UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO:

MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VICTIMAS DE VIOLENCIA FÍSICA Y PSICOLÓGICA QUE ASISTEN AL CONSEJO CANTONAL DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA SHUSHUFINDI, PERIODO MAYO – OCTUBRE DEL 2012

Tesis previa a la obtención del título de Psicóloga Clínica

Autora: Jenny Fernanda Bermeo García.

Director: Psc.Cl. Luis Fernando Sarmiento

Loja-Ecuador
2013

CERTIFICACIÓN

Psc. Luis Fernando Sarmiento Lemus

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA DEL AREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICA:

Que el trabajo de investigación de tesis titulado: MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VICTIMAS DE VIOLENCIA FÍSICA Y PSICOLÓGICA QUE ASISTEN AL CONSEJO CANTONAL DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA SHUSHUFINDI, PERIODO MAYO – OCTUBRE DEL 2012.", realizado por la egresada Jenny Fernanda Bermeo García ha sido elaborado bajo mi dirección, el mismo que se encuentra dentro de los procedimientos legales que exige la institución.

Por lo que autorizo su presentación ante el organismo competente, para que dé el trámite correspondiente.

Loja, Noviembre del 2013

Psc. Luis Fernando Sarmiento

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Jenny Fernanda Bermeo García, declaro ser la 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.

Autora: Jenny Fernanda Bermeo García

Firma:

Cédula: 1104708134

Fecha: Noviembre del 2013

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DE LOS AUTORES, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO

Yo **Jenny Fernanda Bermeo García,** declaro ser la autora de la tesis titulada**: MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VICTIMAS DE VIOLENCIA FÍSICA Y PSICOLÓGICA QUE ASISTEN AL CONSEJO CANTONAL DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA SHUSHUFINDI, PERIODO MAYO – OCTUBRE DEL 2012,** como requisito para optar el grado de **PSICÓLOGA CLÍNICA;** 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:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 25 días del mes de Noviembre de dos mil trece, firma la autora.

FIRMA:

AUTORA: Jenny Fernanda Bermeo García
CÉDULA: 1104708134
DIRECCIÓN: Barrio esteban Godoy, Av. Tiwintza y Milton Patiño
CORREO ELECTRÓNICO: jennyferbermeo_1987@hotmail.com.ar
TELÉFONO: 2545369

DATOS COMPLEMENTARIOS

DIRECTOR DE TESIS: Psc. Luis Fernando Sarmiento

TRIBUNAL DE GRADO: Dra. Mayra Rivas (Presidenta)
Dra. Verónica Vélez
Dra. Lupe Machado

DEDICATORIA

Especialmente a DIOS y la VIRGEN DE EL CISNE por permitir que personas únicas lleguen a formar parte de mi existencia.

Para mis amores: Amy y Carlitos mis hijos y Carlos mi esposo por su comprensión y apoyo incondicional.

A mis padres: Bolívar y Sonia, por darme su máximo esfuerzo durante toda su vida para formarme como una persona llena de valores que con su amor, paciencia y esperanza supieron guiarme por el camino del bien.

A mis hermanos, expresándoles que el éxito siempre llega con sacrificio.

A mi familia y verdaderos amigos que hicieron lo posible por verme cumplir una de mis principales metas.

Con inmenso y renovado cariño:

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Loja, por haberme formado académica y científicamente como un ente critico y productivo para la sociedad, a los docentes de la carrera de Psicología Clínica quienes durante mi período de formación impartieron con generosidad y exigencia valiosos conocimientos y experiencias en el campo de la Psicología. De manera especial agradezco al Dr. Luis Fernando Sarmiento Lemus por haber asumido con absoluta responsabilidad su rol de Director de este trabajo investigativo; así mismo a las Psc.Cl. Sarita Ayora C, Mayra Medina A, Psc. Efraín Muñoz y a la Dra. Esther Cevallos por colaborar con su asesoría, orientación y conocimientos para el fortalecimiento de este estudio investigativo.

Mis sinceros agradecimientos para el personal administrativo así como para los Niños y Adolescentes que asisten al Consejo Cantonal de Niñez y Adolescencia de Shushufindi Institución que me brindó la oportunidad de realizar la presente investigación, de manera especial a la Doctora Gladys Castro, quien me brindó su apoyo y con sus conocimientos y experiencias ha contribuido para la realización del presente trabajo investigativo.

1. TEMA

“MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VICTIMAS DE VIOLENCIA FÍSICA Y PSICOLÓGICA QUE ASISTEN AL CONSEJO CANTONAL DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA SHUSHUFINDI, PERIODO MAYO – OCTUBRE DEL 2012.”

2. RESUMEN

La violencia constituye un problema de salud y un importante factor de riesgo psicosocial, debido a la magnitud del daño que provoca en todas las dimensiones de la vida e incluso en la integralidad de sus derechos humanos. Por lo antes mencionado se desarrolló el estudio investigativo en el Consejo Cantonal de Niñez y Adolescencia de la provincia de Shushufindi, durante el período Mayo - Octubre del 2012, en el que se estudió 200 casos de niños, niñas y adolescentes que se reportaron como víctimas de Violencia. El estudio se realizó con el objetivo de *Diseñar un Modelo de Intervención psicológica para niños, niñas y adolescentes violentados física y psicológicamente. Los instrumentos utilizados fueron* la Ficha de Observación, Historia Clínica Psicológica, Cuestionario de Rosita y Roberto y de la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia para rasgos de Personalidad. Al Concluir el estudio investigativo se determinó que la violencia física y psicológica fue la más frecuente, los factores de riesgo identificados fueron la desestructuración Familiar, déficits en la comunicación, pautas rígidas de crianza y antecedentes de enfermedad mental y somática. En cuanto al perfil de la víctima se identificó: concepto pobre de sí mismo, ansiedad, temor y relaciones interpersonales deficientes.

PALABRAS CLAVES: *VIOLENCIA FISICA Y PSICOLOGICA, INTERVENCIÓN PSICOLOGICA.*

SUMARY

Violence is a health problem and an important psychosocial risk factor, due to the amount of damage it causes in all dimensions of life and even the integrity of their human rights. By the above research study was developed in the Cantonal Council of Childhood and Adolescence Shushufindi Province during the period from May to October of 2012, in which we studied 200 cases of children and adolescents who were reported as victims Violence. The study was conducted in order to design a psychological intervention model for children and teens physically and psychologically violated. The instruments used were the Observation Form, Interview Psychology (Clinical Psychology History), Rosita and Roberto Questionnaire and Personality traits SEAPSI for. To conclude the research study found that physical and psychological violence was the most frequent risk factors identified were the Family breakdown, deficits in communication, parenting rigid guidelines and a history of mental illness and somatic. The profile of the victim was identified: poor self-concept, anxiety, fear, and poor interpersonal relationships. As for the perpetrator, mostly the aggressor was the mother, the father followed impulsive traits, antisocial and anankastic.

KEY WORDS: VIOLENCE, CHILDREN AND TEENS, PSYCHOLOGICAL INTERVENTION.

3. INTRODUCCIÓN

La violencia es un fenómeno que abarca cualquier tipo de comportamiento agresivo o insultante susceptible de causar daño o molestias físicas o psicológicas a sus víctimas. Los casos de *violencia física y psicológica* son los más frecuentes y afectan principalmente a grupos sociales en situaciones de vulnerabilidad tales como *Hombres, Mujeres, niños, niñas, adolescentes, ancianos, personas con discapacidad, aunque también se* habla de la *violencia de tipo sexual* que se da en un marco de relaciones de poder asimétricas de los cuales son muy pocos los casos que han sido denunciados, los demás se mantienen en impunidad ya sea por temor de lo que pueda pasar con ellos y sus familiares o también por vergüenza.

"En Europa, Estados Unidos y Canadá los índices de violencia son inferiores en relación a la mayoría de países de América Latina puesto que la intensidad de la violencia en estos países es mayor en cuanto a conflictos territoriales, evolución y el impacto de los homicidios o atentados contra la vida". Según el Observatorio de Derechos de la Niñez y Adolescencia, en la República del Salvador los estudios de percepción y opinión realizados a niños, niñas y adolescentes desde la edad escolar, coinciden en que 4 de cada 10 niños han recibido maltrato de parte de sus profesores y familiares; el **maltrato infantil** tiene una amplia gama de expresiones e intensidad con actitudes que van desde la descalificación personal hasta delitos como el

abuso sexual, todas son formas de conducta difíciles de cambiar en los individuos.

“En Ecuador, como en otros países del mundo, la violencia física y psicológica es la más frecuente y puede estar presente en el derecho de los padres y madres a educar a sus hijas e hijos, a este tipo de violencia se incluye la denominada *violencia Intra-familiar* como parte de la violencia que se vive en el hogar. Sin embargo la violencia sexual aparece recurrentemente en todos los espacios de socialización (amigas, vecinas o familiares), donde prima el mantenimiento del silencio sobre los hechos y la consecuente impunidad de los perpetradores”.[1] La violencia contra niños, niñas y adolescentes en sus diferentes manifestaciones, es un problema que tiene que ver con múltiples sectores como la salud, educación, la legislación, la economía, con el desarrollo, pero sobre todo con los derechos humanos.

Por lo antes Mencionado se desarrolló el presente estudio investigativo en el Consejo Cantonal de Niñez y Adolescencia Shushufindi, durante el periodo Mayo - Octubre del 2012, con 200 casos de niños, niñas y adolescentes que reportaron haber sido víctimas de violencia física, psicológica o sexual. El objetivo del estudio principalmente fue *Desarrollar un Modelo de Intervención psicológica para niños, niñas y adolescentes violentados física y psicológica* para lo cual fue necesario *describir los factores de riesgo que predisponen* a las víctimas de violencia, *determinar los tipos de violencia* que prevalecen en

[1] ODNA. (2010) Los niños y niñas del Ecuador a inicios del siglo XXI.

la población investigada e identificar el perfil psicológico de la víctima y del victimario.

Posteriormente se recopilo información bibliográfica, la misma que fue distribuida en **DOS** capítulos el primero denominado ***Desarrollo del niño y del Adolescente*** en los que se estudia el proceso psico-evolutivo del niño desde la etapa prenatal, natal, y postnatal hasta cada uno de los cambios físicos y psicológicos que se presentan en los adolescentes y que interfieren en el desarrollo de la personalidad. En el segundo capítulo denominado ***Violencia***, se estudió la conducta agresiva, los diferentes tipos de violencia y el perfil psico-social de la víctima y victimario, y el tercero denominado **Intervención Psicológica en menores víctimas de Violencia,** el cual abarca los principios básicos de toda intervención en víctimas de violencia.

Concluido el estudio investigativo y dando cumplimiento a los objetivos planteados se determinó mediante la aplicación de la Historia Clínica Psicológica que *la desestructuración Familiar, los déficits en la comunicación, antecedentes de enfermedad mental y somática,* son los principales factores de riesgo para la violencia; de igual manera a través de la Historia Clínica *se determinó que el tipo de Violencia más frecuentes es la física y psicológica.* De esta manera para determinar las características que forman parte del perfil de la víctima se utilizó *la entrevista semi-estructurada* Rosita y Roberto en la que se identifico pobre concepto de sí mismo, actitudes de temor, miedo, ansiedad y dificultades en el establecimiento de

relaciones interpersonales en los evaluados. En cuanto al victimario los rasgos de personalidad identificados fueron, Disocial y Anáncastico, mediante la Escala de Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia (SEAPSI).

En base a los resultados encontrados se recomienda la ejecución del modelo de intervención psicológica el mismo que ha sido diseñado y desarrollado de acuerdo a las características de la población investigada; de igual manera es preciso que las instituciones públicas del Cantón Shushufindi continúen con las actividades de prevención de la Violencia que han desarrollado y que extiendan su labor a la protección de grupos vulnerables, así como propicie la creación de redes de Apoyo y Asistencia a las familias de las víctimas.

4. REVISIÓN LITERARIA

DESARROLLO DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

DESARROLLO PRENATAL, NATAL Y POSTNATAL

DESARROLLO DEL NIÑO

Autoestima

El auto-concepto implica un proceso de construcción y elaboración del conocimiento de uno mismo que se prolonga durante los años de la infancia y de la adolescencia, es un producto psicológico que unas veces se acompaña de un signo positivo y otras de uno negativo

ADOLESCENCIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la ***adolescencia*** como la "etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, en cada etapa se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico que dan lugar a cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad".[2]

[2] SHAFFER D. (2000). *Psicología Del Desarrollo Infancia y Adolescencia*; México, Editorial International Thomson, ISBN 9706860150, 9789706860156 pp. 48-56.

CAMBIOS DURANTE LA ADOLESCENCIA

CAMBIOS PSICOLÓGICOS

Identidad

"En esta etapa los adolescentes suelen sentirse inseguros y buscan identificarse con alguien que por lo general son personajes que no pertenecen a la familia inmediata"[3], pueden ser personas a las que ellos admiran adoptan gesticulaciones y preferencias de un ídolo histórico o del mundo de los espectáculos, trata de tomar prestados fragmentos de lo que constituirán su identidad.

Independencia

La independencia se puede definir como la toma de decisiones propias y la capacidad de actuar sobre la base de procesos de pensamiento y criterio también propios. Parte del proceso de desarrollo de los adolescentes es aprender a resolver sus problemas sin intervención externa.

---

[3] Papalia, Diane y Sally Olds (1992), *"El mundo del niño; perspectivas sobre el desarrollo del niño", en Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia*, México, Ed. McGraw-Hill. pp. 76-86.

