

Estudio descriptivo de la prevalencia y tipos de maltrato en adolescentes con psicopatología

Rosa Elena Ulloa Flores,¹ Irma Gabriela Navarro Machuca²

Artículo original

SUMMARY

Child abuse is defined as causing or permitting any harmful or offensive contact on a child's body; and any communication or transaction of any kind which humiliates, shames, or frightens the child. Some child development experts go a bit further and define child abuse as any act or omission, which fails to nurture or in the upbringing of the children. The Child Abuse Prevention and Treatment Act defines child abuse and neglect as: «at a minimum, any recent act or failure to act on the part of a parent or caretaker, which results in death, serious physical or emotional harm, sexual abuse or exploitation, or an act or failure to act which presents an imminent risk of serious harm.» Child abuse can be classified as physical, emotional, neglect or sexual.

Physical Abuse: This type of abuse can be defined as the inflicting of physical injury upon a child. This may include burning, hitting, punching, shaking, kicking, beating, or otherwise harming a child. The parent or caretaker may not have intended to hurt the child, the injury is not an accident. It may, however, been the result of over-discipline or physical punishment that is inappropriate to the child's age.

Emotional Abuse (also known as verbal abuse, mental abuse, and psychological maltreatment): This type of abuse includes acts or the failures to act by parents or caretakers that have caused or could cause serious behavioral, cognitive, emotional, or mental disorders.

Neglect: This type is defined as the failure to provide for the child's basic needs. Neglect can be physical, educational, or emotional. Physical neglect can include not providing adequate food or clothing, appropriate medical care, supervision, or proper weather protection (heat or coats). It may include abandonment. Educational neglect includes failure to provide appropriate schooling or special educational needs, allowing excessive truancies.

Sexual Abuse: It refers to the inappropriate sexual behavior with a child. It includes fondling a child's genitals, making the child fondle the adult's genitals, intercourse, incest, rape, sodomy, exhibitionism and sexual exploitation. To be considered child abuse these acts have to be committed by a person responsible for the care of a child (for example a baby-sitter, a parent, or a daycare provider) or related to the child.

The prevalence of child abuse has been reported as 4.5% to 21.6% in epidemiological studies and 14.6% to 48% in clinical studies. An epidemiological study in Mexico found at 16% to 20% prevalence, being the physical and emotional abuse the more frequently reported. This study also showed that the mother is the perpetrator in a high percentage of cases and mentioned some characteristics of the patients and their families which were associated with the different types of abuse.

There are many factors that may contribute to the occurrence of child abuse and neglect, such as an inadequate family environment, the history of illness or any disability in the children or the presence of psychopathology in the parents. Parents may be more likely to maltreat their children if they abuse drugs or alcohol. They also may not be able to cope with the stress associated with their children care.

Child abuse has been associated with psychopathology. The impairments in significant areas of child development caused by maltreatment may account for the elevated symptoms of depression, anxiety, conduct disorders and substance abuse among children and adolescents with histories of physical and sexual abuse. In particular, children and adolescents with externalizing disorders such as Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), oppositional defiant disorder or conduct disorder may be in a higher risk for maltreatment.

The objectives of this study were to examine the frequency of maltreatment reported by adolescents with psychiatric disorders and explore their demographic characteristics and family functioning.

Methods

The sample included male and female adolescents (13 to 17 years old) attending the inpatient and outpatient services at the Child Psychiatric Hospital in Mexico City. After giving their informed consent, the patients and their parents were assessed with the Semistructured Interview for Adolescents, a diagnostic interview which follows DSM-IV criteria for 17 major diagnoses. After that, adolescents were asked to fulfill a survey for child abuse, a previously designed questionnaire to explore the presence of physical, emotional, sexual abuse, and neglect. This questionnaire also assesses some characteristics of the parents and the family (income, educational level, family structure and conflict resolution, among others). The obtained data were analyzed with descriptive statistics.

Results

One hundred patients (50% male, mean age 14.79±1.60 years old, with a mean of 7.8±1.68 years of school) were evaluated. Most of them (56%) were living with both parents, the parents educational level more frequently reported was middle school (32% of the mothers and 30% of the fathers). Intimate partner violence was reported by 22% of the sample.

According to the psychiatric diagnostic interview, the most frequent diagnoses in the sample were major depressive disorder (61%), ADHD (39%), conduct disorder (31%), substance abuse (31%) and anxiety disorders (17%).

¹ Hospital Psiquiátrico Infantil «Dr. Juan N. Navarro».

² Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Occidente.

