manifiesta en amenazas de hacerle daño, matarlo, lesionarlo, abandonarlo si no se comporta con las expectativas del cuidador.
- B. Aislar: Acciones del cuidador para privar al niño de oportunidades de establecer relaciones sociales.
- C. Corromper: Implica modelar actos antisociales o creencias inadecuadas en el niño, como exponerlo a comportamientos delictivos.
- D. Explotar a un niño o niña: Hace referencia a la asignación de actividades domésticas que deberían ser realizadas por adultos y que interfieren en las

actividades y necesidades sociales y escolares del niño (2).

Por otra parte, la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005 (8) lo considera como signos y síntomas psicológicos (baja autoestima, sentimientos de miedo, de ira, de vulnerabilidad, de tristeza, de humillación, de desesperación) o de trastornos psiquiátricos de ánimo, de ansiedad, por estrés postraumático, de personalidad, abuso o dependencia de sustancias, ideación o intento suicida entre otros.

En la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM-INP-UNAM), se define este problema como "Toda acción u omisión intencional que un individuo de edad mayor a la del niño, ejerce contra éste, afectando su desarrollo cognoscitivo (psicomotor, inteligencia, memoria, lenguaje, atención), emocional (autoestima, auto-concepto, integridad corporal, independencia, capacidad de expresarse) y sus habilidades de socialización y por lo tanto, la integración de su personalidad". ⁴

En el AP se adopta una conducta sostenida, repetitiva, persistente e inapropiada por parte del adulto (violencia doméstica, insultos, rechazo, actitud impredecible, mentiras, amenazas, humillación, omisión de cuidados, explotación) que deteriora las capacidades del menor: cognoscitivas, inteligencia, memoria, percepción, atención y en el desarrollo emocional; su autoestima, deterioro de la habilidad para percibir, comprender, regular, modular, experimentar y expresar apropiadamente las emociones, así como el aspecto moral, lo que ocasiona graves efectos adversos en su desarrollo y su vida social.

Este tipo de abuso puede ser difícil de reconocer y por ello confundirse con perturbaciones emocionales o psicológicas del menor. Sin embargo, existen elementos que ayudan a distinguirlos. Los padres de niños perturbados, típicamente reconocen el problema y solicitan ayuda para resolverlo; en cambio, los padres que abusan psicológicamente de sus hijos a menudo se presentan despreocupados y culpan a los niños del problema ³.

Existen tres componentes en este tipo de daño ⁴

Quién daña al menor.

Cómo lo daña.

Qué consecuencia genera en el desarrollo del niño.

De ello, el AP puede ser por acción u omisión:

El AP por acción considera las siguientes conductas:

Agresión verbal: Conducta verbal constante que ofende, humilla y denigra el autoconcepto del menor.

Rechazo: Conductas que indican abandono, no muestran afecto y reconocimiento de los logros del menor.

Terror: Amenazar al niño imponiéndole castigos leves o extremos, creándole un ambiente impredecible de amedrentamiento

Corrupción: Actitud de los padres con las que socializan mal al niño y refuerzan una conducta antisocial o desviada.

El AP por omisión considera las siguientes conductas:

Aislamiento: Los padres evitan que el niño mantenga y aproveche las oportunidades normales de relación social de manera positiva y activa.

Indiferencia: Ausencia de disponibilidad psicológica de los padres (cuidados psicológicos y emocionales) lo cual favorece el uso de sustancias adictivas y otras conductas anormales.

Desapego: Inatención pasiva o pasiva-agresiva de los padres respecto a las necesidades del niño, lo que evita la creación de un vínculo afectivo y mutuo.

Severidad del problema

Para definir el AP deben existir las conductas anteriores en forma continua y reiterada, y la presencia de tales indicadores deben ser claramente perceptibles.

Existen diferentes grados de severidad ⁴.

Leve: Se caracteriza por incidentes aislados o poco recurrentes como decirle al niño palabras obscenas, gritándole o insultándolo. Puede causar o no, secuelas emocionales negativas.

Moderado: Se agrede frecuentemente al niño con regaños y gritos. El niño ha sufrido un daño emocional significativo y tiene dificultad para adaptarse en varios de los comportamientos esperados para su edad. Sin embargo, los padres aún responden positivamente a las necesidades emocionales del menor.

Severo: Se le dice al niño que no es querido, que es odiado, que no fue deseado y que nunca debió haber na-

cido. Se le amenaza constantemente de ser abandonado y se le regaña frecuentemente. Esta última categoría puede combinarse con otras formas de maltrato. El niño muestra daño emocional severo y su desarrollo se encuentra seriamente comprometido, prácticamente en todas las áreas social, emocional, psicomotora y cognoscitiva.

Los cuadros 1 y 2 exhiben los indicadores clínicos que se observan comúnmente en el niño víctima de AP

Asimismo, otros han señalado el impacto que tiene en el niño un patrón de maltrato psicológico crónico ³.