Necesidad de pertenencia

El mundo de la adolescencia va unido a actividades de riesgo e inseguridad para la integridad física. Los problemas en seguridad del adolescente se desprenden del aumento de la fortaleza y la agilidad que se pueden desarrollar antes de que se adquieran las destrezas para tomar decisiones óptimas.

Comportamiento

"Los adolescentes sufren cambios rápidos y súbitos a nivel físico, a esto hay que añadir el desarrollo de las características de conciencia propia, sensibilidad y preocupación sobre los propios cambios corporales; a la vez que se presentan comparaciones angustiosas entre sí mismo y los compañeros".[4]

Desarrollo Moral

Aunque la moralidad es asunto social y cultural, también hay una evolución en el niño y adolescente en términos de su capacidad para el razonamiento moral. Es así que "un adolescente tiende a pensar de modo menos convencional, es decir ahora piensa menos en términos tan concretos y

[4] SARAFINO E. P; Armstrong J. W; (1988) *Desarrollo del Niño y del Adolescente*. México, Editorial Trillas, S.A.C. de C.V. pp. 45- 56

simplistas, y es capaz de pensar en la intensión y en las circunstancias atenuantes y está más interesado en principios y valores morales”[5].

Erotismo y Sexualidad

El interés por la sexualidad y los deseos sexuales no aparecen por primera vez en la adolescencia como se pensaba, sin embargo “en la adolescencia y en gran parte debido a la maduración sexual y la producción de hormonas sexuales el adolescente tiene mayor interés en los temas eróticos y sexuales”[6], curiosidad por descubrir información y deseos sexuales mucho más prominentes que antes.

VIOLENCIA

Definición

Violencia Infanto Juvenil.- El maltrato hacia niñas/os y adolescentes es una de las formas de relación abusiva que caracteriza de modo permanente o cíclico el vínculo intrafamiliar; denominándose relación de abuso a toda conducta ejecutada por una persona de poder que por acción u omisión, ocasiona daño físico y/o psíquico a un menor dentro del grupo familiar o social.

---

[5]SARAFINO E. P; Armstrong J. W; (1988) *Desarrollo del Niño y del Adolescente*. México, Editorial Trillas, S.A.C. de C.V. p. 45-54

[6] SARAFINO E. P; Armstrong J. W; (1988) *Desarrollo del Niño y del Adolescente*. México, Editorial Trillas, S.A.C. de C.V. p. 48-56

El Consejo de Europa el IV Coloquio de criminología considera al “maltrato infantil” como “Todo acto y de carencias que turban gravemente al/a niño/a, atentan contra su integridad corporal, su desarrollo físico, afectivo, intelectual y moral, y cuyas manifestaciones son el descuido y/o lesiones de orden físico y/o psíquico y/o sexual, por parte de un familiar u otras personas que cuidan al niño”[7].

TIPOS DE VIOLENCIA

La violencia física infantil-adolescente

“La ***violencia física*** se expresa en maltrato físico con golpes con diferentes objetos, bejucos, fajas, cables, patadas, con alambres de púas este tipo de castigo físico es ejercido más hacia los niños que hacia las niñas”[8].

Diversos estudios demuestran la influencia de los factores culturales en la aplicación del castigo físico hacia los niños, las niñas y adolescentes, esta tendencia tiene algunas características importantes de destacar:

[7] Santonini C, Barilari S, Lombardi G (2007), *Una herramienta de orientación para la asistencia y prevención de la violencia domestica y el maltrato Infanto-Juvenil*. Argentina, Publicado por DGMuj gobBsAs. Pp. 8-9.

[8] Pinheiro P.S. (2006) *La violencia contra niños, niñas y adolescentes Recuperado de: www.unicef.org/lac/Estudio_**violencia**(1).pdf*

- ✓ Los métodos y prácticas de crianza señalan diferencias en cuanto a la frecuencia, severidad, formas y ocasiones en que se aplica el castigo físico aplicado por los padres a sus hijos e hijas.
- ✓ El castigo físico está relacionado con la idea de que, al producir sufrimiento, los niños y las niñas aprenderán la lección que se quiere ofrecer. Así el castigo físico está legitimado como una forma de aprendizaje.
- ✓ Los límites entre el castigo físico y el maltrato, no son del todo claros y dependerá en mucho de "la conciencia" que tengan los padres, o las personas encargadas de velar por el cuido de la población.

La violencia psicológica infantil-adolescente

"La violencia psicológica es más difícil de identificar puesto que no deja marcas visibles y se expresa en gritos, amenazas, insultos, humillación con el propósito de someter y aterrorizar".[9] Las víctimas declaran que la violencia psicológica permanente, que significa torturas emotivas constantes y una vida basada en el terror, resulta a menudo más insoportable que la brutalidad física y de hecho crea una tensión mental que se traduce en una elevada incidencia de suicidios e intentos de suicidio en muchos niños, niñas y adolescentes.

[9] San Martin J. (2008) *Violencia contra los niños*. España, Editorial Ariel; ISBN: 84-344-7485-7. p. 53-24

ASPECTOS BÁSICOS DEL PERFIL INFANTIL-ADOLESCENTE DE LA VICTIMA

Personalidad de la víctima

"Personalidad insegura.- Son personas que se muestran débiles, inseguras, ansiosas, tranquilas y con un bajo nivel de autoestima, la opinión que ellos llegan a tener de sí mismo y de su contexto es muy negativa.

Baja autoestima.- Puede desembocar en fracasos y dificultades escolares, niveles altos y continuos de ansiedad, fobia a ir al colegio, en definitiva conformación de una personalidad insegura e insana para el desarrollo correcto integral de la persona (Menéndez I., 2004).

Alto nivel de ansiedad. - El estado de ansiedad se manifiesta como: preocupaciones, angustias, intranquilidad e incluso cuadros depresivos.

Débiles y Sumisos.- Se muestran intimidados y sumisos, ante cualquier situación que para él sea incontrolable, son por lo general introvertidos y

tímidos, presentando dificultades de relación y de habilidades sociales, lo que incide en que tengan pocos amigos, estando generalmente solo”[10].

PERFIL DEL AGRESOR

El rasgo distintivo es la ***agresividad*** puesto que estos demuestran una actitud positiva hacia la violencia, manifestándose de forma violenta con más asiduidad que sus iguales**.**

Personalidad del Agresor.

- ✓ ***“Agresivo y fuerte impulsividad***.- Son las personas que ofenden ó provocan a los demás, que implican provocación ó ataques y al mismo tiempo se deja llevar por la emotividad del momento.
- ✓ ***Poco control de la ira.-*** *E*s cuando ante situaciones de tensión el sujeto puede llegar a perder el control en su comportamiento pudiendo inclusive llegar a la agresión de la persona o personas, que se piensa pueden ser causantes o responsables de la situación.
- ✓ ***Percepción errónea de la intencionalidad de los demás.-*** Es la persona que siempre se muestra a la defensiva, siempre cree que otras personas lo están agrediendo y suele exhibirse como víctima para excusar su propia conducta.

[10] San Martin J. (2004) *El laberinto de la Violencia*; España, Editorial Ariel; ISBN: 84-344-7475-8. p. 83-85

- ✓ ***Autosuficiente, jactanciosos.***- Se define como una persona que actúa con suficiencia presunción, engreimiento, se muestran fanfarrones y arrogantes, ante cualquier situación creyendo que nunca necesitan ayuda"[11].
- ✓ ***"Capacidad exculpatoria.***- Sin sentimiento de culpabilidad (el otro se lo merece). Son personas que se la pasan divulgando sus actitudes agresivas contra otros sin ningún remordimiento de conciencia, son incapaces de darse cuenta que le están haciendo daño a otros.
- ✓ Bajo nivel de resistencia a la frustración.
- ✓ ***Escasamente reflexivo/a ó hiperactivo.-*** *S*e muestran inquietos, impulsivos, con falta de atención, agresivos y desobedientes, con frecuencia están distraídos, no pareciendo escuchar cuando se le habla, no saben jugar solos y las relaciones con sus compañeros se caracterizan por peleas y discusiones.
- ✓ ***Incapacidad para aceptar normas y convenciones negociadas***.- Las personas agresivas no admiten perder, no son capaces de seguir las reglas y normas; su problema le hace que no sepa mantener la disciplina en clase y esto hace que sean rechazado por sus compañeros.
- ✓ ***Déficit en habilidades sociales y resolución de conflictos.-*** La relación con sus compañeros no es buena, lo rechazan, por las diferentes actitudes que manifiestan ante el grupo (agresividad,

[11] SANMARTÍN J. (2004) E*l laberinto de la violencia*. España, Editorial Ariel. ISBN- 8-3444-7475-1, pp. 242-247.

impulsividad…), nunca están dispuesto a una solución de un problema”[12].

Intervención Psicológica en Víctimas de Violencia

Generalidades

La intervención con menores víctimas de violencia física y psicológica requiere un abordaje especializado que cubra las necesidades de los menores en la infancia y adolescencia siguiendo un enfoque integral de las principales áreas de desarrollo como la física, psicológica, educativa, social que son las que más se ven afectadas en esta etapa.

De esta manera es importante conocer que todo abordaje de intervención debe ser personalizado, tanto con los y las menores víctimas como con sus familias y que las claves para la intervención con menores van encaminadas a la utilización de técnicas y fichas explicativas que faciliten el manejo de las secuelas emocionales en cada paciente.

[12]SANMARTÍN J. (2004) *El laberinto de la violencia*. España, Editorial Ariel. ISBN- 8-3444-7475-1 pp. 242-249.

Modelo de Intervención

Definición

"Se trata de un acercamiento estructurado en sesiones que sigue una línea coherente con el proceso de recuperación de las secuelas de violencia en niños y niñas, el cuál es paralelo con la rehabilitación del agresor que en algunos casos es la familia. En la intervención en víctimas de violencia se debe entender que hay dos tipos de intervención" [13]

- ***Directa***: Aquella que intervendrá sobre las secuelas propiamente dichas en cada sujeto.
- ***Indirecta:*** Se trabajará con la Familia como precursora y facilitadora de la intervención realizada con cada menor, facilitándole pautas y construyendo nuevamente el vínculo que se ha deteriorado en la relación parental.

Objetivos de Programas de Intervención

Entre los objetivos que se plantean los programas de intervención con menores víctimas de violencia de género, se encuentran:

[13] Servicio de Coordinación del Sistema Integral contra la Violencia de Género. (2012) *Guía De Intervención Con Menores Víctimas De Violencia De Género, España. Editorial;* Instituto Canario de Igualdad. Disponible en: www.gobiernodecanarias.org.

- ✓ Vivenciación de los episodios de violencia, mediante la canalización emocional o Regulación emocional.
- ✓ Alfabetización emocional y conductual: identificación de emociones propias y ajenas, así como el impacto de sus creencias sobre sus actitudes y conductas.
- ✓ Estrategias de autoprotección y seguridad personal.
- ✓ Fortalecimiento del autoconocimiento, autoconcepto, autoimagen y autoestima.
- ✓ Conocimiento de los derechos de la infancia. Reconocimiento por parte del/a menor de los derechos que están siendo vulnerados o han sido vulnerados.
- ✓ Aprendizaje de estrategias de resolución de conflictos de manera no violenta, mediante el desarrollo de Habilidades sociales y de comunicación.
- ✓ Reestructuración de los valores y creencias asociados a la violencia.

Técnicas de intervención

La programación de técnicas y contenidos que atañen a las secuelas que presentan menores y sus familias utilizan una metodología de trabajo donde prima lo cognitivo-conductual que necesita incorporar técnicas de otros ámbitos como:

- ✓ Técnicas cognitivo-conductuales
- ✓ Terapia de juego directiva/no directiva
- ✓ Terapia narrativa
- ✓ Terapia con caja de arena (sandplay)
- ✓ Arteterapia/musicoterapia
- ✓ Psicomotricidad relacional

Para poder desarrollar estas técnicas debe haber espacios que faciliten que cada menor esté cómodo en un ambiente donde va a poder sentirse seguro, donde va a pasar mucho tiempo y debe estar adaptado para que los niños y niñas puedan expresarse abiertamente. “Es por ello que el espacio debe ser amplio, tener contenidos y materiales infanto-juveniles, colchonetas, cojines, pelotas, churros de psicomotricidad, telas, cajas de cartón, papel de periódico”.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación es de tipo social científico con enfoque cuanti-cualitativo, ***Descriptiva y Transversal*** que permite conocer la problemática planteada sobre la violencia física y psicológica de los casos que asisten al consejo cantonal de niñez y adolescencia Shushufindi para lo cual se aplica el método ***inductivo*** *y* ***deductivo;*** *para* conocer la realidad del problema a investigar analizando diferentes fuentes bibliográficas del tema planteado. Para el desarrollo del presente estudio investigativo se utilizaron las siguientes Técnicas:

1*.- La Observación Clínica Psicológica.-* *Una e*strategia científica mediante la cual se busca registrar comportamientos, emitidos por los sujeto/s a investigados de acuerdo a los distintos niveles de complejidad.

Esta técnica se aplicó a 200 niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia que asistieron al Concejo Cantonal de Niñez y Adolescencia de Shushufindi, durante el Periodo Mayo – Octubre 2012, para lo cual se registro información siguiendo un protocolo sencillo que permitió identificar comportamientos y actitudes ante situaciones naturales o artificiales en los investigados.

2.- Historia Clínica Psicológica.- Es Un instrumento de evaluación que permite conseguir información y facilita el proceso de Psicodiagnostico y la intervención psicológica. Mediante la aplicación de la Historia Clínica a los

niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia que asisten al consejo cantonal de Shushufindi se recopilo información sobre las distintas etapas del desarrollo humano, rasgos de personalidad, habilidades, competencias y dinámica familiar del investigado.

