UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO:

"VÍCTIMAS DE MALTRATO Y SU RELACIÓN CON LA HIPOPROSEXIA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DEL CUARTO Y QUINTO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA ESCUELA "LUIS ANTONIO ERIQUE ORTEGA" DEL BARRIO EL PLATEADO, DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO MAYO – JUNIO 2015"

:

Tesis previa a la obtención del Título de Psicóloga Clínica.

AUTORA:

Amada Angamarca Tene

DIRECTORA DE TESIS:

- Dra. Ana Catalina Puertas Azanza

LOJA - ECUADOR
2015

CERTIFICACIÓN

Dr. Ana Catalina Puertas Azanza
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.

DIRECTORA DE TESIS.

CERTIFICA.

Haber asesorado y monitoreado con pertinencia la ejecución de las investigaciones de campo y el informe final del proyecto de tesis **"VÍCTIMAS DE MALTRATO Y SU RELACIÓN CON LA HIPOPROSEXIA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DEL CUARTO Y QUINTO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA ESCUELA "LUIS ANTONIO ERIQUE ORTEGA" DEL BARRIO EL PLATEADO, DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO MAYO – JUNIO 2015",** de la egresada Srta. Amada Angamarca Tene, así como revisar oportunamente los avances de la investigación devolviéndolos a la aspirante con las observaciones, sugerencias y recomendaciones necesarias a fin de asegurar la calidad de la misma, cumpliendo con lo establecido en el Art. 139 del Reglamento de Régimen Académico, por lo cual autorizo su presentación para la defensa ante el tribunal de tesis y disertación publica de la misma para la graduación.

Loja 25 de noviembre de 2015

Atentamente

Dr. Ana Catalina Puertas Azanza

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Amada Angamarca Tene, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Fecha: 25 de noviembre de 2015

Autora: Amada Angamarca Tene

Cédula: 1105148892

Firma:.....

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, **AMADA ANGAMARCA TENE**, declaro ser el autor de la tesis titulada **"VICTIMAS DE MALTRATO Y SU RELACIÓN CON LA HIPOPROSEXIA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DEL CUARTO Y QUINTO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA ESCUELA "LUIS ANTONIO ERIQUE ORTEGA" DEL BARRIO EL PLATEADO, DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO MAYO – JUNIO 2015".**

Como requisito para optar al grado de Psicólogo Clínico, autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional (RDI):

- ✓ Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con los cuales tengan convenio la Universidad.
- ✓ La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para la constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja en Noviembre de 2015.

Firma:.....

Autor: Amada Angamarca Tene.
Cédula:1105148892
Dirección: Loja, el Plateado
Teléfono: 072580148
Celular: 0969304479
Correo electrónica:linaamada027@gmail.com

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de Tesis: Dr. Ana Catalina Puertas Azanza
Tribunal de Grado
Presidenta del Tribunal: Dra. Mayra Adelina Rivas Paladines.
Vocal: Psic. Clin. Luis Miguel Farfán Sarmiento
Vocal Dra. María Susana González García.

DEDICATORIA

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme concedido salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi padre Rigoberto Angamarca por su ejemplo de perseverancia, constancia, sacrificio y humildad que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante por su amor y apoyo.

A mi madre María Tene por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante, pero más que nada, por su amor.

A mis hermanos Franco, Wilmer y Cristhian por brindarme su apoyo, afecto y por regalarme momentos de alegría.

A mis amigas Maricela, Marioly y Andrea con quienes he compartido momentos muy importantes de mi vida y sobre todo por el constante apoyo durante este proceso.

A mi Director de Tesis Dr. Miguel Gonzales por su paciencia, generosidad durante mi formación profesional y desarrollo de este proyecto.

Amada Angamarca Tene

AGRADECIMIENTO

Al haber culminado el presente trabajo, expreso mis sinceros agradecimientos primero a Dios y a mis padres por todo su apoyo y esfuerzo.

Así mismo expreso mi agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja al Área de la Salud Humana, en especial a la Carrera de Psicología Clínica, y sus docentes, por la formación académica brindada en todo este trayecto.

De manera especial agradezco a la Dra. Miguel González y la Dr. Ana Catalina Puertas Azanza quienes brindaron su tiempo, apoyo y conocimiento en este trabajo.

Mi reconocimiento y agradecimiento a las autoridades de la Escuela de Educación Básica "Luis Antonio Erique Ortega", Dra. Amanda Aponte, directora de la institución y docentes que laboran en esta entidad, quienes me abrieron sus puertas con amabilidad y sin ningún impedimento e hicieron posible el presente estudio.

De igual manera a todas las personas que contribuyeron de una u otra forma a la realización de mi tesis.

Amada Angamarca Tene

a. TÍTULO

“VÍCTIMAS DE MALTRATO Y SU RELACIÓN CON LA HIPOPROSEXIA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DEL CUARTO Y QUINTO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA ESCUELA "LUIS ANTONIO ERIQUE ORTEGA” DEL BARRIO EL PLATEADO, DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO MAYO-JUNIO 2015”

b. RESUMEN

La presente investigación tiene como finalidad determinar el grado de relación entre el maltrato infantil y la hipoprosexia, evaluar el tipo de trastorno de atención que presentan, y elaborar un plan de psicoeducación dirigido a los padres de familia de los niños y niñas de cuarto y quinto año de educación básica de la escuela Luis Antonio Erique Ortega encaminado a proporcionar información básica acerca del maltrato infantil. La investigación fue de tipo descriptivo transversal, con enfoque cuanti - cualitativo y descriptivo que maneja métodos científicos como: método inductivo deductivo, método analítico- sintético. Entre los instrumentos utilizados para alcanzar los objetivos están: la batería mi familia y yo encaminada a determinar víctimas de maltrato, el test de Toulouse Piéron para evaluar el tipo de trastorno de la atención que presentan los estudiantes. De acuerdo a los datos obtenidos se determinó la existencia de maltrato físico con mayor prevalencia en el género masculino, el maltrato psicológico y sexual con mayor incidencia en el género femenino. Así mismo, entre los trastornos de la atención identificados son la hipoprosexia presentándose en un 32% en el género masculino y 18% en el género femenino seguido de la aprosexia. Dichos resultados permiten concluir que los niños y niñas que presentan los tres tipos de maltrato: físico, psicológico y sexual manifiestan trastornos de la atención como son la hipoprosexia y la aprosexia mostrándose una relación evidente entre las dos variables.

Palabras clave: Hipoprosexia, aprosexia, trastorno y violencia.

SUMMARY

The present investigation has as purpose determine the degree of relation between the infantile mistreatment and the hipoprosexy, evaluate the type of disorder of attention on children, and elaborate psychological education plan directed to the Children`s parents that are cursing fourth and fifth year of basic education of the school Luis Antonio Erique Ortega directed to providing basic information about the infantile mistreatment. The investigation was of descriptive transverse type, with approach quantitative and qualitative and descriptive that handles scientific methods as: inductive deductive method, analytical synthetic method. The instruments used to reach the aims are: the battery "Mi familia y yo" directed to find mistreatment victims, The Toulouse Piéron's test to evaluate the type of disorder of the attention that the students present. With the instruments it was possible determinate the existence of physical mistreatment with a higher proportion in the masculine kind, the psychological and sexual mistreatment with highest percentage in the feminine kind. The attention disorders identified were: hipoprosexy in 32 % percent in the masculine kind and 18 % percent in the feminine kind followed by the aprosexy. The above mentioned results allow concluding that the children and girls who present three types of mistreatment: physical, psychological and sexual demonstrate as well disorders of the as hipoprosexy and the aprosexy showing an evident relation between both variables.

Keywords: Hipoprosexy, aprosexy, Disorders and violence.

c. INTRODUCCIÓN

El maltrato hacia los niños es una problemática psicosocial que afecta a todos los países del mundo y a todas las clases sociales, siendo considerado erróneamente como una forma adecuada de educar, presentándose a nivel físico, psicológico o sexual debido a múltiples factores asociados y desencadenando consecuencias en el desarrollo posterior de los infantes. (ORDÓÑEZ Fernández, 2011)

Así mismo, en el mundo 275 millones de niñas y niños son víctimas de maltrato cada año, en la escuela, en los sistemas de protección y de justicia, en el trabajo y en la comunidad. Es así que los menores de edad son agredidos precisamente en aquellos espacios y lugares que debieran ser de protección, de afecto, de estímulo a su desarrollo integral y de resguardo y promoción de sus derechos. (UNICEF 2009)

América latina está inmersa dentro de esta problemática según datos obtenidos por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, ubicó a México en el primer lugar por la cantidad de casos de violencia física, abuso sexual y homicidios de menores. Según la misma organización, en Paraguay el 61% de los menores y adolescentes informan haber sido víctimas de cualquier tipo de violencia por parte de sus padres y familiares cercano, de los cuales el 52% recordó haber sufrido por primera vez maltrato físico entre los 3 y 5 años. (OCDE 2010)

En nuestro país según cifras obtenidas de la Dirección Nacional para el Niño y el Adolecente en Ecuador, el 51% de niños entre 6 y 11 años reporta haber sido víctima de maltrato Siete de cada 10 niños ecuatorianos reportan haber sido víctima de abuso físico, sexual o negligencia. (DINAPEN 2012)

Sin embargo existe una estrecha relación entre los diferentes tipos de maltrato y el desarrollo bio-psico-social del niño provocando principalmente: problemas escolares, tanto en el plano cognitivo como en el de la interacción social y paralelamente problemas emocionales. Por lo tanto, como manifiesta Mesa & Moya en su artículo sobre la neurobiología de víctimas de maltrato, los múltiples conflictos por los cuales atraviesa el menor al ser víctima de maltrato provoca diversas alteraciones en su área cognitiva, dentro de ella, la capacidad de atención se ve disminuida, es poco amplia y poco intensa generando hipoprosexia. Según estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud revelan que existe un 5% de prevalencia de hipoprosexia alrededor de todo el mundo. (MESA & MOYA, 2008)

Operacionalmente, la disminución de la capacidad tentativa o la hipoprosexia hace referencia a la insuficiencia de las actividades de orientación, selección, mantenimiento de la atención. Sin embargo, cabe resaltar que tal deficiencia no se atribuye a un factor causal único sino a varios factores tanto fisiológicos como psicológicos, endógenos o exógenos. (GARCÍA & SEVILLA, 1997)

De la misma manera, la hipoprosexia está estrechamente relacionada con el maltrato infantil, debido a las alteraciones del estado anímico que sufre el niño que es víctima de

maltrato. Al atravesar por circunstancias adversas el niño tiene un apego inseguro, baja autoestima, aislamiento, ansiedad, retraso del lenguaje, problemas de conducta, miedos y depresión. Adicionalmente el infante proviene de familias disfuncionales o desestructuradas siendo factores que aumentan la vulnerabilidad. Tras atravesar un desequilibrio en su estado emocional se alteran sus funciones cognoscitivas. Es por ello que la hipoprosexia se presenta en aproximadamente el 11 % de los niños entre 4 y 17 años que son víctimas de maltrato teniendo un mayor riesgo el sexo masculino y en menores porcentajes el sexo femenino. (CASTROVIEJO Pascual, 2008)

Es por ello que se ha creído conveniente realizar el presente trabajo investigativo denominado **"VÍCTIMAS DE MALTRATO Y SU RELACIÓN CON LA HIPOPROSEXIA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DEL CUARTO Y QUINTO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA ESCUELA "LUIS ANTONIO ERIQUE ORTEGA" DEL BARRIO EL PLATEADO, DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO MAYO- JUNIO 2015.** Por lo tanto se realizó la revisión de la literatura donde se abordaron los siguientes temas: maltrato infantil, causas, consecuencias, factores de riesgo, clasificación de los tipos de maltrato, funciones mentales, neurofisiología de la atención, , tipos y características de la atención, trastornos de la atención, etiología, psicopatología de la atención, concentración y relación del maltrato infantil y la hipoprosexia.