Correspondencia: Dra. Rosa Elena Ulloa Flores. Hospital Psiquiátrico Infantil «Dr. Juan N. Navarro». San Buenaventura 86, Tlalpan, 14080, México, D.F. E.mail: eulloa@hotmail.com

Recibido primera versión: 11 de mayo de 2010. Segunda versión: 15 de diciembre de 2010. Aceptado: 29 de marzo de 2011.

The rates of the different types of abuse reported by this sample of adolescents were as follows: Emotional abuse (77% perpetrated by the mother and 61% by the father), physical abuse (41% perpetrated by the mother and 34% by the father), severe physical abuse (29% perpetrated by the mother and 26% by the father), neglect (8%) and sexual abuse (24%). A 19% of the sample reported to be physically abused by the mother before the age of 5, while 11% reported to be physically abused by the father by the age of 5. Patients with ADHD and those with conduct disorder reported the highest frequencies of abuse. The adolescents with substance abuse disorders reported high frequency of emotional abuse. When patients were asked to give their opinion about the frequency with which they were physically punished, the investigators found that a high percentage of adolescents agreed to receive physical punishment (22% considered to be punished «with reason» and 12% considered normal to be hit). Only 8% to 11% considered that their parents hit them excessively.

The sample was divided according to their diagnoses in patients with externalizing disorders, internalizing disorders and substance abuse/dependence and the frequency of the different types of abuse was calculated. The physical abuse by the mother was more frequent in patients with externalizing disorders and substance abuse; the physical abuse by the father was more frequent in patients with externalizing disorders. These patients also reported the highest frequency of severe physical abuse and emotional abuse by the mother. The frequency of sexual abuse was reported by 22% or each diagnostic group.

When the patients were asked to explain why were they physically punished, the main reasons exposed were disobedience and disrespect; however, more than 20% explained that their parents were intoxicated with alcohol or drugs while punishing them.

Conclusions

The frequency of abuse reported by this sample of adolescents with psychiatric disorders was higher than the reported in an epidemiologic sample, particularly in the rates of sexual abuse. The present sample also exhibited unfavorable social, demographic and familial characteristics. Emotional abuse was the most frequently reported in this sample. The mother was the more frequently perpetrator for physical and emotional abuse.

Key words: Maltreatment, children, adolescents, psychopathology.

RESUMEN

El concepto de maltrato o abuso en la infancia incluye acciones y omisiones infligidas al menor, generalmente por personas del medio familiar, que interfieren con su desarrollo integral y lesionan sus derechos como persona. El maltrato se clasifica como físico, físico grave, emocional, negligencia y abuso sexual. La prevalencia del maltrato se ha reportado en estudios epidemiológicos (4.5% a 21%) y en estudios de población clínica (6% a 48%) realizados en varios países. En México la encuesta de maltrato infantil y factores asociados reportó una prevalencia del maltrato de 16% a 20%, siendo el maltrato físico, el maltrato físico grave y el maltrato emocional los más frecuentes.

El maltrato infantil es un problema multicausal. Dentro de los factores familiares asociados al maltrato se han mencionado la desintegración familiar, la violencia entre los padres y el menor nivel educativo de éstos.

La psicopatología se ha reportado en 9% de los niños y adolescentes maltratados, mencionándose al maltrato como predictor de ésta. Se ha encontrado mayor frecuencia de trastornos afectivos, ansiosos, conductuales y de abuso de sustancias en sujetos víctimas de maltrato crónico.

Los objetivos del presente trabajo fueron determinar la frecuencia y tipos de maltrato reportados por pacientes adolescentes con psicopatología y determinar la frecuencia de los factores demográficos y de funcionamiento familiar que se han asociado al maltrato en estos pacientes.

Método

El diseño del estudio fue transversal y descriptivo. La muestra incluyó adolescentes de 13 a 17 años de ambos sexos, usuarios de los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización del Hospital Psiquiátrico Infantil «Dr. Juan N. Navarro». Los pacientes fueron evaluados con la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes para obtener el diagnóstico y contestaron la Encuesta de Maltrato Infantil, que incluye apartados para determinar la presencia de maltrato, las creencias del sujeto acerca del mismo, antecedentes de patología en el adolescente, características de la estructura y nivel socioeconómico familiar y su estilo para solucionar conflictos. Se utilizó estadística descriptiva para el análisis de datos.

Resultados

La muestra se conformó de un total de 100 pacientes (50% hombres, edad promedio 14.79 ± 1.60 años), 56% pertenecía a una familia integrada. Para ambos padres el nivel de escolaridad más frecuentemente reportado fue de secundaria, 22% reportó violencia entre sus padres. Los diagnósticos más frecuentemente encontrados fueron episodio depresivo mayor (61%), trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)(39%), trastorno disocial (31%), abuso de sustancias (31%) y trastornos de ansiedad (17%).