3.- ***Entrevista Infantil (Rosita Y Roberto).-*** Es un Test proyectivo diseñado por ***Hernán Montenegro y María Teresa Lira*** que pretende averiguar mediante las respuestas que entregue el niño la percepción que tiene hacia sí mismo, su contexto escolar, sus relaciones sociales e intrafamiliares y su enfrentamiento a diversas situaciones, dependiendo de la situación, características del niño, o del problema que se quiera investigar. Este instrumento se aplicó a los 200 sujetos propuestos para el desarrollo de la investigación.

4. ***Cuestionario de Rasgos de Personalidad de la Sociedad Ecuatoriana de Psicoterapia Integrativa. (SEAPSI)-*** *Es un instrumento diseñado p*or el Dr. Lucio Balarezo Chiriboga para evaluar rasgos de personalidad, los mismos que han sido agrupados por el autor de acuerdo a cuatro ejes básicos del comportamiento humano la cognición, la afectividad, la conducta y las relaciones interpersonales. Este instrumento se aplicó a los sujetos propiciadores de violencia a niños, niñas y adolescente objeto de estudio.

6. RESULTADOS

Concluido el trabajo investigativo titulado “Modelo De Intervención Psicológica en Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de Violencia Física y Psicológica que asisten Al Consejo Cantonal de Niñez y Adolescencia de Shushufindi, período Mayo – Octubre Del 2012”, los resultados se detallan a continuación.

Objetivo Nro. 1: Describir los factores de riesgo que predisponen a los niños, niñas y adolescentes que asisten al Consejo Cantonal de Niñez y Adolescencia de Shushufindi a ser víctimas de violencia.

Para dar cumplimiento a este objetivo se utilizaron Instrumentos como la Historia Clínica Psicológica específicamente los Ítems Psicoanámnesis Familiar Normal y Patológica, Genograma.

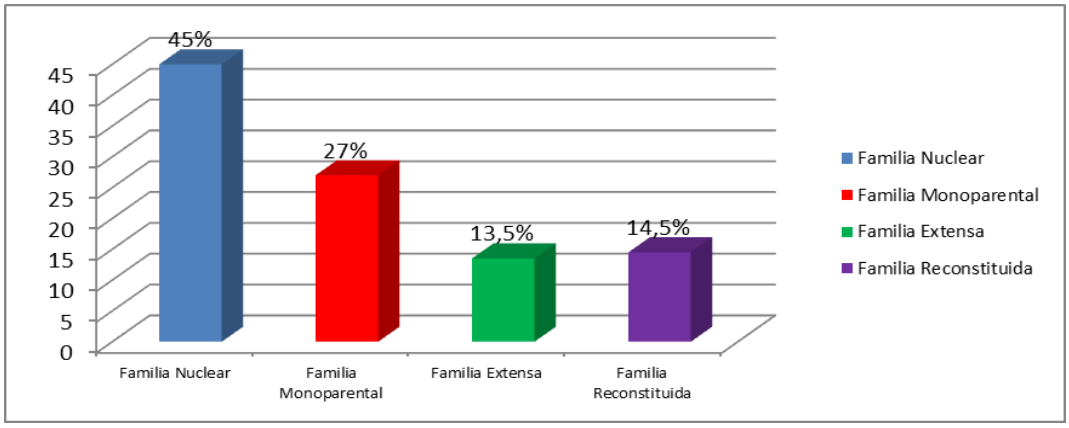
Tabla Nro. 1

Tipo de Familia

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Familia Nuclear	90	45%
Familia Monoparental	54	27%
Familia Extensa	27	13.5%
Familia Reconstituida	29	14.5%
Total	200	100%

Fuente: Historias Clínicas Psicológicas
Elaborado por: La Investigadora.

Grafico Nro. 1



Análisis:

Del análisis de resultados correspondiente al Tipo de Familia se determinó que un 45 % de la población estudiada pertenece a Familias de tipo Nuclear, un 27% a Familias de tipo Monoparental, un 14% provienen de Familias Extensas y el 15% restante pertenece a Familias Reconstituidas.

Interpretación:

Estudios realizados por Fernández, Eduardo (2002) y *Ochotorena; Soriano (2009), **Sanmartín José** (CEPAL- UNICEF 2009-2010), manifiestan que* el maltrato infantil está provocado por *la desestructuración familiar, ya sea por ausencia de la figura paterna o materna o por l*a acumulación de diferentes figuras parentales que provocan *prácticas de crianza inadecuadas.* Entre lo manifestado por los autores y la presente investigación *existe una fuerte*

relación puesto que en este estudio investigativo se determino que una población significativa de víctimas de violencia provienen de hogares desestructurados, disfuncionales, donde prima el maltrato.

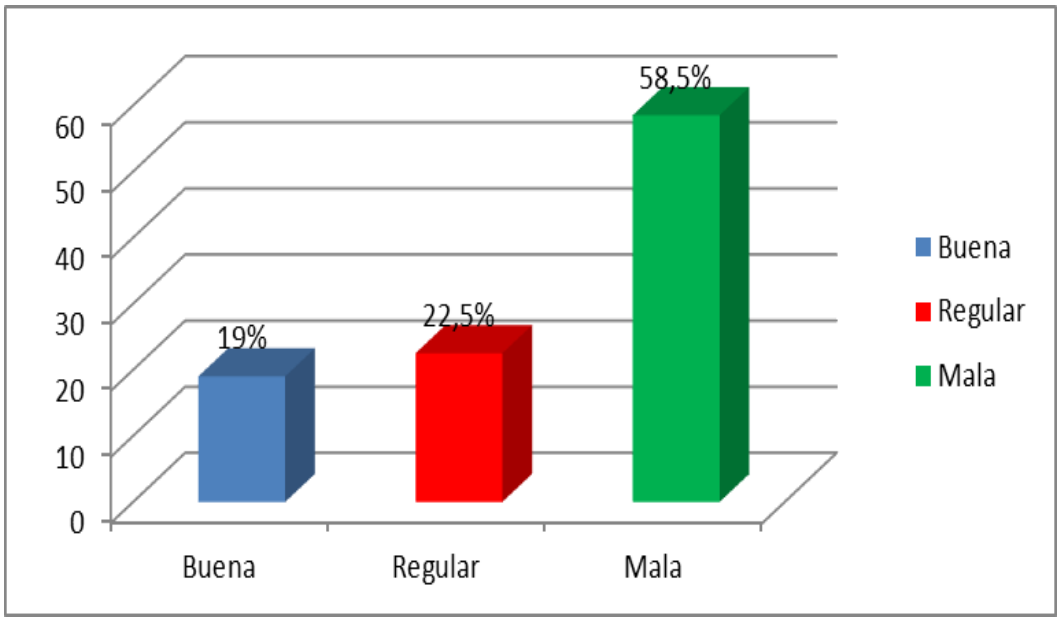
Tabla Nro. 2

Comunicación

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Buena	38	19%
Regular	45	22.5%
Mala	117	58.5%
Total	200	100%

Fuente: Historia Clínica Psicológica.
Elaborado por: La investigadora

Grafico Nro. 2



Análisis:

En la gráfica correspondiente al tipo de Comunicación se identificó que la comunicación dentro del Ámbito Familiar es Mala en un 59%, regular en un 23% y para un 19% es Buena.

Interpretación:

Los *datos obtenidos en este estudio coinciden con lo propuesto por Soriano (2009),* ***Sanmartín José*** *y (CEPAL- UNICEF 2009-2010), quienes manifiestan los problemas de comunicación, las prácticas de crianza inadecuadas (bien autoritarias, permisivas o, negligentes), los modelos y refuerzos inadecuados.*

Objetivo Nro. 2: Determinar los tipos de violencia que prevalecen en la población investigada.

Para el cumplimiento del presente objetivo se utilizaron instrumentos como la Historia Clínica Psicológica (Motivo de Consulta), Guía de Observación.

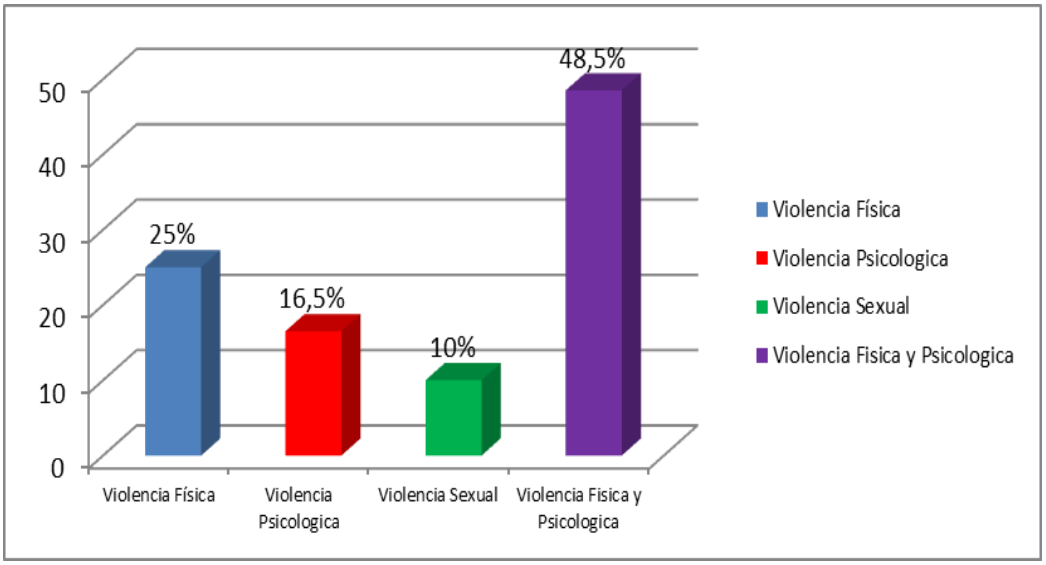
Tabla Nro. 4

TIPOS DE VIOLENCIA

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Violencia Física	50	25 %
Violencia Psicologica	33	16.5%
Violencia Sexual	20	10%
Violencia Fisica y Psicologica	97	48.5%
Total	200	100%

Fuente: Historia Clínica Psicológica.
Elaborado por: La Investigadora.

Grafico Nro. 4



Análisis:

En el cuadro correspondiente al tipo de violencia se determinó que un 49% ha recibido violencia de tipo Física y Psicológica caracterizada por Golpes y vocabulario Soez, un 25% ha sido víctima de violencia de tipo Física, un 17% ha recibido violencia Psicológica y un 10% de los casos receptados han sido víctimas de Violencia de tipo Sexual.

Interpretación:

Los datos obtenidos en el estudio investigativo concuerdan estudios realizados en el 2009 en la Ciudad de Guayaquil con Niños, Niñas, y Adolescentes de la Ciudad en donde se determinó que con frecuencia el tipo de maltrato más frecuente es el Físico- Emocional seguido del maltrato por Negligencia.

Objetivo Nro. 3: Identificar el perfil psicológico de la víctima de violencia y del victimario.

Para determinar el perfil de la víctima y del Victimario fue necesaria la Aplicación de la Historia Clínica Individual y del Cuestionario Infantil Rosita y Roberto para niños y para el victimario se utilizó la Escala de SEAPSI para Rasgos de Personalidad del Dr. Lucio Balarezo.

Tabla Nro. 5

ENTREVISTA INFANTIL ROSITA Y ROBERTO

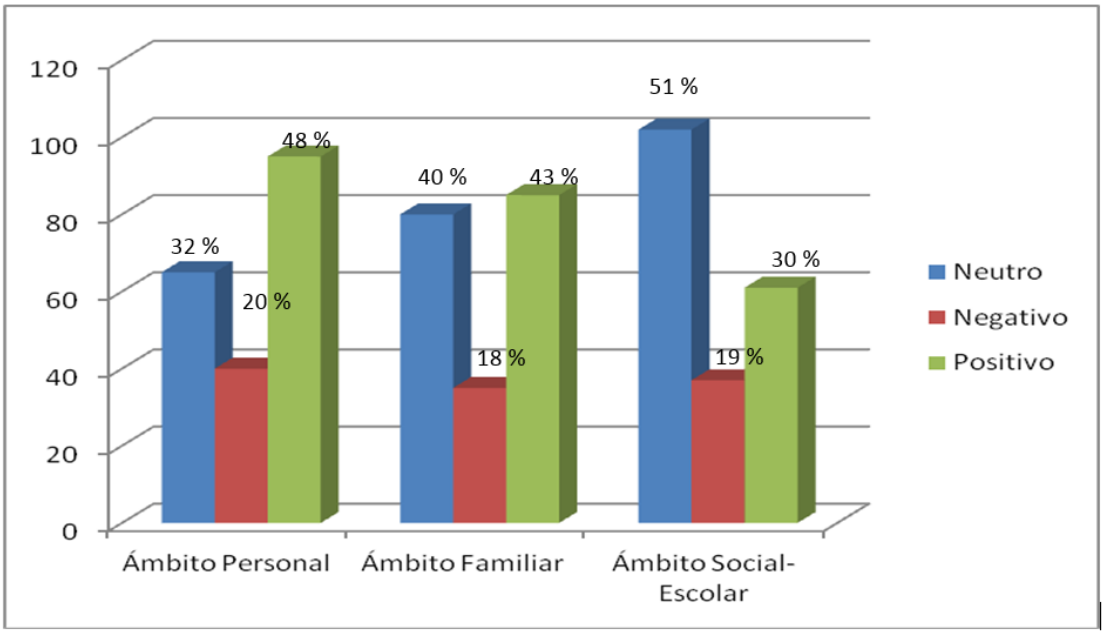
Variable	Neutro		Negativo		Positivo	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ámbito Personal	65	32%	40	20%	95	48%
Ámbito Familiar	80	40%	35	18%	85	43%
Ámbito Social-Escolar	102	51%	37	19%	61	30%

Fuente: Historia Clínica Psicológica.
Elaborado por: La Investigadora.