La presente investigación es de tipo descriptivo transversal, con enfoque cuanti - cualitativo y descriptivo que maneja métodos científicos como: método inductivo deductivo y analítico sintético que se apoyaran en el uso de técnicas e instrumentos para la investigación del problema planteado. Se planteó un objetivo general: Identificar víctimas de maltrato y

el grado de relación que tiene con la hipoprosexia, y tres objetivos específicos: Establecer las causas y consecuencias del maltrato infantil, evaluar el tipo de trastorno de la atención que presentan y elaborar un plan de psicoeducación dirigido a los padres de los niños y niñas víctimas de maltrato.

Para la obtención de los resultados se aplicó a los estudiantes la batería de láminas mi familia y yo para determinar víctimas de maltrato, el test de Toulouse Piéron para evaluar el tipo de trastorno de la atención y la encuesta estructurada. Entre los resultados más relevantes se puede mencionar que los niños/as son víctimas de maltrato físico, psicológico y sexual. De los cuales en el género masculino se presenta mayormente el maltrato físico mientras que el maltrato psicológico y sexual se presenta en mayor porcentaje en el género femenino. Por otra parte los tipos de trastorno de la atención que se identificaron son: hipoprosexia presentado en mayor índice en el género masculino y la aprosexia. Por lo tanto se evidencia la notoria relación entre el maltrato infantil y los trastornos de la atención.

Por lo que se recomienda a las autoridades de la escuela de educación básica Luis Antonio Erique ortega, incrementar en la institución educativa el departamento de psicología esto implica desarrollar una serie de acciones que ayuden a la intervención de las víctimas de maltrato infantil y el impacto que este genere; se sugiere a los docentes y padres de familia de los estudiantes de cuarto y quinto año de educación reunirse y coordinar estrategias y técnicas para apoyar a los alumnos que atraviesan por circunstancias adversas; así mismo se propone a los padres de familia busquen ayuda psicológica de ser necesaria teniendo en cuenta que la familia es el grupo primario más relevante de la sociedad y se recomienda la ejecución de la propuesta de psicoeducación establecida en la investigación.

d. REVISIÓN DE LITERATURA

CAPITULO I

1. MALTRATO INFANTIL

1.1 Definición

Según el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia define. "Víctimas de maltrato y abandono a aquellos niños, niñas y adolescentes de hasta 18 años que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales". (UNICEF 2009)

En 1999 la Prevención del Maltrato de Menores redactó la siguiente definición: "El maltrato o la vejación de menores abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia o explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad confianza o poder." (OMS, 1999)

1.2 Causas del maltrato infantil

En un primer momento las investigaciones sobre el maltrato infantil estuvieron más centradas en las características de las personas que abusaban así como las características de los niños que eran objeto del abuso más que en las causas que podrían producirlo dado

que las causas parecían menos importantes en el trabajo directo de los distintos servicios de protección social. Las primeras explicaciones de las causas del maltrato infantil pertenecen al modelo psicológico o psiquiátrico. Este modelo pone en énfasis las características psicológicas de los padres, normalmente de carácter patológico, como forma de explicación del maltrato infantil. Estos rasgos patológicos de los padres son los que provocarían la inadecuada atención de los menores, este modelo sitúa a los padres como la principal causa del problema: padres con una visión distorsionada de la realidad, con impulsos agresivos, consumo de sustancias, rasgos inmaduros, baja autoestima así como la tendencia a la depresión, también historias pasadas de abuso y maltrato cuando eran niños. Para otros autores el maltrato no es un indicador de problemas familiares sino más bien de problemas sociales. También ha sido cuestionada la supuesta transmisión intergeneracional del maltrato infantil, dado que nos encontramos con padres que en su infancia fueron maltratados pero que han roto ese círculo. (RODRIGUEZ Jesús, 1998)

Las críticas del modelo psicológico dieron lugar al modelo sociológico. Desde esta perspectiva existe una serie de factores externos que pueden provocar la violencia en la familia, esa violencia seria en reacción al estrés provocado por el medio social. Así se señalan como factores desencadenantes: la falta de recursos económicos, el desempleo, la falta de vivienda, el hacinamiento y el aislamiento social entre otros. De la misma forma se señala la influencia de aspectos culturales en el desarrollo de conductas mal tratantes ya que la violencia familiar puede ser producto de un aprendizaje social dado que nos encontramos en una sociedad que acepta la violencia como norma educativa (RODRIGUEZ Jesús, 1998)

1.3 Consecuencias del maltratado infantil

Existen múltiples estudios de carácter retrospectivo y algunos de seguimiento que confirman que el niño maltratado sufre importantes trastornos en su desarrollo posterior. El estudio de Sabotta y Davis, sobre el seguimiento de niños confirma que la mortalidad en los niños maltratados es mucho mayor que el resto de la población infantil. Además de los trastornos del desarrollo podemos destacar que, independientemente de las evidentes secuelas físicas producidas según el grado de severidad de las lesiones del abuso físico, incluyendo los maltratos por estrés postraumático desencadenado tanto por formas severas del maltrato físico y emocional, están reconocidos los efectos de retraso madurativo del desarrollo, los trastornos cognoscitivos y las alteraciones conductuales. Estos trastornos aparecen tanto precozmente en los primeros momentos del desarrollo evolutivo del niño como posterior a la adolescencia. (CASADO FLORES J, 1977)

En cuanto a las consecuencias dentro del ámbito emocional apuntan hacia repercusiones negativas en las capacidades relacionales de apego y en la autoestima del niño. Estas dificultades relacionales se manifiestan en la adolescencia con trastornos en la capacidad de adaptación social. Existe una relación entre maltrato y consumo de sustancias con una alta tentativa de suicidio cinco veces mayor con aquellos que no informaban violencia en la infancia. En consecuencia, los adultos que han sufrido maltrato en la infancia corren mayor riesgo de sufrir problemas conductuales, físicos y mentales, tales como: Actos de violencia (como víctimas o perpetradores), depresión, consumo de tabaco, obesidad, comportamientos sexuales de alto riesgo, embarazos no deseados y consumo indebido de alcohol y drogas. A través de estas consecuencias en la conducta y la salud mental el maltrato puede contribuir a las enfermedades del corazón, al cáncer, al suicidio y a las

infecciones de transmisión sexual. Más allá de sus consecuencias sanitarias y sociales, el maltrato infantil tiene un impacto económico que abarca los costos de la hospitalización, de los tratamientos por motivos de salud mental, de los servicios sociales para la infancia y los costos sanitarios a largo plazo (CASADO FLORES J, 1977)

1.4 Clasificación de los tipos de maltrato infantil

Las formas de maltrato son las siguientes:

Físico	Maltrato físico Abuso sexual	Negligencia física
Emocional	Negligencia psíquica	Negligencia psíquica

Esta clasificación, sin embargo, nos permite recoger otras formas de maltrato infantil que no se ajustan a los criterios exactos de categorización anteriormente utilizados, algunas de las cuales son las siguientes: Explotación sexual, explotación laboral, inducción a la delincuencia, modelo de vida en el hogar inadecuado para el niño, imposibilidad en el cumplimiento de las obligaciones parentales, abandono, renuncia y otros: maltrato prenatal, síndrome de Munchausen, mendicidad y maltrato institucional. A continuación se presentara una descripción de cada uno de los tipos de maltrato y sus características. (SADUM BRUGUE Marta & ROSTAN SANCHAZ Carles 2008)

1.4.1 Maltrato físico

Acción no accidental de alguna persona adulta que provoca daño físico o enfermedad en el niño o niña o que le provoca en grave riesgo de padecerla:

1.4.1.1 Lesiones cutáneas mucosas: Hematomas o contusiones, equimosis, heridas inciso contusas, erosiones, pinchazos en zonas no habituales, tórax, nalgas, muslos, espalda y labios. (CORRAL Eduardo, 2009)

1.4.1.2 Quemaduras: incompatibles con la edad del niño, localización múltiple y con frecuencia en palma de manos, pies, glúteos, y secuelas en la piel de otras quemaduras antiguas. (CORRAL Eduardo, 2009)

1.4.1.3 Alopecias traumáticas: presencia de pelo sano, combinado con zonas de arrancamiento de pelo en forma intencionada localizada en la zona occipital u occipital parietal. (CORRAL Eduardo, 2009)

1.4.1.4 Mordeduras: reproduce la arcada dentaria humana en forma circular.

1.4.1.5 Lesiones osteo-articulares: fracturas múltiples, en distintos estadios evolutivos de consolidación. (CORRAL Eduardo, 2009)

1.4.2 Abuso sexual

Cualquier clase de contacto sexual con un menor de edad, o su utilización directa como objeto de estimulación sexual, cuando no haya alcanzado edad y la madurez para consentirlo o, si alcanzadas ambas, se aprovecha una posición de superioridad, ascendencia poder o autoridad, o se utiliza el engaño para obtener su consentimiento, así como, en todo caso, siempre que sobre él se use la violencia o la amenaza con aquellos propósitos. (CHAVARRIA Alfoncina, 2004)

1.4.3 Negligencia psíquica

Falta persistente de respuesta a las señales, expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño y falta de iniciativa intelectual y contacto por parte de una figura adulta estable. Es decir, fracaso en proteger al niño de las amenazas externas o en intervenir a favor de este sabiendo que necesita ayuda. (CHAVARRIA Alfoncina, 2004)

1.5 Otros tipos de violencia infantil

1.5.1 Síndrome de Munchusen por poderes

Los cuidadores simulan enfermedades en el niño al que someten a continuas exploraciones médicas, suministro de medicamentos o ingresos hospitalarios, alegando síntomas ficticios o generados de manera activa por la persona adulta. **(**CHAVARRIA Alfoncina, 2004)

1.5.2 Explotación sexual

La utilización del niño por sus padres o tutores, o por terceras personas cuando aquellos los sepan y no lo impidan, en la prostitución o la realización de material o espectáculos de pornografía con el fin de obtener un beneficio, sea económico o de otra índole. (BINFA Fernanda, 2004)

1.5.3 Maltrato prenatal

Falta de cuidado, por acción u omisión, del cuerpo de la futura madre o auto suministró de sustancias o drogas que, de una manera consciente o inconsciente perjudican al feto del que es portadora. (TORRECILLA LOPEZ J 2009).

1.5.4 Explotación laboral

Los padres, tutores asignan al niño, niña con carácter obligatorio la realización continúa de trabajos (domésticos o no) que: exceden los límites de lo habitual, deberían ser realizados por adultos e interfieren de manera clara en las actividades y necesidades sociales y/o escolares del niño con el objetivo de obtener un beneficio económico. **(**CHAVARRIA Alfoncina, 2004)

CAPITULO II

2. FUNCIONES MENTALES SUPERIORES

Para Vygotsky existen dos tipos de funciones mentales: las inferiores y las superiores. Las funciones mentales inferiores son aquellas con las que nacemos, son las funciones naturales y están determinadas genéticamente. El comportamiento derivado de las funciones mentales inferiores es limitado; está condicionado por lo que podemos hacer. Las funciones mentales inferiores nos limitan en nuestro comportamiento a una reacción o respuesta al ambiente. La conducta es impulsiva. (BAQUERO, Ricardo 1999)

Las funciones mentales superiores se adquieren y se desarrollan a través de la interacción social. Puesto que el individuo se encuentra en una sociedad específica con una cultura concreta, Las funciones mentales superiores están determinadas por la forma de ser de esa sociedad: El comportamiento derivado de las funciones mentales superiores está abierto a mayores posibilidades. El conocimiento es el resultado de la interacción social; en la interacción con los demás adquirimos conciencia de nosotros, aprendemos el uso de los símbolos que, a su vez, nos permiten pensar en formas cada vez más complejas. Para Vygotsky, a mayor interacción social, mayor conocimiento, más posibilidades de actuar, más robustas funciones mentales. (BAQUERO Ricardo, 1999)

2.1 La atención

2.1.1 Definición

La Atención es un proceso madurativo, que incide sobre los procesos cognitivos, participando de manera activa en cada una de las funciones, esto permite la orientación, el mantenimiento y la ejecución correcta de cualquier tarea, ya que facilita el registro y almacenamiento de la información, que son determinantes para el aprendizaje. Además, la atención es un proceso esencial de la actividad humana, que contribuye en la construcción del conocimiento y determina la manera en que el sujeto se relaciona con el mundo. (REATEGUI Arbieto, 1999)