Las frecuencias reportadas de los diferentes tipos de maltrato fueron: maltrato emocional 77%, maltrato físico 41%, negligencia 8% y abuso sexual 24%. La madre perpetró el abuso físico y emocional con mayor frecuencia. Los pacientes con TDAH y trastorno disocial reportaron las frecuencias más altas de todos los tipos de abuso, los adolescentes con diagnóstico de abuso de sustancias también reportaron alta frecuencia de abuso emocional. El abuso sexual fue reportado con frecuencia similar por los pacientes con trastornos afectivos, de conducta y por uso de sustancias.

Al preguntar a los pacientes las razones por las que sus padres los golpeaban, la desobediencia y la falta de respeto fueron las razones más frecuentemente reportadas; el maltrato también se atribuyó a que los padres estuvieran nerviosos o hubieran consumido sustancias psicoactivas, siendo estas razones más frecuentemente expuestas por los adolescentes con diagnóstico de abuso de sustancias.

Conclusiones

La muestra estudiada de adolescentes reportó frecuencias elevadas de maltrato y abuso sexual. También presentó indicadores demográficos desfavorables (familias desintegradas, violencia entre los padres y baja escolaridad de los mismos), que deben tomarse en cuenta como factores de riesgo para el maltrato, aunados a la psicopatología.

Palabras clave: Maltrato, adolescentes, psicopatología, niños.

INTRODUCCIÓN

El concepto de maltrato o abuso en la infancia incluye acciones y omisiones infligidas al menor, generalmente por personas del medio familiar, que interfieren con su desarrollo integral y lesionan sus derechos como persona. El maltrato se clasifica como:

Maltrato físico: Actos infligidos por un cuidador que causan un daño físico real o tienen el potencial de provocarlo y colocan al niño en grave riesgo de padecer alguna enfermedad.¹ Ejemplos de este tipo de maltrato son las fracturas, quemaduras, mordeduras, envenenamientos, etc.² Se ha diferenciado el maltrato físico del maltrato físico grave o «severo»; el primero es el acto realizado con la intención de provocar dolor físico a un niño, sin causar lesión, con el objeto de corregirlo o controlar su comportamiento; y el segundo es el maltrato ejercido con la intención o el potencial de causar lesión o daño físico o psicológico con un patrón de uso repetido o durante períodos largos y que incluye el uso de instrumentos.³

Maltrato emocional: Incluye la falta de demostración de afecto, restricción de los movimientos del menor, la denigración, ridiculización, amenazas e intimidación, discriminación, rechazo y otras formas no físicas de hostilidad como insultos, críticas o aislamiento, que causen o puedan causar deterioro en el desarrollo emocional, social o intelectual del menor.

Negligencia o abandono: Se produce cuando uno o ambos padres no toma medidas para promover el desarrollo del niño estando en condiciones de hacerlo en una o varias de las siguientes áreas: Salud, educación, desarrollo emocional, nutrición, amparo, higiene y condiciones de vida seguras.^{1,2}

Abuso sexual: Se considera como abuso sexual a los contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto usa al niño para estimularse sexualmente a sí mismo, al niño o a otra persona. No es necesario que exista un contacto físico para considerar que existe abuso. Se incluye el incesto, la violación, la vejación sexual (tocamiento a un niño con o sin ropa, alentar, forzar o permitir a un niño que toque de manera inapropiada al adulto) y el abuso sexual sin contacto físico (seducción verbal, solicitud indecente, exposición de órganos sexuales a un niño para obtener gratificación sexual, realización del acto sexual en presencia de un menor o masturbación en presencia de un niño).¹

La prevalencia del maltrato se ha reportado en estudios epidemiológicos y de población clínica en varios países por medio de tres diferentes metodologías: a) Prevalencia reportada de acuerdo a los informes de servicios gubernamentales de protección a los infantes, b) Informes retrospectivos de adolescentes y adultos y c) Informes de los cuidadores acerca de episodios de abuso. Estos dos últimos se han realizado utilizando instrumentos o encuestas diseñadas *ad hoc*. Los estudios realizados en población abierta han reportado frecuencias de 3.1% a 21.6% de abuso sexual,^{4,7} maltrato fi-

sico: 4.5% a 28.4%,^{4,5,8} negligencia: 11% a 41.5%^{4,5} y maltrato psicológico de 4% a 77%.^{5,8} Estas cifras varían dependiendo del diseño de los estudios y de la edad de los sujetos evaluados. En México, Villatoro y colaboradores realizaron la encuesta de maltrato infantil y factores asociados en varios Estados de la República, encontrando una prevalencia de maltrato de 16% a 20%, siendo el maltrato físico, el maltrato físico grave o «severo» y el maltrato emocional los más frecuentes. En este estudio también se reportó que es la madre quien con mayor frecuencia inflige el maltrato.³

