



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Escuela de Psicología Clínica

**“ALTERACIONES CONDUCTUALES EN ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE
MALTRATO FÍSICO DE LA PARROQUIA SANTA ANA”**

Trabajo de graduación previo a la obtención del Título de Psicóloga Clínica

AUTORAS:

María Cruz Pesántez Cobos

Jessenia Katiuzhca Cuesta Cárdenas

DIRECTORA:

Dra. Ana Lucía Pacurucu

Cuenca – Ecuador

2019

DEDICATORIA

Quiero dedicar esta tesis al forjador de mi camino, Dios por todas sus bendiciones, el que en todo momento está conmigo para superar los obstáculos y dificultades que se me presenta.

A mis padres que son el pilar fundamental, quienes siempre han estado a mi lado apoyándome incondicionalmente día a día en el transcurso de mi formación académica.

A mi familia por brindarme su amor, apoyo, comprensión durante esta etapa de mi vida. A mi amiga Cecilia Bermejo (+), un sueño que emprendimos juntas y aunque no estés físicamente conmigo siempre te llevare en mi corazón y sé que desde el cielo estás orgullosa de mi.

Jessenia Katiuzhca Cuesta Cárdenas

Quiero dedicar esta tesis primeramente a Dios quien por su gracia y amor ha permitido que llegue hasta en donde estoy ahora, a mi familia, quienes han sido un pilar durante todo este tiempo ya que siempre me han inculcado valores y perseverancia en todas la áreas de mi vida; y a mis hermanas quien con su presencia y amor me han dado fuerzas para seguir adelante.

También quiero dedicarles a mis otros seres queridos quienes estuvieron siempre acompañándome en este largo proceso, y a mis amigos los cuales me mostraron su compañerismo y lealtad hasta los últimos días de la época universitaria.

María Cruz Pesántez Cobos

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis padres por haber creído en mí, inculcando el ejemplo de superación, humildad, y sacrificio, enseñándome el valor de todo lo que tengo y por haberme ayudado a enfrentar los retos que se me ha presentado a lo largo de la vida.

Agradezco a nuestros docentes de la Escuela de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay por haberme impartido sus conocimientos que me ha ayudado a crecer como persona y como profesional de manera especial a mi tutora Dra. Ana Lucía Pacurucu, gracias por su tiempo, por su apoyo, paciencia y sabiduría para poder realizar este trabajo.

A mi amiga María Cruz Pesántez que gracias al equipo que formamos logramos llegar hasta el final del camino y a mis amigos con los que he compartido todos estos años juntos, gracias por cada experiencia por los momentos de alegría y tristeza, por cada palabra de aliento, gracias por una amistad sincera. Y gracias a todas las personas que nos brindaron su ayuda en este proyecto.

Jessenia Katiuzhca Cuesta Cárdenas

En el presente trabajo quiero agradecer a mis padres por apoyarme y alentarme tanto en la parte académica, emocional y económica para poder seguir con mis estudios. Quiero agradecer a mi tutora: Dra. Ana Lucía Pacurucu por habernos apoyado en todo momento, impartiendo con sus conocimientos y motivándonos en cada momento, a mis profesores por entregarme sus enseñanzas y formarme de una manera profesional. A mi compañera de tesis Kathy Cuesta, con quien forme equipo para la realización de esta investigación, por cada momento vivido y esmero para la culminación del proyecto.

Agradezco a la Universidad del Azuay por abrirme sus puertas y brindarme su apoyo en momentos de dificultad, a mis familiares y amigos quienes estuvieron a mi lado brindándome su apoyo incondicional en todo momento.

María Cruz Pesántez Cobos

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	IV
ÍNDICE DE FIGURAS.....	VI
ÍNDICE DE TABLAS.....	VII
ÍNDICE DE ANEXOS.....	VII
RESUMEN.....	VIII
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	4
MALTRATO FÍSICO.....	4
1.1 Introducción.....	4
1.2 Concepto.....	5
1.3 Tipos y formas del maltrato.....	8
1.3.1 Abuso sexual.....	8
1.3.2 Bullying físico.....	9
1.3.3 Negligencia física.....	9
1.4 Diagnóstico del maltrato y tratamiento.....	9
CAPÍTULO 2.....	12
ALTERACIONES CONDUCTUALES EN ADOLESCENTES.....	12
2.1 Desarrollo normal de los adolescentes.....	12
2.2.1 Adolescencia temprana.....	14
2.2.2 Adolescencia media.....	16
2.2.3 Adolescencia tardía.....	18
2.3 Alteraciones Conductuales.....	21
2.3.1 Alteraciones conductuales en adolescentes víctimas de violencia física.....	22
2.4 Conductas internalizantes y externalizantes.....	23

2.4.1 Conductas internalizantes	23
2.4.2 Conductas externalizantes	24
2.4.3 Competencias sociales	26
CAPÍTULO 3	29
METODOLOGÍA.....	29
3.1 Método.....	29
3.1.1 Diseño:.....	29
3.1.2 Participantes	29
3.1.3 Criterios de inclusión para el grupo víctimas de maltrato:.....	30
3.1.4 Criterios de exclusión:	30
3.1.5 Aspectos éticos:	30
3.2 Instrumentos:	31
3.2.1 Ficha sociodemográfica:.....	31
3.2.2 Consentimiento informado:	31
3.2.3 Entrevista Semiestructurada:	31
3.2.4 CBCL/6-18: (Child Behavior Checklist/6-18). Lista de comportamientos infantiles de 6 a 18 años versión padres	31
3.2.5 CBCL/4-16: (Child Behavior Checklist/4-16). Lista de comportamientos infantiles de 4 a 16 años versión profesores TR (Teacher’s Report Form).....	32
3.2.6 Procedimiento:.....	32
CAPÍTULO 4	34
RESULTADOS	34
4.1 Análisis estadístico	34
4.2 Participantes	34
4.1 Criterios de evaluación.	34
4.3 Caracterización de las víctimas.	36
4.4 Conductas Internalizantes: Percepción de los Padres.....	36
4.5 Conductas Externalizantes: Percepción de los Padres.....	39
4.6 Conductas Internalizantes: Percepción de los Docentes	40

4.7 Conductas Externalizantes: Percepción de los Docentes	43
4.8 Competencias Sociales: Percepción de los Padres	44
4.9 Competencias Sociales: Percepción de los Docentes.....	46
4.10 Corroboración de información	49
CAPÍTULO 5	51
DISCUSIÓN.....	51
CONCLUSIONES.....	53
RECOMENDACIONES	56
REFERENCIAS	57

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Las diversas formas de castigo que utilizan los padres. Unicef (2015)..	7
Figura 2. Características conductuales (Padres).....	37
Figura 3. Niveles conductuales generales (Percepción de los padres)	37
Figura 4. Conductas internalizantes: Percepción de los padres.....	38
Figura 5. Niveles de conductas internalizantes según la percepción de los padres.....	39
Figura 6. Conductas externalizantes: Percepción de los padres	39
Figura 7. Conductas externalizantes según la percepción de los padres	40
Figura 8. Características conductuales (Docentes).....	41
Figura 9. Niveles conductuales generales (Percepción de los docentes).....	41
Figura 10. Conductas internalizantes: Percepción de los Docentes	42
Figura 11. Niveles de conductas internalizantes según la percepción de los docentes	43
Figura 12. Conductas externalizantes: Percepción de los docentes	43
Figura 13. Conductas externalizantes según la percepción de los docentes.....	44
Figura 14. Competencias sociales - Problemas sociales (Percepción de los padres)	45
Figura 15. Competencias sociales - Problemas de pensamiento (Percepción de los padres)	45
Figura 16. Competencias sociales - Problemas de atención (Percepción de los padres)	46
Figura 17. Competencias sociales - Problemas sociales (Percepción de los docentes).....	47

Figura 18. Competencias sociales - Problemas de pensamiento (Percepción de los docentes).....	48
Figura 19. Competencias sociales - Problemas de atención (Percepción de los docentes).....	49

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características de los padres.....	35
Tabla 2. Características de las víctimas.....	36
Tabla 3. Relación de respuesta entre docentes y padres.....	50
Tabla 4. Competencias sociales - Problemas sociales (Percepción de los padres)	66
Tabla 5. Competencias sociales - Problemas de pensamiento (Percepción de los padres)	67
Tabla 6. Competencias sociales - Problemas de atención (Percepción de los padres).....	67
Tabla 7. Competencias sociales - Problemas sociales (Percepción de los docentes).....	67
Tabla 8. Competencias sociales - Problemas de pensamiento (Percepción de los docentes).....	68
Tabla 9. Competencias sociales - Problemas de atención (Percepción de los docentes)	68

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1	65
ANEXO 2.....	69
ANEXO 3	70
ANEXO 4.....	72
ANEXO 5	78
ANEXO 6.....	80

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo identificar las alteraciones conductuales en adolescentes víctimas de maltrato físico, se trató de una investigación de corte descriptivo, exploratorio, transversal y no experimental; en la cual participaron 30 representantes de los adolescentes que asisten a la Escuela de Educación Básica “Gaspar Sangurima” de la Parroquia Santa Ana.

Se utilizó el cuestionario: CBCL (versión padres y profesores) que proporcionan una valoración acerca del desempeño académico, el funcionamiento adaptativo y problemas funcionales y conductuales que presentan los adolescentes.

Los resultados revelaron que las conductas internalizantes se encuentran en un nivel clínico, por otro lado, las conductas externalizantes están dentro del nivel límite.

Palabras claves: Maltrato, Alteraciones conductuales, Adolescentes.

ABSTRACT

The objective of this study was to identify behavioral alterations in adolescent victims of physical abuse. It was a descriptive, exploratory, transversal and non-experimental research. It involved 30 representatives of adolescents who attended the Escuela de Educación Básica "Gaspar Sangurima" of Santa Ana. The CBCL questionnaire (parents and teacher's version) was used. This provides an assessment of functional and behavioral problems, adaptive functioning and academic performance in adolescents. The results reveal that internalizing behaviors are at a clinical level. On the other hand, externalizing behaviors are within the limit level.

Keywords: Abuse, behavioral alterations, adolescents.



A handwritten signature in blue ink, consisting of a series of loops and a long horizontal stroke.

Translated by

Ing. Paúl Arpi

INTRODUCCIÓN

El Maltrato es una de las problemáticas más graves que están afectando a niños/as y adolescentes en el mundo. No existe un concepto claro de maltrato ya que este fenómeno ha ido evolucionando con el paso del tiempo (Aranda, 2009).

En el artículo 19 de la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, define al maltrato infantil, como: "Toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquier otra persona que le tenga a su cargo" (Unicef, 2006cbcl, p 4).

La violencia se observa en distintas formas e intensidad y frecuentemente están acomodadas en prácticas culturales, económicas y sociales, este tipo de violencia se manifiesta en los hogares, en la escuela, en las instituciones y en la comunidad, por lo que se evidencia que existe violencia física en aquellos lugares que debieran ser de protección y seguridad para un desarrollo integral del adolescente. Los niveles de sumisión del adolescente hacia el adulto que los están agrediendo, lo dejan en una situación de gran vulnerabilidad, concurriendo a la violencia en la familia como una de las formas de maltrato más frecuentes que viven los niños/as y adolescentes (Rosa, Sánchez, López, 2010).

A inicios de la década de los años 70 se comenzó a hablar de la violencia dentro de las familias, lo que generó un camino hacia el estudio de este fenómeno debido a que esta problemática se encontraba afectando de forma negativa al crecimiento y socialización de las personas (Vásquez, 2014).

Según Unicef (United Nations International Children's Emergency Fund, 2004) en el mundo existen millones de niños/as y adolescentes en el que viven con el temor a ser víctimas de maltrato en la casa, en la escuela, en las instituciones. El maltrato contra los adolescentes constituye una de las formas de violación de los derechos humanos obstaculizando la igualdad, la dignidad, la seguridad y la autoestima.

Aquellos niños y adolescentes que viven violencia pueden llegar a interiorizar esas conductas como forma de resolver altercados y a repetir ese tipo de pautas y abuso contra otras personas. El maltrato físico no solo les causa dolor, daño y humillación a los niños sino en ocasiones puede provocarles la muerte. A menudo aquellos niños y adolescentes que han sufrido violencia poseen dificultades de aprendizaje y desempeño escolar, baja autoestima, depresión y en otros casos conductas autodestructivas (Unicef, 2010).

A nivel mundial, 6 de cada 10 niños de 2 a 14 años de edad sufren de manera habitual correctivos físicos a manos de sus cuidadores. Una de las formas de maltrato físico es la disciplina violenta de acuerdo a la Unicef (United Nations International Children's Emergency Fund, 2014) “Alrededor de un 17% de los niños de 58 países están sujetos a formas graves de castigo físico (golpes en la cabeza, las orejas o la cara o golpes duros y repetidos). Más del 40% de los niños de 2 a 14 años sufre castigos físicos graves. A escala mundial, 3 de cada 10 adultos creen que el castigo físico es necesario para criar bien a los niños” (Unicef, 2010, p. 12)

En Ecuador se registró que alrededor de 4 de cada 10 niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años recibieron un trato violento de sus padres por efectuar un error o no acatar órdenes (Unicef, 2010). En el 2017 se denunciaron 127 casos de violencia en zonas urbanas y rurales del Cantón Cuenca, las estadísticas permiten identificar los lugares donde se realizan más denuncias por maltrato y violencia intrafamiliar, entre las parroquias rurales están: El Valle, Sinincay, Baños, Ricaurte, Sayausí, debido a la falta de conocimiento por parte de los funcionarios políticos se origina que en parroquias como: Llacao, Chaucha, Santa Ana, Cumbe, se registre un menor número de denuncias por violencia (Tiempo, 2011).

El objetivo principal de este estudio es tener el conocimiento de las alteraciones conductuales que presentan los adolescentes al ser víctimas de maltrato físico, y saber qué conducta es la más afectada. En el primer capítulo se abordará diferentes conceptos para entender de una mejor manera la problemática a investigar, estudiando los tipos y formas más comunes de maltrato físico y el diagnóstico que trae consigo esta problemática, posteriormente en el segundo capítulo se tratará las alteraciones conductuales que presentan los adolescentes tanto conductas internalizantes (problemas emocionales), como conductas externalizantes (acciones y respuestas observables), para ellos es necesario comprender el desarrollo normal de los mismos, posterior a ello en el

capítulo 3 se hablara sobre la metodología utilizada en la investigación, luego se dará a conocer los resultados de esta investigación con la finalidad de entender más a profundidad las alteraciones conductuales que conlleva el maltrato físico, es así que se realizó una discusión en donde se analizan otros estudios similares a la investigación, para concluir, la motivación de este estudio empieza con la experiencia adquirida durante el proceso de vinculación con la colectividad que se llevó a cabo en La Escuela General Básica “Gaspar Sangurima” de la Parroquia Santa Ana , en donde se pudo observar la ausencia de un Departamento de consejería estudiantil (DECE), la misma que encaminaría a la resolución de problemas, siendo esta una necesidad que demandan las Instituciones en las zonas rurales debido a las múltiples problemáticas que se presenta, siendo el maltrato físico el de mayor afección y menos percibido en esta cultura ya que sus creencias o pensamientos hacen del maltrato una naturalidad, frente a esta situación el que ejerce violencia hacia a los adolescentes comúnmente son los padres, sin embargo es la madre quien toma el maltrato como método de castigo, sin darse en cuenta las consecuencias que trae consigo la violencia provocando problemas conductuales tanto internos (problemas emocionales) y externos (acciones y respuestas observables), para ello la Universidad del Azuay brinda el apoyo que demanda la Institución a través de pasantes con un DECE temporal, siendo varios los casos remitidos, entre ellos el maltrato físico,

CAPÍTULO I

MALTRATO FÍSICO

1.1 Introducción

El maltrato es un hecho que comienza con el hombre, por lo que es tan antiguo como la humanidad. El maltrato no se da de forma separada, sino que involucra una gran variedad de factores biopsicosociales Morelato, Carrada y Ison (2013) esta problemática es un tema que se ha venido desarrollando desde tiempo atrás, sin embargo no era considerado como un problema, por lo que tuvo que generar cambios en nuestra cultura y de esta manera llegar a hacer conciencia de la existencia y de la dimensión de los malos tratos (Lachica, 2009).

A lo largo de la vida la agresión al menor ha sido justificada en diversas formas. En la antigüedad ha sido objeto de sacrificios para agradar a los dioses, o para perfeccionar a la especie, o bien una forma de imponer disciplina (Gantiva, Bello, Vanegas & Ruiz, 2009).

En las diversas culturas y épocas los menores han sido y siguen siendo víctimas de maltrato por parte de la sociedad, según la perspectiva evolutiva se debe considerar la edad o etapa en la cual se encuentra el menor, la presencia de factores de vulnerabilidad, un mismo comportamiento parental puede no ser perjudicial para un ser sano, mientras que en otra persona que presente alguna enfermedad o discapacidad física y/o cognitiva puede ser considerado como maltrato (Muñoz & Sotelo, 2005).

Según Lachica (2009) el síndrome del niño golpeado fue definido en 1868 por primera vez por Ambrosie Tardieu, posteriormente; en 1946 Caffey, describió la presencia de hematomas subdurales (traumatismo craneal grave), asociados con alteraciones radiológicas de los huesos largos en los menores. Los estudios realizados en varios países señalan que el maltrato infantil es un problema multicausal, en el que intervienen las características del agresor, el agredido, el medio ambiente que les rodea y un estímulo disparador de la agresión.

1.2 Concepto

El maltrato es una de la problemática más grave que está afectando a niños/as y adolescentes en el mundo, es un tipo de abuso en el cual no solo existen gritos e insultos sino va más allá de palabras es decir, hay violencia física, por tanto, este tipo de maltrato suele causar lesiones físicas, que son fruto de un castigo el cual va a variar en su magnitud o intensidad (Corbín, 2018).

El maltrato físico incluye acciones como golpear, empujar, sacudir, abofetear, patear, pellizcar, asfixiar, estrangular y quemar, es posible que el maltrato físico proceda de un extraño, de un conocido o de un amigo cercano o un familiar, muchas víctimas de maltrato conocen a su atacante (Rise, 2018). La violencia es un acontecimiento muy común que la mayoría de personas no entiende, no le dan importancia y en ocasión lo justifican. En un presente informe de Unicef (United Nations International Children's Emergency Fund), “Ocultos a plena luz” muestra datos acerca de la fuerte prevalencia del maltrato contra los niños, niñas y adolescentes en el mundo (Joortiro, 2015).

El maltrato físico tiende a ocurrir en momentos de gran estrés, muchas personas que infligen maltrato físico también fueron maltratadas en su infancia y, como resultado, a menudo no se dan cuenta de que el maltrato no es la forma apropiada de disciplina (Acebes, 2014). De acuerdo Gantiva et al. (2009) destaca la importancia de las múltiples causas y factores compensatorios presentes en el maltrato físico, como la baja tolerancia debido al estrés y desinhibición de agresión, la insuficiente habilidad para controlar crisis graves y los patrones habituales de arousal (activación cerebral) y agresión a los miembros de la familia. Este modelo supone que la conducta de los padres es como un continuo, es decir, que en un extremo se encontrarán las prácticas más severas y abusivas hacia la víctima, mientras que en el otro extremo están los métodos que promocionan el desarrollo social, emocional e intelectual.

Según Cisneros (2013) la Unicef (United Nations International Children's Emergency Fund) define la disciplina violenta de la siguiente manera: “muchos progenitores y cuidadores siguen recurriendo al castigo físico para corregir la mala conducta de los niños, lo que constituye una violación de sus derechos humanos, se sostiene que la violencia es cultural, se trasmite de generación en generación, y es un

patrón naturalizado en la cotidianidad de los ecuatorianos”, *p. 12*. La Comisión Nacional de Derechos Humanos, manifiesta que el maltrato o abuso físico corresponde a los daños físicos infligidos a un menor por alguna persona responsable de su cuidado, no es necesario que los daños sean de una forma intencional (Mojarro, 2006).

Así mismo, un modelo etiológico del maltrato físico basado en la teoría del procesamiento de la información social se centra en que los padres poseen esquemas cognitivos preexistentes, los cuales encierran creencias sesgadas o negativas acerca de sus características personales y de su capacidad, que intervienen en la forma en que ellos perciben, evalúan, integran y actúan sobre la información específica de la persona maltratada. En conclusión, los padres pueden atender solamente a señales negativas, basadas en sus esquemas existentes, incluso en una situación neutral o positiva. La percepción que poseen los padres sobre aquellas señales negativas y la predisposición para ejecutar atribuciones hostiles pueden llevar a una interpretación de que la víctima actuó de manera hostil, llevando al padre a elegir una respuesta agresiva. Un ejemplo claro es que los maltratadores tienden a considerar que sus hijos están menos dotados intelectualmente, son hiperactivos, problemáticos, traviesos, agresivos y desobedientes (Gantiva et al., 2009)

Según Mendoza (2014) las personas que físicamente han maltratado, con frecuencia tienen escasa capacidad de controlar sus impulsos, lo cual impide que piensen en lo que sucede siendo el resultado de sus comportamientos. La tasa de maltrato es bastante alta y la forma más común es el abandono. Los mayores factores de riesgo en los padres que predisponen al maltrato abarcan, problemas de consumo del alcohol o de alguna sustancia psicotrópica, antecedentes de maltrato en la infancia, problemas emocionales o enfermedades mentales, factores de gran estrés, como pobreza, no alcanza a brindarle los cuidados adecuados del menor, falta o escasa preocupación y cariño por el menor y poca o nula educación.

Por ende, es importante recalcar que los casos de maltrato se encuentran en toda clase social u origen étnico, es inútil el diferenciar entre maltratadores y no maltratadores por su aspecto físico u origen, es más, una persona adulta puede llevar a un menor lesionado a la sala de urgencias con una teoría extraña acerca de la causa de la lesión (Zieve, 2011).

Se evidencia que el maltrato físico es frecuente en la vida de los niños y adolescentes en todo el mundo y se da en establecimientos de seguridad para ellos como sus hogares, sus escuelas y comunidades. Los agresores primordiales usualmente son los integrantes de sus familias, maestros, parejas y vecinos, e incluso en pares. A nivel mundial el 60% de niños y adolescentes de 2 a 14 años de edad sufren de forma habitual castigos físicos a manos de sus progenitores y cuidadores, en el Ecuador el 33% de los niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años manifiestan recibir golpes de parte de padre o madre cuando no obedecen o cometen una falta (Joortiro, 2015).