La atención es el proceso a través del cual podemos dirigir nuestros recursos mentales sobre algunos aspectos del medio, los más relevantes, o bien sobre la ejecución de determinadas acciones que consideramos más adecuadas de entre las posibles. Hace referencia al estado de observación y de alerta que nos permite tomar conciencia de lo que ocurre en nuestro entorno (BALLESTEROS, 2002)

2.2 Neurofisiología de la atención

Los componentes químicos de nuestro cerebro son la verdadera savia vital del sistema atencional y tienen mucho que ver con aquello a lo que los alumnos prestan atención en la escuela. Dichos productos incluyen neurotransmisores, hormonas y péptidos. La acetilcolina es un neurotransmisor que parece estar vinculado con la somnolencia. En

general, sus niveles son más altos al final de la tarde y durante la noche. Evidentemente, estamos más alerta con mayores niveles de adrenalina. (AVILÉS ,2012)

La dopamina y la norepinefrina son dos de los neurotransmisores más relacionados con los aspectos de atención y con algunas de las diferentes funciones asociadas a las mismas, tales como la motivación, el interés, etc. De una forma clásica, el estado de activación, o arousal, del organismo se caracteriza por un aumento de los dos neurotransmisores citados antes, lo que implica que la falta de atención es una manifestación del déficit se los mismos. Las vías implicadas en la atención son principalmente una que utiliza la norepinefrina y que va desde el locus coeruleus (del tronco cerebral) hasta la corteza frontal y la vía dopaminérgica que discurre desde el área tegmental ventral (también en el tronco) hasta la corteza prefrontal. (AVILÉS, 2012)

2.3 Características de la atención

2.3.1 Amplitud: Se refiere tanto a la cantidad de información que se puede atender a la vez como al número de tareas que se pueden realizar simultáneamente. (VALLEJO RUIBOLA J, 2003)

2.3.2 Actividad: La atención supone un incremento en la actividad del sistema nervioso e intelectual del alumno. (VALLEJO RUIBOLA J, 2003)

2.3.3 Selectividad: Se refiere al tipo de estímulos o de tareas que se seleccionan. La selección, realizada en parte por exigencias de la limitación de la amplitud, se realiza tanto a nivel cualitativo (tipo de estímulos o de tareas) como cuantitativo (número de estímulos o de tareas). Depende de jerarquías, prioridades, filtrando la información y dejando pasar solo aquello que es importante o relevante. (VALLEJO RUIBOLA J, 2003)

2.3.4 Intensidad: Se refiere a la cantidad de atención que prestamos a un objeto o tarea. Está directamente relacionada con el nivel de alerta y vigilancia y no es constante. Puede depender de diferentes variables endógenas o exógenas. (VALLEJO RUIBOLA J, 2003).

2.3.5 Control: Para algunos autores como Tudela, el control es una de las funciones más importantes de la atención pues caracteriza la mayoría de las actividades que responden a unos objetivos y requieren unas respuestas determinadas. La atención es un proceso organizado de forma lógica, que responde a objetivos marcados por el sujeto. (VALLEJO RUIBOLA J. 2003)

2.4 Etiología de los trastornos de la atención

Entre las causas más frecuentes de los trastornos de atención se encuentran los traumatismos craneoencefálicos, accidentes cerebro-vasculares, esclerosis múltiple, epilepsias, la depresión y la esquizofrenia. Algunos estudios han encontrado mayor frecuencia de déficit de atención en niños menores con alteraciones del estado anímico provocado por abandono, migración, recursos económicos bajos, maltrato infantil, abuso de

sustancias de los padres, negligencia y condiciones sociales desfavorables. (GONZÁLEZ Y RAMOS, 2006)

La depresión afecta a la cognición en los niños mediante la alteración de la atención del niño, la memoria y las habilidades para resolver problemas la cual se caracteriza por: Sentimientos de preocupación excesiva, tristeza o deseo de aislamiento, irritabilidad persistente, alteraciones en el apetito y sueño, quejas físicas y dolores abdominales, cansancio, disminución de la concentración. (GONZÁLEZ Y RAMOS, 2006)

Los pacientes con problemas atencionales presentan: Tiempo de reacción disminuido frente a impulsividad en las repuestas, procesamiento cognitivo lentificado, distractibilidad, alteración en la capacidad para realizar nuevos aprendizajes, disminución de la memoria inmediata, dificultad en la realización de pruebas o tareas con requisito temporal, y se frustran fácilmente, en situaciones que requieren atención simultánea, en más de una tarea. **(**LONDONO OCAMPO León P, 2009**)**

2.5 Psicopatología de la atención:

2.5.1 Aprosexia: Termino derivado del griego (prosexis, volver la mente a la atención, dedicarse, consagrarse, estar involucrado en), que denota el trastorno psicopatológico de la atención que consiste en la falta absoluta de la atención, puede observarse principalmente en agitaciones y estupores. (CAPPONI Ricardo,1987, Semiología Psiquiátrica).

Así mismo la aprosexia es un término médico usado para la incapacidad absoluta de un individuo para fijar la atención. Puede ser causada por déficit senso-neuronal o mental.El nombre fue usado por primera vez por Guye en 1889 para describir un trastorno de la atención causada por obstrucción nasal en estudiantes jóvenes. (TANAKA Priscila, 2008).

De esta forma, la aprosexia es un trastorno psicopatológico de la atención que consiste en una falta absoluta de atención.

2.5.2 Hipoprosexia: Es la disminución marcada en la posibilidad de polarizar el psiquismo sobre un objeto o situación. La persona afectada intenta concentrar su atención en algo pero no lo logra más allá de unos segundos o minutos, principalmente debido a que de manera involuntaria se orienta y focaliza en otros pensamientos y sensaciones. Si re-intenta concentrarse no hay cambio alguno en el resultado. (CAPPONI Ricardo,1987, Semiología Psiquiátrica)

La hipoprosexia es la disminución de la atención en donde el sujeto presenta un notable aumento en la capacidad de atención espontánea, pero a expensas de una notoria disminución de su forma voluntaria. . Se ve en todos los cuadros de deterioro mental, por ejemplo en la demencia, la oligofrenia y en los deterioros esquizofrénicos. (MARIETAN Hugo, 1994)

Es decir que al padecer hipoprosexia la atención se ve notoriamente disminuida transformándose en superficial y pobre**,** hay tendencia a la distraibilidad y un registro pobre de los eventos.

2.5.3 Hipoprosexia: Trastorno psicopatológico de la atención, en el cual el sujeto presenta un notable aumento en la capacidad de atención espontanea, pero a expensas de una notoria disminución de su forma voluntaria.. (CAPPONI Ricardo, 1987)

Constituye la exaltación de la función, el estado de mayor alerta y concentración. Como podemos comprender ello ocurre en situaciones funcionales donde toda nuestra actividad está solicitada por estímulos determinados. Casos de peligro, por ejemplo, o, también de marcada exigencia para el yo. También un grado de interés intenso puede conducir a elevar el grado de atención. Asimismo, en el fanatismo o las vivencias provocadas por estados emocionales de gran magnitud. (MARIETAN Hugo, 1994)

Es decir, la hiperprosexia consiste en un aumento de la atención donde el paciente se ve solicitado por una excesiva gama de estímulos, lo que dispersa su actividad psíquica.

2.5.4 Hipermetamorfosis: Se denomina así, a la exaltación de la atención espontanea en detrimento de la atención provocada. Cualquier estimulo ambiental inmediato orienta el psiquismo en tanto el paciente se desconecta de la situación anterior que le captaba su atención. (CAPPONI Ricardo, 1987)

Por lo tanto, la hipermetamorfosis consiste en una exaltación de la atención espontánea lo que perjudica la atención que ya se había establecido. El paciente de desconecta de lo anterior por el nuevo estímulo.

2.6 Relación entre maltrato infantil e hipoprosexia

La relación entre enfermedades psiquiátricas (infantiles y adultas) y factores psicosociales ha sido objeto de abundante literatura especializada que refiere que hay una evidencia significativa que debemos considerar. Así, varios autores han destacado la relación existente entre la desnutrición fetal (medida como bajo peso de nacimiento) y la depresión (en la adolescencia, adultez y vejez) y el trastorno por déficit de atención. Se dispone de evidencia de que existe un grupo de factores de riesgo y de protección, evolutivos y socioeconómicos, que predicen e influyen sobre el curso de enfermedades físicas y mentales, como son la pobreza, la falta de apego a la figura primaria, las malas relaciones familiares, la depresión materna, el mal rendimiento escolar y la estructura familiar alterada. Hay que señalar las aportaciones sobre el impacto del aprendizaje y las experiencias sociales y emocionales en la actividad de los genes, y la modificación del crecimiento y la función de las células nerviosas. Desde esta perspectiva, tanto las habilidades motoras, como cognitivas y las emocionales, así como la conducta, se ven influidas en función de las experiencias interactivas dentro de lasrelaciones. Se defiende, por tanto, que si el niño no puede experimentar una relación de confianza desarrollará síntomas típicos de trastornos mentales, como pueden ser, entre otros, los síntomas de déficit de atención. La coexistencia de síntomas de déficit de atención o hipoprosexia y depresión infantil es considerada por algunos autores como un buen método para detectar personas en riesgo de salud mental y psicosocial.(ETHIER.Y YANOS, 2008)

La elevada frecuencia de psicopatología en niños y adolescentes que sufrieron maltrato les ha permitido considerar el maltrato como un predictor de esta. También acuerdan con FORD Y JONSON-REID donde la presencia de déficit de atención y trastorno negativista desafiante es más frecuente en pacientes con antecedentes de maltrato físico o abuso sexual, señalando al maltrato como factor de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales y de conducta. (ETHIER.Y YANOS, 2008)

3. Definición de la Concentración

Es la capacidad de mantener la atención en una tarea por más tiempo sin distraerte. Mientras más sentidos se utilicen en la actividad mayor será la concentración. La concentración es una destreza aprendida, de reaccionar pasivamente o de no distraerse ante estímulos irrelevantes. La concentración también significa el estar totalmente aquí y en el ahora, en el presente.El componente principal de la concentración es la capacidad de focalizar la atención sobre la tarea que se está desarrollando y no distraerse por estímulos internos o externos irrelevantes. (SCHMID Y PEPER, 1991)

3.1 Trastornos de la concentración

3.1.1 Concentración disminuida

Trastorno psicopatológico de la concentración, en el cual el sujeto no es capaz de dirigir voluntaria y selectivamente la atención, focalizándola en un determinado asunto, de tal manera que le permita operar sobre este, según sean sus deseos, interese y objetivos (CAPPONI Ricardo, 1987, Semiología Psiquiátrica.

e. MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación fue de tipo descriptivo transversal, con enfoque cuanti - cualitativo y descriptivo que maneja métodos científicos como: método inductivo deductivo, método analítico- sintético que se apoyaran en el uso de técnicas e instrumentos para la investigación del problema planteado.

Contexto de la investigación.

La investigación de campo se realizó de forma intensa y permanente en los meses de mayo y junio de 2015, en la escuela "Luis Antonio Erique Ortega" que se encuentra ubicada en el barrio el plateado de la ciudad de Loja, cantón y provincia de Loja, contando para la investigación con alumnos del cuarto y quinto año de educación básica.

Universo

La institución educativa Luis Antonio Erique Ortega ubicada en la ciudad de Loja, donde se realizó el trabajo investigativo, cuenta con 250 estudiantes y 16 docentes encargados de impartir el conocimiento. Según los datos del departamento de dirección de dicha institución no cuentan con una base de datos o investigaciones realizadas previamente que exponga las cifras de niños que son víctimas de maltrato.

Selección de la muestra

De manera particular, se tomó como muestra a todos los estudiantes de cuarto y quinto año de educación básica, el número de alumnos que asiste al cuarto año de básica es de 25, de la

misma forma, 23 alumnos pertenecientes al quinto año de básica. Dicho lo anteriormente expuesto, el 100% de nuestra población estaría en 48 estudiantes que cursan los grados mencionados.

Criterios de inclusión

- ✓ Todos los estudiantes del cuarto año de educación básica de la escuela Luis Antonio Erique Ortega
- ✓ Todos los estudiantes del quinto año de educación básica. de la escuela Luis Antonio Erique Ortega
- ✓ De género femenino y género masculino.