Los estudios realizados en varios países señalan que el maltrato infantil es un problema multicausal en el que se consideran las características del niño, su familia, el agresor, la comunidad y el ámbito social, económico y cultural, así como un estímulo disparador de la agresión.^{3,9} Dentro de los factores familiares se han mencionado la desintegración familiar, la violencia entre los padres y el menor nivel educativo de éstos.^{3,9}

Los factores individuales incluyen antecedentes de nacimiento prematuro, problemas de conducta, discapacidad y problemas de salud del niño o adolescente.

MALTRATO Y PSICOPATOLOGÍA

La elevada frecuencia de psicopatología en niños y adolescentes que sufrieron maltrato ha llevado a mencionar al maltrato como predictor de ésta.^{5,10} Los estudios prospectivos como el de Ethier et al. reportaron mayor frecuencia de trastornos afectivos, ansiosos y conductuales en sujetos víctimas de maltrato crónico.¹¹ Yanos et al. reportaron que los pacientes con antecedentes de maltrato utilizaban los servicios de salud mental con mayor frecuencia y que la presencia de depresión mayor o abuso de sustancias incrementaba el uso de servicios médicos en estos pacientes.¹²

La relación entre el maltrato y los diferentes tipos de psicopatología se menciona a continuación:

Trastornos de conducta y maltrato infantil: El castigo corporal a los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se ha reportado en estudios de población abierta como el de Ouyang y su grupo.¹³ De acuerdo a Ford et al., la presencia de TDAH y trastorno negativista desafiante (TND) es más frecuente en pacientes con antecedentes de maltrato físico o abuso sexual. Estudios epidemiológicos recientes como el de Jonson-Reid et al. también han señalado al maltrato como factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de conducta.¹⁴

Trastornos afectivos y maltrato: Algunos estudios han asociado el maltrato con la depresión¹⁵ y la ansiedad.¹⁶

En cuanto al Trastorno Bipolar (TB), un estudio en pacientes adultos con TB realizado por Brown GR et al.¹⁷ mostró que el maltrato de cualquier tipo fue reportado en el 48.3% de los sujetos con este diagnóstico, el abuso sexual se presentó en 8%, el abuso físico en 20.7%. Los pacientes con abu-

so sexual y físico tienen mayor probabilidad de presentar trastorno por estrés postraumático, trastornos por consumo de alcohol y más episodios de depresión mayor, así como mayor probabilidad de presentar intentos suicidas.¹⁷⁻¹⁹

Abuso de sustancias y maltrato: De acuerdo al reporte de Downs y Harrison, la experiencia de abuso parece estar relacionada con incremento en los sentimientos depresivos y ansiosos que resultan en un mayor riesgo de desarrollar problemas con el uso de sustancias.²⁰

Hamburger et al. encontraron que el inicio del consumo de alcohol previo a la adolescencia estaba significativamente asociado a presenciar violencia doméstica, experimentar abuso físico o abuso sexual.²¹ Por su parte, Shih et al. realizaron un estudio en población abierta, encontrando que el antecedente de abuso sexual se asociaba con alto consumo de polisustancias en adolescentes.²²

En México se han realizado estudios de prevalencia de maltrato en adolescentes de población abierta, sin embargo no se ha evaluado la prevalencia de maltrato en población clínica. Dado que el maltrato y la psicopatología han sido asociadas en estudios previos, es importante conocer la prevalencia de maltrato emocional, físico, negligencia y abuso sexual en esta población de adolescentes. Los objetivos del presente trabajo fueron determinar la frecuencia y tipos de maltrato reportados por pacientes adolescentes con psicopatología y determinar la frecuencia de los factores demográficos y de funcionamiento familiar que se han asociado al maltrato en estos pacientes.

MÉTODO

Con el fin de probar la hipótesis de que los adolescentes con psicopatología presentan una alta frecuencia de todos los tipos de maltrato, se realizó un estudio transversal y descriptivo, en el que se reclutaron en forma consecutiva, de acuerdo al método de muestreo no probabilístico, a pacientes adolescentes de 13 a 17 años de ambos sexos, usuarios de los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización del Hospital Psiquiátrico Infantil «Dr. Juan N. Navarro» que fueran capaces de comprender y contestar las preguntas de la entrevista diagnóstica y la encuesta de maltrato infantil. Los pacientes y sus padres otorgaron su consentimiento para participar en el estudio.