De acuerdo a la Unicef (United Nations International Children's Emergency Fund, 2015) el maltrato físico es una fenómeno que se evidencia en zonas rurales como en urbanas, los niños y adolescentes sufren de forma habitual castigos físicos como golpes evidenciándose en el 2010 en la zona urbana un 38% y en el 2015 un 32%, mientras que en la zona rural en el año 2010 se observa un 46%, y por otro lado en el año 2015 un 37%. Así mismo otro método de castigo es el encierro, baños de agua fría y la privación de comidas demostrando en la zona urbana un 1 % en el año 2010 y un 3% en el 2015, como se ve reflejado en la figura 1.

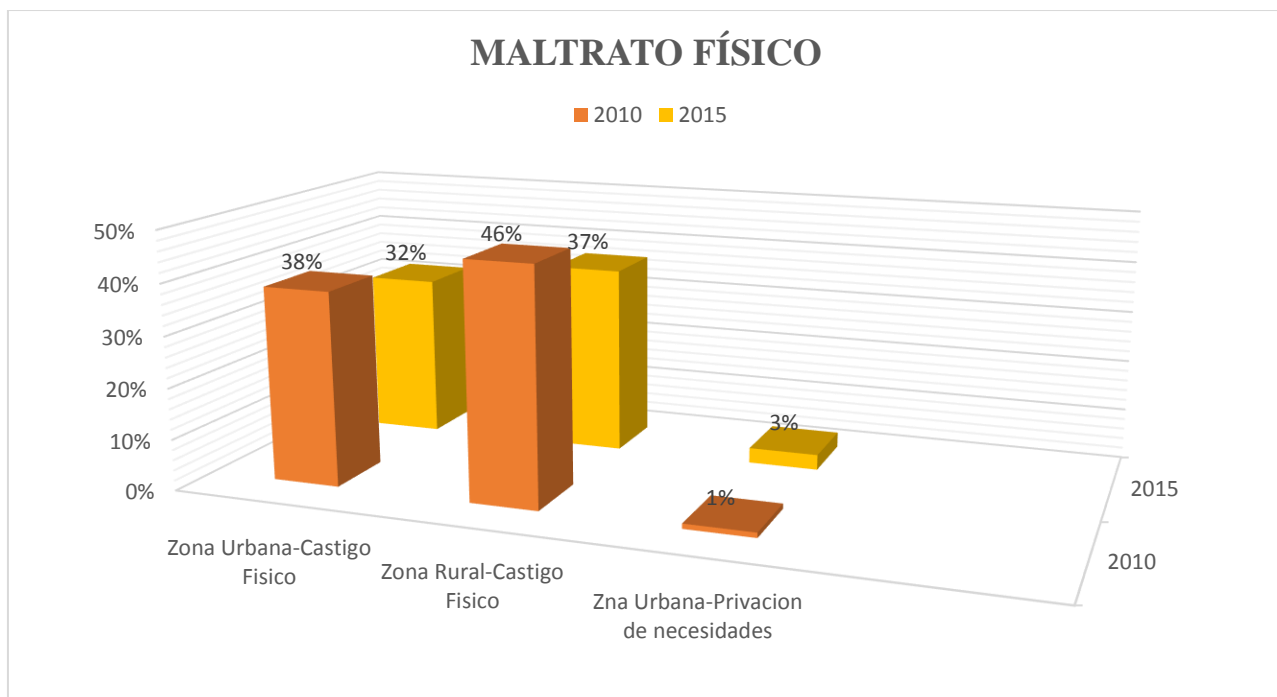


Figura 1. Las diversas formas de castigo que utilizan los padres. Unicef (2015).

1.3 Tipos y formas del maltrato físico

Según Corbín (2018) el maltrato físico es un tipo de abuso en el cual no sólo existen gritos e insultos sino va más allá de palabras es decir, hay violencia física, por tanto, este tipo de maltrato suele causar lesiones físicas, que son fruto de un castigo el cual va a variar en su magnitud o intensidad.

Las formas más comunes de maltrato físico son, estrangular, lanzar objetos que cause lesiones físicas, jalar del pelo o alguna parte del cuerpo, empujar, golpes en el área facial, patadas, mordeduras, detener a la víctima para que no se vaya, ahorcar, cachetear, atacar con algún objeto, dar golpes en partes del cuerpo, escupir, puñetazos, entre otros (Gómez, 2013). El castigo corpóreo que proviene de los padres es objeto de evaluación y la interpretación, se puede comprender como abuso aquel castigo en donde dejan marcas con una duración de corto y largo plazo, así mismo el uso de objetos con la intención de golpear a un menor como es, cinturones, reglas, zapatos, o cualquier otro objeto (Arévalo, 2016), a continuación se detallan los tipos y formas de maltrato físico:

1.3.1 Abuso sexual

El abuso sexual se considera como una de las formas más brutales de maltrato, siendo sus secuelas graves que no desaparece nunca. Este tipo de abuso puede ser de dos formas: a través de la ejecución de violencia sexual directa sobre la víctima o bien mediante la explotación sexual, el maltrato sexual puede manifestarse con un trato violento, además de los besos, caricias, tocamientos e incluso palabras con contenido de doble sentido (Corbín, 2018) por otro lado el abuso sexual puede incluir una amplia variedad de actividades, según Arévalo (2016) considera de manera genérica a toda conducta en la que un menor es manipulado como objeto sexual de parte de otra persona con la cual mantiene una relación de desigualdad, tanto en la edad, madurez o de relaciones de poder. Una de las formas de violencia sexual más conocidas es la violación, en el cual se lleva a cabo el acto sexual sin consentimiento, es decir, de manera forzada. (Castillero, 2018).

1.3.2 Bullying físico

La violencia escolar o el fenómeno de bullying físico alarma cada vez más a la sociedad, son cuantiosos los esfuerzos por analizar, detectarlo y valorarlo correctamente e intervenir sobre él de manera efectiva y eficiente (Joortiro, 2015). El bullying se considera como un acto violento y periódico que se da entre iguales en el cual incluye ciertas acciones negativas de diversa índole, tal es el caso de golpes en determinadas partes del cuerpo, comportamientos de abuso con connotaciones sexuales y desde luego, agresiones físicas (Gómez, 2013). La principal característica es que la víctima de maltrato físico es un niño/a, o adolescentes que se encuentra en una etapa de vulnerabilidad, por lo que las secuelas pueden durar toda la vida (Corbín 2018) no obstante, según Joortiro (2015) a corto y largo plazo la violencia alcanza a manifestarse de manera agresiva y/o violenta con las otras personas a futuro.

1.3.3 Negligencia física

Se ha considerado la negligencia como un acontecimiento de desprotección en donde se ha visto alteradas las necesidades fisiológicas y físicas básicas como la alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en circunstancias potencialmente riesgosas o peligrosa (Delgado, 2016). Las consecuencias del maltrato físico y de la negligencia son muy variadas, por lo que su evaluación requiere obtener datos detallados de manifestaciones tales como: daños físicos, problemas de desarrollo, síntomas depresivos, de estrés postraumático, de ansiedad, problemas de interacción social, problemas de conducta, de autoestima, etc., sin embargo ya existe una base de estudios amplia que pretende determinar qué tratamientos psicológicos son los más eficaces para paliar los efectos negativos del maltrato infantil en los menores que lo sufren (Morelato, 2011).

1.4 Diagnóstico del maltrato y tratamiento

Detectar la violencia física que sufre otra persona es generalmente más sencillo si nos dedicamos a observar y escuchar. Todas las personas expresamos los sufrimientos, temores o las dificultades de algún modo (Pekarsky, 2018).

El objetivo del diagnóstico es sistematizar el proceso de valoración integral y de los efectos de la violencia física en adolescentes para el abordaje terapéutico, para ello se establece una relación terapéutica, es necesario que el psicólogo genere empatía a través de la escucha activa, lo que llevará al adolescente a lograr una catarsis y de esta manera el terapeuta regulará y dará contención emocional brindando seguridad y otorgando esperanza, posteriormente se examinará la problemática permitiendo indagar la situación de violencia en la que se encuentra el adolescente para evaluar el riesgo y así notificar acerca de los recursos y derechos que posee cada persona (Álvarez, Sánchez, Bojo, Zelalaran, Karmele. Azanza, Caballero, 2016).

Un indicador de sospecha del maltrato físico se da cuando la persona asiste a consulta reiteradas veces por lesiones, traumas antiguas o en sitios menos común, por respuesta inadecuada de los padres con referencia de la gravedad de la lesión, puede ser que se encuentren demasiado preocupados o no preocupados (Eberhard, Pose, Mora & Vergara, 2011). En el maltrato físico se observan lesiones que se caracteriza por contusiones, hematomas, heridas, arañazos, irritaciones en la piel, marcas y cicatrices en el cuerpo, fracturas, dislocaciones, torceduras, movilidad o pérdida de los dientes, quemaduras de planchas u otros objetos, los cuales suelen surgir de forma reiterada y en diversos periodos, así mismo cuando en la anamnesis se aprecia un tardanza en la consulta médica, discordancias en la narración de ambos padres acerca de cómo se originó la lesión, o antecedentes de lesiones anteriores, una historia que no se corresponde con la lesión (Suárez, 2001).

Según Vera (2018) existe varias intervenciones para el maltrato físico en las cuales existen casos en donde el menor puede ser distanciado temporal o permanentemente de su hogar, así mismo el maltrato mortífero o el que causa alguna lesión grave puede terminar en demanda legal.

Las fases de tratamiento que propone Vera (2018) se describen a continuación: En primera instancia se diagnostica los síntomas del menor y el trauma producido por el maltrato, lo que genera una primera impresión; tanto de los aspectos conductuales del adolescente y del entorno familiar en que se desarrolla. En una segunda fase se realiza las evaluaciones en donde se analiza el estado emocional del adolescente, dentro de los escenarios o situaciones del conflicto, posterior a ello se elabora un plan de acción para la resolución del problema, en donde se establece objetivos terapéuticos, empleando las

sesiones de acuerdo a la problemática, poniendo en marcha el tratamiento, se observa la evolución del plan de acción propuesto por el terapeuta y finalmente se desarrolla la prevención de recaídas, proporcionando al menor un sin número de conocimiento y técnicas para afrontar situaciones posteriores, para que logre una capacidad de resiliencia.

Según Fapmi (2010) la recuperación del menor dependerá de la gravedad de las lesiones causadas y la recuperación psicológica va a depender de los resultados del proceso terapéutico adquirido, así mismo si el menor puede desarrollar relaciones interpersonales con personas que lo rodeen. Por otro lado las autoridades establecerán si el maltratador debe recibir apoyo psiquiátrico, orientando a la persona sobre el manejo de los impulsos y la ira.

Para concluir el maltrato es un hecho que comienza en la antigüedad que involucra factores biopsicosociales dándose en diversas culturas y épocas. El maltrato es un fenómeno que afecta tanto a niños como adolescentes en el mundo debido a que se encuentran en una etapa de vulnerabilidad, por lo que es un acto que en ocasiones lo justifican sin darle la importancia que esto requiere. Existen algunos tipos y formas de maltrato entre los cuales tenemos: abuso sexual (ejecución de violencia sexual), bullying físico (acto violento – agresiones), negligencia física (desprotección de las necesidades), y finalmente es necesario realizar una valoración integral de los efectos de la violencia para su abordaje terapéutico.

CAPÍTULO 2

ALTERACIONES CONDUCTUALES EN ADOLESCENTES

Los adolescentes comúnmente presentan problemas en el comportamiento con sus iguales, con los maestros o progenitores, estas conductas pueden llegar a ser temporales o duraderos dependiendo del factor que lo esté originando, para ello es necesario conocer el desarrollo de la adolescencia para así comprender de mejor manera la psicodinámica conductual, posteriormente se detallará con mayor profundidad las alteraciones conductuales que poseen las personas víctimas de maltrato físico.

2.1 Desarrollo normal de los adolescentes

Un importante cambio físico dentro de esta etapa es el comienzo de la pubertad: es un proceso que lleva a la madurez sexual o fertilidad, anteriormente se pensaba que la adolescencia y la pubertad iniciaban al mismo tiempo aproximadamente a los 13 años, sin embargo en la actualidad se considera que existen cambios en la pubertad antes de los 10 años, estos cambios forman parte de un proceso complejo y extenso de maduración y continúan hasta la adultez, de tal manera que la pubertad empieza alrededor de los 8 años en las niñas y en los varones a los 9 años, es decir los efectos de la maduración temprana y tardía varían en mujeres y hombres, dependiendo de esta maduración se predecirá la salud mental en un futuro (Baird, Gruber, Frein, Maas, Steingard & Renshaw, 1999).

Los cambios son una transición del desarrollo, que no solo refiere el paso de la niñez a la adultez sino que está conformada por una larga etapa conocida como adolescencia, según Gaete (2015) la adolescencia se refiere a un proceso completamente variable en torno al crecimiento y desarrollo biológico, psicológico y social de los individuos, así como las discrepancias en cuanto a la edad en que los jóvenes comienzan y terminan su adolescencia, además, que intervienen factores como el sexo, etnia, ambiente: urbano o rural, nivel socioeconómico y educacional tipo de cultura, etc.

Adolescencia proviene de la palabra latina “adolescere” = adolecer y en castellano significa: imperfección, defecto, crecimiento y maduración. La adolescencia se considera

como una etapa decisiva para el desarrollo del individuo, es el espacio que transita entre la infancia y la edad adulta e involucra una serie de cambios fisiológicos, psicológicos, emocionales y sociales. Su característica esencial es un intenso crecimiento y desarrollo (Guemes, Ceñal & Hidalgo, 2017).

Inicia con la pubertad concluyendo en torno al segundo período de la vida, cuando se efectúa el crecimiento, desarrollo físico y la maduración psicosocial. La organización mundial de la salud (OMS) considera a la adolescencia entre los 10 y 19 años y la juventud entre los 19 y 25 años de edad. La SAHM (Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia) la ubica entre los 10-21 años. Cada adolescente posee un estándar de crecimiento propio siendo el resultado de la interacción de las particularidades adquiridas de sus padres y el ambiente en que él se desenvuelve, por lo que un desarrollo normal es un indicador del estado de salud de un individuo (Ricardo, Paredes, Palomino, Rivas & Torres, 2016).

Por otra parte se pueden evidenciar algunas corrientes en las que consideran la adolescencia como una etapa fundamental ya que existen notables cambios (fisiológicos, psicológicos emocionales y sociales), los cuales tendrán influencia en la etapa adulta. Desde el psicoanálisis se puede decir que la adolescencia es el resultado del brote pulsional que se da por la pubertad (etapa genital), que altera el equilibrio psíquico que se obtuvo durante la infancia (etapa de latencia), este desequilibrio aumenta el grado de vulnerabilidad, por lo que puede darse un proceso de desajustes y crisis, en los cuales se encuentran implicados mecanismos de defensa psicológicos, en especial la represión de impulsos amenazantes, y en varias ocasiones son inadaptativos (Landoni, 2014).

Desde la perspectiva cognitivo-evolutiva, siendo Jean Piaget como autor de referencia, la adolescencia es considerada como una etapa en el que se observan varios cambios en las capacidades cognitivas, y por ende en el pensamiento de los adolescentes, se asocian a procesos de integración en la sociedad adulta (Piaget, 2007). En la adolescencia se da la etapa de las operaciones formales, la cual se caracteriza por el pensamiento abstracto, es el punto más alto que llega el ser humano en su desarrollo intelectual, por lo que el pensamiento cambia radicalmente, en relación al pensamiento de los niños (Cano, 2007), de acuerdo a Guemes et al (2017), propone 3 fases de la adolescencia:

2.2.1 Adolescencia temprana

Es una etapa que incluye las edades de diez a trece años, y se caracteriza por ser la primera de este período, ubicada cronológicamente después de la etapa escolar tardía. Es un periodo donde el adolescente empieza a tener sus aspiraciones y se esfuerza por saber quién es y quién quiere llegar a ser, etapa en la que quiere conocerse a sí mismo, proyectar y planear los ideales para el futuro (Águila, Díaz & Díaz, 2017).

Desarrollo físico:

Según Espinoza (2004) en esta etapa se inicia por cambios físicos en donde se pueden observar modificaciones corporales que llegarán a reafirmar un cuerpo adulto. Torres (2018) señala que en la adolescencia temprana existen varios cambios físicos: en los hombres se presenta cambios en la voz, desarrollo del vello púbico, axilar, bigote, barba, ensanchamiento de hombros, se desarrolla la musculatura y los órganos sexuales hasta llegar a tener una apariencia más adulta, por otro lado en las mujeres se da un crecimiento de las mamas y ensanchamiento de la cadera, aparición y crecimiento del vello púbico, axilar y desarrollo del aparato reproductor (ovulación y menstruación), por lo que da paso al desarrollo sexual.

Desarrollo del interés sexual

Según Freud (1946) en esta etapa predomina el contacto con personas del mismo sexo para reafirmar su identidad, abriendo paso al reconocimiento de su identidad sexual, lo que hace que se identifique como hombre y mujer, así mismo en esta etapa se inicia las relaciones amorosas hacia sexo opuesto, por ende se produce una marcada inquietud por el cuerpo y los cambios que se dan en esta fase llevan al menor a preocuparse de manera gradual por su imagen, a preguntarse sobre su cuerpo y a necesitar reafirmación de su apariencia. El individuo se localiza todavía lejos del deseo sexual adulto, por ende se encuentra en un término de exploración, haciéndolo mediante la masturbación debido a los recientes cambios físicos y psíquicos que perciben, como los primeros impulsos sexuales, la primera menstruación o primera eyaculación (Luna, 2012). El adolescente comienza a tener inseguridades respecto a su y atractivo llevándolo a compararse con otros jóvenes (Gaete, 2015).

Desarrollo cognitivo

Los cambios en esta etapa o fase hacen alusión a la capacidad de pensamiento abstracto. Por ejemplo los niños dependen más de sus sentidos y los adolescentes en la etapa temprana ya son capaces de pensar sobre ideas o cosas que no solo se pueden “tocar”. Por ende, comienzan a obtener mayor capacidad de pensar en el futuro y planificar, y de pensar en realidades hipotéticas (Pestana, 2015). De acuerdo a Piaget (1972) el razonamiento hipotético, es la capacidad que acompaña a las operaciones formales lo que permite desarrollar, considerar y someter a prueba hipótesis, las cuales las examinará cuidadosamente a cada una para eliminar aquellas erróneas y poder llegar a una verdadera.

Según Piaget (2015) es una etapa donde los adolescentes empiezan a tomar decisiones, se integran en habilidades más complicadas, que son necesarias para el rendimiento académico de los adolescentes. Estos cambios son importante para el proceso de la identidad, permitiéndole explorar, solucionar problemas.

Desarrollo psicológico

En este periodo el adolescente pasa por situaciones estresantes originadas por los cambios físicos que atraviesa su cuerpo, lo que esto conlleva a presentar una inestabilidad emocional (Baird et al, 1999) a más de esto en esta etapa del desarrollo acontece una variedad de fenómenos entre los cuales están: labilidad emocional con oscilaciones emocionales y conductuales, tendencias a engrandecer un escenario personal, la falta de control de impulsos, y necesidad de gratificación, al mismo tiempo, aumenta la destreza de locución verbal, y en el ámbito vocacional presentan metas no realistas o idealistas (Gaete, 2015).

Desarrollo Social

El desarrollo social en esta fase empieza con la movilización hacia la parte exterior de la familia, es decir dando mayor importancia a relaciones con sus iguales aspirando a la independencia, es así que disminuye su interés por las actividades familiares (Vargas, 2015).

Según Erickson (1968) en esta etapa existe una crisis de identidad frente a la confusión de roles, por lo que se da una resistencia a las reglas, a la vigilancia y niegan cualquier tipo de consejos o críticas que los padres les otorgan, además genera que el menor se muestra insolente causando una cierta tensión en la familia sobre todo por la resistencia que pone ante la autoridad, sin embargo sigue dependiendo de la estructura familiar. Por otro lado el adolescente se involucra con personas de su misma edad y sexo, con quien entretenerse y compartir aspectos de la vida cotidiana generando fuertes lazos de afecto hacia ciertos pares, que pueden llevarlo a dudas y temores (Gaete, 2015).

2.2.2 Adolescencia media

La adolescencia media es una de las subetapas por las que pasamos los seres humanos después de la infancia y antes de la adultez. Es una etapa crucial para el desarrollo de procesos psicológicos complejos como la identidad, a sí mismo se trata de un periodo en el que acontecen cambios significativos a nivel biológico y social, periodo que corresponde a jóvenes de entre 14 y 16 años aproximadamente (Guzmán, 2018)

Desarrollo físico

Entre los cambios que se dan en esta fase es el aumento de talla, donde los individuos han alcanzado su máximo crecimiento, los varones aún tienden a crecer algunos centímetros en la siguiente etapa, en cambio las mujeres poco probables lo sigan realizando. Por otro lado siendo las primeras en alcanzar un rápido desarrollo son las mujeres, lo que será más visible a comparación de un adolescente varón (Martínez, 2016), existe una diferencia notoria entre el desarrollo físico del hombre y la mujer en términos de velocidad (Luna, 2012).

Desarrollo del interés sexual

Para Freud (1953) en esta etapa el joven empieza a sentirse más cómodos con personas del sexo opuesto y de su edad, siendo las relaciones amorosas de corta duración y el inicio de una vida sexual. En la adolescencia media el desarrollo sexual crece una sensación de invulnerabilidad y fortaleza que llevan al joven a comportarse de manera narcisista. Se inicia a buscar el contacto frecuente con el sexo opuesto y pueden llegar las

primeras relaciones sexuales. También se considera que durante esta etapa se genera el comienzo de las fantasías románticas, por otro lado el joven busca la aprobación del propio cuerpo, es decir, tratan de llamar la atención utilizando su imagen corporal para verse de mejor manera, así mismo experimentan cambios en su aspecto y su comportamiento, en esta periodo el adolescente define su orientación sexual en donde se centra más en las relaciones de pareja (Gaete, 2015).