Criterios de exclusión

- ✓ Niños y niñas de otros grados y paralelos.
- ✓ Alumnos cuyos padres no les den el consentimiento informado.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Se empleó un sistema de técnicas e instrumentos con el objetivo de obtener la información relevante necesaria para dar respuesta a los objetivos planteados.

El mismo estuvo integrado por.

Batería de láminas mi familia y yo

La batería consta de 9 láminas a color que ilustran hechos de la vida cotidiana positivos y negativos en los que se representan 3 situaciones de afecto en familia y 6 de maltrato y abuso sexual infantil. Contiene una plantilla con preguntas exploratorias para cada lámina. El

instrumento ayuda a determinar víctimas de maltrato físico, psicológico y sexual aplicándose individualmente en un ambiente adecuado de confidencialidad, comodidad, sinceridad y aceptación.

Test de Toulouse Piéron

En concreto, permite evaluar la capacidad de atención sostenida, de concentración, de rapidez y agudeza perceptiva, así como la resistencia a la fatiga**.** Compuesta por una lámina de elementos gráficos, consiste en identificar qué figuras son iguales a los modelos dados. Su aplicación puede ser individual o colectiva, para niños de hasta 12 años y tiene una duración de 10 minutos**.** En su forma de calificación se relaciona el número total de aciertos (A) con el control de errores (E) y omisiones (O) la prueba ofrece como resultado una puntuación directa, que se obtiene restando al número total de aciertos la suma de errores y omisiones. Autor: E. Toulouse y H. Piéron, año de publicación 1986.

Encuesta

La encuesta estructurada es una técnica de investigación que consiste en una interrogación verbal o escrita que se les realiza a las personas con el fin de obtener determinada información necesaria para una investigación. En la investigación se utilizara la encuesta estructurada la cual estará dirigida a los estudiantes de cuarto y quinto año de educación básica de la escuela Luis Antonio Erique Ortega.

f. RESULTADOS

Tabla Nº 1

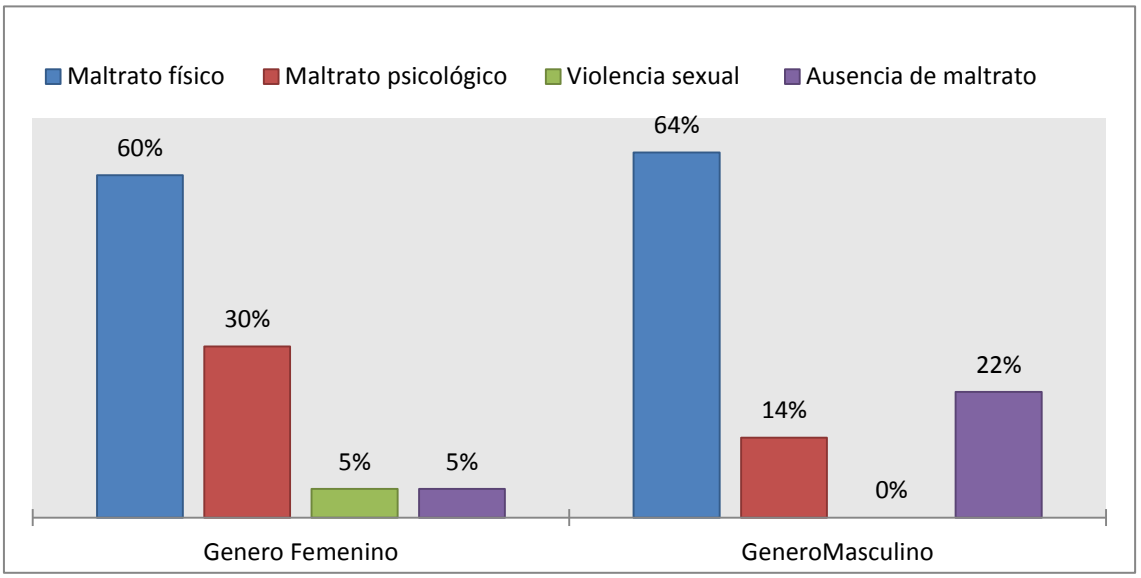
VÍCTIMAS DE MALTRATO

	Género Femenino		Género Masculino	
Variable	**F**	**%**	**F**	**%**
Maltrato físico	**12**	**60%**	**18**	**64%**
Maltrato psicológico	**6**	**30%**	**4**	**14%**
Violencia sexual	**1**	**5%**	**0**	**0%**
Ausencia de maltrato	**1**	**5%**	**6**	**22%**
TOTAL	**20**	**100%**	**28**	**100%**

Fuente: Batería de láminas mi familia y yo
Elaborado por: Amada Angamarca Tene

Representación Gráfica N°1

VÍCTIMAS DE MALTRATO



Fuente: Batería de láminas mi familia y yo
Elaborado por: Amada Angamarca Tene

Análisis e interpretación

En los resultados obtenidos se evidencia que en el género femenino el maltrato físico se presenta en un 60%, maltrato psicológico en un 30% y la violencia sexual en un 5%. Sin embargo, en el género masculino el maltrato físico se muestra en un 64%, el maltrato psicológico en un 14 % y el 0% para la violencia sexual. Paralelamente, el maltrato físico se presenta en mayor porcentaje en el género masculino mientras tanto que el maltrato psicológico se presenta en mayor porcentaje en el género femenino así como la violencia sexual. Es decir que los niños y niñas investigadas fueron víctimas de acciones no accidentales por parte de una persona adulta que provoca daño físico o enfermedad en el niño o niña o que le provoca en grave riesgo de padecerla. Así mismo, el maltrato psicológico es una de las formas más sutiles pero también más extendida de maltrato infantil. Son niños/as habitualmente ridiculizados, insultados, regañados o menospreciados. Adicionalmente una minoría a experimento violencia sexual, siendo esta cualquier clase de contacto sexual con un menor de edad.

Tabla N°2

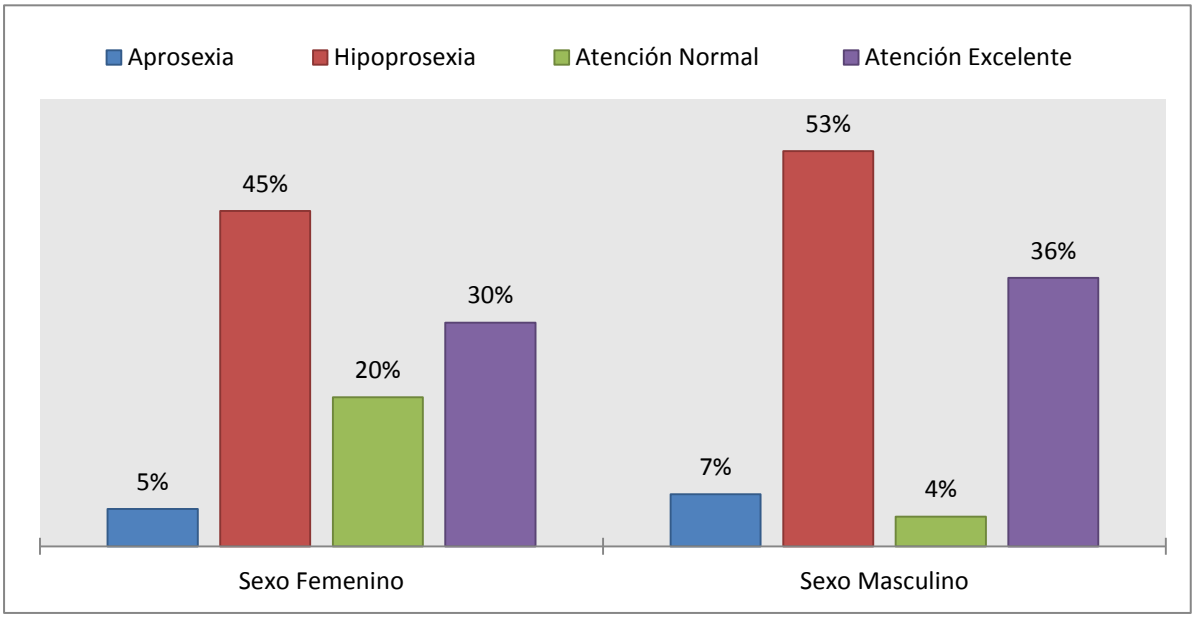
TIPOS DE TRASTORNO ATENCIONAL

	Género Femenino		Género Masculino	
Variable	**F**	**%**	**F**	**%**
Aprosexia	**1**	**5%**	**2**	**7%**
Hipoprosexia	**9**	**45%**	**15**	**53%**
Atención Normal	**4**	**20%**	**1**	**4%**
Atención Excelente	**6**	**30%**	**10**	**36%**
TOTAL	**20**	**100%**	**28**	**100%**

Fuente: Test de Toulouse Piéron
Elaborado por: Amada Angamarca Tene

Representación gráfica N° 2

TIPOS DE TRASTORNO ATENCIONAL



Fuente: Test de Toulouse Piéron
Elaborado por: Amada Angamarca Tene

Análisis e interpretación.

En la presenta tabla se puede apreciar que en el género femenino la aprosexia se presenta en un 5% y la hipoprosexia en un 45%. No obstante, en el género masculino se obtuvo un 7% correspondiente a la aprosexia y un 53 % correspondiente a la hipoprosexia. De tal forma se puede apreciar que el trastorno de la atención que más prevalece es la hipoprosexia en el género masculino y en el género femenino continuado por la aprosexia. Es decir, los niños y niñas que presentan hipoprosexia tienen una disminución o labilidad de la atención siendo este un trastorno frecuente pero poco patológico, se trata de una constante fluctuación de la atención que pasa de un objeto a otro sin que pueda fijarse especialmente en ninguno. Adicionalmente, este trastorno suele aparecer en cuadros clínicos como la depresión debida a la apatía y a la falta de interés que muestran estos sujetos deprimidos les resulta muy difícil atender a la estimulación externa.

Tabla N°3

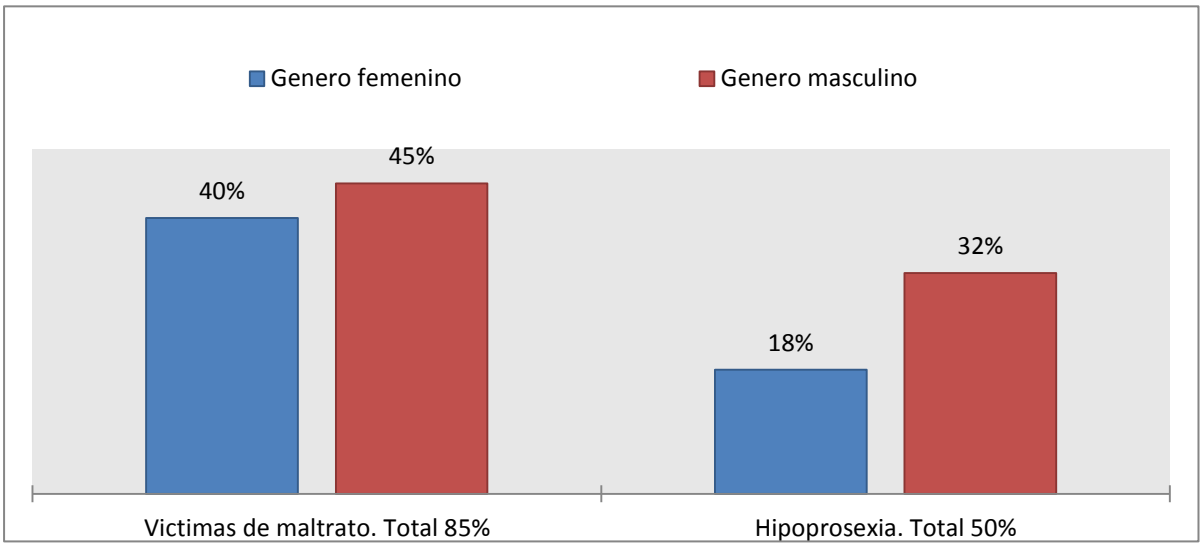
VÍCTIMAS DE MALTRATO Y EL GRADO DE RELACIÓN CON LA HIPOPROSEXIA

VARIABLES			VARIABLES		
Víctimas de maltrato	F	%	**Hipoprosexia**	F	%
Género femenino	**19**	**40%**	**Género femenino**	**9**	**18%**
Género masculino	**22**	**45%**	**Género masculino**	**15**	**32%**
Ausencia de maltrato	**7**	**15%**	**Otros**	**24**	**50%**
TOTAL	**48**	**100%**	**TOTAL**	**48**	**100%**