Instrumentos

Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA). Esta entrevista se construyó de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV para determinar los principales diagnósticos internalizados y externalizados. Está integrada por cuatro partes: la primera corresponde a los datos de identificación general del adolescente y su padecimiento actual; la segunda explora la presencia de psicopatología; la terce-

ra evalúa los antecedentes generales del paciente (perinatales, de su desarrollo, los patológicos y los familiares) y la cuarta aborda los apartados de desarrollo sexual, abuso físico o sexual, consumo de alcohol y drogas y el funcionamiento psicosocial. Se ha estudiado la confiabilidad de este instrumento en población mexicana encontrando valores kappa de 0.62 a 0.85.²³

Encuesta de Maltrato Infantil. Esta encuesta se compone de varios apartados para determinar la presencia de maltrato físico, maltrato físico grave o «severo», contexto y creencias del maltrato físico, maltrato emocional, maltrato por negligencia o abandono, abuso sexual, estructura familiar, nivel educativo de los padres, nivel socioeconómico percibido de la familia, estilos de la familia para solucionar conflictos y características del adolescente como antecedentes de nacimiento prematuro, discapacidad u otros problemas de salud.³

El análisis de datos comprendió estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes, promedios y desviación estándar).

RESULTADOS

Características demográficas de la muestra: La muestra se conformó de un total de 100 pacientes, de los cuales el 50% fueron hombres y 50% mujeres. El promedio de edad fue de 14.79 (± 1.60) años y el de la escolaridad en años fue de 7.8 (± 1.68). Dentro de los factores familiares estudiados en la muestra se encontró que 56% pertenecía a una familia integrada; para ambos padres el nivel de escolaridad más frecuentemente reportado fue de secundaria (32% madre y 30% padre). La violencia entre los padres fue reportada por 22% de los adolescentes.

Características clínicas de la muestra: Los diagnósticos más frecuentemente encontrados fueron los trastornos depresivos, seguidos de trastornos externalizados, trastornos por uso de sustancias y trastornos ansiosos (cuadro 1).

Cuadro 1. Frecuencia de los diagnósticos psiquiátricos

Diagnóstico	%
T. depresivo mayor	61
Distimia	41
TDAH	39
T. disocial	31
Abuso de sustancias	31
Dependencia de sustancias	22
T. negativista desafiante	17
Fobia simple	8
T. de angustia	5
T. de ansiedad por separación	4
T. bipolar	3
T. de tics motores o vocales crónicos	3
T. obsesivo compulsivo	2
Enuresis	2
Esquizofrenia	1

Cuadro 2. Frecuencia de maltrato reportada por los adolescentes en el HPIJNN

Tipo de maltrato	%
Maltrato emocional	
Mamá	77
Papá	61
Maltrato físico	
Mamá	41
Papá	34
Maltrato físico severo	
Mamá	29
Papá	26
Maltrato por negligencia o abandono	8
Abuso sexual	24

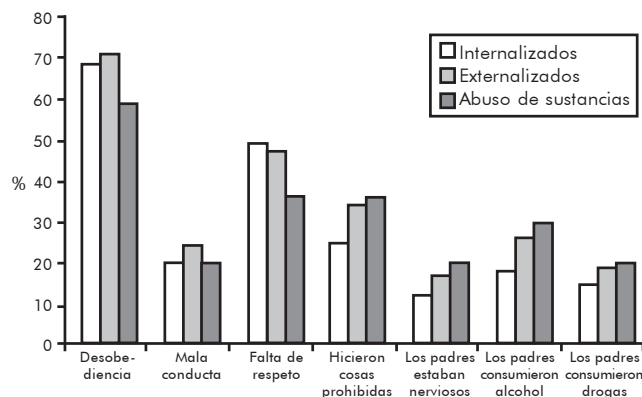
Tipos de maltrato y percepción de los adolescentes acerca del mismo: En el cuadro 2 se describe la frecuencia de los tipos de maltrato inflingidos por el padre y la madre respectivamente. El maltrato emocional fue el más frecuentemente reportado. De acuerdo a lo mencionado por los adolescentes, la madre ejerce el maltrato físico, físico grave y emocional con mayor frecuencia que el padre.

Al evaluar la duración del maltrato se encontró que 19% de los pacientes comenzaron a ser golpeados antes de los cinco años por la madre y 11% por el padre.