Desarrollo Psicológico

Según Gaete (2015) un acontecimiento importante en esta etapa es el alejamiento afectivo de la familia y el acercamiento al grupo de pares, de esta manera aumenta el sentido de individualidad, la autoimagen depende de la opinión de los demás, el adolescente pasa más tiempo a solas y tiende a alejarse del grupo familiar, acrecienta el nivel de las emociones y desarrolla la capacidad de preocuparse por los otros. En esta etapa el egocentrismo es característico lo que hace que sean más propensos a conductas de riesgo, investigaciones en neurodesarrollo señalan que los adolescentes poseen conciencia de los riesgos que se presentan pero esto no impide de que se forje estas conductas puesto que atraviesan por un fase de aumento de la tendencia hacia la búsqueda de recompensas o sensaciones. Por otra parte el ámbito psicológico en la adolescencia sigue vigente, la tendencia a la impulsividad y las aspiraciones vocacionales de los adolescentes son menos idealistas.

Desarrollo Cognitivo

De acuerdo con Piaget (1964) el desarrollo cognitivo en esta etapa se destaca por un aumento en destrezas del pensamiento abstracto, razonamiento y de la creatividad, aumentan notoriamente las exigencias y expectativas académicas.

De la misma manera tienden a razonar sobre temas más complejos e ir más allá en su forma de interpretar las situaciones, sin embargo, es común que ante algunas condiciones de estrés que sobrepasen sus capacidades actuales, estas personas regresen a sus habilidades de pensamiento concreto (Hidalgo, 2014).

Desarrollo Social

En esta etapa lo que busca un adolescente es pertenecer a un grupo social, es decir, la aceptación, aquí se encuentra en una constante lucha en pertenecer a un grupo, y desaparece aquella lucha cuando ya se encuentra dentro de él, dentro del grupo de pares cambia la personalidad de acuerdo al grupo al que pertenece, así mismo la presión de los pares puede mediar tanto en forma positiva como el motivar a sobresalir en lo académico, deportivo, e incluso a postergar el inicio de relaciones sexuales, también interviene de forma negativa como el reforzar a que se involucren en conductas de riesgo. Las relaciones entre parejas ejercen un rol de mayor importancia en cuanto avanza la adolescencia, sin embargo, las relaciones en cuanto a la amistad siguen siendo muy importantes (Vásquez, 2014).

El adolescente trata de buscar ser un individuo más independiente, existe una máxima interrelación con los pares y el joven acoge la vestimenta, la conducta, los códigos y valores de su grupo de amigos. Se puede decir que su propósito es independizarse de la familia y encontrar su propia identidad (Casas, 2018).

2.2.3 Adolescencia tardía

Según Gaete (2015) esta fase es la última y decisiva comprendida entre los 16 y 19 años de edad aproximadamente, en donde el adolescente se encamina al logro de su identidad y autonomía, para muchos jóvenes es una fase de mayor sosiego y ampliación en la composición de la personalidad, es decir, si durante fases previas tuvo un desarrollo adecuado se encontrara en un buen camino para manipular las labores de la adultez, por otro lado si el menor no ha consumado las tareas puede generar problemas tales como: depresión u otros trastornos emocionales.

Desarrollo Físico

Según Gaete (2015) se debe recalcar que el proceso no llega a su fin con el término de la adolescencia, el adulto joven se emerge a un transcurso que continúa a lo largo de la vida, los cambios futuros pueden no ser tan rápidos y revoltosos, por otro lado Karol (2018) señala que el adolescente ha consumado su desarrollo y ha alcanzado la madurez

física de un adulto, si bien en esta fase los adolescentes ha alcanzado un desarrollo normal existe una aceptación de la imagen corporal sin preocuparse por su aspecto físico, es ahí donde los signos de madurez se enfatizan por el proceso de “reconexión”, en donde el cerebro está llevando a cabo desde el inicio de la adolescencia y acaba aproximadamente a los 24 o 25 años de edad.

Desarrollo del interés sexual

Cariote (2009) menciona que la adolescencia tardía es un periodo de crisis y tensiones, en donde el joven tiene que apoderarse de una nueva imagen de sí mismo, aquí surge el impulso del fenómeno sexual que es importante tanto para hombres y mujeres y papel que desempeña con las habilidades sociales, el camino hacia el placer, el vínculo afectivo y la comunicación. En la etapa tardía los adolescentes viven una sexualidad en la que lo esencial es “pasarla bien”, sin limitaciones, sentir placer, almacenar experiencias sexuales, para ello es necesario que los padres apoyen al menor para así llegar a una plenitud en cuanto a su salud sexual, añadiendo el grado del placer, del afecto, la comunicación, una sexualidad sana, responsable y equilibrada así garantizando una apropiada educación sexual.

Poncela (2014) señala que en esta etapa aumenta el conocimiento corporal, las inquietudes sobre el atractivo, la excitación sexual, varias son los disturbios o los desbarajustes pero por otro lado es una aventura hacia lo desconocido, es así que Gaete (2015) con respecto al desarrollo sexual, manifiesta que se produce la aprobación de los cambios corporales y la imagen corporal, el adolescente ha consumado su crecimiento, desarrollo puberal y su identidad sexual donde inician su actividad sexual, aumentando la tendencia hacia relaciones de pareja más serias en la comprensión y disfrute.

Desarrollo psicológico

Para Poncela (2014) en el desarrollo psicológico, la identidad de los adolescentes se halla más estable en sus numerosos aspectos, concepto que para Freud (1923) es la relación a las identificaciones proyectivas que realiza la persona en el devenir de su existencia, igualmente insistió en la importancia de la imagen corporal como identificación de la formación del yo, además en este periodo se puede posponer la

gratificación y existe una fijación de planes para el futuro, aparece la capacidad de comprometerse y aumenta el control de impulsos, de igual forma va descubriendo su vocación, la cual se vuelve más realista, por otro lado la imagen corporal no dependerá de sus pares sino más bien se encuentra ligado al propio adolescente. Los intereses son más firmes y existe conocimiento de las limitaciones personales, se alcanza una capacidad para tomar decisiones de manera autónoma desarrollando una destreza de organización para el futuro (Gaete, 2015).

Desarrollo Cognitivo

Esta etapa se caracteriza por un pensamiento mucho más adulto y centrado, donde no se da importancia al presente si no se focaliza en el futuro (Castillero, 2018)

Por otra parte aumenta indiscutiblemente la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo, por lo que los jóvenes ya tienen claramente vistos y marcados sus hábitos de estudio, trabajo, descanso y pasatiempos, de tal modo son capaces de precisar metas y trabajar para obtenerlas, así mismo son capaces de controlar su conducta (Shaffer, 2000), en esta fase el desarrollo cognitivo del adolescente desarrolla la habilidad para anunciar resultados y la capacidad de resolución de problemas (Gaete, 2015).

Desarrollo social

En la última etapa de la adolescencia se empieza a desarrollar un proyecto de vida complementario con el proyecto familiar a una forma de enfrentamiento personal y social propia que se tendrá que poner a prueba en la práctica concreta la misma que contribuirá a la fortaleza de la identidad y los roles, sin embargo no se basa en la elaboración de un proyecto planificado de principio a fin, sino del compromiso con pasos y experiencias vividas en el presente, que colaboren con vías flexibles hacia los roles y metas (Krauskopof, 1999).

El desarrollo social en cuanto a esta fase se determina por una disminución de la influencia del conjunto de pares, el adolescente se siente más satisfecho con sus propios principios e identidad, aumenta progresivamente la intimidad con sus padres logrando un grado de autonomía, cabe destacar que puede aparecer una crisis, la nombrada crisis de

los 21, a pesar de que cada vez se retrasa más en la sociedad actual, en donde el adolescente comienza a enfrentar demandas propias la de un adulto, a nivel de un empleo, pareja y la intervención en lo social (Castillero, 2018).

2.3 Alteraciones Conductuales

En la actualidad estamos sumergidos en un ambiente lleno de violencia, escenario en el que desgraciadamente no escapan los niños y adolescentes, en los últimos años. El maltrato infantil es una problemática que aumenta en forma alarmante, para esto es necesario propagar en todos los ámbitos sobre este fenómeno con el propósito de prevenirlo, identificarlo e iniciar un abordaje terapéutico, impidiendo las secuelas y los efectos que tiene sobre el ser humano (Santana, 1998).

La violencia familiar que sufren los adolescentes a corto o largo plazo genera consecuencias en los menores que son víctimas, los problemas emotivo-relacionales en la infancia y adolescencia han sido catalogadas en dos esquemas básicos: problemas de conducta y de las emociones externalizantes o internalizantes (Achenbach et al., 1983), complicaciones neuropsicológicas y en las funciones cognitivas, así mismo aquellos adolescentes que presenciaron violencia por parte de los padres de igual forma presentan secuelas en su vida adulta, dichas conductas se muestran como hiperactividad, conducta disruptiva y agresividad, mientras que la conducta interna hace referencia a problemas que perturban el entorno psicológico del menor, a fin de mostrar conductas de aislamiento, ansiedad, estado de ánimo deprimido (Frias, Fraijo & Cuamba, 2004).

No obstante, algunos autores exploran que esta derivación contiene fallas existiendo comorbilidad entre las complicaciones de conducta interna y externa. Investigaciones en el campo señalan que las personas que han sido abusados físicamente exteriorizan más riesgo de conflictos de conducta externa que los no fueron abusados, tal es así la agresión y delincuencia (Frías et al., 2008), por otro lado existen diferencias entre hombres y mujeres en la prevalencia de diferentes trastornos psicopatológicos en la niñez y adolescencia. Los varones poseen entre 2 o 4 veces más posibilidad de mostrar desórdenes de conducta, mientras que las mujeres revelan mayores problemas emocionales. Las razones para estas diferencias son biológicas: diferencias

estructurales y funcionales en el cerebro y ambiental: patrones de socialización y factores de riesgo (Alarcón & Barring, 2015).

Según Mesa (2018) manifiesta que los síndromes externalizantes intervienen llanamente con problemas afines con la agresividad, la falta de atención, la desobediencia y la conducta delictiva, caracterizándose en el respeto de las reglas, irritabilidad y agresividad, no asumen la responsabilidad de sus actos lo que atribuyen a causas externas.

La experiencia de violencia en la niñez acrecienta el riesgo de daño social y psicológico, de tal manera que los menores que fueron maltratados físicamente tienden a ser más propensos a padecer enfermedades y alteraciones anímicas y conductuales (depresión, ansiedad, problemas cognitivos, emocionales, etc.) en la edad adulta en comparación a los menores que no recibieron maltrato, así mismo los menores abusados se hallan en grave riesgo de sufrir problemas emocionales como depresión y ansiedad (Frías et al., 2008).

Los adolescentes abusados físicamente mostraron un quebradizo apego hacia sus padres en comparación con los que no fueron maltratados, exponiendo un empobrecimiento familiar lo que genera problemas de consumo de alcohol en las víctimas u otros problemas. El maltrato en adolescentes está ligado a altos niveles de ansiedad y depresión de aquellos jóvenes institucionalizados, al mismo tiempo de que la experiencia del maltrato desarrolla el riesgo de depresión, en aquellos que no han sido institucionalizados. La violencia desarrolla el riesgo de que las víctimas posteriormente manipulen el castigo físico en la edad adulta, independientemente de sus esquemas interpersonales, los modos parentales positivos como negativos son transmitidos intergeneracionalmente (Frías et al., 2008).

2.3.1 Alteraciones conductuales en adolescentes víctimas de violencia física

La aparición de estas alteraciones de comportamiento por lo general se derivan de situaciones de peligro en el entorno personal como en el familiar (Muñoz, 2016), existe una serie de resultados que trae consigo la violencia, a continuación se detalla las principales consecuencias tanto directa como indirecta de la violencia intrafamiliar:

Según Ordoñez y González (2012) menciona las consecuencias de exposición directa: retardo en el crecimiento, retraso en el desarrollo motor, depresión, ansiedad, baja autoestima, problemas cognitivos: retraso en el lenguaje, ausencia escolar, bajo rendimiento académico, dificultad en las relaciones interpersonales, agresividad, inmadurez, delincuencia. Exposición indirecta, incapacidad de los padres para atender las necesidades básicas de los menores debido al contexto físico y emocional por la que atraviesan, generando escenarios de negligencia y abandono e incapacidades por parte del agresor, lo que lleva a problemas de vinculación afectiva y de relaciones de apego.

2.4 Conductas internalizantes y externalizantes

La adolescencia es un periodo de desarrollo en la cual se destaca por algunas transformaciones fisiológicas, físicas y psicológicas y se dan en un tiempo muy acelerado. En esta etapa de la adolescencia se establece los aspectos de identidad, características de personalidad y relaciones interpersonales, por ende, la adolescencia es señalada como una etapa de vulnerabilidad a manifestarse conductas de riesgo (Alarcón et al., 2015).

Las alteraciones psíquicas en la niñez y adolescencia han sido clasificadas en dos modelos básicos de problemas psicológicos: de las emociones o internalizantes y del comportamiento o externalizantes (Navarro, 2012).

2.4.1 Conductas internalizantes

Son conductas internas, es decir dadas por problemas emocionales las cuales se conforman por las manifestaciones de comportamientos ansiosos, depresivos y problemas somáticos (Alarcón et al., 2015).

Los problemas de tipo internalizante se pueden relacionar así mismo con inseguridad, dependencia, timidez, miedos, fobias, tristeza, preocupación, desequilibrio en el estado de ánimo y obsesiones, varias investigaciones han referido que la internalización en la infancia y en la adolescencia no puede llegar a caracterizarse como un cuadro de dificultad o psicopatología tan compleja como puede presentarse en el periodo de la adultez (Iandolo, Campuzano, Sosa, Piermattei & Moreno, 2010).

Según Lozano y Lozano, (2017) las personas que presenten problemas de conductas internalizantes como la depresión puede presentar importantes dificultades de relación social con su ambiente que al ser poco reforzante, genera el desarrollo y el mantenimiento de la depresión. Por otra parte aparece una relación negativa entre los síntomas depresivos y la autoestima, de manera que a medida que se incrementan los síntomas depresivos se reduce el nivel de autoestima. La escasa autoestima también se encuentra frecuentemente enlazada, de forma directa a trastornos de ansiedad, volviéndose así con mayor gravedad el problema, incluso permitiendo que se manifieste conductas suicidas.

Según Lozano y Lozano (2017) manifiesta que los adolescentes que sufren alteraciones internalizantes tendrán que realizar un programa de prevención o tratamiento terapéutico, debido a que algunos estudios epidemiológicos longitudinales refieren que a medida que se van cumpliendo etapas vitales, la prevalencia o gravedad del trastorno va incrementando. En otros problemas internalizantes también se pueden presenciar problemas en las relaciones sociales cuando aparece el miedo a enfrentarse a situaciones específicas ya sea en relación con sus contemporáneos o adultos, puede depender de quien sea que le está causando miedo o ansiedad.

Los adolescentes en la actualidad para poder vencer a un entorno en continuo cambio, tienen que transformarse en un ser autónomo y autorregulado. Por esto es importante que refiriéndose a los trastornos internalizantes, se trabaje en la inteligencia interpersonal e intrapersonal. Es importante que los adolescentes tengan la capacidad de pensar sobre sus emociones, sus pensamientos, las consecuencias de sus conductas en los demás y en ellos mismos y sus respuestas de forma corporal. Es eficaz el aprendizaje de habilidades intrapersonales para que puedan encontrar soluciones a aquello que les perturba y desequilibra, por ende, es importante tener habilidades sociales, presentar conductas asertivas, mostrar empatía, y manejar la resolución de problemas. Este tipo de factores hará al joven que pueda equilibrarse de una manera eficaz (Lozano et al; 2017).

2.4.2 Conductas externalizantes

Las alteraciones de conducta externalizantes (TCE), incluyendo el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y el trastorno oposicionista desafiante, son

considerados como los diagnósticos más habituales en la población infantil y adolescente (Jiménez, 2016).

Según Cabrera, Gonzales y Guevara (2012) refiere que la conducta agresiva o externalizante empieza en la niñez y puede desarrollarse a lo largo de la vida o en la edad adulta de modo severo como la conducta antisocial, tal es la agresión, el robo o hurto y la mentira. La conducta externalizante agresiva consiste en un ejercicio negativo que se genera de forma intencionada causando daño a la persona. Esta conducta se formula en tres tipos: agresión física, agresión verbal y agresión indirecta, relacional o social. La agresión física se describe por el perjuicio físico que genera en la otra persona, mientras que la agresión verbal se considera como una forma de herir a otra persona mediante las palabras, y finalmente la agresión indirecta, relacional o social, encierra acciones como la exclusión, rumores y el aislamiento social.

Por otro lado Moreno y Utria (2011) menciona que la conducta externalizante, encierra los trastornos de conducta, agresividad, indisciplina, brutalidad hacia los animales, destructividad y la hiperactividad, además frecuentemente generan conflictos con las personas que están a su alrededor.

Según Cabrera et al. (2012) manifiestan que tomando en cuenta el predominio de las conductas externalizantes en un entorno donde existe conducta agresiva, pone énfasis en la identificación de factores de riesgo y factores protectores: los factores de riesgo se han clasificado en cuatro grupos: 1. Las características de los adolescentes (falta de autocontrol, poca tolerancia a la frustración, y problemas atencionales), 2. Las características de las figuras parentales (problemas de ajuste social), 3. Los factores del entorno (aislamiento social de los padres, o los escasos recursos de los niveles socioeconómicos, pueden generar conducta agresiva,) 4. Las relaciones padre-hijo (incremento de conductas autoritarias causando problemas conductuales en los menores). Jiménez et al., (2016) señalan que la impulsividad ha sido descrita como una conjetura primordial de la conducta externalizada.

Navarro y García (2012) refieren que el foco de las conductas externalizantes se deriva en dificultades académicas, investigaciones señalan que existe un vínculo entre la conducta antisocial y las habilidades académicas, así mismo varios autores señalan que

el control de los padres, su apego hacia los hijos y la coherencia en la disciplina son los componentes protectores más seguros frente a la delincuencia en los jóvenes, adyacente a estos factores prevalecen otros elementos protectores como disfrutar de una buena situación económica, metas para el futuro, acoplarse a tener metas elevadas, adaptarse y participar en patrones familiares (Cabrera et al., 2012).

2.4.3 Competencias sociales

Según Flores, García, Calsina y Yapuchura (2016) las competencias sociales implican las interrelaciones sociales entre las personas, involucra un acumulado de conductas adquiridas, de esta manera lo social aporta lo impersonal, por lo que una adecuada vivencia lleva a una satisfacción personal e impersonal. Es una serie de conductas en las cuales las personas enuncian apropiadamente sus ideas, sus sentimientos, opiniones, actitudes, deseos, así mismo se le define como un conjunto de respuestas verbales y no verbales, en donde el individuo expresa sus deseos, necesidades, sentimientos respetando a los demás, por lo que las personas con más habilidades sociales muestran un mayor número de piezas en su red social manteniendo contacto frecuente con ellos.

Problemas sociales

Hace referencia a las situaciones en donde se ve vulnerable la autoestima e impide que se cumplan las normas y las perspectivas sociales, de tal manera se da una valoración negativa a ciertas situaciones particulares generando un impacto en el ego como en las interacciones con los sujetos (Fandiño, 2011).

Según Draine, Salzer, Culhane y Hadley (2002) las personas son seres sociales que normalmente tienden a buscar la necesidad de bienestar y apoyo de relaciones sanas, antes de sentirse bien consigo mismo por lo tanto establecer relaciones sanas se vuelve fácil para algunas personas y para otros un trabajo sumamente difícil.

Problemas de pensamiento

Mediante el pensamiento elaboramos y organizamos ideas, por ende para su funcionamiento involucra la conciencia, la memoria, la inteligencia y emociones, de tal manera que algunos problemas de pensamiento se refieren al curso y estructura del mismo, afectando así al nivel de vigilia, el afecto, la atención y la memoria (Pérez, 2015).

Entre los problemas de pensamiento más frecuentes incluyen las intrusiones o pensamientos recurrentes, la supresión del pensamiento y los procesos meta cognitivos, por lo que las intrusiones componen pensamientos, imágenes o impulsos espontáneos, indeseados y no controlados (Pérez, 2015). Las intrusiones son universales y frecuentes en poblaciones no clínicas, lo que la diferencia de las patológicas es que, estas se experimentan con mayor intensidad provocando mayor malestar y son menos controlables. Los pensamientos intrusivos se muestran en varios trastornos psicopatológicos como es el caso de algunas personas con trastornos de ansiedad generalizada presentan pensamientos intrusivos sobre lo que podría ir mal en el futuro, por otro lado, en el TEP es frecuente la presencia de intrusiones, imágenes e impulsos relacionados con el recuerdo del evento traumático. Las personas con TOC suelen experimentar intrusiones obsesivas que son vividas como inaceptables y repugnantes (García, 2016).

Por otro lado la supresión del pensamiento es el intento voluntario de prevenir o borrar de la conciencia pensamientos concretos. Varias investigaciones han comprobado que los intentos de supresión del pensamiento a veces pueden tener un efecto paradójico, incrementando su frecuencia, este fenómeno ha sido encontrado principalmente en los trastornos de ansiedad y en depresión, por ejemplo, en el caso concreto del TOC se ha encontrado que en torno al 75% de los pacientes informan intentos repetidos de suprimir sus obsesiones, finalmente los procesos meta cognitivos se refieren a la evaluación del propio pensamiento, por ejemplo, los pacientes con TAG tienden a creer que la preocupación es una estrategia útil para solucionar posibles problemas y que hace menos probable que ocurran eventos negativos (García, 2016).

Problemas de atención

Cubero (2006) propone que el déficit de atención es un continuo de manifestaciones conductuales, falta de atención e impulsividad, problemas específicos de aprendizaje, alteraciones conductuales, inmadurez, déficit perceptuales, motores y de coordinación que no se consideran un síndrome conductual sino un conjunto de problemáticas relacionadas entre sí, por lo que es una incapacidad que aflige la destreza de las personas de educarse y de relacionarse con otros.

La falta de atención se deduce a partir del análisis de la conducta de cómo esta ocurre y que se manifiesta en situaciones académicas, laborales, escolares, los sujetos tiene a evitar tareas que demanda demasiado esfuerzo mental esto debido a las insuficiencias del funcionamiento atencional (Vélez & Vidarte, 2011).