Análisis:

En el cuadro correspondiente a rasgos de personalidad identificados en niños se identifico que en el Ámbito Personal un 48% de la población puntuó positivo para conflictos personales, un 32% puntuó neutro y un 20% califico negativo lo cual refleja ausencia o conflicto mínimo. En cuanto a aspectos familiares un 43% califico positivo para conflictos, un 40% calificó neutro y un 18% negativo.

Grafico Nro. 5



Interpretación:

Los datos obtenidos en el estudio investigativo tienen una fuerte correlacionan con lo propuesto por Salcedo y San Martín (2007) quienes expresan que los niños víctimas de violencia se muestran como personas inseguras, ansiosas, pasivas y con un bajo nivel de autoestima, con temor al rechazo y dificultades para establecer relaciones sociales, características presentes que predominan en la población investigada.

7. DISCUSIÓN

La Violencia se presenta en todos los países, independientemente del grupo social, grupo étnico o racial, religioso o cultural; puede empezar en el hogar de forma leve e ir empeorando a medida que pasa el tiempo. En muchos de los casos de violencia que se suscita en el grupo familiar, los niños, niñas y adolescentes han sido consideradas como "víctimas olvidadas o silenciosas", ya que siendo víctimas o testigos de violencia son los principalmente afectados puesto que desarrollan sentimientos de culpa, inseguridad y conductas agresivas con otros niños, así como también dificultad en el manejo de sentimientos de rabia, tendencia a aislarse y a quedarse callados.

Concluido el estudio investigativo realizado en el Consejo Cantonal de Niñez y Adolescencia de Shushufindi, durante el período Mayo – Octubre del 2012 se pudo determinar que:

El ***tipo de violencia*** más frecuente en la población fue la Violencia Física y Psicológica con un 49%, seguido de un 25% de la población que ha sido víctima de violencia de tipo Física, un 17% ha recibido violencia Psicológica y un 10% de los casos receptados corresponde a casos de víctimas de Violencia de tipo Sexual. Estos datos concuerdan con el estudio realizado en la Ciudad de Guayaquil en Niños, Niñas, y Adolescentes de la Ciudad de Guayaquil publicado en el Año 2009, realizado por Hugo Carvajal Cuji y

Julia Saad de Janón en donde se determinó que con mayor frecuencia el tipo de maltrato más frecuente era el Físico- Emocional en un 47.1% de los casos, seguido del maltrato por Negligencia en un 22.4%. Además, el 14.2% de los casos de maltrato fueron a la vez por maltrato Físico-Emocional y por Negligencia. También, el abuso sexual dentro de la familia se da en una porcentaje considerable (9.4%).

Los ***Factores de riesgo psicosociales*** identificados fueron:

La desestructuración Familiar en un 56%, seguido de aquellos que pertenecen a familias de tipo núclear en un 45%; de igual manera se determinó que la comunicación dentro del ámbito Familiar es mala en un 81% de la población investigada. Así mismo se identificó que dentro de las pautas de crianza un 44% de los investigados se desarrolló bajo normas Rígidas y Autoritarias, un 30% bajo normas permisivas y un 27% con normas flexibles. Otros factores con significativa importancia que se encontraron fueron situaciones de Antecedentes Familiares con Abuso de Sustancias en un 40%, así como maltrato durante la infancia en un 38%, Enfermedad somática en un 13% y Enfermedades mentales en un 10% de la población investigada.

Los datos obtenidos en este estudio concuerdan con lo propuesto por Roig (1993), Fernández, Eduardo (2002) y *Ochotorena; Soriano (2009),* ***Sanmartín José ( ) y*** *(CEPAL- UNICEF 2009-2010). quienes coinciden en*

que el maltrato infantil está provocado por la acumulación de diferentes factores de riesgo como *las prácticas de crianza inadecuadas (bien autoritarias, permisivas o, negligentes), la desestructuración familiar ya sea por ausencia de la figura paterna o materna o por la presencia de problemas relacionados con el cuidado de los hijos, además el hecho de haber presenciado o sufrido actos de violencia doméstica, los problemas de comunicación en la familia, los modelos y refuerzos inadecuados, y la presencia de Trastornos adictivos o de otro tipo en algún miembro del grupo familiar, son factores de riesgo que propician .*

En cuanto a las ***Características Psicológicas de la Víctima*** se identificó en la población investigada, pobre concepto de sí mismo, ansiedad, temor, deseos de fuga o huida de la situación que viven que se ponen de manifiesto por las respuestas dadas, así como también dificultades para establecer relaciones sociales. Estos resultados concuerdan con otras investigaciones realizadas en Paraguay en el 2009 en las que más de la mitad de los niños, niñas y adolescentes encuestados (53,4%) consideraron que el castigo físico es útil, para su propia formación y que son castigados principalmente por desobedecer, faltar el respeto y hacer cosas prohibidas.

Estos datos se correlacionan con lo propuesto por Salcedo y San Martín (2007) quienes expresan que “Los niños víctimas de violencia por lo general se muestran como personas débiles, inseguras, ansiosas, pasivas y con un bajo nivel de autoestima, con temor al rechazo y a con dificultades para

establecer relaciones sociales puesto que son muy apegados o su comportamiento deriva en conductas agresivas hacia los demás".

En cuanto al ***Perfil del Victimario*** se identificó que:

La figura materna ocupa el primer lugar como agresora o propiciadora de violencia con un 39%, seguida de un 22% correspondiente al padre, un 21% corresponde a una persona en particular, como profesores, vecinos o personas encargadas del cuidado del niño que no son familiares y un 15% para familiares entre ellos, tios, abuelos y hermanos. Estos datos concuerdan con el Informe del Centro Reina Sofía (2011) en el cual se determinó que los padres son los principales agresores en los casos de maltrato físico, maltrato psicológico y abuso sexual, mientras que las madres lo son en los casos de negligencia. Así en este estudio el 24,44% de los casos el agresor es la madre y en el 22,22% es el padre, y cerca de un 28, 89% de casos en los que el agresor es un familiar. Así mismo con otro estudio realizado en la Republica del Salvador en el 2009 por el Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (ISDEMU), a través del Programa de Saneamiento de la Relación Familiar (PSRF), en el que presentó un informe sobre los 4.043 casos de maltrato atendidos, en el que el 61,73% de las víctimas eran niñas y el 38,26% niños cuya vinculación con el agresor estaba dada porque en la mayoría de los casos eran los padres con un (56,55%), seguidos por orden de importancia por las madres (32,36%), las abuelas (4,37%), las tías (3,14%), los tíos (1,23%) u otros familiares (2,35%).

8. CONCLUSIONES

Concluido el estudio investigativo titulado “Modelo de Intervención Psicológica en los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física y psicológica que asisten al consejo cantonal de niñez y adolescencia Shushufindi, durante el periodo Mayo – Octubre del 2012, se concluye que:

- ✓ El tipo de violencia más frecuente en la población fue la Violencia Física y Psicológica con un 49%, seguido de un 25% de la población que ha sido víctima de violencia de tipo Física, un 17% ha recibido violencia Psicológica y un 10% de los casos receptados corresponde a casos de víctimas de Violencia de tipo Sexual.

- ✓ La desestructuración Familiar constituye un importante factor de riesgo en un 56%, seguido de aquellos que pertenecen a familias de tipo nuclear en un 45%; de igual manera se determinó que la comunicación dentro del ámbito Familiar es Mala en un 81% de la población investigada, y buena para un 19%; Así mismo se identificó que dentro de las pautas de crianza un 44% de los investigados se desarrolló bajo normas Rígidas y Autoritarias, un 30% bajo normas permisivas y un 27% con normas flexibles.

- ✓ En cuanto a las características Psicológicas de la víctima se identificó en la población investigada, pobre concepto de sí mismo, ansiedad, temor, deseos de fuga o huida de la situación que viven que se ponen de manifiesto por las respuestas dadas, así como también dificultades para establecer relaciones sociales.

- ✓ Del 100% de personas identificadas como victimario mediante el Cuestionario Seapsi un 54 % presentó rasgos predominantes para el tipo impulsivo, seguido de un 39% para aquellos con rasgos de tipo Disocial, un 25% para el tipo Paranoide, y 24% para el tipo Dependiente, siendo los rasgos más frecuentes encontrados en la población.

9. RECOMENDACIONES

Una vez concluida el estudio Investigativo mediante el cual se ha determinado una fuerte incidencia de Violencia de tipo Física - Psicológica en niños, niñas y adolescentes, y tomando en cuenta que se encuentran en situación de vulnerabilidad se recomienda que:

- ✓ Instituciones públicas como: El Ministerio de Salud Pública y Ministerio de Justicia, Mies INFA del Cantón Shushufindi extiendan su labor a la protección de grupos específicos tales como niños, niñas, adolescentes, mujeres, personas con discapacidad y adultos mayores, además que desarrollen programas de Prevención con enfoque multisectorial mediante los cuales provean de apoyo a los padres y les aportan conocimientos y estrategias positivas para criar a sus hijos a fin de disminuir los índices de violencia.

- ✓ El Psicólogo Clínico del Consejo Cantonal de Niñez y Adolescencia de Shushufindi junto con el (a) trabajador social continúen con la ejecución del Modelo de intervención psicológica el mismo que se diseñó y desarrollo en base a los resultados obtenidos con la población investigada, el cual se basa en una forma de intervención centrada en los factores etiopatogenicos de la Violencia, en las características psicológicas de la víctima y del Victimario, así como también en las secuelas que la misma ha dejado sobre cada víctima.

- ✓ La Unidad de Salud Mental del Consejo Cantonal de Niñez y Adolescencia a través del programa de seguimiento y monitorización realicen visitas domiciliarias constantes, a las familias puesto que existen casos cuyo seguimiento ha sido interrumpido por problemas de movilización de los profesionales hacia las áreas rurales donde habitan los grupos vulnerables.

MODELO DE INTERVENCIÓN EN LA VIOLENCIA INFANTIL

Dirigido al Consejo Cantonal de Niñez y Adolescencia de Shushufindi

2013

I. INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil es un creciente problema en nuestra sociedad, y de manera específica en el Cantón Shushufindi en donde se ha centrado la presente investigación. Las graves consecuencias negativas en el desarrollo físico, intelectual, y emocional del niño, y cuyas repercusiones como señalan Gelles y Cornell (1985), se extienden más allá del niño víctima, a la familia y a la sociedad.

El Modelo de Intervención que se propone pretende responder a la urgente necesidad de diseñar y desarrollar un programa efectivo de Intervención que promueva el respeto a los derechos de los niños, niñas y adolescentes; ante esto se han presentado interrogantes como*: ¿Qué se puede hacer ante esta realidad? ¿Cómo se puede reestructurar el sistema familiar?, ¿Cómo se puede romper el círculo de violencia intrafamiliar?, y ¿Cómo se puede prevenir el maltrato infantil*. Dar respuesta a estas interrogantes resultaría difícil pues el maltrato infantil es consecuencia directa de la participación de múltiples factores; sin embargo el objetivo del presente modelo busca la modificación de factores de riesgo, asi como evaluar y dar el tratamiento integral necesario que sea adecuado para los niños, niñas, adolescentes y sus familias atendiendo las secuelas *cognitivas, emocionales y conductuales* ante la violencia e incentivando prácticas de crianza que promuevan el respeto a los derechos de los niños, niñas y adolescentes, y que permitan a

la vez potenciar las capacidades de los mismos y de los miembros del grupo familiar a fin de que sean capaces de hacer frente a las adversidades y lograr una convivencia sana y armónica.

Para el diseño de este Modelo se ha tomado como referencia las experiencias de distintos equipos de atención especializada, y la diversidad de modelos de intervención psicológica que son aplicados en pacientes víctimas de violencia, así como aspectos importantes de mi experiencia propia que se ha fortalecido con los conocimientos adquiridos y prácticas pre-profesionales desarrolladas, así como el deseo de aportar a la sociedad un mundo sin violencia y malos tratos a los niños.

Este modelo toma en cuenta las necesidades de la población investigada a fin de complementar la atención que reciben los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia que asisten al Consejo Cantonal de Niñez y Adolescencia del Cantón de Shushufindi, puesto que se identificó que existen deficiencias en cuanto a los servicios de Salud Mental que recibe la población.

El modelo se basa en la terapia Cognitivo-Conductual que favorece la conceptualización multidimensional del fenómeno clínico. Mediante el proceso terapéutico se busca modificar los componentes cognitivos y conductuales de los patrones de respuesta inadecuados, es decir se enseñara a los niños, niñas, adolescentes y sus familias una variedad de

técnicas que les ayudan a afrontar problemas de ansiedad y depresión. Para el desarrollo de este modelo se espera que quienes dirigen el Consejo Cantonal amplíen su ámbito de acción, no sólo en los casos de violencia que acuden hasta estas dependencias, sino que también amplíen sus servicios a la comunidad.