En cuanto a la opinión de los pacientes respecto a ser golpeados, se encontró que 22% de los pacientes consideraban que su padre los golpeaba por un motivo justo, 12% mencionaron que les golpeaba «lo normal» y sólo 11% consideraban que les golpeaba demasiado. En cuanto a ser golpeados por su madre, el 33% consideraban que era por un motivo justo, 19% mencionaron que les golpeaba «lo normal» y sólo 8% consideraban que les golpeaba demasiado.

Tipos de maltrato y psicopatología. El cuadro 3 muestra las frecuencias reportadas de maltrato en pacientes con trastornos externalizados, internalizados y consumo de sustancias. Los pacientes con trastornos externalizados reportaron mayor frecuencia de maltrato físico grave que los otros dos grupos diagnósticos. En el resto de los tipos de maltrato las frecuencias observadas fueron similares.

La figura 1 muestra las razones más frecuentes por las que los adolescentes consideran que los padres gol-

**Figura 1.** Razones por las que los padres golpean a sus hijos, de acuerdo a los grupos diagnósticos

pean a sus hijos. La desobediencia y la falta de respeto fueron las razones más frecuentemente reportadas; el maltrato también se atribuyó a que los padres estuvieran nerviosos o hubieran consumido alcohol, siendo estas razones más frecuentemente expuestas por los adolescentes con diagnóstico de abuso de sustancias que por los otros dos grupos.

DISCUSIÓN

Las características de la familia, escolaridad de los padres y la distribución diagnóstica de los adolescentes entrevistados fueron similares a las reportadas en otros estudios que evaluaron a la población que acude a consulta al Hospital Psiquiátrico Infantil.²⁴⁻²⁶

Los resultados muestran que dentro de los tipos de maltrato estudiados, el más común fue el maltrato emocional, en forma similar a lo reportado en la encuesta de maltrato infantil aplicada al mismo grupo de edad en población general³ y a reportes de estudios con adolescentes en población abierta, en particular el realizado en Cuba por Fernández,²⁷ donde el 75% presentó maltrato psicológico. El abuso sexual fue reportado por la cuarta parte de los pacientes entrevistados. Dicha frecuencia es superior a la reportada en la encuesta nacional de maltrato infantil (0.9% a 9.1%)³ y a la reportada en artículos de revisión.²⁸

Se encontró que la madre es quien más frecuentemente ejercía el maltrato emocional, el maltrato físico y el maltrato físico grave. Esto se había reportado en otras muestras en población abierta³ y en adolescentes que acuden a los servicios de urgencias en hospitales pediátricos.²⁹ La violencia entre padres, el estrés parental y la depresión se han señalado como factores de riesgo para el maltrato por parte de la madre.^{30,31} Pittman y Buckley, en un estudio que comparó diversas características de madres y padres maltratadores, encontraron que las madres tenían menos herramientas para lidiar con el estrés generado fuera de sus familias mientras que los padres mantenían una acti-

Cuadro 3. Frecuencia de maltrato de acuerdo a los diagnósticos

Tipos de maltrato	Trastornos		Consumo de sustancias N=31
	Externalizados N=54	Internalizados N=76	
Físico madre	24 (44%)	31 (40.8%)	14 (45.2%)
Físico padre	26 (48%)	22 (28.9%)	8 (25.8%)
Físico severo madre	22 (40%)	20 (26.3%)	9 (29.0%)
Físico severo padre	21 (38%)	16 (21.1%)	8 (25.8%)
Emocional madre	45 (83%)	57 (75.0%)	26 (83.9%)
Emocional padre	36 (66%)	45 (59.2%)	17 (54.8%)
Abuso sexual	12 (22%)	27 (22.4%)	7 (22.6%)
Negligencia	5 (9%)	4 (5.3%)	3 (9.7%)

tud rígida y distante, expresando expectativas exageradas del comportamiento de sus hijos.³²

En cuanto a las creencias y percepciones del maltrato presentes en los adolescentes de la muestra, encontramos que más del 20% de los pacientes consideraba que su padre o su madre los golpeaba por un motivo justo y 19% consideró que su madre les golpeaba «lo normal». También hay que destacar que la proporción de quienes consideraron que su padre «les golpea demasiado» es mayor a la de quienes consideraron lo mismo de su madre, lo que podría indicar que una parte de los adolescentes estudiados tienen la percepción de que el maltrato físico por la madre es más justo que el del padre y que son menos golpeados por ellas que por sus padres, a pesar de que la frecuencia de maltrato fue mayor por parte de la madre que por el padre. Lo anterior se vincula a la aceptación cultural de que a la madre le corresponde ejercer la disciplina, sin importar el método empleado.