Se concluye que la adolescencia es una etapa decisiva para desarrollo evolutivo del individuo que involucra cambios fisiológicos, psicológicos, emocionales y sociales, los cuales tendrán influencia en la etapa adulta. La adolescencia comprende 3 fases: adolescencia temprana (10 – 13 años), adolescencia media (14 – 16 años) y la adolescencia tardía (16 – 19 años), las cuales experimentan diversos cambios tanto físicos, psicológicos, cognitivos, sociales y de interés sexual. Por otro lado en esta etapa se presentan alteraciones conductuales internalizantes: conductas o comportamientos emocionales, alteraciones externalizantes: conductas o comportamientos visible ante la sociedad involucrando la agresividad y las competencias sociales: implica las interrelaciones sociales entre las personas, las mismas que se tendrá que evaluar de forma minuciosa para conocer el grado de complejidad de cada conducta.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

El objetivo del presente estudio es identificar las alteraciones conductuales en adolescentes víctimas de maltrato físico de la Parroquia Santa Ana, en este capítulo se tratará sobre el método utilizado en la investigación propuesta, la misma que consta con criterios de inclusión y exclusión y aspectos éticos. Así mismo, se presentarán los instrumentos utilizados como: El CBCL/6-18 (Child Behavior Checklist/6-18), o Lista de Comportamientos Infantiles de 6 a 18 años, versión padres, además El CBCL/4-16 (Child Behavior Checklist/4-16), o Lista de Comportamientos Infantiles de 4 a 16 años, de Achenbach y Rescola, versión profesores, TRF (Teacher's Report Form), Achenbach y Rescola (1983), por otro lado se realiza una ficha sociodemográfica que nos facilita información de los estudiantes seleccionados, contando con una base de datos importantes que nos permita conocer los perfiles a desarrollar y finalmente se efectúa una entrevista semiestructurada dirigida a los tutores de los años de básica de la muestra utilizada para corroborar una certeza de maltrato físico.

3.1 Método

3.1.1 Diseño:

Se trata de un estudio transversal que es de forma descriptiva, exploratorio y no experimental, la cual consiste en dar a conocer información de las alteraciones conductuales que poseen los adolescentes víctimas de maltrato físico, importantes para esta investigación, las misma que serán evaluadas por medio de cuestionarios y entrevistas semiestructurada.

3.1.2 Participantes

Esta investigación fue realizada en La Escuela General Básica “Gaspar Sangurima”, desde Agosto hasta Octubre del 2018, la misma que cuenta con un número de 302 estudiantes entre los cuales son de género femenino: 167 y de género masculino: 135, se escogió una muestra no aleatoria de 30 participantes representantes de

adolescentes víctimas de maltrato físico que pertenecen al octavo, noveno y décimo año de educación básica, cumpliendo con los criterios de selección. Se aplicó el Cuestionario establecido (Lista de Comportamientos Infantiles) el mismo que fue aplicado a los profesores y a los padres de cada estudiante, quienes mostraron una actitud positiva respondiendo a cada pregunta, no obstante se tomaron más del tiempo acordado sin embargo lo hicieron sin restricciones.

3.1.3 Criterios de inclusión para el grupo víctimas de maltrato:

- a) Adolescentes con nivel de instrucción secundaria, que residan en la Parroquia Santa Ana.
- b) Haber sido remitido al área directiva por una certeza de presencia de maltrato físico ejercido por los padres de familia.

3.1.4 Criterios de exclusión:

- a) Adolescentes que residan en zonas que no pertenezcan a la Parroquia Santa Ana.
- b) Personas que se encuentren cursando la primaria.
- c) Adolescentes con otro tipo de maltrato.

3.1.5 Aspectos éticos:

Previo consentimiento de la Escuela General Básica “Gaspar Sangurima”, se dio a conocer a la Directora de la Institución el estudio que se iba a realizar, a cerca de la participación de los estudiantes, padres y profesores y la confidencialidad de la información acogida en los cuestionarios y en las entrevistas por medio de consentimiento informado.

3.2 Instrumentos:

3.2.1 Ficha sociodemográfica:

La Ficha sociodemográfica nos facilitará información de los estudiantes ya seleccionados, contando con una base de datos importantes que nos permitirá conocer los perfiles a desarrollar.

3.2.2 Consentimiento informado:

Es en el cual se exteriorizan los lineamientos bajo los cuales se va a llevar a cabo la investigación.

3.2.3 Entrevista Semiestructurada:

Esta entrevista consta de 18 preguntas, las mismas que fueron aplicados a los docentes, es decir, a los tutores responsables de cada año de educación básica, para de esta manera corroborar la presencia de maltrato físico.

3.2.4 CBCL/6-18: (Child Behavior Checklist/6-18). Lista de comportamientos infantiles de 6 a 18 años versión padres

El CBCL/6-18 (Child Behavior Checklist/6-18), o Lista de Comportamientos Infantiles de 6 a 18 años, de Achenbach y Rescola, es una herramienta que debe ser contestada por los padres, por medio de este instrumento se puede recoger datos e información demográfica acerca de la competencia y los problemas conductuales y emocionales de los niños, posibles enfermedades y/o discapacidades, y aspectos positivos de este.

La prueba está compuesta por 113 ítems, con tres alternativas de respuesta, referido a problemas de conducta que pueden presentar los niños y adolescentes entre 6 y 18 años. La valoración de los problemas conductuales permite obtener puntuaciones en 8 escalas de síntomas (depresión, quejas somáticas, aislamiento, ansiedad, problemas de pensamiento, problemas sociales, problemas de atención, conducta agresiva y conducta

de romper normas), y dos escalas de banda ancha (trastornos interiorizados y trastornos exteriorizados), además de la puntuación total. El CBCL (Child Behavior Checklist), brinda también un perfil de competencias sociales y educativas Ezpeleta & Domenech (2009).

3.2.5 CBCL/4-16: (Child Behavior Checklist/4-16). Lista de comportamientos infantiles de 4 a 16 años versión profesores TR (Teacher's Report Form).

El TRF (Teacher's Report Form), es la versión para el personal docente y se aplica a niños y niñas con edades entre los 4 y 16 años. El test otorga perfiles separados para ambos sexos y distintos rangos de edad. Por otra parte, permite detectar la presencia de signos y síntomas de psicopatología internalizante; entre ellas se encuentra las escalas de ansiedad, depresión y trastornos somáticos, así mismo signos y síntomas de psicopatología externalizante; como conductas agresivas y ruptura de reglas (Joortiro, 2015). El TRF (Teacher's Report Form), utilizado es el de 4 a 16 años, por lo que este está orientado a obtener una valoración acerca del desempeño académico, el funcionamiento adaptativo y problemas funcionales y conductuales (Raheb, 2008).

3.2.6 Procedimiento:

Fase 1: Se dió a conocer el motivo de la investigación que se llevará a cabo en cuanto a las alteraciones conductuales que poseen los adolescentes víctimas maltrato físico.

Fase 2: Se eligió la muestra no aleatoria de 30 representantes de adolescentes de la Escuela de Educación General Básica "Gaspar Sangurima", que son víctimas de maltrato físico, la muestra fue elegida por la Directora de la Institución

Fase 3: Se dió a conocer el consentimiento informado de la institución para la aprobación del mismo.

Fase 4: Realización de la entrevista dirigida a los tutores responsable de cada año de educación básica de la muestra elegida para la certeza de presencia de maltrato físico.

Fase 5: Se estableció un horario para realizar la aplicación de los cuestionarios.

Fase 6: Realización de los cuestionarios que dieron información valiosa para llevar cabo la investigación

Se llenó la ficha sociodemográfica en la que constaba información de cada participante como edad, sexo, grado de escolaridad, etc.

Se aplicó el Cuestionario CBCL/6-18: (Child Behavior Checklist). Lista de comportamientos infantiles de 6 a 18 años versión padres

Se aplicó el Cuestionario CBCL/4-16: (Child Behavior Checklist). Lista de comportamientos infantiles de 4 a 16 años versión profesores TRF (Teacher's Report Form).

La recolección de la información fue medios físicos con el fin de procesar la información obtenida.

Fase 9: Análisis de la información recabada.

Fase 10: Presentación de resultados.

En conclusión nuestro estudio consiste en identificar las alteraciones conductuales en adolescentes víctimas de maltrato físico de la Parroquia Santa Ana, para esto se utilizó una muestra no aleatoria de 30 participantes representantes de adolescentes víctimas de maltrato físico, de La Escuela General Básica "Gaspar Sangurima", cumpliendo los criterios de selección. Se aplicó el Cuestionario CBCL (Child Behavior Checklist), versión padres y versión profesores, ficha sociodemográfica, entrevista semiestructurada y el consentimiento informado, el mismo que fue aplicado a los profesores y a los padres de cada estudiante, instrumentos que fueron de gran importancia para la investigación llevada a cabo, como punto de partida se expuso el consentimiento informado, posteriormente se realizó la aplicación de los diversos cuestionarios, finalmente se efectuó el análisis de la información recabada así permitiéndonos obtener los resultados finales.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS

4.1 Análisis estadístico

El procesamiento de datos fue realizado con el apoyo del programa SPSS 23 y la edición de tablas y gráficos en Excel 2016; la descripción de puntuaciones otorgadas por padres y docentes se expresan mediante medidas de tendencia central y dispersión, además se realiza una clasificación diagnóstica mediante la clave de corrección del manual CBCL (Child Behavior Checklist), cuyos resultados se expresan mediante frecuencias absolutas (muestra pequeña), la prueba de comprobación de normalidad Shapiro Wilk (prueba de normalidad para muestras pequeñas), reveló que los datos tenían un comportamiento normal por lo que se emplearon pruebas paramétricas; prueba T para una muestra para determinar diferencia de puntuaciones intragrupo y la prueba r de Pearson para establecer correlación de respuestas entre padres y docentes, las decisiones fueron tomadas con una consideración de $p < 0.05$.

4.2 Participantes

El estudio fue realizado con 30 personas; representantes de adolescentes víctimas de maltrato físico ($n=30$) y 3 docentes de las víctimas, la *tabla 1* caracteriza a los padres de las víctimas en la que se puede observar que casi todos los representantes (28 padres y madres) tenían un nivel educativo primario, además 20 padres tenían un trabajo relacionado con la construcción y 17 madres se dedicaban a los quehaceres domésticos, siendo la violencia física ejercida por parte de los progenitores, siendo la madre quien ejerce mayor violencia sobre los jóvenes.

4.1 Criterios de evaluación.

El CBCL (Child Behavior Checklist), mide alteraciones conductuales los cuales se evalúa con criterios:

- **Rango normal o no clínico:** corresponde a un puntaje T de 50 a 64 (personas que no presentan sintomatología).

- **Rango límite:** corresponde a un puntaje T de 65 a 69 (personas que presentan sintomatología, por lo que requieren seguimiento).
- **Rango clínico:** corresponde a un puntaje T de 70 en adelante (personas que presentan un mayor número de sintomatología, que requieren de atención psicológica).

Tabla 1. Características de los padres

Características.	N	%
Padres que ejerce violencia en el hogar	25	83%
Madre	5	17%
Padre		
Nivel educativo del padre		
Primaria	28	93,3
Secundaria	1	3,3
Superior	1	3,3
Trabajo del padre		
Construcción	20	66,7
Trabajador público	1	3,3
Desconoce	4	13,3
Radica en el extranjero	1	3,3
Mecánico industrial	1	3,3
Jardinería	1	3,3
Taxista	1	3,3
Profesor	1	3,3
Nivel educativo de la madre		
Primaria	28	93,3
Secundaria	2	6,7
Trabajo de la madre		
Quehaceres Domésticos	17	56,7
Agricultura	3	10,0
Empleada Doméstica	2	6,7
Empleada Restaurante	5	16,7
Costurera	2	6,7
Ganadería	1	3,3

4.3 Caracterización de las víctimas.

Las 30 víctimas adolescentes evaluadas estaban conformadas por 19 hombres y 11 mujeres de la Escuela General Básica “Gaspar Sangurima” con sostenimiento fiscal de la Parroquia Santa Ana, las víctimas tenían edades comprendidas entre 12 y 15 años con una media de 13.47 años (DE=1.0). El nivel socioeconómico de 29 de los 30 adolescentes era bajo, además más de la mitad de los participantes (n=17) estaban en décimo de básica; fueron 5 personas que habían repetido algún año y 7 adolescentes mencionaron trabajar, los detalles se observan en la tabla 2.

Tabla 2. Características de las víctimas N=30

Características		N	%
Sexo	Hombre	19	63,3
	Mujer	11	36,7
Nivel socioeconómico	Bajo	29	96,7
	Medio	1	3,3
	Alto	0	0,0
Curso	Octavo	4	13,3
	Noveno	9	30,0
	Décimo	17	56,7
Repetición de algún año	Si	5	16,7
	No	25	83,3
Trabaja	Si	7	23,3
	No	23	76,7

4.4 Conductas Internalizantes: Percepción de los Padres

La puntuación T de conductas totales internalizantes que los padres perciben de sus hijos víctimas de violencia oscilaron entre 51 y 81 con una media de 69.9 (DE=6.4) lo que implica un nivel medio clínico, además en la *figura 1* se puede observar una baja dispersión de datos lo que simboliza una homogeneidad de percepción, así mismo la puntuación T de conductas externalizantes se encontró entre 44 y 77 con una media de 65.2 (DE=7.1) encontrándose en un nivel clínico y con homogeneidad de

comportamiento, se evidenciaron también casos atípicos con valoraciones muy por debajo del resto del grupo (4 en conductas internalizantes y 2 en conductas externalizantes).

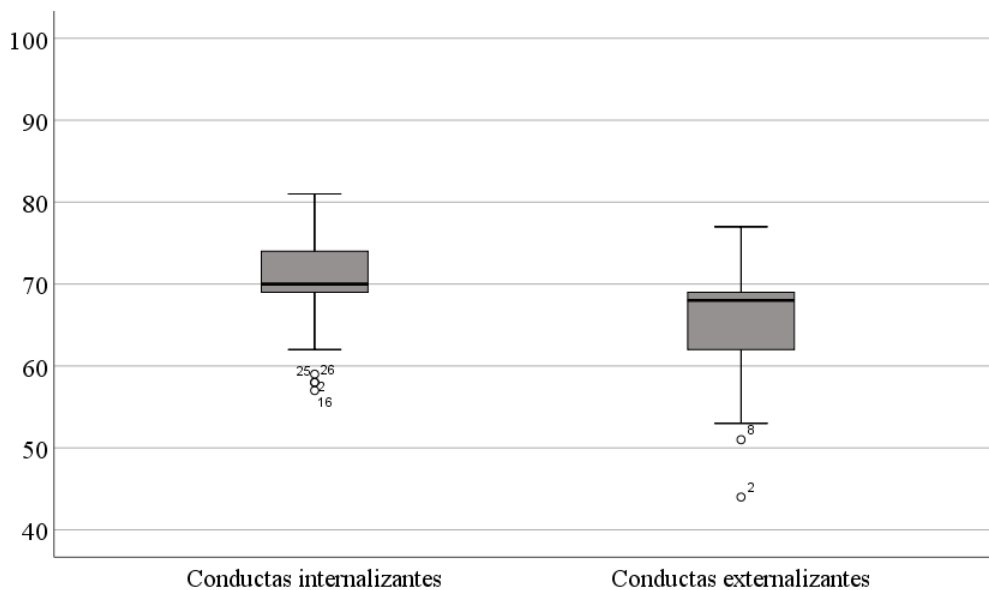


Figura 2. Características conductuales (Padres).

Los resultados revelaron a 13 personas con un nivel clínico en conductas internalizantes y a 3 personas con nivel clínico en conductas externalizantes, dentro del límite (personas que necesitan seguimiento) se encontraron a 11 personas en las conductas internalizantes y a 18 en las externalizantes. Ver figura 3.

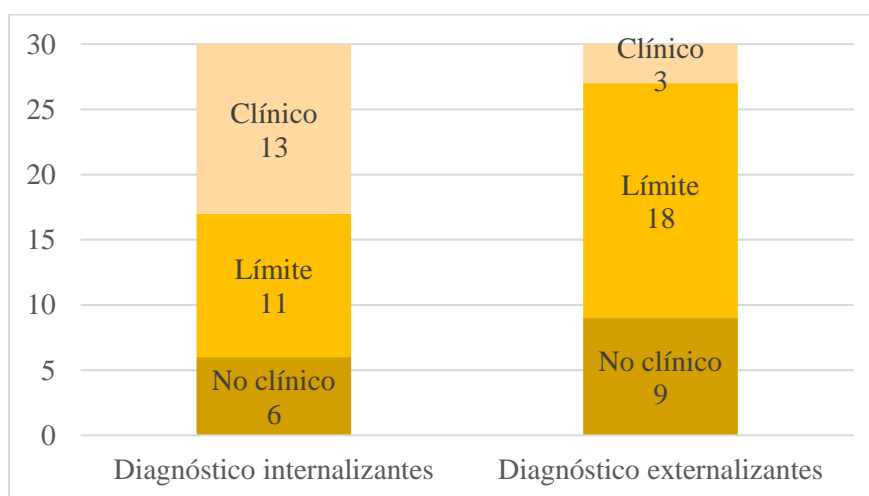


Figura 3. Niveles conductuales generales (Percepción de los padres)

Las puntuaciones T obtenidas en las conductas internalizantes puntuales fueron bastante similares ($p > 0.05$) con puntuaciones de 69.2 (DE=8.7) en la ansiedad depresiva,

67.2 (DE=9.3) en el retraimiento depresivo y 68.5 (DE=8.3) en las quejas somáticas, registrándose un caso con una valoración por encima del resto del grupo, los detalles se observan en la en la figura 4.

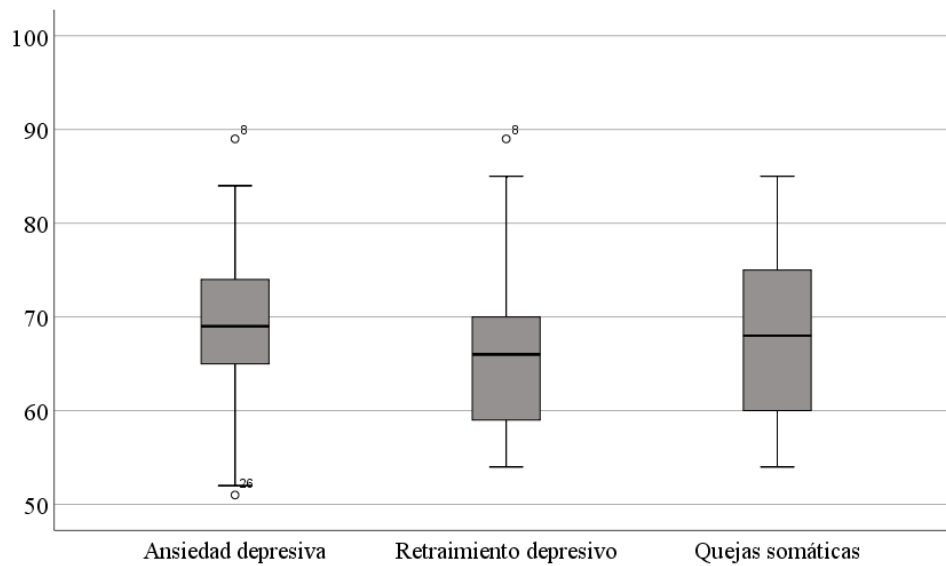


Figura 4. Conductas internalizantes: Percepción de los padres

La conducta con mayor cantidad de personas en un nivel clínico resultó ser las quejas somáticas con 14 personas, seguido por ansiedad depresiva (n=10), finalmente el retraimiento depresivo la conducta con menos personas en un nivel clínico (n=7), en la conducta ansiedad depresiva casi la mitad de participantes se encontraban en el límite (n=14), lo que implica una necesidad de seguimiento.

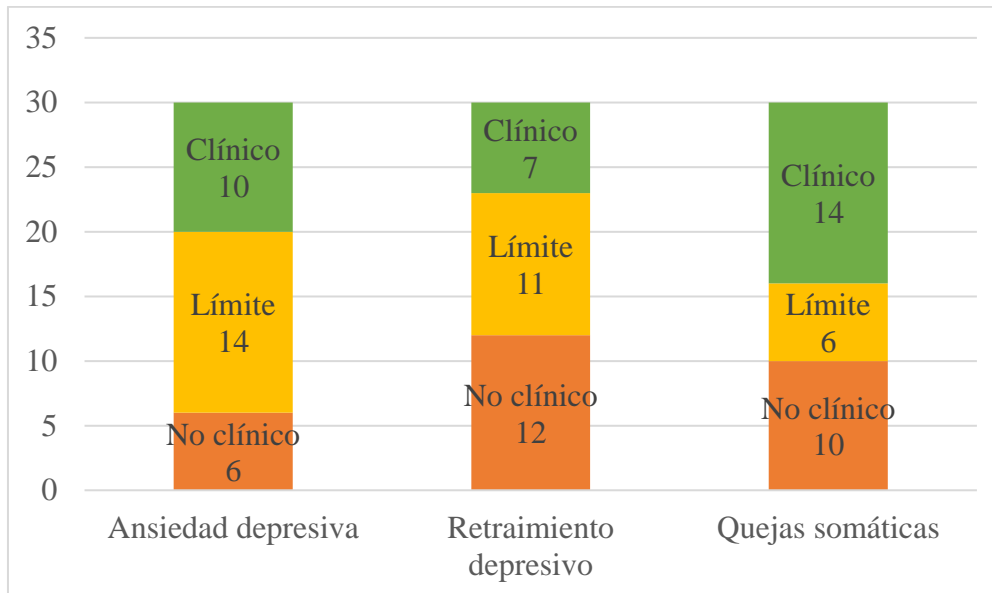


Figura 5. Niveles de conductas internalizantes según la percepción de los padres

4.5 Conductas Externalizantes: Percepción de los Padres

Con respecto a las conductas puntuales externalizantes, se encontró que la puntuación T media de rompimiento de reglas era de 62.0 (DE=5.5) y correspondía a un nivel no clínico mientras que las conductas agresivas revelaron una media de 67.3 (DE=7.3) estando en el límite; a pesar de estos resultados las puntuaciones reflejaron un comportamiento similar ($p > 0.05$) el diagrama de cajas y bigotes de la figura 6 muestra los detalles.