II. PROPUESTA PARA QUE SEA VIABLE EL MODELO DE INTERVENCIÓN EN EL CONSEJO CANTONAL DE SHUSHUFINDI

Para que este Modelo de intervención pase de ser una propuesta como otras que se realizan y que nunca llegan a ponerse en práctica se ha tomado en cuenta dos aspectos que no implican una gran inversión y son factibles de realizar:

1. Que el Consejo Cantonal establezca nexos con los diferentes Centros Educativos y Centro de Salud para que sean los maestros y médicos quienes a través de la observación directa reciban asesoramiento constante a fin de que estén en la capacidad de detectar casos de violencia a menores y den aviso al Consejo cantonal para que se pueda intervenir en casos en donde se irrespetan los derechos del niño.

2. Conformación del grupo Interdisciplinario.

- ✓ Crear e implementar un equipo interdisciplinario de trabajo con profesionales de Medicina, Psicología Clínica, Enfermería y Trabajo social, con el objetivo de:
  - ✓ Brindarse soporte mutuo a través de canales efectivos de comunicación.
  - ✓ Compartir información.
  - ✓ Tomar decisiones conjuntas.
  - ✓ Planear acciones.
  - ✓ Proporcionar atención integral.

Este grupo interdisciplinario tendría a cargo las siguientes actividades.

a. Incrementar y mejorar las estrategias de sensibilización, dirigidas al grupo de profesionales e instituciones en el área de la salud. Igualmente fortalecer los controles en la calidad de la atención de esta misma área.
b. Coordinar y ejecutar la actualización del personal que labora en el área de salud, en el tema del maltrato infantil.
c. Implementar actividades de promoción del buen trato y de prevención, identificando e interviniendo factores de riesgo de maltrato.
d. Planear, controlar y evaluar actividades realizadas.

e. Conocer y difundir las competencias de las instituciones involucradas en la atención jurídica legal y de protección en general a la niñez.
f. Participar en el diagnóstico de casos y explorar los diferentes tipos de maltrato y sus posibles combinaciones.
g. Realizar un adecuado estudio de los casos para lograr una óptima intervención disciplinaria (incluida la visita domiciliaria para confirmación y seguimiento).
h. Orientar, según el caso, la intervención de los profesionales.
i. Velar por el correcto diligenciamiento de los registros, en los casos de maltrato infantil atendidos.
j. Orientar e informar a los familiares y al paciente, sobre el proceso de atención; teniendo presente el respeto de la confidencialidad.
k. Elaborar, en conjunto con la familia y el personal de salud, planes integrales de rehabilitación que favorezcan una mejor comprensión y relación con el niño.
l. Notificar a las autoridades competentes, la existencia de un caso de maltrato detectado en el servicio. Evaluarlo en Red; tanto intra como extra institucionalmente, según su complejidad.

III. BASES DEL MODELO DE INTERVENCIÓN

El Modelo de intervención está basado en:

- **TERAPIA COGNITIVA- CONDUCTUAL**

  El propósito del modelo planteado consiste en identificar las distorsiones cognitivas del paciente, sus emociones, su comportamiento y las respuestas fisiológicas que surgen a partir de su pensamiento disfuncional e implica la enseñanza de cómo modificar sus pensamientos por otros más adaptativos.

- **LUDOTERAPIA**

  Existen dos modalidades de esta técnica, la no directiva y la planificada.

  La no directiva.- El niño puede trabajar o jugar como él quiera, y también puede explicar o hablar todo lo que se le ocurra.

  En la forma planificada.- El terapeuta interviene indicando al niño el contexto en el que debe jugar o la forma en que debe hacerlo.

  En cualquiera de las dos técnicas el terapeuta, puede intervenir en el juego reconduciéndolo hacia lo que considere necesario. Para las distintas actividades habrá que diseñar un programa de actuación que incluya: preparación del lugar de trabajo con distintas clases de objetos lúdicos tales como títeres, juguetes tanto de figuras humanas como de objetos; y objetos que no siendo juguetes puedan despertar

la creatividad del niño o el deseo de jugar como lápices y hojas para dibujar, o escribir, etc.

- **TERAPIA NARRATIVA**

  Trabajar con las redacciones, iniciando cada día una página en la que coloca una frase como enunciado. Por ejemplo: “Me pone triste que”. Es conveniente obligar a algunos niños a que escriban esta especie de diario y motivar con formatos divertidos si el niño se resiste.

- **MUSICOTERAPIA**

  La exploración de diferentes sonidos con el fin de relajar o evitar ciertas dolencias. La psicoterapia actual considera la música como una técnica capaz de influir sobre las emociones, para conseguir un determinado estado de ánimo o incluso parar curar. Lo importante no es la calidad de la música, sino que ésta determine la relajación de la persona. Algunos expertos abogan por determinadas composiciones clásicas de Mozart, Strauss, Vivaldi, Bach, etc. Pensamos que es difícil que los niños atiendan en una composición musical, tal como hace un adulto, pero sí puede utilizarse como música de fondo en combinación con algún otro trabajo que estemos realizando como un dibujo, una narrativa.

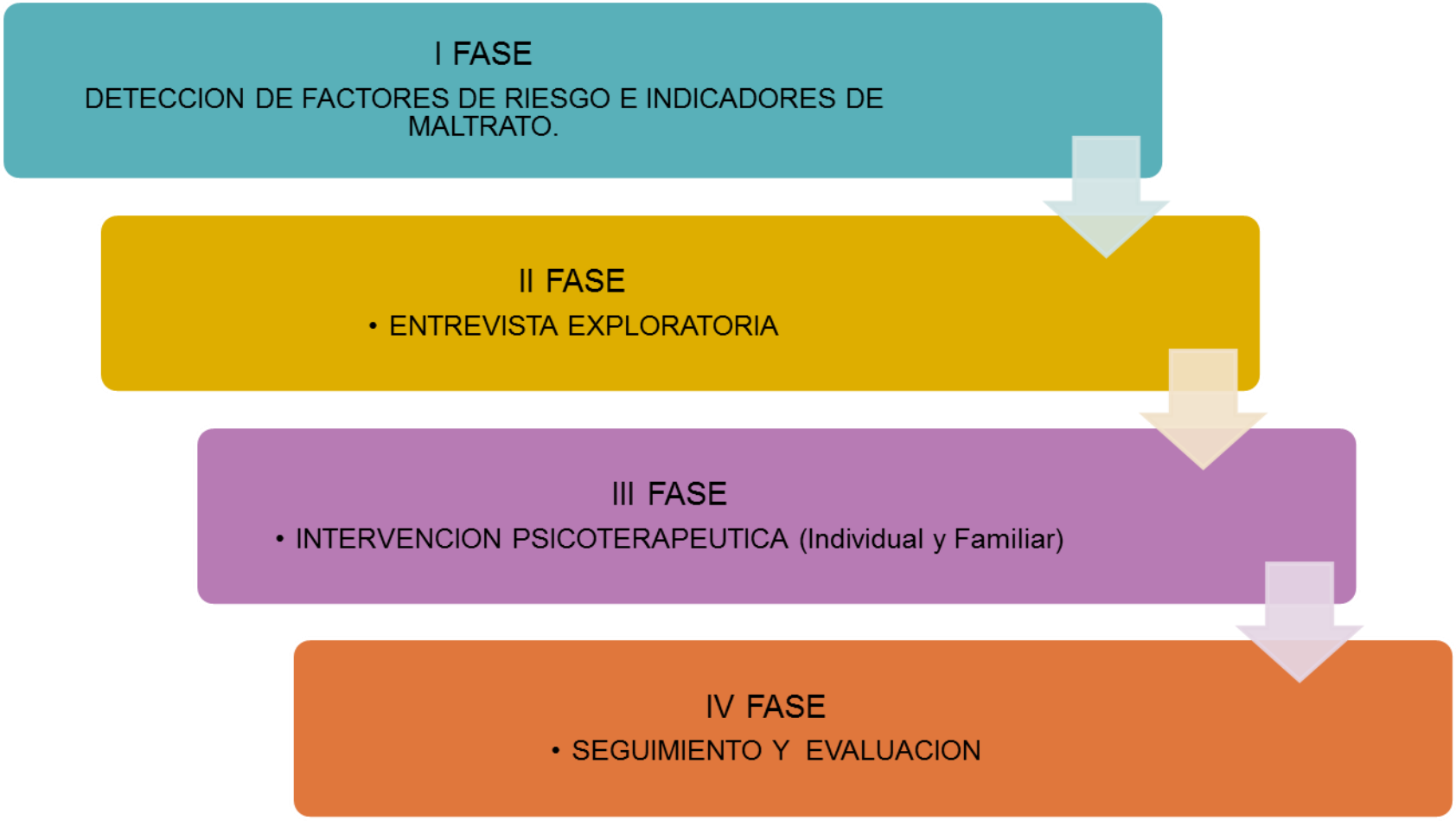
- **RELAJACIÓN**

  La relajación permite al individuo alcanzar un estado de bienestar, tranquilidad y de concentración armoniosa para emprender su próxima actividad. Canaliza las energías, ajusta el nivel de activación y produce un bienestar global. Diversos estudios demuestran que también contribuye incluso en la intervención de tics y de otros síntomas relacionados con la ansiedad. También ayuda a enriquecer la sensibilidad y mejorar la calidad de sueño.

La propuesta de actividades que se realizará en este modelo no tiene por qué seguir una estructura cerrada, ya que un mismo objetivo puede trabajarse a lo largo de dos, tres sesiones o aquél tiempo que se requiera con cada menor. Lo que considero importante es que es necesario valorar al finalizar cada sesión cómo ha sido la interiorización de los conceptos trabajados, así como la necesidad de dar por conseguido cada objetivo o seguir trabajándolo de forma transversal a otros objetivos. Por ejemplo, el objetivo de la autoestima será transversal a todo el proceso de recuperación de cada menor.

El modelo propone un trabajo inter y multidisciplinario que siga el siguiente proceso:

PROCESO DEL MODELO DE INTERVENCIÓN



IV. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN

I FASE

DETECCION DE FACTORES DE RIESGO, DE ALERTA E INDICADORES DE MALTRATO

Esta fase va acorde con lo sugerido al Consejo Cantonal del Cantón Shushufindi para que establezca relaciones con los diferentes Centros Educativos y Centro de Salud del lugar para que en una acción conjunta y con el propósito de erradicar la violencia infantil sean los educadores y los profesionales de la salud quienes se conviertan en observadores directos y al detectar indicios de situaciones de maltrato proceda a reportarlo a los profesionales del Consejo cantonal y de esta manera se pueda dar un seguimiento y la atención necesaria para salvaguardar la salud integral de los menores y hacer de esta manera respetar sus derechos.

La detección de una situación de maltrato infantil es un proceso complejo que suscita dudas, sin embargo considero que el educador y los profesionales de la salud deben estar atentos a:

- Factores de riesgo
- Señales de Alerta
- Indicadores de Maltrato

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo hacen referencia a la presencia o ausencia de determinadas condiciones en la vida del menor o su entorno, que aumentan la posibilidad de que aparezcan conductas o situaciones de maltrato. Los factores de riesgo por sí solos nunca prueban la existencia de malos tratos, sólo predicen la probabilidad de que aparezcan.

SEÑALES DE ALERTA

Las señales de alerta son signos o síntomas de disfuncionalidad o anomalía en el desarrollo físico y/o psíquico del niño, que no corresponden con el momento evolutivo del mismo y que no responden a causas orgánicas. Indican que algo sucede y que el niño está somatizando su afección. Obviamente, estos síntomas no dicen nada por sí mismos si se presentan de manera aislada y de forma puntual. Pasan a ser señales de alerta cuando:

- *Van asociados (existe más de un síntoma) y/o*
- *Son persistentes.*

Las señales de alerta no prueban una situación de maltrato, ya que pueden aparecer como síntomas de otras circunstancias, pero sí que identifican la necesidad de intervenir.

Lo que sí que nos indicaría la posibilidad de existencia de una situación de maltrato infantil es la actitud de los padres y/o responsables del niño ante la intervención de los profesionales. Si ante una señal de alerta, la actitud de los padres no es de solicitud de apoyo o de colaboración ante la propuesta de intervención sino de indiferencia, rechazo u omisión de las indicaciones de la intervención, podemos pensar en una posible situación de maltrato infantil.

1.3. INDICADORES DE MALTRATO

Son signos objetivos que se asocian a una manifestación concreta del Maltrato Infantil.

INDICADORES DE NIÑOS Y NIÑAS QUE SUFREN VIOLENCIA	
INDICADORES DEL NIÑO	**INDICADORES DE LOS PADRES**
• **Cicatrices, heridas, quemaduras que aparecen repetidamente o que en la exploración observamos que están en distinta fase evolutiva**	• **Padres que imposibilitan el conocimiento de la vida familiar**
• **Dolores recurrentes a los que no se encuentra causa evidente (somatizaciones)**	• **Los datos que aportan son confusos, vagos o se contradicen.**
• **Ausencia de cuidados médicos básicos**	• **Impedimentos por parte de los padres para desvestir o examinar al niño.**
• **Niños que están sucios, con falta**	• **Que no cumplen con el**

de higiene o vestidos inadecuadamente de acuerdo al clima.	**tratamiento prescrito para el niño en torno a alguna patología.**
• **Trabajo forzado (superior a las fuerzas o capacidad del niño) so pena de castigos físicos si no trae la "cuota" o aporte.**	• **No acuden a las citas médicas.**
• **Exceso de conocimientos para su edad en el momento de la exploración, sobre todo lo relacionado con la sexualidad.**	• **Deja al niño abandonado por mucho tiempo, sea en la casa como en la calle.**
• **Actitud excesivamente vigilante.**	• **Presencia repetida del niño y su familia en el centro de salud y sin motivos específicos.**

II FASE

ENTREVISTA EXPLORATORIA

El objetivo principal al realizar la entrevista es conseguir que el niño o niña pueda compartir sus emociones, sus necesidades, sus temores en un ambiente de confianza y seguridad y que puedan expresar la violencia que han sufrido, con la certeza de que pueden comunicarse libremente y de que son escuchados.