Pensamientos: Baja autoestima, visión negativa de la vida, síntomas de ansiedad y depresión, e ideas suicidas.

Salud Emocional: Inestabilidad emocional, rasgos de personalidad limítrofe, falta de respuestas emocionales apropiadas, déficit en el control de impulsos, ira, conductas autolesivas, trastornos de alimentación y abuso de sustancias.

Habilidades sociales: Conducta antisocial, problemas de vinculación afectiva, competencia social limitada, falta de simpatía y empatía, aislamiento social, dificultad para ajustarse a las normas, mala adaptación sexual, dependencia, agresividad, violencia, delincuencia o criminalidad.

Aprendizaje: Bajo rendimiento escolar dificultad del aprendizaje y dificultades en el desarrollo moral.

Salud Física: Quejas somáticas, mal estado.

Por otra parte, los indicadores que se han identificado en los niños evaluados por especialistas en el tema, son: miedo, agresividad, inestabilidad, emocional.

OBJETIVO

Considerando que las definiciones de AP y las características clínicas de los menores denotan la complejidad para detectar los casos, el subcomité consideró necesario elaborar un cuestionario de tamiz. (Cuadro 3)

Para calificarlo se tomó en cuenta:

Nunca fue realizado.

Ocasionalmente: una vez a la semana.

Frecuentemente: más de una vez a la semana.

Procedimiento

El cuestionario se elaboró con base en la revisión de la literatura especializada que permitió la validación de constructo y de contenido.

Los reactivos fueron evaluados por el grupo de trabajo, eliminando los que no correspondían a este tipo de MI.

Cuadro 1. Indicadores físicos

Trastornos de las habilidades motoras
 Retraso o lagunas en el desarrollo emocional, mental y físico.
 Trastornos en la alimentación
 Accidentes frecuentes

Cuadro 2. Indicadores Emocionales

Sometimiento ante niños de su edad o hacia los adultos
 Somete a otros
 Cambio abrupto en el rendimiento escolar
 Inhabilidad para construir o mantener relaciones interpersonales satisfactorias.
 Aislamiento
 Búsqueda de afecto con los adultos
 Se esconde en posición fetal
 Dificultad para expresar sus sentimientos
 Reproducción de modelos negativos de comportamiento en el juego: gritos, golpes
 Alteración en el sueño (insomnio, pesadillas se duerme en clase)
 Conducta hiperactiva
 Enuresis y encopresis
 Alteración del lenguaje (tartamudeo, balbuceo).
 Baja autoestima
 Comportamiento regresivo (se orina en la cama o en la ropa; se chupa el dedo).
 Sentimientos de infelicidad y depresión
 Somatización (cefalea, dolor abdominal, vómito, diarrea sin causa obvia)
 Tendencia destructiva o autodestructiva

Cuadro 3. Formato para la detección de Abuso Psicológico (AP) Actuación del adulto

Institución: _____
 Nivel de atención: 1 () 2 () 3 ()
 Datos del cuidador: sexo: _____ edad: _____
 Datos del niño: sexo: _____ edad: _____
 Profesional de la salud: médico () psicólogo () trabajador social () enfermera () otro ().

<i>El adulto:</i>	<i>Frecuencia</i>		
	<i>Nunca</i>	<i>Ocasionalmente</i>	<i>Frecuentemente</i>
1. Grita al niño			
2. Insulta al niño			
3. Maldice al niño			
4. Deja de hablarle al niño			
5. Amenaza con echarlo del hogar			
6. Amenaza de abandono			
7. Amenaza con seres imaginarios (diablo, monstruos, coco, bruja)			
8. Cierra la puerta, lo deja fuera de casa			
9. Encierra al niño o impide que se relacione con otros			
10. Modela o expone al niño a comportamientos antisociales			
11. Asigna responsabilidades inadecuadas para su nivel de edad			

El cuestionario fue sometido a una prueba piloto en dos Institutos Nacionales de Salud Pediátricos de la Secretaría de Salud.

Se entrevistó a 100 padres de familia en la consulta externa del Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG) y del Instituto Nacional de Pediatría (INP). La edad promedio de los cuidadores fue de 37 años con un límites de 21 a 55 años; el 87% fue mujeres.

Los cuestionarios se codificaron para su análisis estadístico en el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS V.16).

Se calcularon medidas de frecuencia simple (frecuencia y porcentajes) para cada uno de los reactivos; se realizó un análisis factorial de tipo exploratorio y el cálculo del Coeficiente de Confiabilidad Alfa de Cronbach para conocer la confiabilidad del cuestionario.

Para determinar la confiabilidad del instrumento se efectuó un análisis factorial exploratorio. Se calculó el índice Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO and Bartlett's Test) que arrojó un resultado de .55. y el índice Bartlett's Test of Sphericity con resultados de 161.903 (p .000); lo cual indica que se contaba con un tamaño adecuado de muestra para realizar el análisis factorial exploratorio.