Fuente: Batería de láminas mi familia y yo, test de Toulouse Piéron.
Elaborado por: Amada Angamarca Tene

Representación Gráfica N° 3

VÍCTIMAS DE MALTRATO Y EL GRADO DE RELACIÓN CON LA HIPOPROSEXIA



Fuente: Batería de láminas mi familia y yo, test de Toulouse Piéron.
Elaborado por: Amada Angamarca Tene

Análisis e interpretación

El presente gráfico señala, que el 85% de los niños evaluados han sido víctimas de maltrato físico, psicológico y sexual de los cuales el 45% corresponde al género masculino y el 40% al género femenino. Sin embargo al ser evaluados con el test de Toulouse Piéron para determinar alteraciones de la atención los resultados atribuyen al 50% con hipoprosexia de los cuales el 32% representa al género masculino y el 18% al género femenino. Según todos los datos expuestos, se puede evidenciar la relación significativa que existe entre el maltrato infantil y la hipoprosexia. El maltrato a una edad temprana puede tener consecuencias psicológicas y neurológicas irreversibles, ya que el cerebro humano continúa desarrollándose durante la niñez, la adolescencia e incluso el período adulto. En este sentido, las experiencias traumáticas o de estrés crónico durante el desarrollo pueden afectar al menor tanto física como cognitivamente. Frente a esto, el maltrato en la infancia comporta secuelas importantes que pueden manifestarse a través de problemas de personalidad, trastornos de atención, desórdenes de ansiedad, depresión, desadaptación social, suicidio, comportamiento impulsivo, disfunción sexual y síndrome de estrés postraumático.

g. DISCUSIÓN

CANALS Cornellà & LÓPEZ Juárez (2014), en su investigación realizada en la universidad de Girona- España, analizaron la relación entre maltrato infantil y múltiples patologías psiquiátricas entre ellos la hipoprosexia. La investigación se dio en edades comprendidas entre 6 y 20 años. En cuyos resultados afirman que el haber sido víctima de situaciones violentas o agresiones de tipo físico, psicológico o sexual está directamente relacionado con desarrollar condiciones psiquiátricas de por vida, iniciando por una disminución de habilidades cognitivas, trastornos de atención dentro de los que se encuentra la hipoprosexia, dificultades en el aprendizaje, problemas escolares, aumento del abandono escolar, depresión infantil, ansiedad y problemas conductuales, presencia de trastorno disocial y antisocial de la personalidad.

De esta manera comparto con los resultados obtenidos en el estudio antes mencionado, ya que se relaciona parcialmente con la presente investigación, cuyo propósito es indagar la relación entre el maltrato infantil y la hipoprosexia. Es innegable que el maltrato infantil se relaciona significativamente con la hipoprosexia; ya que en los resultados obtenidos, el 85% corresponde a niños y niñas víctimas de maltrato mientras que la hipoprosexia se presenta en un 50% lo cual demuestra que si existe una relación entre las dos variables.

Según la investigación realizada por VIZCARRA L María Beatriz & BUSTOS M Luis **(**2001**),** en la ciudad de Chile, posteriormente publicado en la revista médica. Describen el maltrato como: "Agresión física, emocional o sexual contra un niño (menor de 18 años) o la

falta en proporcionar los cuidados necesarios para la expresión de su potencial de crecimiento y desarrollo, contando con los elementos mínimos para ello, que excedan los límites culturalmente aceptables para esa comunidad o que transgreda el respeto a los derechos del niño". Esta definición reconoce cuatro formas de maltrato: Maltrato físico, considerado como "toda lesión física no accidental, producto de castigo único o repetido y de magnitud y características variables". Maltrato emocional, entendido como "hostigamiento verbal, habitual de un niño a través de insultos, críticas, descréditos y ridiculización, así como la indiferencia o rechazo explícito o implícito". Abandono o negligencia considerado como "falta de protección y cuidados físicos al niño de parte de sus figuras de custodia, así como el abandono de sus necesidades evolutivas por falta de estimulación cognitiva, que no se debe a carencia extrema de recursos socioeconómicos". Por último se define Abuso sexual "toda forma de actividad sexual entre un niño y un adulto, aguda o crónica, incluida la explotación sexual".

En la investigación de tesis se determinó los tres tipos de maltrato: físico, psicológico y sexual. Teniendo una mayor prevalencia en el género masculino el maltrato físico, caracterizado por lesiones no accidentales en contra de un menor de edad. Posteriormente el maltrato psicológico y la violencia sexual se presentan en mayor porcentaje en el género femenino.

Según el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia 2008, la gran mayoría de los estudios se centra en la violencia física, pero algunos de los países de América del Sur incorporan además la violencia psicológica, y se destaca que en los países del Caribe ha habido una preocupación

especial por medir la violencia sexual, muy vinculada a la violencia de género. Las niñas tienen un riesgo mucho mayor de ser víctimas de abuso sexual por parte de su familia o por desconocidos. Los estudios en la región señalan que por cada niño varón abusado sexualmente hay tres o cuatro niñas que son víctimas del mismo delito.

En el Caribe si bien existen al igual que en el resto de las regiones distintas manifestaciones de violencia los estudios se han abocado principalmente a investigar el abuso sexual, por considerarse un problema endémico con gran incidencia . Se prevé una gran cantidad de niños y niñas afectados, a pesar de que los niveles de denuncia son muy bajos. Algunas de las razones que explicarían este fenómeno dicen relación con el miedo a la represalia y al autor de la violencia, vergüenza entre miembros de la familia y la visión persistente de que el abuso es una cuestión privada. También están presentes la dependencia económica, la falta de conocimiento del abuso por parte de la familia, la negligencia de los padres, otros adultos.

Concordando con las investigaciones anteriores, en la presente investigación se encuentra la violencia sexual en mayor porcentaje en las niñas siendo el agresor una persona allegada a la familia. Tal agresión mayormente se mantiene en reserva buscando evitar represalias o por miedo hacia el agresor lo que provoca que la afectada no reciba ningún tratamiento médico y psicológico necesario.

MESA Patricia & MOYA Luis (2008), en su investigación sobre la neurobiología del maltrato infantil señala: el maltrato infantil provoca, entre otros efectos, una alta mortalidad y

morbilidad, ya que se calcula que más de un 10% de los casos de niños que padecen retraso mental o parálisis cerebral se debe al maltrato. Además, estos niños presentan déficits cognitivos o del lenguaje, trastornos del aprendizaje, dificultades académicas incluyendo déficits de atención y trastornos de conducta, problemas emocionales y comportamientos autodestructivos. Por tanto, se ha observado que los malos tratos durante la infancia reducen la calidad de vida relacionada con la salud física y mental

Cada vez con mayor frecuencia, la literatura especializada relaciona la presencia de sintomatología de la disminución de la atención o la hipoprosexia con el maltrato infantil, tanto físico, como psíquico y sexual existiendo una relación significativa entre enfermedades o trastornos mentales con factores psicosociales. Ante los evidentes resultados de la investigación realizada, el maltrato infantil tiene sus repercusiones, entre ellos está relacionado con los trastornos de la atención debido a los múltiples conflictos emocionales por los cuales atraviesan los menores. La hipoprosexia, según los resultados obtenidos se presenta en un 32% en el género masculino y en un 18% en el género femenino.

Según todas las investigaciones realizadas la relación entre el maltrato infantil y la hipoprosexia es significativo, además existe la presencia de una serie de factores personales, familiares y psicosociales que aumentan la vulnerabilidad de una inestabilidad emocional y por lo tanto de trastornos mentales en la infancia o en la edad adulta.

h. CONCLUSIONES

1. Al analizar los datos obtenidos se puede comprobar que los niños y niñas del cuarto y quinto año de educación básica de la escuela Luis Antonio Erique Ortega son víctimas de tres tipos de maltrato: físico, psicológico y una minoría por abuso sexual.

2. En los estudiantes de cuarto y quinto año de educación básica de la escuela Luis Antonio Erique Ortega existe una mayor prevalencia de maltrato físico en el género masculino, no obstante en el género femenino se evidencia con mayor porcentaje el maltrato psicológico y la presencia de violencia sexual.

3. El tipo de trastorno de la atención que predomina es la hipoprosexia presentándose en mayor porcentaje en el género masculino mientras que la aprosexia se presenta en un número limitado de estudiantes de cuarto y quinto año de educación básica de la escuela Luis Antonio Erique Ortega.

4. En los niños y niñas de cuarto y quinto año de educación básica, se detecta una relación significativa entre la presencia de tres tipos de maltrato: físico, psicológico y sexual y los trastornos de la atención entre ellos la hipoprosexia y la aprosexia.

i. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a las autoridades de la escuela de educación básica Luis Antonio Erique ortega, incrementar en la institución educativa el departamento de psicología esto implica desarrollar una serie de acciones que ayuden a la intervención de las víctimas de maltrato infantil y el impacto que este genere el cual apoyara a los alumnos que durante su proceso de crecimiento consiga un desarrollo integral que incluya el aspecto emocional, académico y social.

2. Se sugiere a los docentes y padres de familia de los estudiantes de cuarto y quinto año de educación básica de la escuela Luis Antonio Erique Ortega, reunirse y coordinar estrategias y técnicas para apoyar a los alumnos que atraviesan por circunstancias adversas.

3. Se propone a los padres de familia busquen ayuda psicológica de ser necesaria teniendo en cuenta que la familia es el grupo primario más relevante de la sociedad, donde el individuo recibe las más eficaces y duraderas pautas de socialización y de esta manera garantizar la estabilidad emocional del niño.

4. Se recomienda la ejecución de la propuesta de psicoeducación establecida en la presente investigación la cual está dirigida a los padres de familia para proporcionar educación y/o información acerca del maltrato infantil y sus repercusiones dentro del ámbito personal, familiar y social.

j. BIBLIOGRAFÍA

CAPPONI Ricardo 1987, La Atención: Psicopatología de la atención, SemiologíaPsiquiátrica, Editorial Universitaria. pp. 203,204.

CAPPONI Ricardo 1987, La Atención: Psicopatología de la atención y concentración , Semiología Psiquiátrica, Editorial Universitaria. p. 201.

CASADO FLORES J, 1977, Niños Maltratados: consecuencias del maltrato infantil, Madrid, ediciones Días Santos S.A p. 317.

CHAVARRIA Alfoncina, 2004, Derecho sobre la familia y el niño: tipos de maltrato infantil, abuso sexual, Costa Rica, Uniersidad Estatal a distancia San José,quinta reimpresión. pp 203,205.

FARAONE ALICIA, 2000, Maltrato Infantil y estudio de un caso: Revisión de la construcción histórica social del maltrato infantil, Uruguay, Montevideo: Trilce Ediciones p,
47.

GOMEZ PEREZ Eva 2002, .Guía para la atención al maltrato infantil: tipos de maltrato infantil, Universidad de Cantabria, Cantima S.A pp 18, 26.

PERONI Michele, 2003, Historia de la lectura: trayectorias de vida y de lectura, editorial, Fondo de Cultura Económica.

RODRIGUEZ TORRENTE Jesús, 1998, El menor y las familias conflictos e implicaciones:
causas del maltrato infantil, Madrid, Universidad Pontificia Comillas. pp. 53, 54.

RODRIGUEZ Ernesto, 2005, Metodologia de la Investigacion: el metodo cientifico y su aplicacion, Mexico, Univesidad Juares Autonoma de Tabasco, quinta edicion, pp 27,28.

RUIBOLA J. 2003, Introducción a la psicopatología y la psiquiatría: psicopatología de la atención y orientación,Barcelona, Madrid editorial Masson S.A, 5ta edición, pp. 157, 160,164.

SADUM BRUGUE Marta & ROSTAN SANCHAZ Carles, 2008, El desarrollo de los niños paso a paso: tipos de maltrato infantil, Barcelona, editorial UOC, 3ra edicion . pp.263, 264.

SPINER Ster, 2009, Taller de lectura en el aula: tipos de lectura, Buenos aires-Argentin, ediciones novedades educativas, 1ra edición. pp 18, 20, 56, 57.