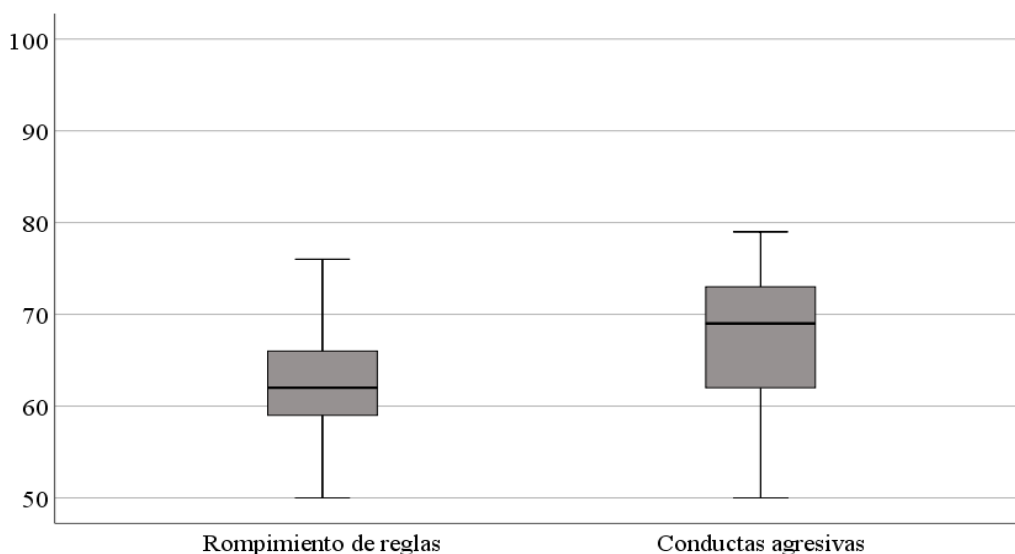


Figura 6. Conductas externalizantes: Percepción de los padres

Los padres percibieron que 21 adolescentes se encontraban en un nivel “no clínico” de rompimiento de reglas, 8 personas estaban en el límite y 1 en un nivel clínico. Además, se encontró que 10 adolescentes se encontraban clasificados en un nivel clínico de conductas agresivas y 12 en el límite, los detalles se pueden ver en la figura 7.

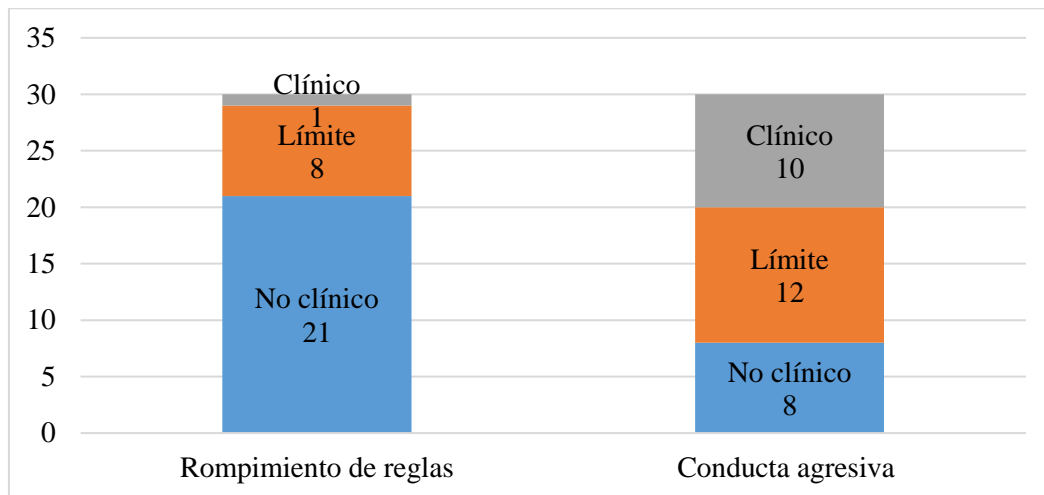


Figura 7. Conductas externalizantes según la percepción de los padres

4.6 Conductas Internalizantes: Percepción de los Docentes

En la figura 7 se observa que las puntuaciones percibidas en la conducta internalizante y externalizante por los docentes en las dos características conductuales eran similares. Las conductas internalizantes fueron entre valoradas entre 50 y 84 con una media de 67.8 (DE=8.2), que los ubica en un nivel global clínico, además se encontró una dispersión baja de resultados reflejando homogeneidad de comportamiento, así mismo la puntuación T de conductas externalizantes se encontró entre 58 y 76 con una media de 67.5 (DE=3.2) encontrándose en un nivel clínico, en este caso se encontró una homogeneidad muy alta de comportamiento, se evidenciaron también casos atípicos en las conductas externalizantes, fueron 4 por encima del resto del grupo y 1 por debajo del grupo.

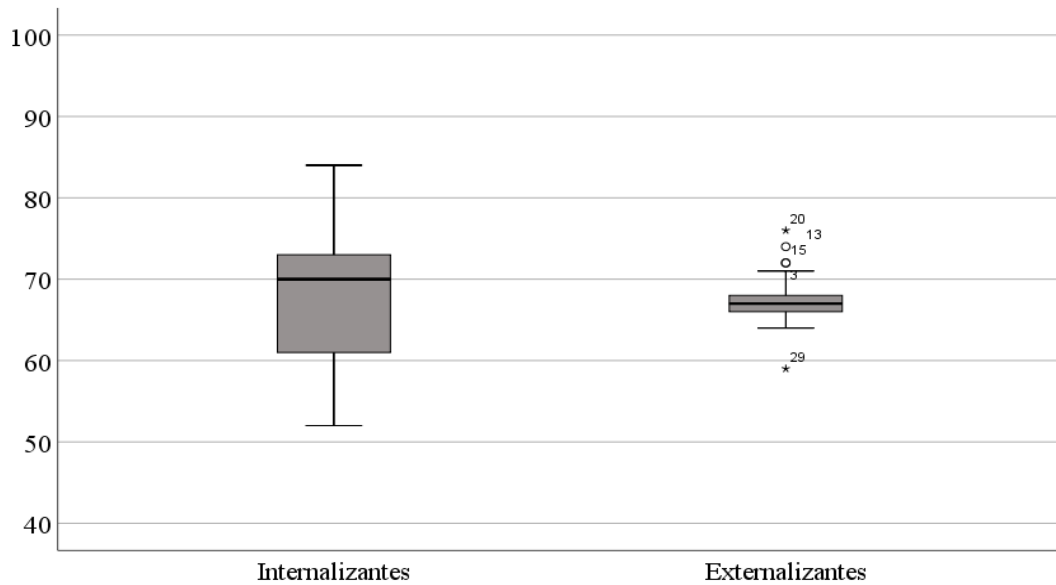


Figura 8. Características conductuales (Docentes)

Los resultados obtenidos revelaron que existen 15 personas con un nivel clínico en conductas internalizantes y 5 personas con nivel clínico en conductas externalizantes; Dentro del límite se encontraron a 4 personas en las conductas internalizantes y a 22 en las externalizantes, las que requerirían un seguimiento, detalles en la figura 9.

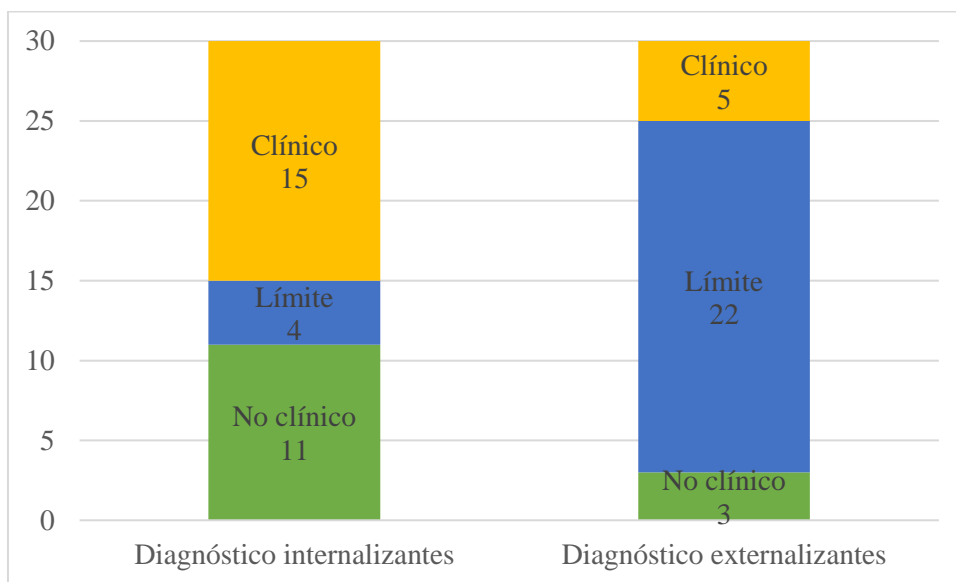


Figura 9. Niveles conductuales generales (Percepción de los docentes)

Las puntuaciones T obtenidas en las conductas internalizantes, en la ansiedad depresiva se obtuvo una media de 68,7 (DE=7,9); en el retraimiento depresivo 63.5 (DE=5.9) y en las quejas somáticas 62.6 (DE=8.4), lo que implica una valoración similar de las tres características de conducta, los detalles se observan en la figura 10.

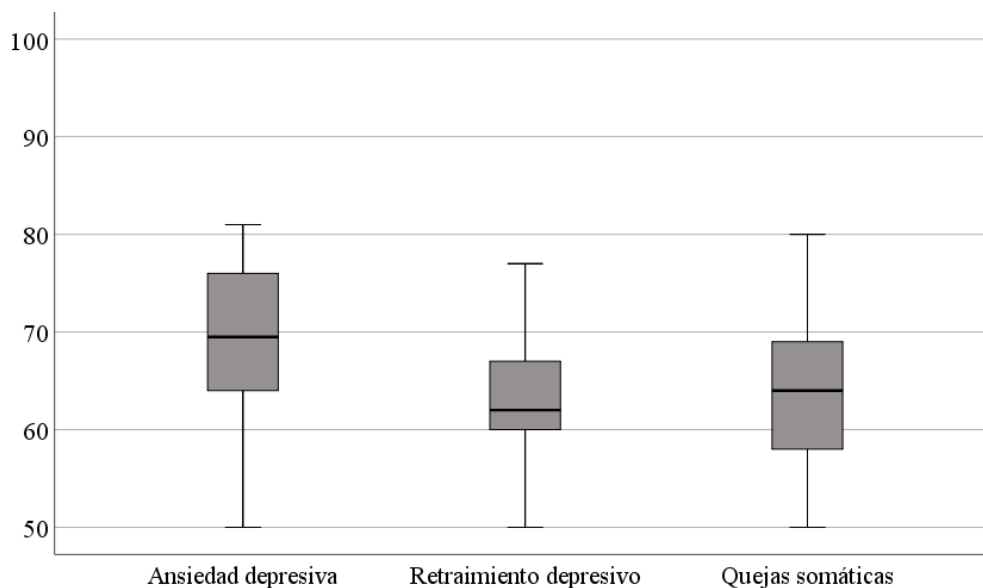


Figura 10. Conductas internalizantes: Percepción de los Docentes

Los resultados de clasificación desde la percepción docente demuestran que es la ansiedad depresiva la conducta con mayor cantidad de personas en un nivel clínico (n=10); el retraimiento depresivo y las quejas somáticas reflejaron 4 personas en el nivel clínico. Es importante mencionar que la conducta de ansiedad depresiva y quejas somáticas tenían 11 y 10 personas respectivamente en un nivel límite, lo que implica prestar atención a estos casos. Ver figura 11.

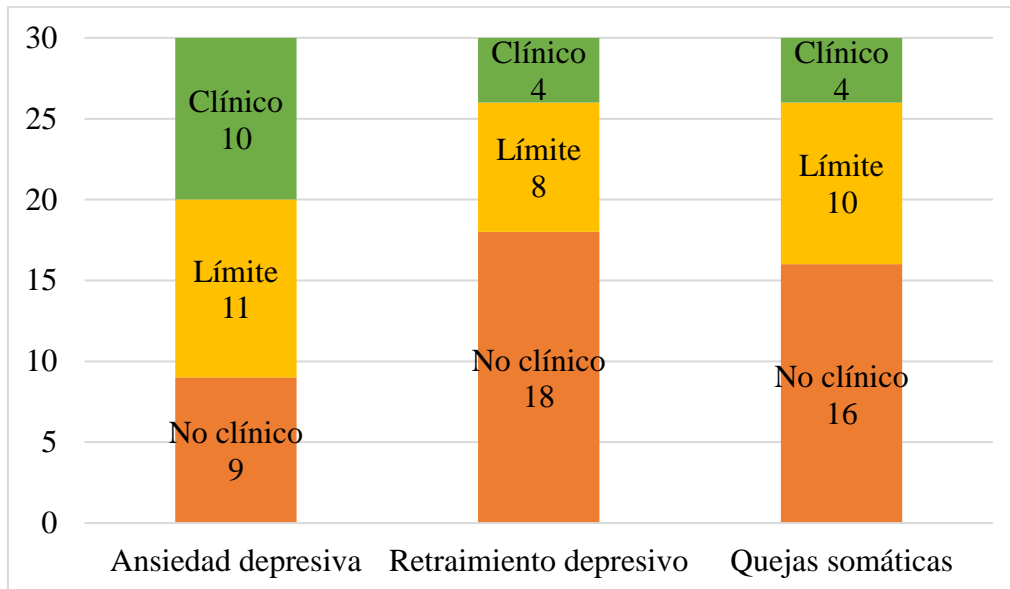


Figura 11. Niveles de conductas internalizantes según la percepción de los docentes

4.7 Conductas Externalizantes: Percepción de los Docentes

Con respecto a las conductas puntuales externalizantes, se encontró que la puntuación media de rompimiento de reglas era de 67.1 (DE=3.5) y las conductas agresivas revelaron una media de 67.5 (DE=3.6), lo que indica una alta similitud entre características, pues además de tener puntuaciones prácticamente iguales se registraron bajas dispersiones de datos, lo que podría indicar una apreciación más precisa este tipo de conductas, en la figura 12 muestra los detalles.

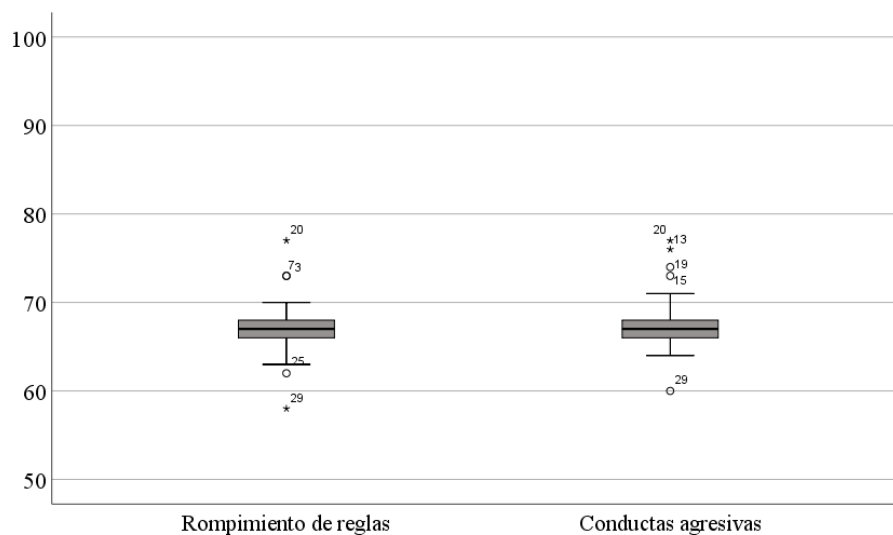


Figura 12. Conductas externalizantes: Percepción de los docentes

Los docentes percibieron que 21 adolescentes se encontraban en un nivel límite de rompimiento de reglas y 22 en conducta agresiva. Además, se evaluaron a 3 estudiantes en un nivel clínico de rompimiento de reglas y a 5 con conductas agresivas, detalles en la figura 13.

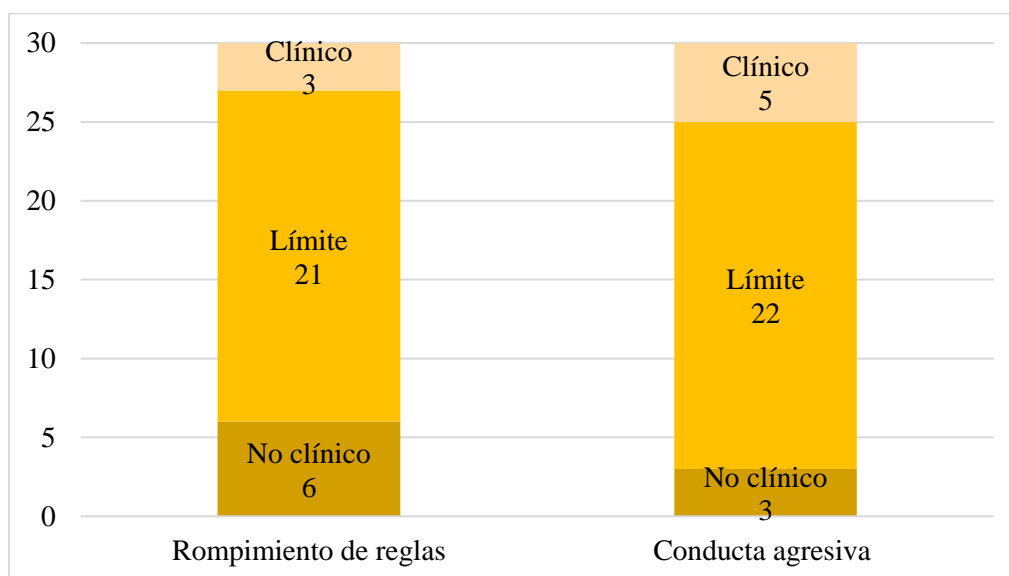


Figura 13. Conductas externalizantes según la percepción de los docentes

4.8 Competencias Sociales: Percepción de los Padres

Los resultados obtenidos revelaron de acuerdo a la percepción de los padres en relación a problemas sociales existen 4 personas de sexo masculino y 0 personas de sexo femenino en un nivel normal (14,8%), así mismo 7 personas (hombres) y 8 (mujeres) con nivel límite (55,6%), personas que necesitan seguimiento; Dentro del nivel clínico se encontraron a 6 personas de sexo masculino y 2 de sexo femenino (29,6%) en competencias sociales. detalles en la figura 14.

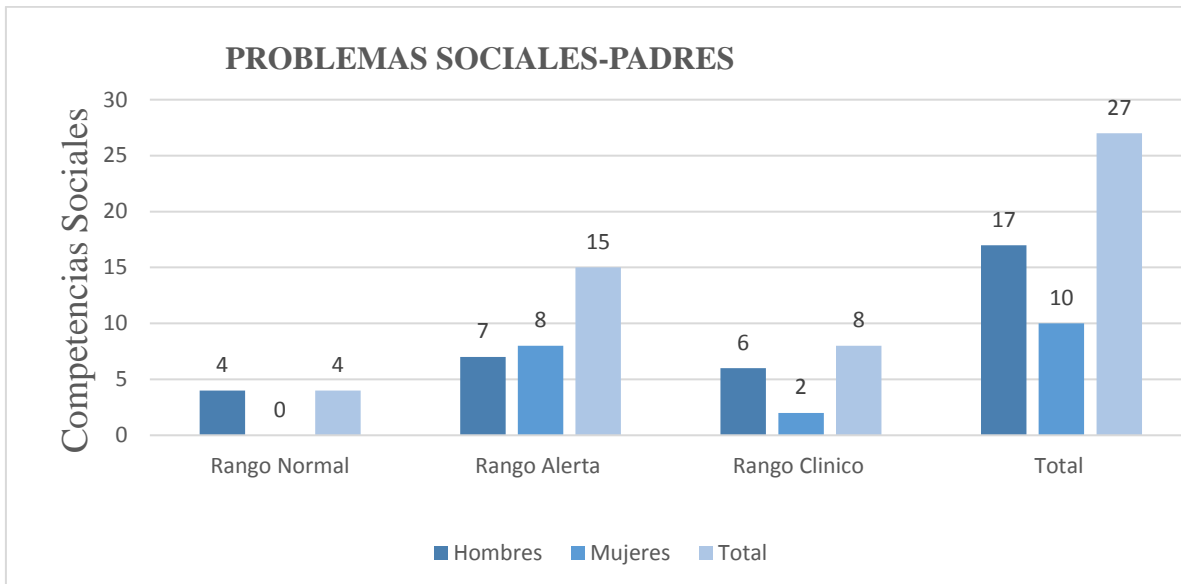


Figura 14. Competencias sociales - Problemas sociales (Percepción de los padres)

Los resultados obtenidos revelaron de acuerdo a la percepción de los padres en relación a problemas de pensamiento existen 3 personas de sexo masculino y 2 personas de sexo femenino en un nivel normal (17,9%), así mismo 10 personas (hombres) y 4 (mujeres) con nivel límite (50,0%), personas que necesitan seguimiento; Dentro del nivel clínico se encontraron a 5 personas de sexo masculino y 4 de sexo femenino (29,6%) en competencias sociales. detalles en la figura 15.