Antes de realizar la entrevista es conveniente tomar en cuenta lo siguiente:

- Iniciar la entrevista con los padres o tutores

- Luego entrevistar al niño
- Si sospecha agresión de los padres, o si hay sospecha de incesto, es necesario realizar la entrevista al niño, en privado.
- Evitar todo tipo de contacto físico innecesario
- Mantener una actitud de bondad y cuidado
- Usar palabras sencillas pero que describan los acontecimientos
- Usar preguntas sencillas pero que permitan al niño o niña dar detalles, por ejemplo ¿Qué pasó?
- Aclarar que el niño no es responsable del abuso y que nadie lo va a castigar
- Preguntar cómo se siente
- Proteger de amenazas o represalias del agresor
- Si hay sospecha de abuso sexual, mencionar, por su nombre, las partes del cuerpo involucradas en los actos que se hicieron. Explicar que es triste o desagradable lo que pasó pero que conversar o hablar es importante para ayudarse a sí mismo y para que otras personas le ayuden
- Ser muy activo en la toma de decisiones
- Protegerlo, brindarle seguridad física, para ello haga las coordinaciones con las instituciones competentes

Las entrevistas exploratorias nos permiten identificar al agresor o victimario con sus rasgos de personalidad, de igual manera las características

personales de la víctima como la edad, el nivel de desarrollo, grado de vulnerabilidad, presencia de discapacidad; así como también circunstancias y tipología del maltrato como la cronicidad, gravedad y severidad y finalmente los factores de resiliencia en el entorno familiar sobre el/la menor nos llevaran a la formulación de un Diagnóstico acertado y en consecuencia el tipo de intervención adecuado para la víctima.

En esta fase se recoge, analiza y registra información en la Historia clínica sobre la naturaleza y características de la situación de la víctima y del victimario.

- Secuelas físicas y psicológicas del menor o la menor víctima de violencia.
- Edad y características evolutivas del menor, así como factores de riesgo o de protección.
- Tipología, severidad y frecuencia de los malos tratos sufridos.

El modelo que se presenta a continuación es solo un ejemplo de cómo elaborar una entrevista, sin embargo a este ejemplo se le puede añadir directrices.

ENTREVISTA EXPLORATORIA

CONSEJO CANTONAL SHUSHUFINDI

Fecha: ……

Nombres y apellidos del niño/a:……

Lugar y fecha de nacimiento…….

Sexo: Femenino ( ) Masculino ( )

Nombres y apellidos del padre: ……..

Nombres y apellidos de la madre: ……..

Con quien vive el niño: …….

Dirección……Teléfono……

Profesional responsable:……..

1.- ¿Los que viven en tu casa pelean mucho?

Nunca ( ) Casi nunca ( ) Algunas Veces ( )

Casi siempre ( ) Siempre ( )

2.- Te pegan con palos, cinturón, cables, etc.?

Nunca ( ) Casi nunca ( ) Algunas Veces ( )

Casi siempre ( ) Siempre ( )

3.- ¿Te dan pellizcos, puntapiés, golpes con la mano?

Nunca ( ) Casi nunca ( ) Algunas Veces ( )

Casi siempre ( ) Siempre ( )

4.- ¿Tienes cicatrices porque te castigaron?

Nunca ( ) Casi nunca ( ) Algunas Veces ( )

Casi siempre ( ) Siempre ( )

5.- ¿Tu profesor te golpea para que atiendas la clase?

Nunca ( ) Casi nunca ( ) Algunas Veces ( )

Casi siempre ( ) Siempre ( )

6.- Tú crees que tu familia te da mal ejemplo?

Nunca ( ) Casi nunca ( ) Algunas Veces ( )

Casi siempre ( ) Siempre ( )

7.- ¿Qué crees que es un mal ejemplo?

……

8.- ¿Te dicen palabras que te molestan? (diferentes groserías)

Nunca ( ) Casi nunca ( ) Algunas Veces ( )

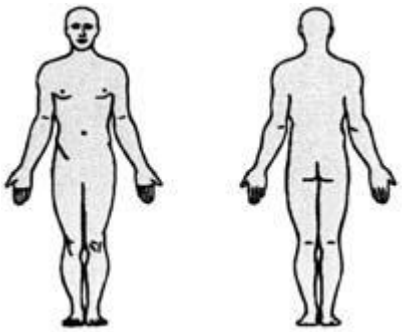
Casi siempre ( ) Siempre ( )

9.-¿En tu casa dicen groserías? ¿Tú papá o tu mama?

……

10.- ¿Tu papá dice groserías?

Nunca ( ) Casi nunca ( ) Algunas Veces ( )

Casi siempre ( ) Siempre ( )	
11.- ¿Tu mamá dice groserías? Nunca ( ) Casi nunca ( ) Algunas Veces ( ) Casi siempre ( ) Siempre ( )	
12.- ¿Tú dices groserías? Nunca ( ) Casi nunca ( ) Algunas Veces ( ) Casi siempre ( ) Siempre ( )	
Tipo de maltrato detectado: Maltrato Físico ( ) Abuso sexual ( ) Negligencia física ( ) Maltrato y/o negligencia Psíquica ( ) Otros ( )	
Nivel de gravedad del maltrato Leve ( ) Moderado ( ) Grave ( )	**Indicadores observados**:
EXPLORACIÓN FÍSICA. 	**Señale las áreas de las lesiones.**

Una vez obtenida la información que comprenden las dos fases anteriores, ésta nos sirve de base para elaborar un diagnóstico y en base a ello pasar a la siguiente fase con la colaboración el equipo multidisciplinario de trabajo.

III FASE

INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

Dentro de esta fase vamos a tratar de intervenir sobre las diferentes secuelas cognitivas, emocionales, conductuales y sexuales, así como propiciar la expresión emocional y liberación de sentimientos.

3.1. ESTRATEGIAS DE ABORDAJE Y PROGRAMA DE TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

Es preciso acogerlos con calidez y establecer una relación muy empática transmitiendo afecto, seguridad, confianza y comprensión, al establecer una relación empática con el niño lo que se logra es tender puentes de comunicación y confianza, brindando alivio y soporte psicológico oportuno que facilita la aceptación de las experiencias vividas y restablece las interacciones con las personas recomponiendo los lazos afectivos.

Las estrategias para el abordaje:

- Contacto Inicial.
- Demostrar atención e interés
- No ejercer presión para que hable
- Proponer juegos o propiciarlos
- Historias, cuentos o relatos de sus fantasías

- Técnicas de relajación

3.2- INTERVENCIÓN

Lo haremos a través de dos tipos de intervención:

- Intervención individual con el niño o niña víctima de violencia.
- Intervención familiar dirigida a los padres o a las personas con las que convive el menor.

Sin embargo esta intervención aunque es por separado tendrán necesariamente que ir a la par para el logro de los resultados que se espera conseguir.

Las técnicas aplicadas pueden variar y lo que propongo es un ejemplo de las mismas vistas desde tres áreas:

- Área Cognitiva
- Área Emocional
- Área Conductual

3.2.1. ÁREA COGNITIVA

Participantes: Psicólogo Clínico y Niño/a y Adolescente.

Técnica	Objetivo	Procedimiento	Participantes
"Nuestro Comic"	Crear historias a partir de personajes heroicos o de referencia que representen la historia personal del niño para lograr la re significación de la historia.	Se presentará un folio dividido en 6-8 viñetas en blanco, y se le dará la consigna de hacer dibujos en cada viñeta por turno. Se comenzará por la representación de aquéllas cosas que les molestan como la rabia, la ira, y todas aquellas cosas que no pueden decir normalmente.	Terapeuta Paciente: Niña/o
Presidenta de los derechos de los/las niñas.	Identificar los Derechos del niño, niña y/o adolescente y cuál de ellos no ha sido respetado en su caso.	Se le otorgara una carta, luego se leerá un listado de los derechos de la infancia y se le pedirá que asuma el rol de presidente/a y como defendería los derechos de los niños. Al final se entrega un Diploma de reconocimiento.	Terapeuta Paciente: Niña/o
"Así no soy yo, soy Yo."	Identificar aquellas creencias erróneas que le instigan sentirse culpable y a caer en la estigmatización de ser el malo	Se delinea la figura del niño en papel craft; luego se le facilita cualidades negativas las mismas que el niño deberá ir colocando sobre la figura y explicando porque las colocó, al mismo tiempo que el terapeuta trabajara en la reestructuración cognitiva, con frases externalizadoras.	Terapeuta Paciente: Niña/o

	dela casa, colegio o grupo.	Finalmente se le proporcionara una nueva lista de cualidades positivas que el niño deberá colocar en el reverso de la figura.	
Identificar situaciones de Violencia	Niños/as y adolescentes puedan identificar situaciones de riesgo en las que puedan llegar a ser víctimas de abuso en relaciones afectivo-sexuales.	Se presentarán tarjetas con distintos mensajes o imágenes que reflejen situaciones de riesgo o de protección en una relación sentimental. Y al final se pedirá que las clasifique según la categoría correspondiente.	Terapeuta Paciente: Niña/o
Cartel **"Todos tenemos problemas: grandes y pequeños"**	Que los padres identifiquen por lo menos 2 de 3 pensamientos erróneos que se le presentarán en la Fase, los analice y proponga alternativas de respuesta.	Se pide a los padres que manifiesten los problemas que creen que tienen en su familia y manifiesten todas las soluciones, luego de esas soluciones y con el apoyo del terapeuta den con la más apropiada y estén dispuestos a ponerla en práctica en su hogar.	Terapeuta Paciente: padre y/o madre
El juego de escuchar.	Que el padre y o madre se analicen a si mismos y establezca una comunicación más eficiente.	Se pide a los padres que conversen respetando sus turnos…si solo asiste uno de los progenitores lo hará con la ayuda del terapeuta y se sacará conclusiones: "estoy escuchando lo que dicen las demás personas"	Terapeuta Paciente: padre y/o madre

3.2.2. ÁREA EMOCIONAL

Participantes: Psicólogo Clínico y Niño/a y Adolescente.

TÉCNICA	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	PARTICIPANTES
"Señor Mr. Face"	Identificar y reconocer las emociones del ser humano.	Se presentará un muñeco a manera de títere con cara vacía, y se animará a que cada niño o niña primero identifique las emociones y, en segundo lugar a que juegue a crear emociones.	Terapeuta Paciente: Niño/a
"Me gusta /me disgusta de Mi"	Identificar las cualidades que adquirió como resultado de la interacción social.	Enumerar las cualidades, destrezas, y habilidades, que le gusta de sí misma o de sí mismo y, posteriormente, lo que le disgusta.	Terapeuta Paciente: Niño/a
Mi Antes y mi Ahora	Identificar situaciones de violencia y las emociones en ese momento.	Se explicara al niño que hay veces que pasan cosas que nos hacían daño y que nos dan mucho miedo. Y se dibujaran situaciones que implique episodios de violencia y esperaremos que cada menor exprese a través de dibujos o palabras lo que sentía antes, sin culpabilizar ni juzgar sus producciones.	Terapeuta Paciente: Niño/ a
"Me gusta /me	Identificar las cualidades que	Enumerar las cualidades, destrezas, y habilidades, que le gusta de sí misma o de sí mismo y, posteriormente, lo	Terapeuta

disgusta de Mi”	adquirió como resultado de la interacción social.	que le disgusta.	Paciente: Padre y /o madre.
Relajación y musicoterapia.	Que la paciente altere de manera efectiva la interacción con su hijo a partir de procedimientos de cambio como reforzamiento positivo, y sobrecorrección,	Se pide a los padres o al padre que asiste que se entrene un ejercicio simple de respiración y relajación muscular., Posteriormente y con una música suave se lo guía para volver al estado de su niñez y que desde ese punto pueda entender a su hijo y busque la mejor forma de cambiar su comportamiento; ¿Cómo me hubiera gustado que me traten a mí? Tareas para la casa	Terapeuta Paciente: Padre y/o madre.

3.2.3. ÁREA CONDUCTUAL

Participantes: Psicólogo Clínico y Niño/a y Adolescente.