SENNER Waine, 1992, Historia de la escritura: orígenes de la escritura, siglo XXi editores argentina S.A, 1ra edición en español, pp42,44.

k. ANEXOS

Anexo N°1:

PLAN DE PSICOEDUCACIÓN

a. Tema

PSICOEDUCACIÓN SOBRE EL MALTATO INFANTIL DIRIGIDA A LOS PADRES DE FAMILIA DE LA ESCUELA "LUIS ANTONIO ERRIQUE ORTEGA" DEL BARRIO EL PLATEADO.

b. Justificación

El Maltrato infantil se da en todas las clases sociales o etnias. El número de niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato infantil cada vez es mayor, sobre todo dentro de los hogares por sus progenitores y también por las personas que viven bajo este mismo techo convirtiéndose en agresores o cómplices silenciosos. Igualmente existen distintas formas de maltrato como son el psicológico, físico, sexual y negligencia, todos estos tipos de maltrato están latentes en la población infantil ya que provienen de hogares ya sea funcionales o disfuncionales, donde no se establece reglas, límites, jerarquías dentro de los integrantes de la familia

Asimismo, el maltrato infantil causa serios inconvenientes en su desarrollo integral y pueden manifestarse con sentimientos de inferioridad, rechazo, baja autoestima, depresión, ansiedad, estrés, conductas agresivas, aislamiento, etc

Es por ello que se ha creído conveniente realizar el plan de psicoeducación dirigido a los padres de familia de los niños de cuarto y quinto año de educación básica de la escuela "Luis Antonio Erique Ortega" del barrio el plateado encaminada ayudar con información y/o educación acerca del maltrato infantil.

c. Objetivos:

- ✓ Proporcionar conceptos básicos a los padres de familia para que tengan conocimientos del maltrato infantil.
- ✓ Analizar cuáles son los factores de riesgo para el maltrato infantil.
- ✓ Descubrir cuáles son las consecuencias que muestra un niño cuando es maltratado física, mental y emocionalmente.
- ✓ Ayudar a que los padres de familia mediante conocimientos adquiridos para que proporcionen a sus hijos un pleno desarrollo físico, mental y social en condiciones de libertad y dignidad.

d. Contenidos

Antecedentes

En 1868 Ambroise Tardieu presentó un informe en la cátedra de medicina legal de París, sobre autopsias de niños que habían sido quemados o golpeados y comprobaba que habían muerto a causa del maltrato físico recibido. En el informe además de los resultados de las autopsias, incluía la descripción del ambiente familiar. (ARANDA Nancy, 2009)

En 1874 se difunde el caso de una niña norteamericana que conmovió a la opinión pública. Mary Ellen tenía 9 años y era víctima de maltrato por parte de sus cuidadores. Una vecina y trabajadora social tomó conocimiento de que esta niña recibía graves castigos físicos y presentaba un grado severo de desnutrición producto del abandono al que era sometida. Los abogados, policías y entidades de protección no tomaban la denuncia de la mujer por carecer de leyes que sancionen el maltrato proferido por los propios padres. La asistente social presentó el caso ante la Sociedad Protectora de Animales argumentando que la niña pertenecía al reino animal y como tal merecía el mismo trato adecuado. Apeló a la ley contra la crueldad hacia los animales, ganó el juicio en 1874 y el padre fue condenado por la justicia de Nueva York. A raíz de la repercusión de este caso, en 1875 se fundó en esa ciudad la Society for the Prevention of Cruelty of Children, y en 1884 la Sociedad Nacional para la Prevención de la Crueldad al Niño. (ARANDA Nancy, 2009)

Definición

La Organización Mundial de la Salud define al Maltrato Infantil. “ Cualquier acción u omisión de acción que viole los derechos de los niños y adolescentes y afecte la

posibilidad de que disfruten de un grado óptimo de salud, que afecte su supervivencia o su desarrollo". (OMS, 2009)

Para una definición de maltrato infantil debe hacer mención a un sujeto receptor y a los sujetos responsables del daño, objetivar las manifestaciones, reflejar una conducta y referir las posibles repercusiones en el desarrollo. La definición debe tener estos contenidos concretos, pero también debe ser lo 4 suficientemente amplia como para que puedan ser incluidos las diferentes tipologías, y que no quede el maltrato como lo opuesto a "buen trato". Estos autores dan la siguiente definición de lo que se considera Maltrato Infantil: "Las lesiones físicas o psicológicas no accidentales en niños, ocasionadas por los responsables del desarrollo, que son consecuencia de acciones físicas, emocionales o sexuales, de comisión u omisión y que amenazan el desarrollo físico, psicológico y emocional considerado normal". (Martínez Roig, de Paúl Ochotorena, 1993)

Causas del maltrato infantil

Personalidad o modelo psiquiátrico.- Presencia de enfermedades mentales o de algún síndrome o desorden psicológico específico, en la actualidad varios autores admiten que solo entre un 10 y un 15% de los de los padres abusivos ha sido diagnosticado con un síntoma psiquiátrico específico. Estudios que se han hecho, indican que los padres abusivos tienen dificultades para controlar sus impulsos, presentan una baja autoestima, escasa capacidad de empatía, así mismo, se ha encontrado que el abuso infantil se relaciona con la depresión y con la ansiedad de los padres, entre otras características y rasgos de personalidad como el alcoholismo y la drogadicción. (ARREDONDO OSSANDÓN Valeria, 1999)

Económicas.- Esto es a partir de la crisis que prevalece en nuestra entidad federativa y el desempleo que trae consigo que los padres que se encuentran en esta situación desquiten sus frustraciones con los hijos y los maltraten ya sea física o psicológicamente, el maltrato infantil se presenta en mayor medida en los estratos de menores ingresos, aunque se ha encontrado en diversas investigaciones que esta conducta no es propia de determinada clase social y se suele dar en todos los grupos socioeconómicos, estas características se encuentran dentro del modelo sociológico. (ARREDONDO OSSANDÓN Valeria, 1999)

Culturales.- En este rubro se incluye a las familias donde los responsables de ejercer la custodia o tutela de los menores no cuenta con orientación y educación acerca de la responsabilidad y la importancia de la paternidad y consideran que los hijos son objetos de su propiedad. A estos tutores les falta criterio para educar a sus hijos. La sociedad ha desarrollado una cultura del castigo, en la cual al padre se le considera la máxima autoridad en la familia, con la facultad de normar y sancionar resto de los miembros, en esta concepción, el castigo se impone como una medida de corrección a quien transgrede las reglas, además no se prevén otros medios de disciplina y educación de los hijos. (ARREDONDO OSSANDÓN Valeria, 1999)

Sociales. Cuando entre los padres se produce una inadecuada comunicación entre padres e hijos, se da pie a la desintegración familiar (modelo psiquiátrico/psicológico). En la mayoría de los casos, esta causa va paralela al nivel socioeconómico de los padres y el ambiente que rodea a la familia. Así mismo, es inducida por la frustración o la desesperación ante el desempleo, los bajos ingresos familiares y la responsabilidad de la crianza de los hijos. (LIRA MENDIGUREN Gonzalo, 1999)

Emocionales.- La incapacidad de los padres para enfrentar los problemas, su inmadurez emocional, su baja autoestima, su falta de expectativas y su inseguridad extrema motivan que desquiten su frustración en los hijos y no les proporcionen los requerimientos básicos para su formación y pleno desarrollo. Los estilos negativos de interacción que generan la violencia doméstica; se ha comprobado que en los lugares donde existe agresión y violencia entre el padre y la madre suele haber también maltrato infantil y esto produce a su vez incapacidad de socialización en los padres con el medio en que se desenvuelven. (LIRA MENDIGUREN Gonzalo, 1999)

Biológicas.- Se trata del daño causado a los menores que tienen limitaciones físicas, trastornos neurológicos o malformaciones. Por sus mismas limitaciones, estos niños son rechazados por la sociedad y por consiguiente sus padres o tutores los relegan o aceptan con lástima. En estas circunstancias, el daño que se ocasiona a los menores con discapacidad es mayor, pues agrede a un ser indefenso que no puede responder en forma alguna (modelo centrado en el niño). (LIRA MENDIGUREN Gonzalo, 1999)

Consecuencias del maltrato infantil

El maltrato infantil trae serias consecuencias tanto en el individuo como en la sociedad en general. Independientemente de las secuelas físicas que desencadena directamente la agresión producida por el abuso físico o sexual, todos los tipos de maltrato infantil dan lugar a trastornos conductuales, emocionales y sociales. En los primeros momentos del desarrollo evolutivo se observan repercusiones negativas en las capacidades relacionadas de apego y en la autoestima del niño, así como pesadillas, problemas de sueño, cambios de hábitos en la

comida, deficiencias psicomotoras, trastornos psicosomáticos. En escolares y adolescentes encontramos, fugas del hogar, conductas auto lesivas, fracaso escolar, trastorno disociativo de identidad, delincuencia juvenil, consumo de drogas y alcohol, miedo generalizado, depresión, rechazo al propio cuerpo, culpa y vergüenza, agresividad, problemas de relación interpersonal. (SILVA Ana, 2008)

Tipos de maltrato infantil

Maltrato físico: se define como cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o lo coloque en riesgo de padecerlos. Indicadores físicos en el niño: Magulladuras o moretones, quemaduras, fracturas, torceduras o dislocaciones, heridas o raspaduras. (ZAPATA Ivan, 2009).

Maltrato emocional: el maltrato emocional se define como la hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono, y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro) por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar. (ZAPATA Ivan, 2009).

Abandono o negligencia: Se refiere a la situación en la que las necesidades básicas del niño (alimentación, vestido, higiene, cuidados médicos, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas) no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño. (LIRA MENDIGUREN Gonzalo, 2007)

Abuso sexual: Se define como cualquier clase de contacto sexual con una persona menor de18 años por parte de un adulto desde una posición de poder o autoridad sobre el niño. El niño puede ser utilizado para realizar actos sexuales o como objeto de estimulación sexual. Incluye las categorías de incesto, violación, y abuso sexual sin contacto físico. (LIRA MENDIGUREN Gonzalo, 2007)

Otros tipos de maltrato infantil. Otros tipos de maltrato infantil de menor ocurrencia son el maltrato institucional, el maltrato prenatal, la explotación laboral y el síndrome de Münchhausen por poderes, entre otros.

Maltrato institucional: Cualquier legislación, programa o procedimiento, ya sea por acción u omisión, procedente de los poderes públicos o privados, por profesionales al amparo de la institución, que vulnere los derechos básicos del menor, con o sin contacto directo con el niño. Incluye la falta de agilidad en la toma de medidas de protección o recursos. (DÍAZ HUERTAS José A, 2006)

Maltrato prenatal: Consumo de drogas (cocaína, heroína, etc.) durante el embarazo que pueda provocar que el bebé nazca con un crecimiento anormal, patrones neurológicos anormales, o con síntomas de dependencia física a las drogas. . (DÍAZ HUERTAS José A, 2006)

Explotación laboral: Situación en que los padres o cuidadores asignan al niño, con carácter obligatorio, la realización continuada de trabajos (domésticos o no) que exceden 8

los límites de lo habitual, que deberían ser realizadas por los adultos, interfieren con las actividades y necesidades sociales y/o escolares del niño, y son asignadas al niño con el objetivo de un beneficio económico o similar para los padres. Síndrome de münchhausen por poderes: Consiste en la simulación de síntomas físicos patológicos en el niño. Puede ser mediante la administración de sustancias, la manipulación de excreciones o simplemente la sugerencia de sintomatología difícil de demostrar. (GARCÍA PÉREZ Jesús, 2006)

Factores de protección

Del mismo modo que hay factores que agravan la susceptibilidad del niño y de la familia al maltrato infantil, hay también otros que pueden aportar un elemento de protección. Por desgracia, es muy poco lo que se ha investigado sistemáticamente sobre ese tipo de factores, insuficientemente conocidos. Hasta la fecha, las investigaciones se han centrado principalmente en los factores de coriacidad, que atenúan los efectos del maltrato infantil en su víctima. Algunos de los factores que parecen facilitar esta característica son:

- ✓ Vinculación sólida del lactante a un familiar adulto;
- ✓ Buena atención de los padres durante la infancia;
- ✓ Alejamiento de los círculos de delincuencia o del abuso de sustancias;
- ✓ Una relación afectuosa y de apoyo de un progenitor respetuoso;
- ✓ Ausencia de tensiones causadas por abusos.