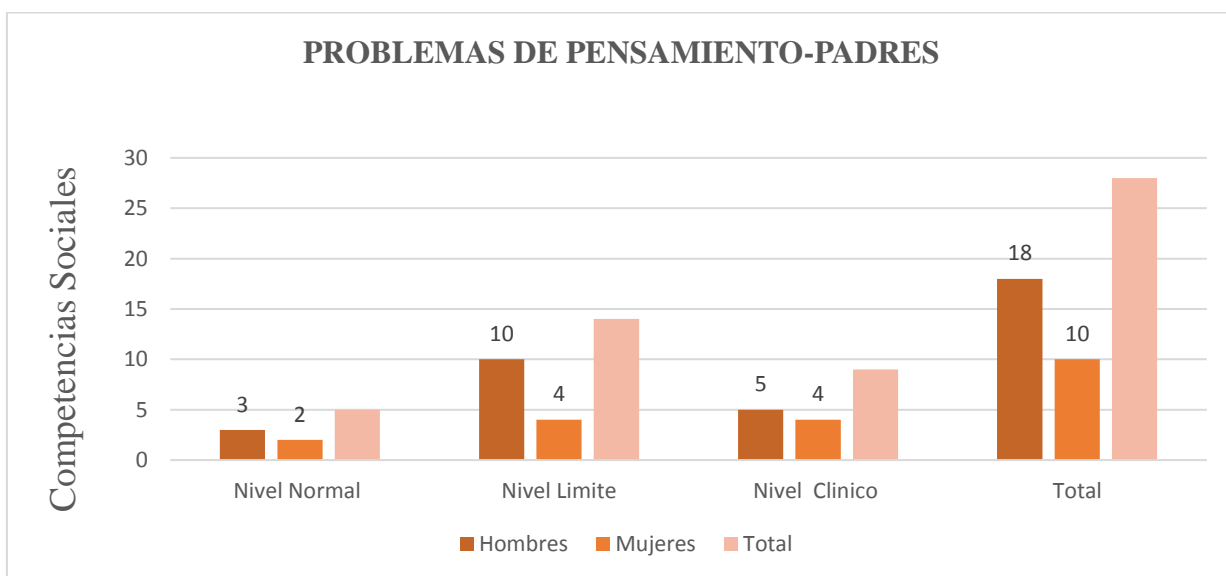


Figura 15. Competencias sociales - Problemas de pensamiento (Percepción de los padres)

Los resultados obtenidos revelaron de acuerdo a la percepción de los padres en relación a problemas de atención existen 6 personas de sexo masculino y 4 personas de sexo femenino en un nivel normal (38,5%), así mismo 5 personas (hombres) y 5 (mujeres) con nivel límite (38,5%), personas que necesitan seguimiento; Dentro del nivel clínico se encontraron a 5 personas de sexo masculino y 1 de sexo femenino (23,1%) en competencias sociales. detalles en la figura 16.

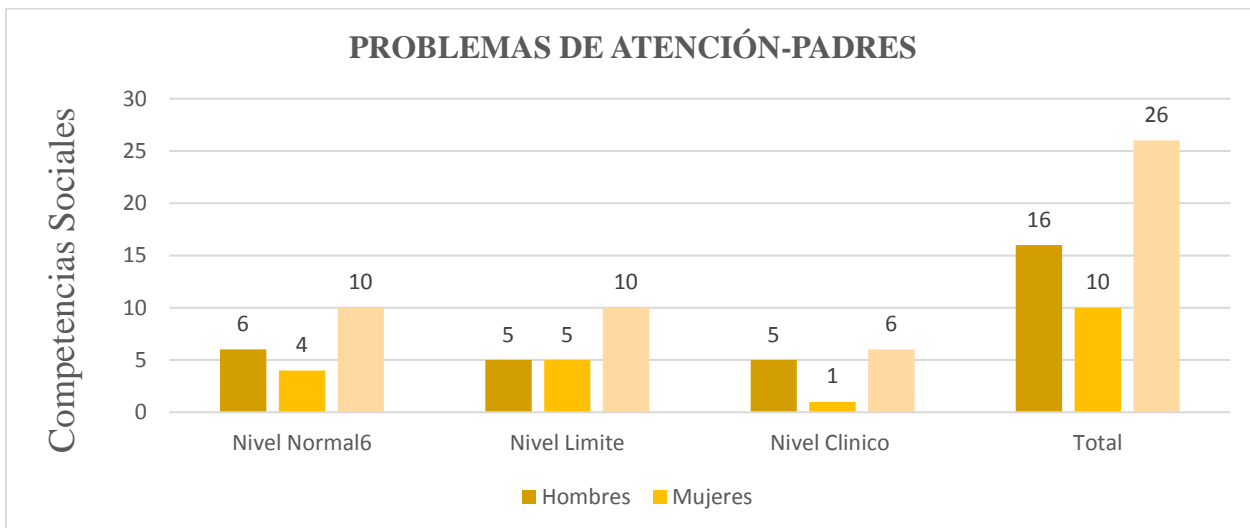


Figura 16. Competencias sociales - Problemas de atención (Percepción de los padres)

4.9 Competencias Sociales: Percepción de los Docentes

En la siguiente tabla se puede observar que en problemas sociales según revelaron los docentes, existe dentro del rango normal 9 varones y 3 adolescentes de sexo femenino, con un total de (40,0 %) ; así mismo en el rango alerta o límite se mostraron la existencia de 7 varones y 3 en mujeres; lo cuales un (33,3 %) necesitaran seguimiento y por ultimo en un rango clínico a 3 varones y a 5 mujeres, con un total de (26,7 %) en competencias sociales. Detalles en la figura 17

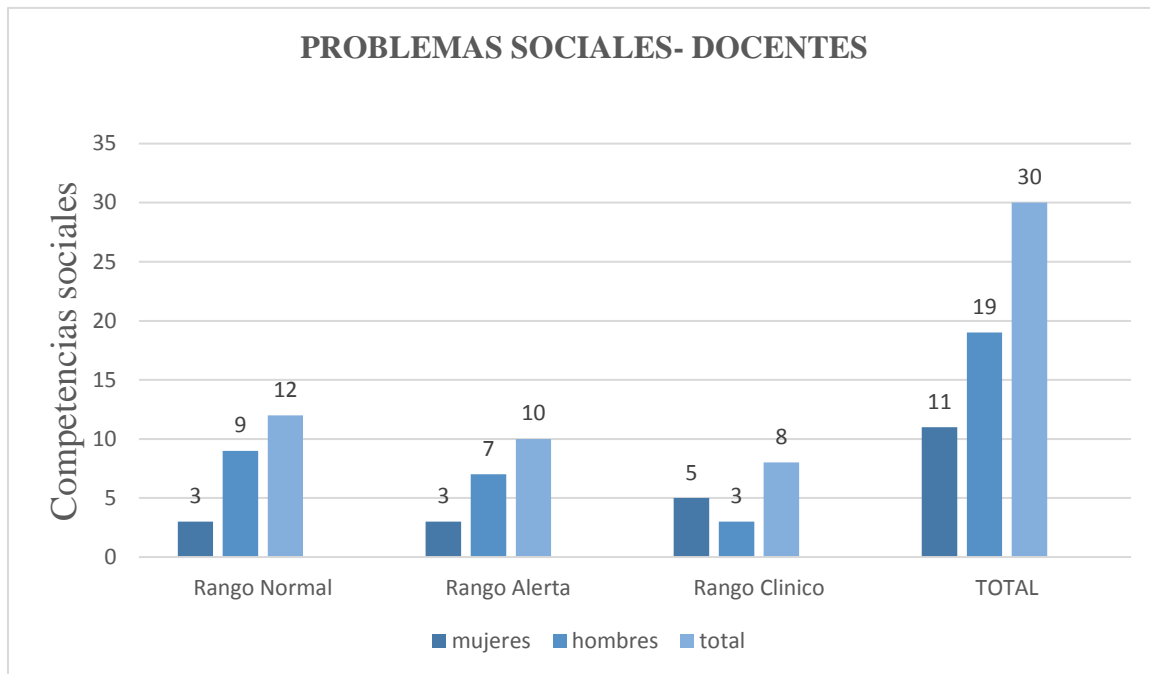


Figura 17. Competencias sociales - Problemas sociales (Percepción de los docentes)

En esta tabla se puede observar que dentro de problemas pensamiento los docentes indicaron que existe dentro del rango normal 9 varones y 2 adolescentes de sexo femenino, con un total de (36,7%) ; así mismo en el rango alerta o limite se mostraron la existencia de 6 varones y 6 en mujeres, lo cual muestra que existe una igualdad con una totalidad de (40,0%) los cuales necesitaran seguimiento y por último en un rango clínico a 3 personas de sexo masculino y a 5 de sexo femenino , con un total de (23,3%) en competencias sociales. Detalles en la figura 18.

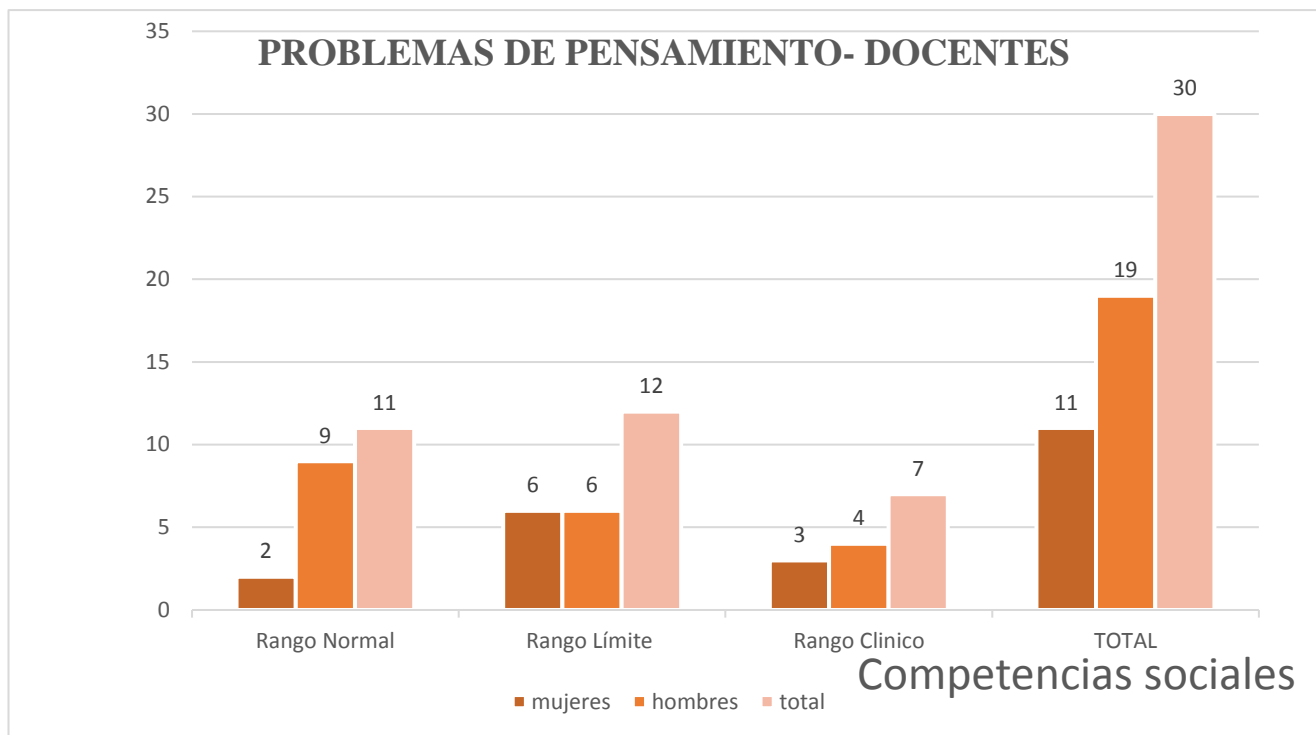


Figura 18. Competencias sociales - Problemas de pensamiento (Percepción de los docentes)

Se observa que en problemas de atención los profesores mostraron que existe dentro del rango normal 9 varones y 5 mujeres , con un total de (46,7%); de tal modo en el rango alerta o limite hay la existencia de 5 varones y 5 mujeres , por lo cual indica una igualdad ; los cuales (33,3%) de adolescentes tendran que tener seguimiento y por último en un rango clinico a 5 personas de sexo masculino y a 1 persona de sexo femenino , con un total de (20%). Determinando que existe mas problemática en el sexo masculino, en competencias sociales. Detalles en la figura 19.

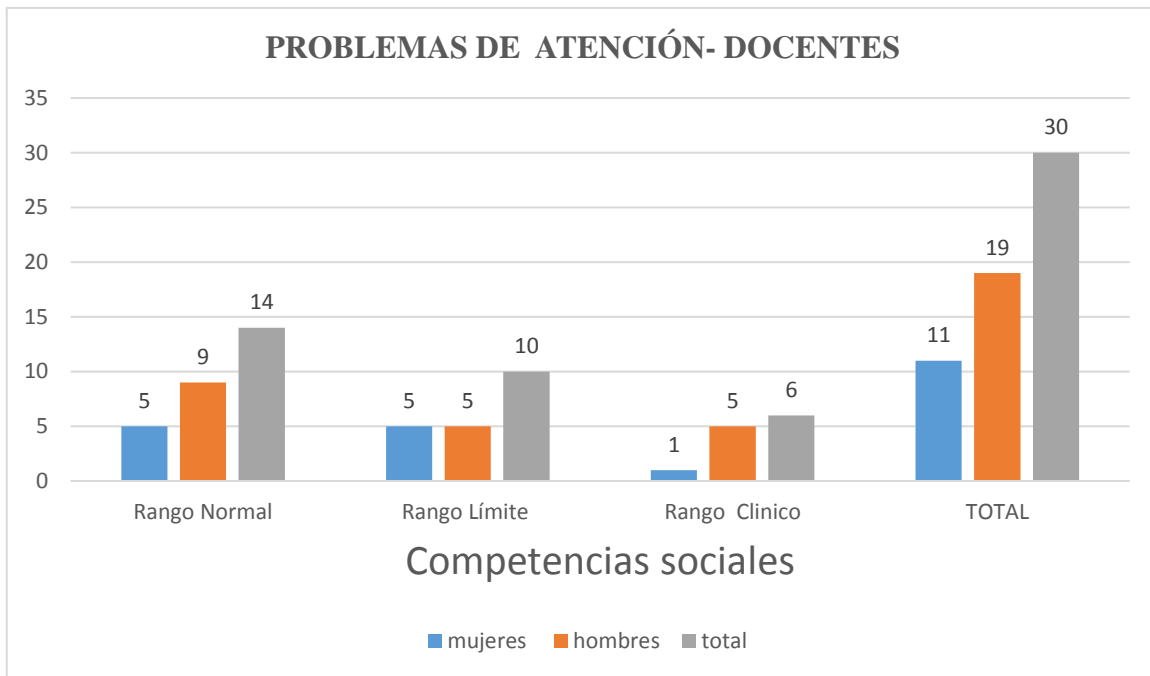


Figura 19. Competencias sociales - Problemas de atención (Percepción de los docentes)

4.10 Corroboración de información

Para corroborar la información de los adolescentes otorgada por los padres y los docentes, se aplicó el coeficiente de correlación r de Pearson, en la *tabla 3* se observa que el retraimiento depresivo de los adolescentes tenía una relación ($r = 0.385$, $p = 0.035$); entre lo valorado por los padres y los docentes, lo que implica una correspondencia de percepción de esta característica; no se encontraron más relaciones en las otras características; lo que indica que la percepción conductual de los adolescentes era diferente entre los evaluadores hacia el mismo adolescente. *Tabla 3*.

Tabla 3. Relación de respuesta entre docentes y padres

		DOCENTES						
		AD	RD	QS	CI	RR	CA	CE
PADRES	AD	rs	0,176					
		p	0,352					
	RD	rs		,385*				
		p		0,035				
	QS	rs			0,148			
		p			0,435			
	CI	rs				0,217		
		p				0,248		
	RR	rs					-0,031	
		p					0,872	
	CA	rs						0,068
		p						0,720
CE	rs							0,127
	p							0,505

Nota: * Relación significativa ($p < 0.05$). AD= Ansiedad depresiva, RD= Retraimiento depresivo, QS= Quejas somáticas, CI = Características internalizantes, RR= Rompimiento de reglas, CA= Conducta agresiva; CE = Características externalizantes

CAPÍTULO 5

DISCUSIÓN

El objetivo principal de la presente investigación fue identificar las alteraciones conductuales en adolescentes víctimas de maltrato físico, a continuación se analiza los resultados obtenidos en la investigación.

Los resultados de este estudio indicaron la existencia de alteraciones conductuales en los adolescentes víctimas de maltrato físico, siendo la conducta internalizante la de mayor afección, sin embargo se pudo constatar que no difiere de la conducta externalizante en mayor porcentaje.

En general, se evidenció que tanto en profesores como padres reportan mayores conductas internalizantes, este resultado coincide con el estudio de Frias et al., (2004) en donde encontró que los menores maltratados presentan más síntomas internos debido a que son más propensos a padecer enfermedades y alteraciones anímicas (depresión ansiedad, etc.).

En una investigación realizada por Rodríguez (2017) en adolescentes colombianos mostró que un nivel alto de inestabilidad emocional en un contexto hostil del ámbito familiar pronostica la aparición de múltiples problemas emocionales, lo que corrobora con la información recabada en donde los adolescentes viven en un ambiente desfavorable debido al maltrato de cual son víctimas generando sintomatología internalizante.

Por otro lado se evidenció que en las conductas externalizantes para padres y docentes, la que presentaba mayor alteración fue las conductas agresivas lo que coincide con el estudio de Romagnoli (2007) el estar inmerso en un ambiente de violencia en el hogar donde se genera castigos físicos, se provoca conductas agresivas y violentas en el adolescente.

Straus, Marciaux y Deschamps (1982) señala que se han realizado escasas publicaciones en las zonas rurales sobre el maltrato físico, debido que no existen profesionales en esa área quienes que se desempeñen y realicen investigaciones acerca del tema para conocer más a profundidad la problemática que conlleva el maltrato, de la misma manera concuerda con la experiencia adquirida para realización de este estudio en

la zona rural, en donde se evidenció la falta de un Departamento de consejería estudiantil (DECE), la cual favorecería a conocer más a fondo las diversas problemáticas que se presentan en esa zona.

Zunzunegui et al. (1997) en su investigación sobre el maltrato infantil consideran que factores como el nivel de instrucción, mujeres sin pareja estable y el nivel socioeconómico bajo, predisponen mayor riesgo de maltrato físico hacia sus hijos, debido a el estrés que estos fenómenos traen consigo, de tal manera estos factores son un indicador para nuestro estudio de la influencia que ejercen para que se detone esta problemática.

Así mismo en un estudio realizado en Sonora por Cuamba (2008) sobre el maltrato físico reveló que un 90% de las madres ejercían malos tratos como método de castigo en la educación de sus hijos lo que corrobora en nuestra investigación siendo las madres en un 83% las principales ejercedoras de la violencia física dentro del hogar.

Estas investigaciones corroboran la importancia de conocer a profundidad un tema específico, en este caso, la complejidad que abarca el maltrato físico siendo los factores de riesgo mencionados anteriormente los que propician la existencia del mismo.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación se ha determinado la existencia de alteraciones conductuales (Internalizantes y externalizantes), en donde se logró evidenciar altas puntuaciones de alteración conductual. La muestra de la presente investigación estuvo conformada por 30 representantes de adolescentes de La Escuela General Básica “Gaspar Sangurima”, víctimas de maltrato físico, sus edades oscilan entre los 12 y 16 años.

Dentro de las características de representantes de los adolescentes se encontró que tenían una instrucción educativa primaria y un nivel socioeconómico bajo, la mayoría de los jóvenes eran de sexo masculino y pertenecían al décimo de básica, entre la muestra se halló que 5 personas habían repetido el año escolar y 7 de ellos se desempeñaban en el área laboral, encontrándose que las variables como el contexto sociocultural (zona rural) y un nivel socioeconómico bajo son factores que predisponen el maltrato físico

De acuerdo a las conductas manifiestas según la percepción de los padres los dos tipos de conducta (internalizantes y externalizantes) tenían altas puntuaciones, lo que indica niveles críticos de alteración conductual, sin embargo los padres revelan una mayor alteración en las conductas internalizantes, no obstante, no hay mayor diferencia con las externalizantes, por lo que las conductas percibidas tienen una baja dispersión de datos lo que indica que todos perciben un comportamiento parecido.

Por otro lado en las conductas internalizantes las puntuaciones fueron similares, sin embargo, la más alta es la ansiedad depresiva seguida por la escala de quejas somáticas existían más personas en un nivel clínico (14 adolescentes)

Por otro lado de acuerdo a los resultados obtenidos los padres consideran que en las conductas externalizantes hay menos alteración en rompimiento de reglas en comparación con las conductas agresivas, a pesar de ello no se reporta una diferencia notable, siendo 21 adolescentes considerados en nivel no clínico de rompimiento de reglas, esto se puede explicar debido a las creencias de los padres que consideran que mediante los malos tratos los mantiene en rectitud y obediencia y por otro parte se observó

que 22 personas presentaban altas conductas agresivas (10 en estado clínico y 12 en límite),

De acuerdo a las conductas manifiestas según la percepción de los docentes considera que las conductas internalizantes y externalizantes eran similares, sin embargo la percepción de las externalizantes son más homogéneas en todos los adolescentes, esto se puede explicar debido a que los docentes tienen un contacto menos personal con cada estudiante.

Los docentes revelan que 15 personas presentan un nivel Clínico en las conductas internalizantes vs 5 personas en conductas externalizantes, por el contrario en las conductas externalizantes se observa que existe un número de 22 adolescentes dentro del límite, es decir personas que necesitan seguimiento.

En las conductas internalizantes la más alterada fue “ansiedad depresiva” en un nivel clínico con un número de 10 personas, mientras que en el retraimiento depresivo y las quejas somáticas los docentes ubicaron en un nivel clínico a 4 personas, siendo la conducta menos alterada, contando 10 personas en quejas somáticas que necesitan seguimiento.

Por otro lado los padres consideran que en las conductas externalizantes hay menos alteración en rompimiento de reglas en comparación con las conductas agresivas, a pesar de ello no existe diferencia significativa, siendo 21 adolescentes considerados en nivel no clínico de rompimiento de reglas, esto se puede explicar debido a las creencias de los padres que consideran que mediante los malos tratos los mantiene en rectitud y obediencia y por otro parte se observó que 22 personas presentaban altas conductas agresivas (10 en estado clínico y 12 en límite),

Por otro lado los docentes consideran que en las conductas externalizantes existe una percepción igualitaria tanto en rompimiento de reglas como conductas agresivas las mismas que estaban alteradas en un nivel límite. Los docentes a diferencia de los padres detectaron a 21 personas en un nivel límite de rompimiento de reglas, mientras que los padres revelaron a 21 en no clínico.

Para corroborar la información de los adolescentes otorgada por los padres y los docentes, se evidencio que el retraimiento depresivo tenía una relación lo que implica una correspondencia de percepción únicamente en esta subescala, no se encontraron relaciones en las otras características; aunque los resultados en puntuaciones fueron similares, al parecer la opinión sobre el mismo adolescente es diferente, finalmente los docentes tienen una perspectiva más homogénea de las conductas externalizantes en comparación con los papás.

Por otra parte los docentes, en la subescala de problemas sociales indican similitud en dichos rangos, aunque si bien sumamos entre rango limite y clínico existiría mayor cantidad de personas que necesitan ayuda psicológica. Mientras que la percepción de padres indicó que en la escala de problemas sociales, se encontró que la mayoría de los adolescentes necesita seguimiento, los padres observan mayor afección en esta área en comparación a los profesores, esto puede deberse a que no existe una educación personalizada.