Asimismo, se calculó el Coeficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach y se obtuvo un resultado de .48 (11 reactivos).

RESULTADOS

Los 100 padres fueron entrevistados en las dos instituciones de la Secretaría de Salud. El cuestionario fue aplicado por psicólogas, médicos y enfermeras.

El cuadro 4 muestra los resultados del cuestionario aplicado.

De todos los reactivos de mayor frecuencia fue gritar al niño (56%). El 17% ocurrió más de una vez a la semana.

Otros fueron dejar de hablarle una vez por semana en un 25% de los casos e insultarlo una vez a la semana en el 19% de los casos.

Del 90 al 98% los padres no refirieron realizar las siguientes conductas: amenazar a niño con echarlo del hogar, con abandonarlo, asustarlo con seres imaginarios, cerrarle la puerta, encerrarlo o impedirle relacionarse con otros niños. Exponerlo a comportamientos antisociales y asignarle responsabilidades inadecuadas para su nivel de edad.

Para realizar el análisis factorial exploratorio se obtuvo el índice Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO and Bartlett's Test) de .55 y el índice

Bartlett's Test of Sphericity con un resultado de 161.903 ($p < .0001$); lo cual indica que se contaba con un tamaño adecuado de la muestra para realizar el análisis factorial.

El Coeficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach que se obtuvo fue de .48 (11 reactivos). Como se ve a pesar de contar con un tamaño adecuado de la muestra, el coeficiente obtenido es bajo.

DISCUSIÓN

El abuso psicológico es probablemente la forma de MI más común; sin embargo, su detección, y diagnóstico es difícil de establecer ya que no se considera que sea la causa de la psicopatología del niño. Por otra parte, este tipo de abuso puede quedar encubierto por las otras formas de MI.

Otro obstáculo es la falta de instrumentos o pruebas de tamizaje que permitan su detección oportuna.

Los resultados de este trabajo aportan datos relevantes. Los padres no mencionan indicadores que permitan detectar posibles casos; asimismo, el empleo de cuestionarios de auto-informe se ven afectados por la aceptación social. Es decir, admitir la realización de conductas que no son aprobadas socialmente.

De esta manera, el desarrollo del presente trabajo es el inicio para la construcción de una prueba de tamizaje que permita la detección oportuna de posibles casos.

Cuadro 4. Distribución de las respuestas* de 100 padres encuestados en la consulta externa de dos instituciones hospitalarias de la Secretaría de Salud.

	<i>Nunca</i> f %	<i>Ocasionalmente</i> f %	<i>Frecuentemente</i> f %
1. Grita al niño.	25 (25)	58 (58)	17 (17)
2. Insulta al niño.	80 (80)	19 (19)	1 (1)
3. Maldice al niño.	97 (97)	3 (3)	0
4. Deja de hablarle al niño.	74 (74)	25 (25)	1 (1)
5. Amenaza con echarlo del hogar.	95 (95)	5 (5)	0
6. Amenazas de abandono.	94 (94)	6 (6)	0
7. Amenaza con seres imaginarios.	95 (95)	4 (4)	1 (1)
8. Cierra la puerta, lo deja fuera de casa.	96 (96)	4 (4)	0
9. Encierra al niño o impide que se relacione con otros.	90 (90)	9 (9)	1 (1)
10. Modela o expone al niño a comportamientos antisociales.	94 (94)	5 (5)	1 (1)
11. Asigna responsabilidades inadecuadas para su nivel de edad.	98 (98)	1 (1)	1 (1)

* Se calcularon frecuencias (f) y porcentajes (%).

& Hospital Infantil de México Federico Gómez, Instituto Nacional de Pediatría.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barudy J. El dolor invisible de la infancia: Una lectura ecosistémica del maltrato infantil. Barcelona: Ed. Paidós; 1998.
2. Cantón J, Cortés MR. Malos tratos y abuso sexual infantil. España: Ed. Siglo XXI; 2002.
3. Casado J, Díaz J, Martínez C. Niños Maltratados. Madrid: Ed. Díaz de Santos; 1997.
4. Garbarino J. Psychological maltreatment is not and ancillary issue. Child Adol Behavior. 1998;14:2-4.
5. Garbarino J, Eckenrode J. Por qué las familias abusan de sus hijos: Un enfoque ecológico del maltrato infantil. España: Ed. Garnica; 1997.
6. Gómez de Terreros M. Maltrato Psicológico. Cuad Med Forense. 2006;12:103-16.
7. Gómez Jiménez M, Pérea Martínez A, Martín Martín V, Cerezo V. Maltrato Psicológico. Impacto en el desarrollo cognoscitivo, emocional y nutricio del menor. En: Loredo Abdalá A. Maltrato en niños y adolescentes. México: Editores de Textos Mexicanos; 2004.
8. Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SS-AI. Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. NOM-046-SSA 2-2005. Violencia familiar y sexual contra mujeres. Criterios para la Prevención y Atención.