No es mucho lo que se sabe acerca de los factores que protegen a la familia y al niño frente a la eventualidad del maltrato infantil. Varios estudios han evidenciado que vivir en comunidades unidas por una fuerte cohesión social conlleva un efecto protector y puede reducir el riesgo de violencia, incluso en presencia de otros factores de riesgo

familiares. A juzgar por nuestros conocimientos actuales sobre las primeras etapas del desarrollo infantil, por los factores de riesgo de padecer maltrato infantil y por la evidente eficacia de ciertas estrategias de prevención, es evidente que las unidades familiares estables pueden tener un efecto muy protector sobre los niños. Un ejercicio correcto de las funciones parentales, un vínculo sólido entre padres e hijos, y la utilización de técnicas disciplinarias positivas sin castigo físico deberían constituir factores de protección. Convendría fomentar estos elementos aparentemente protectores, especialmente en comunidades en que la cohesión social es deficiente. (SEIQUER CARASA José, 2004).

e. Técnicas de trabajo a utilizarse

Conceptualización	**Técnicas de trabajo**	**Recursos**
Antecedentes y definición de maltrato infantil.	Exposición	**Infocus computadora**
Causas del maltrato infantil	Trabajo en grupo para general ideas originadas de los padres de familia	**Papelografo Esfero Trípticos**
Tipos de maltrato infantil	Exposición	**Computadora Infocus**
Consecuencias Factores de riesgo.	**Trabajo en grupo Lluvia de ideas**	**Marcadores Pizarra Lápices**

f. Actividades lúdicas para realizarse.

Dinámicas

1. **La cebolla.**

Síntesis de la dinámica

Esta es una dinámica que además de tener el propósito de crear un ambiente de confianza y contacto en el grupo es útil para romper el hielo y entrar a trabajar independientemente de que el grupo necesite trabajar este aspecto o no.

¿Que intenta trabajar?

La conexión del grupo, la confianza y el liderazgo.

Desarrollo

Para la realización de esta dinámica se necesita de un voluntario que ejerza el papel de granjero, mientras que el resto del grupo formara una cebolla. Para formar la cebolla todos los miembros deberán unirse de manera muy fuerte como si se tratara de capas de una misma cebolla, una vez que la cebolla este lista el granjero deberá pelarla capa a capa. Cada vez que este consiga pelar una capa, la persona que ha sido desprendida del grupo se convertirá en segundo granjero que ayudara a la labor de pelar la cebolla. Asi cada capa desprendida pasara a formar parte del grupo de granjeros.

Tiempo

La dinámica tiene una duración aproximada de 15 minutos.

Materiales

Se necesita recursos humanos.

2. Cama de agua

Síntesis de la dinámica

Estamos ante un juego corto que igual al anterior puede servir para trabajar la confianza o como introducción al tema a tratar en la reunión.

¿Qué intenta trabajar?

La confianza entre los miembros del grupo.

Desarrollo

Cuatro jugadores se ponen a cuatro patas, pegados unos a otros de manera que no quede espacio entre ellos. Una quinta persona se acuesta de espaldas sobre este "lecho de agua" que comienza lentamente a balancearse. El juego finaliza cuando todos han sido balanceados.

Tiempo

La dinámica tiene una duración aproximada de 15 minutos.

Materiales

Se necesita recursos humanos.

Anexo N°2:

MI FAMILIA Y YO

BATERÍA INFANTIL PARA DETECTAR VIOLENCIA FÍSICA Y SEXUAL INTRAFAMILIAR

1. Fundamentación

Uno de los problemas que contribuye a la violencia física y sexual intrafamiliar, es el mandato de ocultación que suelen interiorizar las víctimas en especial las más desposeídas de poder como los niños(as). Por ser poco visible constituye una necesidad detectarla utilizando herramientas pedagógicas como la presente batería.

Teniendo en cuenta que los factores emocionales están ligados a los recuerdos un estímulo indirecto como las láminas pueden activarlos sin necesidad de violentar a las niños(as) con interrogatorios directos. Se trata de un instrumento creativo apropiado a sus edades que les anima a hablar de sus propias experiencias mediante historias que se van tejiendo sobre cada lámina. Quien aplica la batería puede promover la exploración detallada de las vivencias y registrarlas como señal de alerta para acciones de prevención o seguimiento.

2. Descripción

La batería consta de 9 láminas a color que ilustran hechos de la vida cotidiana positivos y negativos en los que se representan 3 situaciones de afecto en familia y 6 de maltrato y abuso sexual infantil. Contiene una plantilla con preguntas exploratorias para cada lamina.

3. Población

La batería está diseñada para trabajar con niños(as) a partir de los 3 años de edad o más temprano en casos particulares según criterio de quien la aplica hasta los 10 años aproximadamente. Puede emplearse con población escolarizada o no, dado que el manejo es lecto- escritura no es indispensable. Su aplicabilidad es tanto con grupos como en intervención clínica en especial los casos individuales en los que se sospeche maltrato o violencia sexual.

4. Responsable de la aplicación

Psicólogas, trabajadoras sociales, docentes, madres comunitarias, funcionarios de salud y áreas afines. Para el éxito en los resultados, es esencial que la persona encargada de aplicar la batería sea cálida en su trato con las niños(as), a fin de que éstos puedan acercarse y confiarle sus inquietudes, temores, problemas. Por tanto, la detección exige actitudes receptivas, asertivas y respetuosas. Además, es preciso concentrar la atención en las: respuestas de las niñas/os, y captar todo el lenguaje verbal o gestual que pueda revelar información significativa. Estar preparada/o para manejar: situaciones de fuerte contenido emocional, llanto o expresiones de angustia, de manera que no se afecte el grupo y pueda cerrarla positivamente, atendiendo a la víctima con el cuidado que requiere.

5. Contexto para la aplicación

Adicional a las condiciones de las encargadas/os de aplicar la batería, es necesario crear un contexto apropiado. Si se trata grupos, se sugiere involucrarla dentro de otras actividades lúdicas similares que favorezcan la integración, la comunicación y espontaneidad. Es recomendable que quien la aplica, se ubique de igual forma que las niños(as), bien sea en sillas o en el piso El contexto es primordial para conseguir los propósitos, ya que puede esperarse poco de un ambiente rígido y de una aplicación presentada con carácter obligatorio, como tarea a la cual tienen que responder, o de un entorno bullicioso con personas en constante movimiento.

5. Forma de aplicación

A fin de registrar inmediatamente los relatos verbales y las expresiones corporales relevantes de los niños(as), es preciso proveerse de papel y lápiz, o de grabadora, si este recurso es aceptado por ellos. Las láminas tienen por el reverso un número que indica el orden en que deben ser presentadas. La batería puede utilizarse en forma individual o en grupos máximo de8-10 niños. Dado que fácilmente pueden repetir la misma historia del primer participante, se sugiere formularles diferentes preguntas personales, lo que a su vez, ayuda a motivar la participación activa de todo el grupo. Se les indica a los participantes, a partir de cada lámina, contar una historia o un cuento que tenga pasado, presente y futuro. La persona encargada puede iniciarlo así: había una vez una familia.

Se recomienda presentar lámina por lámina haciendo preguntas a los niños inicialmente muy generales como: quienes son los personajes, qué están haciendo, cuándo lo hacen, qué sucede luego, etc.; para luego ir particularizando con preguntas más personales, por ejemplo: ¿alguna vez les ha sucedido algo similar? ¿Conocen a alguien en la misma situación? No

obstante, es necesario considerar su capacidad de fantasía e imaginación puesto que las historias o personajes pueden ser creados por ellos o evocados de programas televisivos, caso en el cual es esencial precisar la historia. Debe aplicarse toda la batería ya que puede suceder que cada lámina detecte solo fragmentos de la realidad. El tiempo de aplicación varía entre 20-30 minutos dependiendo de la dinámica que se genere; sin embargo, teniendo presente que los niños(as) fácilmente se fatigan y pierden el interés, se recomienda hacerlo en 2 partes ofreciendo un refrigerio, o con una actividad lúdica en el intermedio.

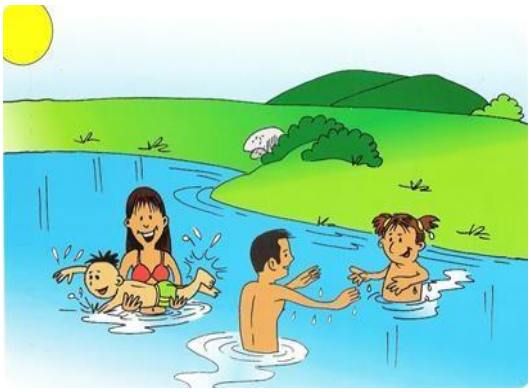
7. Resultados esperados

El objetivo de la batería es detectar posibles casos de violencia física y sexual intrafamiliar. Cualquier información que se obtenga debe ser reportada a las instancias responsables, con el debido seguimiento.

8. Cierre

Es importante cerrar la experiencia recogiendo cómo se sintieron los niños(as) y expresándoles gratitud por su colaboración. De ser posible aprovechar el espacio para hablar sobre el tema, brindando elementos de prevención y autocuidado frente a la violencia física y sexual intrafamiliar. Asimismo, explorar aspectos que no se abordaron I y que la persona responsable de aplicar la batería los considera complementarios para la detección.

Tarjetas



Preguntas de la batería mi familia y yo.

QUÉ:

1. ¿Qué se imaginan que está pasando?
2. ¿Qué están haciendo?
3. Imaginemos ¿de qué están hablando?
4. ¿Qué estarán pensando?
5. Ustedes ¿han vivido algo similar?
6. ¿Conocen a alguien que le haya sucedido lo mismo?

DONDE:

1. ¿En qué sitio están?
2. ¿En cuáles otros lugares puede suceder lo mismo?

CUÁNDO:

1. ¿Cuándo está sucediendo?, ¿a qué horas?
2. ¿Haciendo qué? ¿Cuándo llegan del jardín o colegio?
3. ¿Cuándo se bañan, se visten, se acuestan?
4. ¿Cuándo no cumplen con las exigencias de sus familiares?
5. ¿Cuándo están solos/as o acompañados/as?

CÓMO:

1. ¿Cómo se sienten cuando suceden estos hechos?
2. ¿Cómo empiezan?
3. ¿Cómo piensan que podemos hacer para que esto no se repita (evento negativo) o para que se repita (evento positivo)?
4. ¿Cómo se sienten frente a esa(s) persona(s)?

QUIÉN:

1. ¿Quién(es) lo hace(n)?
2. ¿Son personas conocidas/os?
3. ¿Cuando esto sucede a quién le cuentan?
4. ¿A quién conocen en esta situación

Anexo N°3

TEST DE TOLOUSE PIERÓN

Antecedentes

Para eliminar los efectos de una mayor o menor familiaridad con la lectura, Toulouse y Piéron propusieron en 1904 una prueba de atención utilizando elementos gráficos. Se trata de pequeños cuadrados, de dos milímetros de lado, con guiones que los orientan.

Áreas que evalúa el test

- Mide los niveles de atención en una persona, y la capacidad de concentración a lo largo de una tarea.
- Explora atención visual concentrad a través del señalamiento de figuras conforme a una muestra

Año de publicación

1986, TEA. Ediciones, S.A. (Madrid)

Análisis psicométrico

La adaptación psicométrica de la prueba ha sido llevada a cabo en 1504 niños y niñas de 9 a 11 años de edad, estudiantes de cuarto a sexto grado de educación primaria de instituciones educativas estatales y no estatales.

Confiabilidad

La confiabilidad del instrumento se estableció a través del método test- re test, en una sub muestra de alumnas y alumnos de cuarto, quinto y sexto de primaria, obteniendo una valor de 0.82 que permite señalar que los puntajes obtenidos son conscientes. Asimismo, con el total de participantes se estableció la confiabilidad con el método de consistencia interna, utilizando el alfa de cron Bach, obteniéndose un valor de 0,89 lo cual indica que es un método confiable.