En la subescala de problemas de pensamiento, los profesores mostraron que 11 adolescentes se encuentran en el rango normal, 12 en rango limite y 7 en rango clínico; notándose similitud entre estas puntuaciones; sin embargo existe gran parte de la muestra entre rango limite y clínico; los cuales necesitaran seguimiento. Así mismo los padres señalaron que en el rango normal existe 5 personas, en el rango límite o alerta ubicaron a 14 adolescentes y por último en rango clínico 9, lo cual señalan mayor afección, esto se puede explicar a la poca observación por parte de los docentes hacia el alumnado, debido a su escaso trato personalizado; por otro lado puede manifestarse conductas negativas a causa de problemas de pensamiento con más frecuencia en el hogar ya que en la institución las victimas ven un lugar de distracción y menos nocivo que su hogar.

Dentro de problemas de atención los docentes indicaron que 14 personas se encuentran dentro del rango normal, en limite 10, y rango de alerta 6; notándose gran similitud entre ellos. Por último los padres señalaron que dentro del rango normal se encuentran a 6 estudiantes, en el rango límite 10 y en rango clínico existen 6 personas. Lo cual se evidencia una mayor problemática en la percepción de los padres, esto posiblemente se pueda explicar debido a que las víctimas se encuentran con los padres de familia realizando trabajos y su nivel de estrés es mayor, lo que dificulta para su concentración.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda a la Institución la conformación de un DECE (Departamento de consejería estudiantil) para la evaluación, diagnóstico y tratamiento de las múltiples problemáticas que poseen los estudiantes con la finalidad de brindarles una estabilidad emocional.
- Se sugiere a los docentes la implementación de charlas psicoeducativas dirigidas a los padres de familia para la orientación y sensibilización de las consecuencias que trae consigo el maltrato físico, de esta manera creando conciencia sobre esta problemática.
- Así mismo se recomienda a la Institución que se realice talleres para cada curso, donde padres y estudiantes puedan interactuar, con el fin de fortalecer la empatía y mejorar la comunicación, optimizando una relación armónica entre ellos.
- Se aconseja la intervención de talleres o charlas para los adolescentes a cargo de profesionales de la Salud Mental para inculcar diferentes métodos de resolución de problemas en el caso de ser víctimas de maltrato físico.
- Se recomienda a la Institución detectar e intervenir ante la mínima sospecha de maltrato físico con el objetivo de denunciar al agresor, y que la parte legal se haga responsable de ello.
- Para los adolescentes víctimas de esta problemática se indica que sean tomados en cuenta por parte de la institución con una visión más personalizada de cada uno de ellos, para poder ser apoyo fundamental en estas situaciones
- Finalmente se pide a la institución la apertura de talleres ocupacionales donde los estudiantes puedan sublimar todo pensamiento, conducta y emociones negativas que trae consigo el ser víctimas de maltrato físico, los talleres o pueden ser deportivos de sugerencia, o sino también artístico.

REFERENCIAS

- Acebes, R. (2014). Abuso infantil. Crimina. p, 7.
- Achenbach, T.M. & Edelbrock, C.S. (1983). Manual of Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Águila, G; Díaz, A; Díaz, P. (2017). Adolescencia temprana y parentalidad. Fundamentos teóricos y. MediSur, 15, 694-700.
- Álvarez, M. Sánchez, A. Bojo, P. Zelalaran, Karmele. Azanza, T. & Caballero, S (2016). Manual de atención psicológica a víctimas de maltrato machista. Colegio oficial de la psicología de Gipuzkoa. p, 53-54.
- Alarcón, D & Barring, P (2015). Conductas internalizantes y externalizantes. 21.
- Aranda, N. (2009). Introducción a la problemática del maltrato hacia los niños. Maltrato infantil, 15.
- Arévalo, A. (2016). Abuso Infantil. Revista médica La Paz. 22, 2.
- Baird, A, A., Gruber, S. A., Frein, D. A., Maas, L. C., Steingard, R. J & Renshaw, P. F (1999). Functional magnetic resonance imaging of facial affect recognition in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 195-199.
- Cabrera, V. Gonzales, M & Guevara, I (2012). Estrés parental, trato rudo y monitoreo como factores asociados a la conducta agresiva. Redalyc.org. (11), p.1.
- Cano, A. (2007). Cognición en el adolescente según Piaget y Vygotsky. Boletim Academia Paulista de Psicología.
- Cariote, E (2009). La salud sexual en la adolescencia tardía. Educere. (13), p. 45.
- Casas, M. (2018). Un adolescente en la consulta. Habana.

Castillero, O. (2018). Adolescencia tardía: qué es y características físicas y psicológicas. *Psicología y Mente*.

Corbín, J. (2018). Los 9 tipos de maltrato y sus características. En *Psicología y Mente*. Buenos Aires: Copyright.

Cisneros, M. (2013). Estrategias que fomenten el buen trato para la prevención del maltrato de la familia. Universidad Tecnológica Equinoccial. Quito p. 12.

Cubero V. (2006). Los trastornos de atención con o sin hiperactividad: una mirada teórica desde lo pedagógico. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*. (6), p. 1.

Cuamba. N (2008). Problemas de conducta en adolescentes. México - Sonora.

Delgado, J. (2016). El maltrato infantil por negligencia: conceptos y visión general sobre su evaluación. *Revista de Investigaciones*. (7).

Draine, J. Salzer, M, Culhane, D & Hadley T (2002). Poverty, social problems and serious mental illness. *Psychiatric Services*. (53), p. 7.

Ezpeleta, A. L., & Domenech. Massons., J. M. (2009). Escalas DSM del CBCL y YSR en niños ya adolescentes que acuden a consulta en servicio de salud mental. Unitat d'Epidemiologia i Diagnostic en Psicopatologia del Desenvolupament. Bellaterra.

Eberhard, M. Pose, G. Mora, X & Vergara F. (2011). Maltrato infantil, TEC y diagnóstico por imágenes. *Revista Chilena de Pediatría*, (82), p. 3.

Espinoza L. (2004). Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 90

Erickson E.H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Northon.

Fapmi. (2010). Maltrato a niños, niñas y adolescentes Definición y tipologías. 2010, de La Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil. Disponible en: <http://www.fapmi.es/contenido1.asp?sec=35&pp=1>

Fandiño Y (2011). Los jóvenes hoy: enfoque, problemáticas y retos. *Revista Iberoamérica de Educación Superior*, (2), p. 4.

Freud, A. (1923). *La identificación. En psicología de las masas y análisis del yo*. En obras completas, v. 18(99-104). Buenos Aires.

Freud, A. (1946). *The ego and the mechanisms of defense*. New York: Internacional Universities Press.

Freud, A. (1953). *A general introducción to psychoanalysts. (J Reviere, Trans)*. New York: Perma-Books. (Original work published 1935).

Frias, M; Fraijo, B; Cuamba, N. (2004). Problemas de conducta en niños víctimas de violencia intrafamiliar: reporte de profesores. Universidad de sonora (México).

Flores, E. García, M. Calsina, W. & Yapuchura, A. (2016). Las habilidades sociales y la comunicación interpersonal de los estudiantes de la Universidad Nacional del Altiplano - Puno. *Comunic@ccion*. (7), p. 2.

Gantiva, C. Bello, J. Vanegas, E & Ruiz, S (2009). Historia del maltrato físico en la infancia y esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*. (12), p. 2.

Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*. (86), p. 6.

García, A. (2016). Procesos Cognitivos – Conductuales alterados en trastornos psicopatológicos. Obtenido de <http://www.psicologiyconducta.com/procesos-cognitivos-conductuales-alterados-en-trastornos-psicopatologicos>

Gómez, A. (2013). Bullying: El poder de la violencia. Una perspectiva cualitativa sobre acosadores y víctimas en escuelas primarias de Colima. *Revista mexicana de investigación educativa*. (18), p. 58.

Guemes, M. Ceñal, M & Hidalgo, M. (2017). Pubertad y adolescencia. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*. (5), p. 1.

Guzmán, G (2018). Psicología y Mente. Obtenido de <https://psicologiymente.com/desarrollo/adolescencia-media>

Hidalgo, M & Ceñal, M. (2014). Adolescencia, aspectos físicos, psicológicos y sociales. *An Pediatr Contin.*, (15)

Iandolo, G. Campuzano, C. Sosa, N. Piermattei, V & Moreno, A (2010). Qué es la internalización. *Psicólogos Infantiles Madrid | Centro de Psicología Madrid.*

Jiménez, A. (2016). Actitudes hacia la violencia, impulsividad, estilos parentales y conducta externalizada en adolescentes: comparación entre una muestra de población general y una muestra clínica. *Anales de Psicología*, 1.

Joortiro. (2015). Espacio sobre orientación educativa. Obtenido de <https://orientrazos.wordpress.com/2015/01/05/inventario-de-conducta-infantilcbcl-trf-teachers-report-form5-12>

Karol T. (2018). Adolescencia Tardía: Edad, Cambios Físicos y Psicológicos. *Lifeder.*

Krauskopof, D. (1999). El desarrollo psicológico en la adolescencia. *Scielo.*

Landoni, A. (2014). *Psicoanálisis y adolescencia.* Borromeo. Argentina.

Lachica, E (2009). Síndrome del niño maltratado: aspectos médico-legales. *Cuadernos de Medicina Forense.* (16), p. 1-2.

Lozano, L & Lozano, L, M (2017). Los trastornos internalizantes: un reto para padres y docentes. *Orientación Educativa.* DOI: pym.i372.y2017.009

Luna, I. (2012). La Adolescencia y la Psicología. Obtenido de http://ivanluna12.blogspot.com/2012/02/caracteristicas-de-cada-etapa-segun_15.html

Martínez, E. (2016). Cambios físicos pubertad y adolescencia. *MAPFRE.*

Mendoza, A. (2014). Determinar los factores de riesgo en el maltrato infantil en los pacientes del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses. *Estado de México, Toluca.*

Mesa, M. E. (2018). Son los síndromes externalizantes o internalizantes los que se manifiestan con mayor frecuencia en un grupo de adolescentes consumidores de pasta base de cocaína, usuarios del centro El Jagüel.

Morelato, G. (2011). Maltrato infantil y desarrollo: hacia una revisión de los factores de Resiliencia. *Pensamiento psicológico*. (9), p. 7.

Mojarro, M. (2006). Guía para el Diagnóstico Presuntivo del Maltrato Infanto-Juvenil. Guía para la Capacitación del Personal Operativo de Salud.

Morelato, G. Carrada, M. & Ison, M (2013). Creatividad gráfica y atención focalizada en niños víctimas de maltrato infantil. *Liberabit*, (19), p. 1.

Moreno, J & Utria E. (2011). Caracterización de los programas de Psicología desde el Caribe.

Muñoz, M. (2016). Los trastornos de conducta en adolescentes, primera causa de consulta en salud mental

Muñoz, V & Sotelo, F (2005). Educar para la Resiliencia. Un cambio de mirada en la prevención de situaciones de riesgo social. *Revista complutense de educación*. (16), p. 1.

Navarro, I & García, D (2012). Sintomatología externalizante y rendimiento académico. *International Journal of developmental and Educational Psychology*. (1), p. 1.

North Shore. (2017). NORTHSHORE. Obtenido de NORTHSHORE: <https://www.northshore.org/healthresources/encyclopedia/encyclopedia.aspx?DocumentHwid=viobh&Lang=es-us>

Ordoñez, M. & González, P (2012). Las víctimas invisibles de la Violencia de Género. *Revista Clínica de medicina de familia*. (5), p. 1.

Pestana, M. E; Gutiérrez, I; Arambula, V. (2015). Adolescencia y adultez: Proceso educativo. Obtenido de <https://docs.google.com/document/d/1jn0xSxdXEGqUikafTSA3lc4diW2Auc8obYOYoFpnAkw/edit>

Pérez, S. (2015). Pensamiento anormal y patológico. Obtenido de <https://prezi.com/zed1gaoqtszj/pensamiento-anormal-y-patologico/>

Pekarsky Alicia (2018). Revisión sobre maltrato infantil. Manual MSD.

Piaget, T. D. D. C. (2007). Desarrollo Cognitivo: Las Teorías de Piaget y de Vygotsky.

Piaget, J. (1929). The Child's conception of the world. New York: Harcourt Brace.

Piaget, J. (1964). Six psychological studies. New York: Vintage.

Piaget, J. (1972). Intellectual evolution from adolescence to adulthood. *Human Development*, 15, 1-12.

Poncela Ana (2014). Adolescencia, crecimiento emocional, proceso familiar y expresiones humorísticas. *Educar*. (50), p. 2.

Raheb, C. (2008). La evaluación neuropsicológica. Checklist. Barcelona.

Romagnoli, C (2007). Agresividad y violencia en el colegio. Educa Chile.

Ricardo, L. Paredes, A. Palomino, E. Rivas, D & Torres. M (2016). Caracterización del crecimiento y desarrollo de los adolescentes del séptimo grado de la Secundaria Básica Dagoberto Sanfield. *Correo científico médico*. (20), p. 4.

Rise, J. (2018). Maltrato físico. Universidad Peruana los Andes. Perú

Rosa, A. Sánchez, J & López, C (2010). Tratamiento psicológico del maltrato físico y la negligencia en niños y adolescentes: una meta-análisis. *Psicothema*. (22), p. 4.

Rodríguez, P (2017). Problemas de conducta en adolescentes colombianos papel de los conflictos entre los padres, prácticas de crianza y estructura familiar. Universidad de Granada.

Straus, P.; Marciaux, M.; Deschamps, G. et al. (1982). *Lenfantt maltrtaité*. Paris: Ed Fleurus.

Santana-Tavira, R., Sánchez-Ahedo, R., & Herrera-Basto, E. (1998). El maltrato infantil: un problema mundial.

Shaffer, D. R., & Velázquez Arellano, J. A. (2000). Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia.

Suárez, G. R. (2001). El Maltrato Infantil. Revista Cubana de Medicina General Integral, p. 74-80.

Tiempo, E. (2011). Silencio, aliado de la violencia doméstica en las mujeres. El Tiempo.

Torres, A. (2018). Psicología y Mente. Obtenido de <https://psicologiymente.com/desarrollo/etapas-adolescencia>

UNICEF (2004). La Convención sobre los Derechos del Niño: Quince años después. América Latina.

UNICEF (2006). La Violencia contra los niños, niñas y adolescentes en América Latina. La Convención sobre los Derechos del Niño: Quince años después. América Latina, p 4g.

UNICEF (2010). Violencia contra los niños. Unicef .Ecuador, p. 12

UNICEF (2014). Nuevos datos mundiales exponen una grave prevalencia de violencia contra los niños, según UNICEF. Unicef. Ecuador.

UNICEF (2015). Formas de castigo que utilizan los padres. UNICEF. Ecuador.

Vargas, D (2015). Obtenido de: Adolescencia temprana 10 a 13 años: <https://prezi.com/x5bkyemdqtz4/1-adolescencia-temprana-10-a-13-anos/>

Vásquez, V (2014). Obtenido de Adolescencia, media y tardía, en la etapa del Ser Humano: <https://es.slideshare.net/VladimirVasquezSanchez/adolescencia-media-y-tarda-en-la-etapa-del-ser-humano>

Vera, R. (2018). Tratamiento del trauma por maltrato. 2018, de Vértices psicológicos Recuperado: <http://www.verticespsicologos.com/servicios/tratamientos/tratamiento-del-trauma-por-maltrato-las-rozas-madrid-el-escorial>

Vélez, C & Vidarte, J (2011). Trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), una problemática a abordar en la política pública de primera infancia en Colombia. *Revista de salud pública*. (14), p. 2.

Zieve David (2011). Maltrato físico infantil. 2011, de A.D.A.M. Disponible en: http://www.maternal-fetalspecialists.com/body.cfm?id=29&action=detail&AEArticleID=001552&AEProductID=Adam2004_102&AEProjectTypeIDURL=APT_5

Zunzunegui, M.V.; Morales, J.M & Martínez V (1997). Maltrato infantil: Factores socioeconómicos y estado de salud. *An Esp Pediatr* (47) 33-41.

ANEXO 1

Tabla 4. Clasificación conductual

Conducta	Clínico		Límite		No clínico	
	n	%	n	%	n	%
	Ansiedad depresiva	6	20,0	14	46,7	10
Retraimiento depresivo	12	40,0	11	36,7	7	23,3
Quejas somáticas	10	33,3	6	20,0	14	46,7
Diagnóstico padres externalizantes	6	20,0	11	36,7	13	36,7
Rompimiento de reglas	21	70,0	8	26,7	1	3,3
Conducta agresiva	8	26,7	12	40,0	10	33,3
Diagnóstico padres externalizantes	9	30,0	18	60,0	3	10,0

Tabla 5. Características conductuales.

Conducta	Clínico		Límite		No clínico	
	n	%	n	%	n	%
	Ansiedad depresiva	9	30,0	11	36,7	10
Retraimiento depresivo	18	60,0	8	26,7	4	13,3
Quejas somáticas	16	53,3	10	33,3	4	33,3
Diagnóstico docentes internalizantes	11	36,7	4	13,3	15	50,0
Rompimiento de reglas	6	20,0	21	70,0	3	10,0
Conducta agresiva	3	10,0	22	73,3	5	16,7
Diagnóstico docentes externalizantes	3	10,0	22	73,3	5	16,7

Tabla 6. Características conductuales que perciben los padres

Características		Mínimo	Máximo	Media	DE
Internalizantes	Ansiedad depresiva	51	89	69,2	8,7
	Retraimiento depresivo	54	89	67,2	9,3
	Quejas somáticas	54	85	68,5	8,3
Externalizantes	Rompimiento de reglas	50	76	62,0	5,5
	Conductas agresivas	50	79	67,3	7,3

Tabla 7. Características conductuales que perciben los docentes

Características		Mínimo	Máximo	Media	DE
Internalizantes	Ansiedad depresiva	50	81	68,7	7,9
	Retraimiento depresivo	50	77	63,5	5,9
	Quejas somáticas	50	80	62,6	8,4
Externalizantes	Rompimiento de reglas	58	77	67,1	3,5
	Conductas Agresivas	60	77	67,5	3,6

Tabla 4. Competencias sociales - Problemas sociales (Percepción de los padres)

		Sexo			
		Hombre	Mujer	Total	
Problemas sociales (Padres)	NIVEL NORMAL	Recuento	4	0	4
		% dentro de sexo	23,5%	0,0%	14,8%
	NIVEL LIMITE	Recuento	7	8	15
		% dentro de sexo	41,2%	80,0%	55,6%
	NIVEL CLINICO	Recuento	6	2	8
		% dentro de sexo	35,3%	20,0%	29,6%
	Total	Recuento	17	10	27
		% dentro de sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 5. Competencias sociales - Problemas de pensamiento (Percepción de los padres)

		Sexo			
		Hombre	Mujer	Total	
Problemas de pensamiento (Padres)	RANGO	Recuento	3	2	5
	NORMAL	% dentro de sexo	16,7%	20,0%	17,9%
	RANGO	Recuento	10	4	14
	LIMITE	% dentro de sexo	55,6%	40,0%	50,0%
	RANGO	Recuento	5	4	9
	CLINICO	% dentro de sexo	27,8%	40,0%	32,1%
Total		Recuento	18	10	28
		% dentro de sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 6. Competencias sociales - Problemas de atención (Percepción de los padres)

		Sexo			
		Hombre	Mujer	Total	
Problemas de atención (Padres)	RANGO	Recuento	6	4	10
	NORMAL	% dentro de sexo	37,5%	40,0%	38,5%
	RANGO	Recuento	5	5	10
	ALERTA	% dentro de sexo	31,3%	50,0%	38,5%
	RANGO	Recuento	5	1	6
	CLINICO	% dentro de sexo	31,3%	10,0%	23,1%
Total		Recuento	16	10	26
		% dentro de sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 7. Competencias sociales - Problemas sociales (Percepción de los profesores)

		Sexo			
		Hombre	Mujer	Total	
Problemas Sociales (Profesores)	RANGO	Recuento	9	3	12
	NORMAL	% dentro de sexo	47,4%	27,3%	40,0%
	RANGO	Recuento	7	3	10
	LIMITE	% dentro de sexo	36,8%	27,3%	33,3%
	RANGO	Recuento	3	5	8
	CLINICO	% dentro de sexo	15,8%	45,5%	26,7%
Total		Recuento	19	11	30
		% dentro de sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 8. Competencias sociales - Problemas de pensamiento (Percepción de los docentes)

			Sexo		
			Hombre	Mujer	Total
Problemas de Pensamiento (Profesores)	RANGO	Recuento	9	2	11
	NORMAL	% dentro de sexo	47,4%	18,2%	36,7%
	RANGO	Recuento	6	6	12
	ALERTA	% dentro de sexo	31,6%	54,5%	40,0%
	RANGO	Recuento	4	3	7
	CLINICO	% dentro de sexo	21,1%	27,3%	23,3%
Total		Recuento	19	11	30
		% dentro de sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 9. Competencias sociales - Problemas de atención (Percepción de los docentes)

			Sexo		
			Hombre	Mujer	Total
Problemas de Atención (Profesores)	RANGO	Recuento	9	5	14
	NORMAL	% dentro de sexo	47,4%	45,5%	46,7%
	RANGO	Recuento	5	5	10
	ALERTA	% dentro de sexo	26,3%	45,5%	33,3%
	RANGO	Recuento	5	1	6
	CLINICO	% dentro de sexo	26,3%	9,1%	20,0%
Total		Recuento	19	11	30
		% dentro de sexo	100,0%	100,0%	100,0%

ANEXO 2

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA LOS PROFESORES

1. ¿Conoce casos de adolescentes que han sido objeto de violencia física en el hogar?
2. ¿Con qué frecuencia ocurre?
3. ¿Quién es el perpetrador de la violencia?
4. ¿Existe o no denuncias del abuso a estos menores?
5. ¿Cuáles son las prácticas que utilizan los padres en torno al castigo corporal que ha evidenciado en la Institución o fuera de ella?
6. ¿Tuvo alguna experiencia de violencia por parte de los padres hacia los adolescentes en la Institución?
7. ¿Cuáles son las principales consecuencias pedagógicas de las agresiones (física) en los adolescentes que han sido víctimas de maltrato?
8. ¿Cuáles cree usted son los motivos de la violencia que se produce en el hogar?
9. ¿Qué lleva a un adolescente a justificar el maltrato por parte de sus padres?
10. ¿Las agresiones y situaciones violentas son un grave problema en la Institución?
11. ¿Se han organizado talleres de sensibilización sobre el abuso de menores en la Institución?
12. ¿Quién las organizó?
13. ¿En qué medida han sido efectivas o no?
14. ¿Cree que el docente está capacitado para sobrellevar este problema?
15. ¿Cuáles son las herramientas que usted como docente tiene en cuenta para abordar situaciones de violencia en el aula?
16. ¿De qué manera considera que se podría manejar las conductas violentas de los padres hacia los hijos?
17. ¿Considera que comenzar un proyecto de intervención sobre las agresiones y violencia en la Institución es lo adecuado?
18. ¿Estarías dispuesto a participar en un proyecto para desarrollar estrategias de intervención sobre este tema

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo _____, doy mi conocimiento para participar en el estudio que trata sobre “Alteraciones conductuales en adolescentes víctimas de maltrato físico de la Parroquia Santa Ana”, realizado por María Cruz Pesántez Cobos y Jessenia Katiuzhca Cuesta Cárdenas estudiantes de la Universidad del Azuay.