TÉCNICA	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	PARTICIPANTES
Técnicas de Relajación	Disminuir Niveles de Ansiedad	Se enseña los diferentes tipos de respiración y como relajar los grupos musculares a los menores para disminuir los niveles de ansiedad y tensión en el menor.	Terapeuta Paciente: Niña/o
Role- Playing	Entrenar al paciente ante diversas situaciones para que responda asertivamente ante diferentes estímulos.	Se le planteará diversas situaciones en las que tendrán que reaccionar de tres maneras diferentes: agresiva, sumisa y asertiva.	Terapeuta Paciente: Niña/o
Entrenamiento en Auto instrucciones.	Entrenar al paciente manejar el control de impulsos y que éste responda adecuadamente ante diferentes estímulos.	Se le planteará diversas situaciones en las que tendrán que elaborar las auto-instrucciones y dar respuesta al estímulo para actuar asertivamente.	Terapeuta Paciente: Niña/o
Registro diario de Actividades.	Realizar un análisis de las actividades que realizan a diario, a fin de que puedan hacer uso adecuado del tiempo libre para finalmente garantizar el éxito en las actividades.	Registrar diariamente las actividades que realizan desde el momento que se levantan hasta el momento en que van a dormir. (Se registran éxitos y fracasos).	Terapeuta Paciente: Niña/o

Economía de Fichas	Motivar al niño en la ejecución de determinados aprendizajes y también fomentar la aparición de conductas positivas, controlando o eliminando las disruptivas.	Se administran fichas cada vez que el niño emite una conducta deseada. Las fichas serán cambiadas por privilegios que sean significativos para el alumno tanto en casa como en clase.	Terapeuta Paciente: Niña/o
Entrenamiento en Auto instrucciones.	Entrenar al paciente manejar el control de impulsos y que éste responda adecuadamente ante diferentes estímulos.	Se le planteará diversas situaciones en las que tendrán que elaborar las auto-instrucciones y dar respuesta al estímulo para actuar asertivamente.	Terapeuta Pacientes: Padre y/o madre
Registro diario de Actividades.	Realizar un análisis de las actividades que realizan a diario, a fin de que puedan hacer uso adecuado del tiempo libre para finalmente garantizar el éxito en las actividades.	Registrar diariamente las actividades que realizan desde el momento que se levantan hasta el momento en que van a dormir. (Se registran éxitos y fracasos).	Terapeuta Pacientes: Padre y/o madre

3.2.4 Intervención con el Victimario

Es necesario que el victimario reciba un tratamiento psicológico que le ayude tomar conciencia sobre el grado de violencia que ejerce sobre las víctimas y que lo reconozca como un acto cruel y denigrante que trae consecuencias que afectan no solo a la víctima sino también al entorno social, cultural y legal. El agresor seguirá participando en diferentes entornos y por ello es necesario su tratamiento para que éste pueda reinsertarse en la sociedad y/o reestructurar las familias.

En el caso de la violencia infantil se han identificado dos tipos de agresores:

- ✓ ***El agresor Interno.-*** El que vive con la familia o es cercano a la familia como puede ser el padre, la madre, hermanos, tíos…etc.
- ✓ ***El agresor Externo.-*** El que no está relacionado con la familia.

En el primer caso el agresor tiende a descargar su ira y frustración en la persona más vulnerable como los niños y en un entorno como la familia, donde es más fácil ocultar lo ocurrido. La violencia puede ser un método efectivo y rápido para que los miembros del grupo familiar hagan lo que el agresor quiere convirtiendo a la víctima en una persona débil y sumisa. En el caso del agresor externo el menor violentado representa para el maltratador un ser vulnerable en el cual él fácilmente puede influenciar haciendo uso de

la fuerza o de su autoridad como es el caso de cuidadores o profesores que agreden a los menores y buscan someterlos y controlarlos.

En cualquier caso la intervención con el agresor debe seguir los siguientes pasos:

1. *El Equipo interdisciplinario debe Evaluar al Agresor*.- En este punto inicial es necesario que todos los profesionales que conforman este equipo colaboren en la evaluación del agresor mediante examen físico y evaluaciones Psicológicas que sirvan para la elaboración de un diagnóstico certero sobre el perfil psicológico del victimario a fin de descartar cualquier tipo de enfermedad mental para de esta manera proceder a la intervención pertinente.

   De acuerdo a los resultados de la evaluación psicológica realizada y sólo en los casos en donde el agresor ha sido diagnosticado con un Trastorno Mental y del Comportamiento se trabajara de manera paralela con el médico psiquiatra para combinar la Psicoterapia con la terapia Farmacológica según sean las necesidades del victimario.

2. La Psicoterapia se desarrollara siguiendo los lineamientos de las Terapias Cognitivo-Conductuales, en varias sesiones a fin de fomentar empatía, modificar patrones de pensamiento y conductas desadaptativas, proporcionar estrategias para el desarrollo de

habilidades sociales y de comunicación así como también para el manejo adecuado de la ira y el estrés.

3. El proceso de seguimiento y/o monitoreo de los avances obtenidos en el proceso terapéutico es fundamental para la reinserción social saludable de los victimarios, pues ellos deberán encontrar la motivación constante para mantenerse en el programa de intervención y para mantener relaciones saludables basadas en la armonía y el respeto a los derechos humanos.

3.2.4 Intervención con el Agresor y/o Familia

Participantes: Psicólogo Clínico y Victimario o Agresor.

Técnica	Objetivo	Procedimiento	Participantes
Psicoeducacion I y II	Evaluar la concepción que el victimario tiene acerca del maltrato infantil y las pautas de crianza Adecuadas. Proporcionar información adecuada acerca del Maltrato y la Crianza Adecuada.	En un papelógrafo se dibujan dos columnas y en cada columna se escriben los puntos de vista del agresor acerca de los tipos de castigo que proporcionan a los niños, tipo de lenguaje o palabra que usan para referirse a los menores y concepción de lo que es maltrato.	Terapeuta Paciente: Agresor
Reestructuración Cognitiva	Entrenar al paciente para que identifiquen pensamientos irracionales para que busquen alternativas de pensamiento mas adecuadas.	Se le ayuda a identificar los pensamientos irracionales que producen emociones y respuestas conductuales inadecuadas para de esta manera incluir respuestas conductuales más saludables.	Terapeuta Paciente: Agresor
Entrenamiento en Auto Control	Entrenar al paciente manejar el control de impulsos y que éste responda adecuadamente ante diferentes estímulos.	Se le planteará diversas situaciones en las que tendrán que elaborar el auto-control y dar respuesta al estímulo para actuar asertivamente.	Terapeuta Paciente: Agresor
	Mejorar las habilidades de	Se entrena al paciente para que pueda expresar sus	

Role Playing	comunicación y la expresión emocional en el victimario, para mejorar las relaciones sociales.	sentimientos, emociones y deseos intercambiando roles con el terapeuta y aprendiendo como a ser empático con los demás.	Terapeuta Paciente: Agresor
Técnicas de Relajacion.	Disminuir niveles de Ansiedad y estrés	Se entrena con diferentes ejercicios de respiración para disminuir los niveles de ansiedad e impulsividad y mejorar el auto-control en el individuo.	Terapeuta Paciente: Agresor
Entrenamiento en Habilidades Sociales y Asertivas	Enseñar al paciente a expresar sus sentimientos, deseos, pensamientos y emociones de un modo adecuado respetando sus derechos y los de los demás.	Se enseñara al paciente las habilidades sociales básicas, intermedias, como saludar, establecer conversaciones y relaciones sociales y avanzadas como estrategias de resolución de problemas basándose en la empatía y auto-control en el paciente	Terapeuta Paciente: Agresor
Reestructuración Familiar	Analizar el lugar que ocupa cada miembro del grupo familiar, y los elementos necesarios para una buena comunicación.	Analizar el tipo de relación y comunicación en el grupo y cuáles son las debilidades de cada miembro para trabajar sobre cada una de ellas.	Terapeuta Paciente: Agresor
Establecimiento de roles y funciones en el Hogar.	Establecer normas y funciones en el grupo familiar.	Se elabora un listado de las normas de cada caso y cuál sería la función de cada miembro a fin de que se respeten, cumplan y mejoren la relación familiar.	Terapeuta Paciente: Agresor

3.3. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

El proceso de seguimiento y evaluación debe ser realizado por un profesional perteneciente al equipo multidisciplinario, el cual se convierte en el “cuidador primario del menor”. Durante este proceso se debe realizar una intervención a tiempo en caso de reincidencia y se debe hacer una evaluación permanente hasta determinar que el menor está fuera de peligro, las visitas domiciliarias deben hacerse en forma periódica a los 15 días; a los 2 meses y a los 6 meses.

Objetivos del seguimiento:

- ✓ Prevenir, educar, informar, orientar y revisar la evolución de las secuelas físicas y psicológicas.
- ✓ Evaluar el impacto de la intervención realizada.
- ✓ Mantener comunicación y ayuda al menor y su familia durante el período de conflicto.
- ✓ Cuando exista la sospecha de compromiso físico (orgánico) se deben realizar las siguientes actividades con las frecuencias indicadas:

1. Valoración inicial por medicina general.
2. Realización de exámenes y ayudas diagnósticas, en ellas se incluirán radiografías de las zonas comprometidas.

3. Evaluaciones de la evolución de las lesiones a la semana, al mes y al año. En ellas el profesional médico buscará la existencia de nuevas lesiones.
4. Visitas domiciliarias por trabajadora social a las dos semanas, al mes, cuatro meses y al año.
5. Se realizará una evaluación psicológica con el fín de precisar la necesidad de iniciar un manejo en esta área.

Cuando exista la sospecha de compromiso psicológico y/o social (funcional) del menor con su agresor se deben realizar las siguientes actividades con las frecuencias indicadas:

1. Rescate de la víctima del agresor, con la intervención de la Dinapen en los casos de Abuso Sexual.
2. Evaluación inicial por psicólogo al agredido y al agresor.
3. Evaluación inicial por trabajo social del funcionamiento familiar y del entorno social.
4. Consulta psicológica individual, de seguimiento, al agredido y al agresor cada quince días por seis meses; para continuar con una consulta mensual por los siguientes seis meses.
5. Seguimiento e intervención por trabajo social del funcionamiento familiar y social una vez al mes por el término de un año.

4.- PREVENCIÒN DE LA VIOLENCIA INFANTIL

El Equipo Multidisciplinario planifiquen, coordinen y lleven a efecto diferentes actividades dirigidas a los padres de familia, niños, jóvenes, educadores y población en general del cantón Shushufindi, a fin de promover y difundir valores y conductas que contrarresten la cultura de la violencia, pues es necesario superar los estereotipos o actitudes rígidas sobre la temática del maltrato prevenir acciones de violencia y maltrato dentro de la familia.

10. BIBLIOGRAFÍA

- ✓ **Acosta Tieles, N. (2002).** Maltrato Infantil. La Habana: Editorial Científico-Técnica.
- ✓ **Robert A. Baron; Donn Byrne; Alvaro Rodriguez Carballeira**, Pearson Educación, Psicología Social (2005) ISBN **9788420543321**.
- ✓ **Estudio sobre el maltrato Infantil en el ámbito Familiar Paraguay (2011)**, ISBN: 978-99953-847-3-9; Paraguay.
- ✓ **Instituto Canario de Igualdad (2012)** Guía de Intervención con menores víctimas de Violencia de Género; Servicio de Coordinación del Sistema Integral contra la Violencia de Género, primera edición.
- ✓ **Jose Sanmartin; Adrian Raine (2000)** VIOLENCIA Y PSICOPATIA ISBN **9788434474703**.
- ✓ **Ministerio de Salud Pública, política social, e igualdad (2011)**: Maltrato Infantil en la familia en España; Informes, Estudios e Investigación; NIPO en línea: 860-11-044-7
- ✓ **Orjuela López Liliana; (2011**) Manual de atención para los niños y niñas de mujeres Víctimas de violencia de género en el ámbito familiar.
- ✓ **Papalia, Diane y Sally Olds (1992),** “El mundo del niño: perspectivas sobre el desarrollo del niño”, en Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia, México, McGraw-Hill.

- ✓ **Sánchez Redondo, J. M. (2001):** Toma de decisiones. El plan de caso. En De Paúl, J. y Arruabarrena, M. I. (eds.): Manual de Protección Infantil (págs. 233–239) – Masson - Barcelona.
- ✓ **San Martin José, (2004)** El laberinto de la Violencia; Editorial Ariel; ISBN: 978-84-344-7475-8
- ✓ **San Martin José (2008)** Violencia contra los niños. Editorial Ariel; ISBN: 978-84-344-7485-7
- ✓ **Sarafino Edward P. Armstrong James W. (1988)** Desarrollo Del Niño Y Del Adolescente
- ✓ **Shaffer David (2007)**: Psicología Del Desarrollo - Infancia Y Adolescencia; Editorial Paraninfo ISBN 9789706867797. 6ta Edición.

DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS:

- ✓ Protocolo de atención a la niñez maltratada (2000) Recuperado de: http://www.col.ops-oms.org/Municipios/Cali/02NinezMaltratada.htm
- ✓ Guías Para Detección, Evaluación, Atencióny Seguimiento A Personas Y Familias En Situaciónde Víctimas O Espectadores De Violencia Intrafamiliar Desde Instituciones Prestadoras De Servicios De Salud (2006) Olga Lucia Restrepo; Recuperado de: http://www.academia.edu/865519/Manual_para_antencion_de_VIF

- ✓ Guía De Intervención Con Menores Víctimas De Violencia De Género Instituto Canario de Igualdad; Recuperado: www.gobiernodecanarias.org/icigualdad
- ✓ UNICEF; El niño y la niña en la familia (2004) Recuperado de: http://www.unicef.org/republicadominicana/protection_8079.htm
- ✓ Vida Humana Internacional; Violencia Intrafamiliar. Recuperado de: http://www.vidahumana.org/vidafam/violence/brevedef-codepend.htm

11. ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

PROYECTO DE TESIS

TÍTULO:

"MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VICTIMAS DE VIOLENCIA FÍSICA Y PSICOLÓGICA QUE ASISTEN AL CONSEJO CANTONAL DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA SHUSHUFINDI, PERIODO MAYO – OCTUBRE DEL 2012."

Autor:

Jenny Bermeo García.

Loja-Ecuador

2012

I. TEMA:

“MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VICTIMAS DE VIOLENCIA FÍSICA Y PSICOLÓGICA QUE ASISTEN AL CONSEJO CANTONAL DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA SHUSHUFINDI, PERIODO MAYO – OCTUBRE DEL 2012.”