La presente muestra clínica reportó frecuencia de maltrato en mayor proporción que la reportada en población abierta, lo que orienta a suponer una relación directa entre la psicopatología y el maltrato. Al examinar las frecuencias reportadas de maltrato de acuerdo al tipo de psicopatología, se encontró que los porcentajes mayores de maltrato físico se encontraban en pacientes con trastornos externalizados. Este hallazgo ha sido descrito en estudios nacionales como el de Saucedo, e internacionales como el de Ford en el 2000, que mencionaron a los trastornos externalizados como factores de riesgo para recibir maltrato.^{33,34}

Los trastornos externalizados fueron diagnosticados en más de la mitad de la muestra, y podrían evaluarse como factor asociado a la mayor proporción de maltrato encontrado en estos sujetos con psicopatología en futuros estudios.

Por otra parte, más de la mitad de los adolescentes estudiados reportaron abuso o dependencia a sustancias en ellos y sus familiares. De Sanctis et al. han subrayado la relación entre el maltrato infantil y los trastornos por consumo de sustancias.³⁵

En cuanto a las razones por las que los adolescentes creían ser golpeados, es importante destacar el alto porcentaje de pacientes que consideraron que el consumo de sustancias es la razón más frecuente por la que los padres les pegan a sus hijos. Se ha reportado que la adicción en las madres se relaciona con el abuso en sus hijos, existiendo una relación estrecha entre la frecuencia y gravedad de maltrato con la gravedad del consumo de sustancias en ellas.³⁶

Limitaciones

Se contempla como posible limitación del estudio la exclusión de los pacientes con discapacidades o psicopatología que interfirieran en la autoaplicación de la encuesta de maltrato infantil, ya que podrían ser igualmente pacientes

vulnerables a maltrato. Por otra parte, los datos provienen de una encuesta transversal y autoaplicada en la que se pide al individuo que informe voluntariamente sobre situaciones que ha vivido en el último año y otras a lo largo de la vida. Por tanto, existe el riesgo de sesgo debido a lo que el individuo recuerda, en lo que percibe y lo que está dispuesto a contestar de manera fidedigna.

CONCLUSIONES

La muestra estudiada de adolescentes reportó frecuencias elevadas de maltrato y abuso sexual. También presenta indicadores demográficos desfavorables (familias desintegradas, violencia ente los padres y baja escolaridad de los mismos), que deben tomarse en cuenta como factores de riesgo para el maltrato, aunados a la psicopatología.

REFERENCIAS

1. Cortés M, Cantón J. Definición, incidencia y causas del maltrato infantil en el contexto familiar. En: Cantón J, Cortés M (eds). *Malos tratos y abuso sexual infantil*. España: Editorial Siglo Veintiuno Editores; 1997; pp.1-72.
2. Palacios J, Jiménez J, Moreno M, Oliva A et al. Frecuencia de malos tratos en la infancia. En: Gómez de Terreros I (ed). *Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil*. Granada: Editorial Comares; 1995; pp.97-119.
3. Villatoro J, Quiroz N, Gutiérrez M, Díaz M et al. ¿Cómo educamos a nuestros/as hijos/as? Encuesta de Maltrato Infantil y Factores Asociados. México: Instituto Nacional de Mujeres (INMUJERES), Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; 2006.
4. Hussey J, Chang J, Kotch J. Child maltreatment in the United States: prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. *Pediatrics* 2006;118:933-942.
5. Sesar K, •ivèiæ-Beaireviæ I, Sesar D. Multi-type maltreatment in childhood and psychological adjustment in adolescence: questionnaire study among adolescents in western herzegovina canton. *Croat Med J* 2008;49:243-256.
6. Edgardh K, Ormstad K. Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish seventeen-year-old boys and girls. *Acta Paediatr* 2000;89:268-271.
7. Edwards V, Holden G, Felitti V, Anda R. Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *Am J Psychiatry* 2003;160:1453-1460.
8. Aberle N, Ratkoviæ-Blazeviæ V, Mitroviæ-Dittrich D, Coha R et al. Emotional and physical abuse in family: survey among high school adolescents. *Croat Med J* 2007;48:240-248.
9. Elliman D, Lynch M. The physical punishment of children. *Arch Dis Child* 2000;196:196-198.
10. Perepletchikova F, Kaufman J. Emotional and behavioral sequelae of childhood maltreatment. *Curr Opin Pediatr* 2010;22:610-615.
11. Ethier L, Lemelin J, Lacharité C. A longitudinal study of the effects of chronic maltreatment on children's behavioral and emotional problems. *Child Abuse Negl* 2004;28:1265-1278.
12. Yanos P, Czaja S, Widom C. A prospective examination of service use by abused and neglected children followed up into adulthood. *Psychiatr Serv* 2010;61:796-802.
13. Ouyang L, Fang X, Mercy J, Perou R et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and child maltreatment: a population-based study. *J Pediatr Nurs* 2008;153:851-856.