He sido informado(a), que los resultados obtenidos pueden ser utilizados para fines científicos, y que la información será confidencial.

Firma participante (Directora)

Firma del investigador



Escuela Fiscal de Educación Básica "Gaspar Sangurima"

Dirección: Ingapirca - Santa Ana - Teléfono: 2-851196

Cuenca-Ecuador

e-mail: gasparsangurima@gmail.com

Ingapirca, 4 de octubre del 2018

Yo Verónica Salto directora de la EGB "Gaspar Sangurima" informo a quien corresponda que la estudiante Kathiuzhca Cuesta y María Cruz Pesantez está utilizando la información levantada por el DECE, dicha información será utilizada para fines investigativos en beneficio de los estudiantes.

Es todo cuanto puedo informar en honor a la verdad.

Atentamente:


Verónica Salto
Ingapirca, 4 de octubre del 2018
Escuela Fiscal de Educación
Básica
"Gaspar Sangurima"
DIRECTORA
INGAPIRCA - SANTA ANA - CUENCA

ANEXO 4

CUESTIONARIO DE COMPORTAMIENTO INFANTIL PARA LA EDAD DE 4 A 16 AÑOS
 VERSIÓN PARA PROFESORES (TRF)

Nombre del colegio:	Fecha:
El cuestionario es rellenado por (nombre):	
Con cargo: u Padre u Madre u Otros Especificar:	
Curso:	
Datos personales (niño/a)	
Nombre y apellidos:	Edad:
Trabajo de los padres (especifique, por ejemplo, mecánico, profesor, ama de casa, obrero cualificado, administrativo, peón, policía, dependiente, etc.). Del padre: De la madre:	
I. ¿Cuánto tiempo hace (en cursos) que conoce a este alumno/a?	
II. ¿Cómo le conoce? u Muy bien u Regular u No muy bien	
III. ¿Cuántas horas a la semana pasa el alumno/a en su clase?	

IV. ¿Cuántas asignaturas da usted al alumno/a? (P. ej., 5º curso completo, matemáticas de 6º, etc.).....

V. ¿Ha necesitado el alumno/a alguna clase o servicio especial (clase de integración, logopedia, etc.)? U Sí ¿Qué clase y cuándo?

.....

u No

u No lo sé

VI. ¿Ha repetido curso alguna vez?

U Sí Curso y

razón.....

..... u No

u No lo sé

VII. Valore el nivel alcanzado en las diferentes asignaturas. Debe escribir las asignaturas y señalar su calificación en la columna apropiada:

VIII. Comparado/a con el resto de los alumnos de su misma edad, (señale su valoración en la columna apropiada):

IX. Resultados de los test (si están disponibles) que se le han hecho últimamente (lectura, CI, aptitudes).

Test	Área explorada	Fecha
	Resultado.....	
 /
..... /

X. Describa con libertad cualquier comentario acerca de la conducta o capacidades del alumno/a (utilice otro folio si es necesario).

001. Se comporta de una manera más infantil de lo que se espera a la edad que tiene	0	1	2
002. Canturrea, tararea o hace otros ruidos en clase	0	1	2
003. Discute mucho	0	1	2
004. No acaba las cosas que empieza	0	1	2
005. Siendo niño/a, se comporta como los niños/as del sexo opuesto	0	1	2
006. Desafía o contesta a los profesores	0	1	2
007. Fanfarronea	0	1	2
008. No se puede concentrar, no puede estar atento/a mucho rato	0	1	2
009. No se puede quitar ciertas ideas de la mente, obsesiones, manías. Especifique:	0	1	2
010. No está quieto nunca, no para de moverse	0	1	2
011. Está muy pendiente de la madre, maestra, etc. No se quita del lado de los adultos, pegado a la falda	0	1	2
012. Se queja de que se encuentra solo	0	1	2
013. Está «en las nubes», se mueve en otro mundo, está confuso	0	1	2
014. Lloro mucho	0	1	2
015. En clase se encuentra inquieto, nervioso	0	1	2
016. Mete miedo a los demás, amenaza, intimida a la gente	0	1	2
017. Se pierde en sus pensamientos, “sueña con los ojos abiertos”	0	1	2
018. Se hace deliberadamente daño, ha intentado suicidarse, cortarse, etc.	0	1	2
019. Reclama mucho la atención	0	1	2
020. Rompe sus cosas, juguetes	0	1	2
021. Rompe y destroza las cosas de los demás	0	1	2
022. Es difícil que siga indicaciones o sugerencias	0	1	2
023. No obedece en la escuela	0	1	2
024. Molesta a sus compañeros	0	1	2
025. No se lleva bien con los demás niños	0	1	2

026. No parece tener remordimientos después de actuar mal	0	1	2
027. Reacciona con celos fácilmente	0	1	2
028. Come o bebe cosas que no son para comer (p. ej., piedrecitas, tierra). Especifique:	0	1	2
029. Tiene miedo a ciertos animales, situaciones o sitios (excepto colegio). Especifique:	0	1	2
030. Tiene miedo al colegio	0	1	2
031. Tiene miedo a hacer o pensar algo malo	0	1	2
032. Piensa que tiene que ser perfecto/a	0	1	2
033. Siente o se queja de que nadie le quiere	0	1	2
034. Piensa que le persiguen, que van a por él/ella	0	1	2
035. Se siente inútil, inferior a los demás	0	1	2
036. Suele caerse, tropezar con cosas, es propenso a accidentes	0	1	2
037. Se pelea mucho, con los hermanos, en la calle, colegio	0	1	2
038. Le toman mucho el pelo	0	1	2
039. Va con niños que suelen tener dificultades (malas compañías)	0	1	2
040. Oye cosas que no existen, voces. Especifique:	0	1	2
041. Es muy impulsivo, actúa sin pensar	0	1	2
042. Le gusta mucho estar solo/a	0	1	2
043. Es mentiroso/a	0	1	2
044. Se muerde las uñas	0	1	2
045. Es nervioso/a, sensible, tenso/a	0	1	2
046. Tiene gestos o movimientos nerviosos, tics. Describa:	0	1	2
047. Es demasiado sumiso	0	1	2
048. Los demás no lo quieren, no lo aceptan, lo evitan	0	1	2
049. Tiene dificultad para aprender	0	1	2
050. Es demasiado miedoso/a	0	1	2
051. Se marea	0	1	2
052. Se siente demasiado culpable	0	1	2
053. Habla o contesta aunque no le toque	0	1	2
054. Siempre está cansado/a	0	1	2
055. Pesa demasiado	0	1	2
056. Tiene algún problema físico sin causa médica conocida:			
a) Dolores. Especifique:	0	1	2
b) Jaquecas, dolor de cabeza	0	1	2
c) Angustias, náuseas, se siente enfermo	0	1	2
d) Problemas con la vista	0	1	2
e) Problemas con la piel, ronchas	0	1	2
f) Dolor de estómago, espasmos, retortijones	0	1	2
g) Vómitos	0	1	2

h) Otros problemas:	0	1	2
---------------------	---	---	---

057. Ataca físicamente a las personas	0	1	2
058. Se hurga la nariz, se rasca continuamente alguna parte del cuerpo. Describa:	0	1	2
059. Se duerme en clase	0	1	2
060. Se muestra apático, sin entusiasmo	0	1	2
061. Trabaja mal en la escuela	0	1	2
062. Es torpe, tiene poca coordinación	0	1	2
063. Prefiere jugar con niños mayores que él/ella	0	1	2
064. Prefiere jugar con niños menores que él/ella	0	1	2
065. Se niega a hablar, no habla más que en la familia	0	1	2
066. Repite reiteradamente ciertos movimientos, gestos. Describa:	0	1	2
067. Rompe la disciplina de la clase	0	1	2
068. Grita y chilla mucho	0	1	2
069. Se guarda las cosas para sí mismo/a, ensimismado/a	0	1	2
070. Ve cosas que no están. Describa:	0	1	2
071. Tiene sentido del ridículo. Se avergüenza fácilmente	0	1	2
072. Presenta los trabajos sucios y descuidados	0	1	2
073. Se comporta de manera irresponsable. Describa en qué cosas:	0	1	2
074. Hace el tonto, llama la atención	0	1	2
075. Es tímido/a, retraído/a	0	1	2
076. Su conducta es explosiva y/o impredecible	0	1	2
077. Sus demandas o requerimientos deben ser satisfechos de inmediato, se frustra	0	1	2
078. Se distrae con facilidad	0	1	2
079. Tiene dificultades en el habla	0	1	2
080. Se queda en blanco, no reacciona	0	1	2
081. Se siente muy dolido cuando se le critica	0	1	2
082. Roba fuera de casa	0	1	2
083. Colecciona y guarda cosas que no necesita. Describa:	0	1	2
084. Tiene un comportamiento raro. Describa:	0	1	2
085. Tiene ideas extrañas	0	1	2
086. Es irritable, terco, obstinado	0	1	2
087. Cambia rápidamente de humor	0	1	2
088. Es arisco, solitario	0	1	2
089. Es suspicaz, no confía en nadie	0	1	2
090. Utiliza palabrotas, lenguaje obsceno	0	1	2
091. Habla de suicidio	0	1	2

092. No rinde lo suficiente para su capacidad	0	1	2
093. Habla demasiado, sin parar	0	1	2
094. Molesta mucho	0	1	2
095. Tiene muchas rabieta	0	1	2
	0	1	2
096. Piensa demasiado en el sexo			
097. Asusta a la gente	0	1	2
098. Llega tarde a clase	0	1	2
099. Está demasiado preocupado/a por ir limpio, arreglado/a	0	1	2
100. No hace los deberes	0	1	2
101. Hace novillos, se pela las clases	0	1	2
102. Le falta energía, es muy lento/a, no tiene iniciativa	0	1	2
103. Está triste, infeliz, deprimido/a	0	1	2
104. Es demasiado alborotador/a	0	1	2
105. Utiliza alcohol o drogas. Especifique:	0	1	2
106. Parece demasiado preocupado/a por agradar	0	1	2
107. No le gusta la escuela	0	1	2
108. Teme cometer errores	0	1	2
109. Lloriquea mucho	0	1	2
110. Su aspecto es sucio	0	1	2
111. No se relaciona con los demás, no tiene amigos/as	0	1	2
112. Está preocupado/a	0	1	2
113. Si hay alguna información sobre el alumno/a que no haya sido descrita y usted cree importante (p. ej., ambiente familiar), utilice este espacio para describirla:			
.....	0	1	2
.....	0	1	2

ANEXO 5

Por favor escriba en letra de imprenta/molde. Asegúrese que contestó todas las preguntas.

A continuación hay una lista de frases que describen a los(las) niños(as) y jóvenes. Para cada frase que describa cómo es su hijo(a) **ahora o durante los últimos seis meses**, haga un círculo en el número **2** si la frase describe a su hijo(a) **muy cierto o cierto con frecuencia**. Haga un círculo en el número **1** si la frase describe a su hijo(a) **en cierta manera, algunas veces**. Haga un círculo en el **0** si la frase describe a su hijo(a) **no es cierto (que sepa usted)**. Por favor conteste todas las frases de la mejor manera posible inclusive si algunas de ellas parecen no describir a su hijo(a).

0 = No es cierto (que sepa usted)			1 = En cierta manera, algunas veces			2 = Muy cierto o cierto con frecuencia		
0	1	2	1. Actúa como si fuera mucho menor que su edad	0	1	2	31. Tiene miedo de que pueda pensar o hacer algo malo	
0	1	2	2. Toma bebidas alcohólicas sin permiso de los padres (describa): _____	0	1	2	32. Siente que tiene que ser perfecto(a)	
0	1	2	3. Discute mucho	0	1	2	33. Siente o se queja de que nadie lo/la quiere	
0	1	2	4. Deja sin terminar lo que él/ella empieza	0	1	2	34. Siente que los demás lo/la quieren perjudicar	
0	1	2	5. Disfruta de muy pocas cosas	0	1	2	35. Se siente inferior o cree que no vale nada	
0	1	2	6. Hace sus necesidades en la ropa o en lugares inadecuados	0	1	2	36. Se lastima accidentalmente con mucha frecuencia, propenso(a) a accidentes	
0	1	2	7. Es engreído(a), presumido(a)	0	1	2	37. Se mete mucho en peleas	
0	1	2	8. No puede concentrarse o prestar atención por mucho tiempo	0	1	2	38. Los demás se burlan de él/ella a menudo	
0	1	2	9. Obsesiones, que quiere decir que no puede sacarse de la mente ciertos pensamientos (describa): _____	0	1	2	39. Se junta con niños(as)/jóvenes que se meten en problemas	
0	1	2	10. No puede quedarse quieto(a); es inquieto(a) o hiperactivo(a)	0	1	2	40. Oye sonidos o voces que no existen (describa): _____	
0	1	2	11. Es demasiado dependiente o apegado(a) a los adultos	0	1	2	41. Impulsivo(a); actúa sin pensar	
0	1	2	12. Se queja de que se siente solo(a)	0	1	2	42. Prefiere estar solo(a) que con otras personas	
0	1	2	13. Está confundido(a) o parece como si estuviera en las nubes	0	1	2	43. Dice mentiras o hace trampas	
0	1	2	14. Lloro mucho	0	1	2	44. Se come/muerde las uñas	
0	1	2	15. Es cruel con los animales	0	1	2	45. Nervioso(a), tenso(a)	
0	1	2	16. Es cruel, abusador(a), y malo(a) con los demás	0	1	2	46. Movimientos involuntarios o tics (describa): _____	
0	1	2	17. Sueña despierto(a), se pierde en sus propios pensamientos	0	1	2	47. Pesadillas	
0	1	2	18. Se hace daño a sí mismo(a) deliberadamente o ha intentado suicidarse	0	1	2	48. No le cae bien a otros niños(as)/jóvenes	
0	1	2	19. Exige mucha atención	0	1	2	49. Padece de estreñimiento	
0	1	2	20. Destruye sus propias cosas	0	1	2	50. Demasiado ansioso(a) o miedoso(a)	
0	1	2	21. Destruye las pertenencias de sus familiares o de otras personas	0	1	2	51. Se siente mareado(a)	
0	1	2	22. Desobedece en casa	0	1	2	52. Se siente demasiado culpable	
0	1	2	23. Desobedece en la escuela	0	1	2	53. Come demasiado	
0	1	2	24. No come bien	0	1	2	54. Se siente demasiado cansado(a) sin razón para estarlo	
0	1	2	25. No se lleva bien con otros niños(as)/jóvenes	0	1	2	55. Tiene sobrepeso	
0	1	2	26. No parece sentirse culpable después de portarse mal	0	1	2	56. Problemas físicos sin causa médica conocida:	
0	1	2	27. Se pone celoso(a) fácilmente	0	1	2	a. Dolores o molestias (sin que sean del estómago o dolores de cabeza)	
0	1	2	28. No respeta/rompe las reglas en casa, en la escuela, o en otro lugar	0	1	2	b. Dolores de cabeza	
0	1	2	29. Tiene miedo de ciertas situaciones, animales o lugares (no incluya la escuela) (describa): _____	0	1	2	c. Náuseas, ganas de vomitar	
0	1	2	30. Le da miedo ir a la escuela	0	1	2	d. Problemas con los ojos (no incluya si se corrigió con gafas/lentes/espejuelos) (describa): _____	
				0	1	2	e. Salpullido o irritación en la piel	
				0	1	2	f. Dolores de estómago	
				0	1	2	g. Vómitos	
				0	1	2	h. Otros (describa): _____	

**Asegúrese que contestó todas las preguntas.
Por favor pase a la página siguiente.**

Por favor escriba en letra de imprenta/molde. Asegúrese que contestó todas las preguntas.

0 = No es cierto (que sepa usted)

1 = En cierta manera, algunas veces

2 = Muy cierto o cierto con frecuencia

0	1	2	57. Ataca/agrede físicamente a otras personas	0	1	2	84. Comportamiento raro (describa): _____
0	1	2	58. Mete el dedo en la nariz, se araña la piel u otras partes del cuerpo (describa): _____	0	1	2	85. Ideas raras (describa): _____
0	1	2	59. Se toca/juega con sus partes sexuales en público	0	1	2	86. Obstinado(a), malhumorado(a), irritable
0	1	2	60. Se toca/juega demasiado con sus partes sexuales	0	1	2	87. Súbitos cambios de humor o sentimientos
0	1	2	61. Tiene bajo rendimiento en la escuela	0	1	2	88. Queda contrariado(a), pone mala cara con frecuencia
0	1	2	62. Mala coordinación o torpeza	0	1	2	89. Desconfiado(a), receloso(a)
0	1	2	63. Prefiere estar con niños(as) mayores que él/ella	0	1	2	90. Dice groserías, usa lenguaje obsceno
0	1	2	64. Prefiere estar con niños(as) menores que él/ella	0	1	2	91. Habla de querer matarse
0	1	2	65. Se rehusa a hablar	0	1	2	92. Habla o camina cuando está dormido(a) (describa): _____
0	1	2	66. Repite ciertas acciones una y otra vez; compulsiones (describa): _____	0	1	2	93. Habla demasiado
0	1	2	67. Se fuga de la casa	0	1	2	94. Se burla mucho de los demás
0	1	2	68. Grita mucho	0	1	2	95. Le dan rabieta o tiene mal genio
0	1	2	69. Reservado(a); se calla todo	0	1	2	96. Parece pensar demasiado sobre temas sexuales
0	1	2	70. Ve cosas que no existen (describa): _____	0	1	2	97. Amenaza a otros
0	1	2	71. Se cohibe y se avergüenza con facilidad	0	1	2	98. Se chupa el dedo
0	1	2	72. Prende fuegos/inicia incendios	0	1	2	99. Fuma, masca o inhala tabaco
0	1	2	73. Problemas sexuales (describa): _____	0	1	2	100. No duerme bien (describa): _____
0	1	2	74. Le gusta llamar la atención o hacerse el/la payaso(a), gracioso(a)	0	1	2	101. Falta a la escuela sin motivo
0	1	2	75. Demasiado tímido(a)	0	1	2	102. Poco activo(a), lento(a), o le falta energía
0	1	2	76. Duerme menos que la mayoría de los/las niños(as)/jóvenes	0	1	2	103. Infeliz, triste, o deprimido(a)
0	1	2	77. Duerme más que la mayoría de los/las niños(as)/jóvenes durante el día y/o la noche (describa): _____	0	1	2	104. Más ruidoso(a) de lo común
0	1	2	78. No presta atención o se distrae fácilmente	0	1	2	105. Usa drogas sin motivo médico (no incluya alcohol o tabaco) (describa): _____
0	1	2	79. Problemas con el habla (describa): _____	0	1	2	106. Comete actos de vandalismo, como romper ventanas u otras cosas
0	1	2	80. Se queda con la mirada fija, mirando al vacío	0	1	2	107. Se orina en la ropa durante el día
0	1	2	81. Roba en casa	0	1	2	108. Se orina en la cama
0	1	2	82. Roba fuera de casa	0	1	2	109. Se queja mucho
0	1	2	83. Almacena demasiadas cosas que no necesita (describa): _____	0	1	2	110. Desea ser del sexo opuesto
				0	1	2	111. Se aísla, no se relaciona con los demás
				0	1	2	112. Se preocupa mucho
				0	1	2	113. Por favor anote cualquier otro problema que su niño(a) tenga y que no está incluido en esta lista:
				0	1	2	_____
				0	1	2	_____
				0	1	2	_____

POR FAVOR ASEGÚRESE QUE CONTESTÓ TODAS LAS PREGUNTAS

SUBRAYE LAS PREGUNTA(S) QUE LE PREOCUPE(N)

ANEXO 6

TABLA SOCIODEMOGRÁFICA

A. DATOS PERSONALES

Indica cuál es tu sexo Mujer ___ Varón ___

En qué fecha naciste Día ___ Mes ___ Año ___

B. RESIDENCIA Y FORMA DE TRANSPORTE

¿Cuál es tu dirección actual? _____

Indicar un número o celular de contacto _____, _____

¿A qué distancia está el colegio a tu casa? _____

¿Cómo te trasladas al colegio habitualmente?

Caminando ___ En bicicleta ___ En bus ___ En auto ___ Otro ___

C. ESCOLARIDAD DEL ALUMNO

¿Cuántos años estudias en esta institución?

¿En qué grado te encuentras? _____

¿Repetiste algún año?

Sí ___ No ___ ¿Cuántas veces lo repetiste? _____

D. OCUPACIÓN

¿Trabaja en algún lugar?

Sí ___ No ___ ¿En dónde? _____

¿Cuántas horas dedicas al estudio?

E. CONFORMACIÓN DEL HOGAR Y DATOS DE LA FAMILIA

¿Cuántas personas viven en el hogar? Incluyéndote a ti _____

¿Quiénes viven contigo? Marca a la opciones dadas

Madre del alumno _____

Padre del alumno _____

Pareja de madre o padre _____

Hermanos/as _____

Abuelos/as _____

Otros familiares _____

Indica el nivel educativo de tu madre

Nivel de primaria _____ Nivel secundaria _____ Tercer nivel _____

Indica el nivel educativo de tu padre

Nivel de primaria _____ Nivel secundaria _____ Tercer nivel _____