La validez de Toulouse

Pierón se estudió a través del análisis factorial exploratorio con el método ortogonal de rotación de factores VARIMAX, los resultados mostraron que la prueba está conformado por tres factores (rapidez perceptiva, atención continuada y resistencia a la fatiga), que dan un valor de varianza explicada de 58.09 % que permite afirmar que el instrumento es válido.

Aplicación

Es una prueba colectiva ad ministrable a sujetos de edades comprendidas entre 9 años y la edad adulta**.** Está constituido por 289 cuadrados que exhiben una aguja en distintas posiciones**.**

Tiempo: 10 minutos.

Calificación: 1 punto por cada respuesta correcta.

Forma de calificación

Se calcula de la siguiente formula:

La prueba ofrece como resultado una puntuación directa, que se obtiene restando al número total de aciertos la suma de errores y omisiones. Para obtener el total de aciertos y omisiones, se realiza un proceso de conteo junto a una plantilla elaborada con esa finalidad. La puntuación directa final se busca luego en la tabla correspondiente a escolares o adultos. Para interpretar esta puntuación, se toma en cuenta que cada puntuación corresponde a un centil que indica el porcentaje de sujetos que se encuentran por debajo del sujeto que ha completado la prueba.

IGAP= A- (E+O)

Aciertos (A): número de ítems marcados por el evaluad**o** que era iguales a los modelos proporcionados.

Errores (E): número de ítems marcados por el evaluado que no eran iguales a los modelos proporcionados.

Omisiones(O): número de ítems correctos que el evaluado no ha marcado hasta su última respuesta dada.

PUNTUACIÓN

61 - 70 Hipoproxecia. Poca capacidad atentiva.

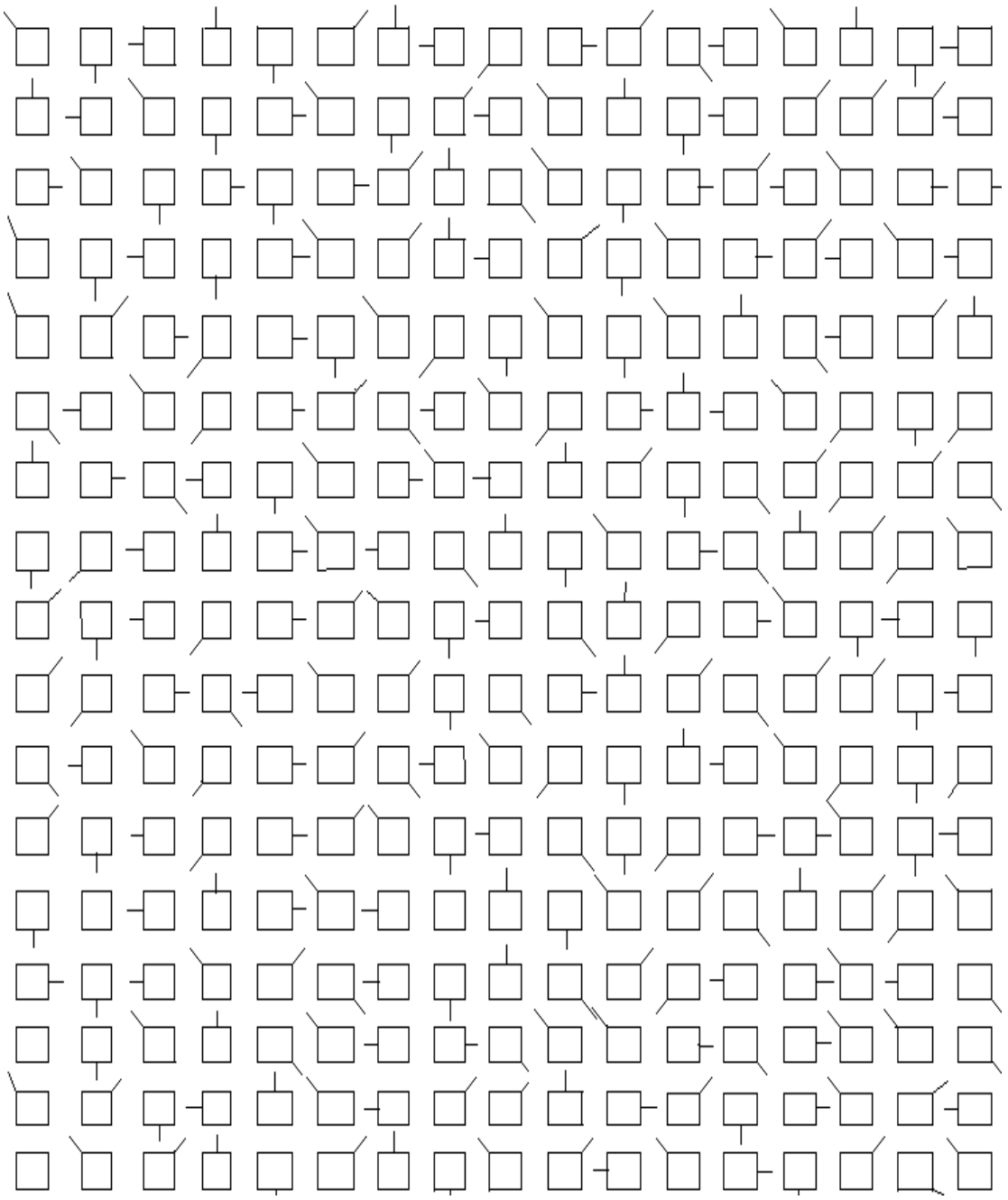
Menos 60 Aproxecia. Sin atención.

71 - 80 Atención normal.

81.160 Excelente

Puntaje_____ Porcentil_____ Rango_____ Diagnóstico_____

_____	_____	_____	_____	___	_____	___
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Grado o Curso	Años	Mes	Día



TEST DE TOLOUSE

PUNTAJE	PERCENTIL	RANGO	DIAGNOSTICO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	GRADO O CURSO	AÑOS	MESES	DÍAS

PRUEBA DE ATENCIÓN

"TOLOUSE" BAREMO

EDAD CRONOLÓGICA EN AÑOS Y MESES

	Años -	Años –Meses	Años - Meses	Años - Meses	Años - Meses	**1**
	11 6 a 12 5	12 6 a 13 5	13 6 a 14 5	14 6 a 15 5	15 6 u 20 5	
100	96 o +	101 o +	106 o +	111 0 +	116 o +	100
95	91 -95	96- 100	101 - 105	106- 110	111-115	95
90	86-90	91 -95	*96*- 100	101 - 105	106-110	90
35	81 -85	86-90	91 -95	96-100	101 -105	35

80	76-80	81-85	86-90	91-95	96-100	80
15	71-75	76-80	81-*85*	*86-90*	91-95	75
70	66-70	71-75	76-80	81-85	86-90	70
65	61-65	66-70	71-75	76-80	81-85	65
60	*56 - 60*	61-*65*	66-70	71-75	76-80	*60*
55	*51-55*	56-60	6i–65	66-70	71-75	*55*
50	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	50
45	41-45	46-50	51-55	*56*-60	61-65	45
40	36-40	41-*45*	46-50	51-55	*56 - 60*	*40*
35	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	*35*
30	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	30
25	21-25	26-30	31-*35*	36-40	*41*-45	*25*
20	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	20
15	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	15
10	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	10
5	5	6-JO	11–15	16-20	21-25	5
1	4	5	6-10	11-15	16-20	1
0	3o-	4o-	5o-	10o-	15o-	0

ANEXO # 4

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS NINOS

Estimado estudiante; en calidad de egresada de la carrera de Psicología Clínica del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja me encuentro interesada de realizar mi tesis de Psicóloga Clínica para lo cual solicito a usted de la manera más comedida responda en siguiente encuesta cuyas respuestas quedaran en absoluta reserva por ser de carácter anónimo.

Sexo……. Edad……
Grado……

Marca con una x la opción que creas conveniente.

1. En tu familia, tus padres: Consumen alcohol. Si ( ) no ( ) En caso de responder sí. Cual, madre ( ) padre ( )

   a) Discuten frente a usted o se agreden físicamente.
   Si ( ) no ( ) algunas veces ( ) nunca ( )

   b) tus padres sufren de alguna enfermedad. Si ( ) no ( )
   Cual _____

   c) Vives con tus dos padres. Si ( ) no ( )

   d) Vives solo con tu madre ( ) o solo con tu padre. ( )
   Otros_____

2. Tus padres tienen un trabajo estable. Si ( ) no ( ) Cual

a) Tu vivienda es:

Propia. ( ) Rentada ( )

b) Los ingresos económicos de tus padres, satisfacen las necesidades alimentación, vivienda, transporte y vestimenta, etc. si ( ) no ( ).

3. Su rendimiento escolar es: Regular ( ) Bueno ( ) Muy bueno ( ) Sobresaliente ( )

a) Tus padres visitan a tu profesora para saber cómo están tus calificaciones. Si ( ) No ( ) algunas veces ( ) nunca ( )

4. Conducta y emociones.
   a) Alguna vez has agredido o insultado a tu compañero o amigo. Si ( ) no ( ) algunas veces ( ) nunca ( )

   b) Alguna vez, te has sentido o te sientes triste, lloras, no quieres asistir a clases, no tienes apetito.

Si ( ) no ( ) algunas veces ( ) nunca ( ).

Porque_____

   c) Te consideras un niño: Triste ( ) tímido ( ) resentido ( ) alegre ( )

   d) Tienes varios amigos: Si ( ) no ( )

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

INDICE DE CONTENIDOS

CERTIFICACIÓN ..... **¡Error! Marcador no definido.**
AUTORÍA iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN ..... **¡Error! Marcador no definido.**
DEDICATORIA v
AGRADECIMIENTO vi
a. TÍTULO 1
b. RESUMEN 2
SUMMARY 3
c. INTRODUCCIÓN 4
d. REVISIÓN DE LITERATURA 8
1. MALTRATO INFANTIL 8
1.1 Definición 8
1.2 Causas del maltrato infantil 8
1.3 Consecuencias del maltratado infantil 10
1.4 Clasificación de los tipos de maltrato infantil 11
1.4.1 Maltrato físico 12
1.4.1.1 Lesiones cutáneas mucosas 12
1.4.1.2 Quemaduras 12
1.4.1.3 Alopecias traumáticas 12
1.4.1.4 Mordeduras 12
1.4.1.5 Lesiones osteo-articulares: 12
1.4.2 Abuso sexual 13
1.4.3 Negligencia psíquica 13
1.5 Otros tipos de violencia infantil 13
1.5.1 Síndrome de Munchusen por poderes 13
1.5.2 Explotación sexual 14
1.5.3 Maltrato prenatal 14
1.5.4 Explotación laboral 14
2. FUNCIONES MENTALES SUPERIORES 15
2.1 La atención 16
2.1.1 Definición 16

2.2 Neurofisiología de la atención....16
2.3 Características de la atención....17
2.3.1 Amplitud....17
2.3.2 Actividad....17
2.3.3 Selectividad....18
2.3.4 Intensidad....18
2.3.5 Control....18
2.4 Etiología de los trastornos de la atención....18
2.5 Psicopatología de la atención:....19
2.5.1 Aprosexia:....19
2.5.2 Hipoprosexia....20
2.5.3 Hipoprosexia....21
2.5.4 Hipermetamorfosis:....21
2.6 Relación entre maltrato infantil e hipoprosexia....22
3. Definición de la Concentración....23
3.1 Trastornos de la concentración....23
3.1.1 Concentración disminuida....23
e. MATERIALES Y MÉTODOS....24
f. RESULTADOS....27
Tabla Nº 1....27
Análisis e interpretación....28
Tabla N°2....29
Análisis e interpretación.....30
Tabla N°3....31
Análisis e interpretación....32
g. DISCUSIÓN....33
h. CONCLUSIONES....37
i. RECOMENDACIONES....38
j. BIBLIOGRAFÍA....39
k. ANEXOS....41
Anexo N°1:....41
PLAN DE PSICOEDUCACIÓN....41
Anexo N°2:....53

MI FAMILIA Y YO.....53
Anexo N°3.....60
TEST DE TOLOUSE PIERÓN 60
ANEXO # 4.....66
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS NINOS 66