14. Jonson-Reid M, Presnall N, Drake B, Fox L et al. Effects of child maltreatment and inherited liability on antisocial development: an official records study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49:321-332.
15. Webb M, Heisler D, Call S, Chickering S et al. Shame, guilt, symptoms of depression, and reported history of psychological maltreatment. *Child Abuse Negl* 2007;31:1143-1153.
16. Cicchetti D, Rogosch F, Sturge-Apple M. Interactions of child maltreatment and serotonin transporter and monoamine oxidase A polymorphisms: depressive symptomatology among adolescents from low socioeconomic status backgrounds. *Dev Psychopathol* 2007;19:1161-1180.
17. Brown G, McBride L, Bauer M, Williford W. Impact of childhood abuse on the course of bipolar disorder: a replication study in U.S. veterans. *J Affect Disord* 2005;89:57-67.
18. Romero S, Birmaher B, Axelson D, Goldstein T et al. Prevalence and correlates of physical and sexual abuse in children and adolescents with bipolar disorder. *J Affect Disord* 2009;112:144-150.
19. McIntyre R, Soczynska J, Mancini D, Lam C et al. The relationship between childhood abuse and suicidality in adult bipolar disorder. *Violence Vict* 2008;23:361-372.
20. Downs W, Harrison L. Childhood maltreatment and the risk of substance problems in later life. *Health Soc Care Community* 1998;6:35-46.
21. Hamburger M, Leeb R, Swahn M. Childhood maltreatment and early alcohol use among high-risk adolescents. *J Stud Alcohol Drugs* 2008;69:291-295.
22. Shin S, Hong H, Hazen A. Childhood sexual abuse and adolescent substance use: a latent class analysis. *Drug Alcohol Depend* 2010;109:226-235.
23. De la Peña F, Patiño M, Mendizábal A, Cortés J et al. La entrevista semiestructurada para adolescentes (ESA). Características del instrumento y estudio de confiabilidad interevaluador y temporal. *Salud Mental* 1998;21:11-19.
24. Caballero Lozano I. Estudio comparativo de conductas asociadas a funciones ejecutivas en adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad y un grupo control. México: Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental, Universidad Nacional Autónoma de México; 2010.
25. Pérez-Sandoval G. Calidad de vida en adolescentes con antecedentes de consumo de cocaína con y sin tratamiento en la actualidad. México: Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental, Universidad Nacional Autónoma de México; 2010.
26. Rivera-Gutiérrez L. Depresión en adolescentes con epilepsia parcial estudio piloto. México: Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental, Universidad Nacional Autónoma de México; 2006.
27. Fernández-Couce G, Alonso-Castillo A, Rodríguez-Iglesias Z. Maltrato oculto en adolescentes. *Rev Cubana Salud Pública (revista en Internet)*; sep. 2006;32. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid-S0864-34662006000300003&lnh=es. Revisado el 3 de abril de 2010.
28. Putnam F. Ten-year research update review: Child sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;43:269-278.
29. Saluja G, Marquez V, Cheng T, Trumble A et al. Adolescents as victims of familial violence: a hospital based surveillance. *Int J Inj Contr Saf Promot* 2007;14:19-23.
30. Conron K, Beardslee W, Koenen K, Buka S et al. A longitudinal study of maternal depression and child maltreatment in a national sample of families investigated by child protective services. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009;163:922-930.
31. Taylor C, Guterman N, Lee S, Rathouz P. Intimate partner violence, maternal stress, nativity, and risk for maternal maltreatment of young children. *Am J Public Health* 2009;99:175-183.
32. Pittman J, Buckley R. Comparing maltreating fathers and mothers in terms of personal distress, interpersonal functioning, and perceptions of family climate. *Child Abuse Negl* 2006;30:481-496.
33. Ford J, Racusin R, Ellis C, Daviss W et al. Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders. *J Child Maltreat* 2000;5:205-217.
34. Saucedo-García J, Olivo-Gutiérrez N, Gutiérrez J, Maldonado-Durán J. El castigo físico en la crianza de los hijos: un estudio comparativo. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2006;63:382-388.
35. De Sanctis V, Trampush J, Harty S, Marks D et al. Childhood maltreatment and conduct disorder: independent predictors of adolescent substance use disorders in youth with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2008;37:785-793.
36. Conners-Burrow N, Johnson B, Whiteside-Mansell L. Maternal substance abuse and children's exposure to violence. *J Pediatr Nurs* 2009;24:360-368.

Artículo sin conflicto de intereses