II. PROBLEMÁTICA

La violencia es un fenómeno que históricamente se ha relacionado con hechos circunstanciales específicamente sociales, explicar su etiología por características individuales de origen biológico o psicológico, reduce su esencia, por ello la razón de la violencia hay que encontrarla en las relaciones y el cruce de factores negativos del individuo con su entorno.[14]

El término violencia se emplea en su sentido más amplio, de forma que abarca cualquier tipo de comportamiento agresivo o insultante susceptible de causar un daño o molestias físicas o psicológicas a sus víctimas, ya sean estos objetivos intencionados o testigos inocentes involucrados de forma no personal o accidental en los incidentes.

En la Actualidad la violencia contra los niños y niñas es una realidad que preocupa al Fondo de las Naciones Unidas, pues se da en distintos países y trasciende diversas culturas. En el año 2006, las Naciones Unidas publicó un informe que puso de evidencia la dimensión del maltrato infantil y sus devastadoras consecuencias, señalando que 80.000 niños y niñas pierden la vida anualmente en América Latina como consecuencia de la violencia doméstica.

[14] biblioteca.utec.edu.sv/siab/virtual/auprides/17155/capitulo%201.pdf

Es lamentable que el grupo familiar que idealmente ha sido concebido como un espacio privilegiado de amor y protección, sea percibida en la actualidad como un espacio de violencia y miedo, puesto que la violencia física y psicológica dentro del hogar es la más frecuentemente señalada, y está presente en el derecho de los padres y madres a educar a sus hijas e hijos.

Es así que la violencia a niños, niñas y adolescentes en sus diferentes manifestaciones, es un problema que tiene que ver con múltiples sectores como salud y educación, con la legislación, con la economía, con el desarrollo, pero sobre todo, con los derechos humanos. Si bien se han dado pasos significativos para enfrentar esta grave violación de los derechos humanos y se ha avanzado también en acciones concretas para fomentar la toma de conciencia también se ha demostrado que los índices de violencia infantil cada vez aumentan es así que 4 de cada 10 niños han recibido maltrato de parte de sus profesores según el Observatorio de Derechos de Niñez y Adolescencia, realizado en la República del Salvador de acuerdo a estudios de percepción y opinión realizados en niños, niñas y adolescentes de edad escolar.

“El **maltrato infantil** tiene una amplia gama de expresiones e intensidad, desde actitudes de descalificación personal hasta delitos como el abuso sexual; todas son formas de conducta difíciles de cambiar en los individuos ya sea en la vida privada y/o institucional. Dados los entornos en los que ocurre y las condiciones en las que se encuentran las víctimas de todo tipo

de violencia, son de mayor vulnerabilidad; sus derechos son sistemática e integralmente conculcados, con lo cual, se afectan todas las dimensiones de su vida, la integralidad de sus derechos humanos; el niño, niña y adolescente maltratado tienen dificultad para participar en la construcción de sus proyectos de vida, en opinar, en ser ellos mismos; las consecuencias del maltrato y violencia llevan a una serie de pérdidas: desmotivación en actividades cotidianas, desconfianza, baja autoestima, rechazo al contacto físico, desinterés en participar en los juegos, lo que obstaculiza y/o retrasa su desarrollo integral: cognitivo, físico, emocional y psicológico, provocando daños difícilmente reparables en su vida"[15].

En Ecuador, como en otros países del mundo, la **violencia sexual** se da en un marco de relaciones de poder asimétricas. Las víctimas y los perpetradores muestran una acusada diferencia de recursos físicos, psicológicos y materiales. Esta diferencia no solo incide en la comisión de los delitos sino también en el mantenimiento del silencio sobre los hechos y la consecuente impunidad de los perpetradores.

Según los datos expuestos por (EDNA, INEI, ENDES IV) para el 2011, en el Ecuador el 51% de niños/as entre 6 y 11 años han reportado haber sido víctimas de maltrato y se estima que del 65 al 80% de las muertes infantiles

[15] Publicado en español por la Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud Washington, D.C. 2002

provocadas por abuso no son reportadas como tales en el certificado de defunción.

Además los datos del Consejo Metropolitano de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia (Compina) de Quito revelan que las formas más comunes de maltrato contra este sector de la población son el psicológico y físico, aunque se registran también datos por violencia sexual y maltrato institucional. Mientras que en la provincia del Guayas según cifras del Instituto del Niño y la Familia (INFA) obtenidas en los centros de restitución de derechos que funcionan en Guayas, en el 2010 se reportaron 2.650 casos de abandono o negligencia de los padres o responsables del cuidado de los menores de edad, a este le siguen las agresiones físicas, con 980 hechos; psicológicas, con 837 denuncias; y abuso sexual, que dejó en un año 850 víctimas. Las estadísticas del INFA demuestran que en las ciudades de Quito y Guayaquil el 27% de la población hasta 10 años es castigada al menos una vez por semana.

Sin embargo los datos obtenidos en el Concejo Cantonal de Niñez y Adolescencia Shushufindi, donde llevare a cabo la investigación arrojan las siguientes cifras de violencia física y psicológica; de 95 casos atendidos de Enero a diciembre del 2011, el 65% corresponde maltrato físico, verbal, psicológico, y negligencia.

Ante esta serie de dificultades he creído conveniente crear un modelo de intervención psicológica en niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física y psicológica que asisten al Consejo Cantonal de Niñez y Adolescencia Shushufindi, periodo mayo – octubre del 2012, con el objeto de brindar una atención integral.

III. JUSTIFICACIÓN

La tarea fundamental que ha venido desempeñando la Universidad Nacional de Loja, ha sido el de desarrollar aportes a la solución de problemas que aquejan a nuestra sociedad, por ello el presente trabajo se justifica por las siguientes razones:

Desde la realidad Científica, porque por medio de la búsqueda de solución a los problemas de la realidad a través de un proceso dialectico, se intenta proponer alternativas que permitan brindar la solución a los problemas que afronta la sociedad como consecuencia de la violencia.

Además con esta investigación, lo que se pretende es incentivar no solo a la sociedad y a las familias, sino también a los estudiantes universitarios, para que busquen, analicen y tomen decisiones respecto a un como brindar alternativas de solución para minorar la magnitud de la violencia física y psicológica a niños niñas y adolescentes, para que de esta manera se pueda trabajar en el mejoramiento de estrategias de cambio que permitan potenciar familias con una buena salud mental familiar. Desde la realidad Académica, porque hoy en día se hace cada vez más importante evaluar, diagnosticar y proponer alternativas, que ameriten rigor científico en el proceso de promoción prevención para lograr una psicoeducación en las familias, instituciones, personas a cargo de los niños niñas y adolescentes en donde

se puedan lograr potenciar una buena organización familiar, una asertiva comunicación y manejo en la solución de conflictos.

La importancia de la investigación en violencia, radica en concienciar conocerán la necesidad de establecer e implantar una nueva cultura: la cultura de la paz. En donde su prioridad será la erradicación de la violencia mediante el uso de procedimientos no violentos en la resolución de conflictos, límites, y la valoración misma del medio en que se desenvuelven, así como la creación de mecanismos preventivos para evitar actos violentos. Y mejorar el estado emocional de niños niñas y adolescentes.

La investigación propuesta es factible de realizarse en virtud de que dispongo de conocimientos y experiencias básicas indispensables como los recursos materiales y financieros que la misma demanda. Además, esta investigación se caracteriza por ser original ya que contempla pertinencia y relevancia por la importancia de la temática y la actualización de la bibliografía seleccionada.

IV. OBJETIVOS:

General:

- ✓ Diseñar un Modelo de Intervención psicológica para los niños, niñas y adolescentes violentados física y psicológicamente que asisten al Consejo Cantonal de Niñez y Adolescencia Shushufindi. Periodo Mayo – Octubre 2012.

Específicos:

- ✓ Describir los factores de riesgo que predisponen a que los niños, niñas y adolescentes que asisten al Concejo Cantonal de Niñez y Adolescencia de Shushufindi sean víctimas de violencia.
- ✓ Determinar los tipos de violencia que prevalecen en la población investigada.
- ✓ Identificar el perfil psicológico de la víctima de violencia y del victimario.

V. ESQUEMA DEL MARCO TEÓRICO

CAPITULO I

DESARROLLO DEL NIÑO Y ADOLESCENTE

1.1 Desarrollo prenatal, natal y postnatal

1.1.1 Ambiente e Influencias

1.1.2 Factores Biológicos- Psico-Sociales

1.1.1.2 Emociones de la Madre

1.1.1.3 Desarrollo emocional

1.2 Desarrollo del niño

1.2.1 Desarrollo emocional (Autoestima, emociones).

1.2.2 La familia como principal contexto de socialización

1.2.2.1 Los Estilos Educativos Familiares

1.3 Adolescencia

1.3.1 Cambios físicos

1.3.2 Cambios psicológicos

1.3.2.1 El desarrollo cognitivo

1.3.2.2 El egocentrismo adolescente.

1.3.2.3 El pensamiento operacional formal.

1.3.2.4 Relaciones sociales en la adolescencia

1.3.2.5 Independencia

1.3.2.6 Identidad

1.3.2.7 Autoestima

1.3.2.8 Comportamiento

1.3.2.9 Seguridad

CAPITULO II

AGRESIVIDAD Y VIOLENCIA

2.1 Agresividad

2.1.1. Bases Neurobiológicas de la Agresión.

2.1.2. Conducta Agresiva.

2.2 Violencia

2.2.1 Tipos de violencia

2.2.1 Violencia físico infantil-adolescente

2.2.2 Violencia psicológica infantil-adolescente

2.2.3 Abuso sexual infantil-adolescente

2.3 Aspectos Básicos del perfil del niño-niña víctima.

2.3.1 Personalidad de la víctima.

2.3.2 Aspectos físicos de la víctima.

2.3.3 Ámbito familiar de la víctima:

2.3.4 Ámbito social de la víctima.

2.4 Perfil del agresor

2.4.1 Aspectos Básicos del Perfil del Agresor.

2.4.1.1 Personalidad del Agresor.

2.4.1.2 Aspectos Físicos del Agresor.

2.4.1.3 Características del Ámbito familiar del Agresor:

2.4.1.4 Características del Ámbito Social del Agresor:

2.4 Factores de Riesgo.

2.4.1 Factores de riesgo individuales

2.4.2 Factores de riesgo familiares

2.4.3 Factores de riesgo sociales

2.4.4 Factores de riesgo culturales

2.5. Consecuencias de la violencia

VI. MARCO TEÓRICO

CAPITULO I

DESARROLLO DEL NIÑO Y ADOLESCENTE

1.1 DESARROLLO PRENATAL, NATAL Y POSTNATAL

El zigoto contiene todo el material genético aportado por el óvulo y por el espermatozoide. Durante la implantación del zigoto en la cavidad uterina, comienza la primera de las dos fases en que suele dividirse la vida prenatal: la etapa embrionaria; al cabo de un par de meses después de la fecundación, comenzará la etapa fetal.

La etapa embrionaria comienza dos semanas después de la fecundación. Etapa crucial en la que se van a formar las bases del organismo humano a partir de tres capas iniciales llamadas endodermo (formación de órganos internos), mesodermo (esqueleto, músculos, corazón, sistema circulatorio), y ectodermo (sistema nervioso, piel, órganos de los sentidos).

En torno a la octava semana, la osificación de los primitivos cartílagos va a marcar la transición a la etapa fetal. Continuará la diferenciación de órganos y su crecimiento. Al final del tercer mes, el feto chupetea, traga y tiene movimientos respiratorios básicos, hacia el quinto mes se mueve estira y

patalea. En torno al final del sexto mes la actividad eléctrica del cerebro empieza a parecerse a la del recién nacido. A partir del sexto mes se considera que el feto es ya viable. En el Séptimo Mes tiene ya pautas reflejas totalmente desarrolladas. Llora, traga y puede succionar su pulgar. Octavo Mes Durante este mes y el siguiente, se desarrolla una capa de grasa sobre todo el cuerpo del feto, lo cual lo capacita para adaptarse a la variación de temperatura fuera del útero. Noveno Mes Las adiposidades continúan formándose, los sistemas orgánicos están funcionando en forma cada vez más eficiente, se incrementa el ritmo cardíaco y se excretan más desechos, comienza a desvanecerse el color rojizo de la piel[16]

1.1.1Factores biológicos – psicosociales

Son características propias de la madre y condiciones que generan riesgos biomédicos y obstétricos: Edad, Enfermedades (rubéola, toxoplasmosis, diabetes, sífilis), Incompatibilidad del tipo de sangre, Contaminación y radiación.

1.1.2 Emociones de la Madre

Nuestro destino está encapsulado en nuestros genes. Este dogma oficialmente conocido como "la primacía del ADN", concede a los genes un

[16] Psicología del Desarrollo y maduración. (20012, January 24) Buenastareas.Retrieved from htp://www.buenastareas.com/ensayos/Psicologia-Del-Desarrollo-y Maduraci%C3Bn2n/3377206.html

rol causal dentro del control de la expresión biológica y del comportamiento, por su habilidad de auto activarse o auto desactivarse. Esta perspectiva del rol de los genes a derivado en el concepto de "determinación genética".

Durante el embarazo la percepción de los padres sobre el ambiente se transmite al feto a través de la placenta, la barrera celular entre el flujo sanguíneo materno y el fetal. Las "emociones químicas" de la madre afectan al feto de manera que éste evocaría las mismas respuestas emocionales que la madre, junto con sus respectivas consecuencias y sensaciones fisiológicas. En el fondo, se le otorga al feto información previa respecto al ambiente. Esta información está definida por la conducta y percepción de los padres.

En síntesis la química emocional de la madre "determina" la química emocional de la descendencia, por ejemplo, si una madre se ve enfrentada diferentes tensiones durante su embarazo, es muy probable, que el niño nazca con una actitud defensiva ante su medio. De cierto modo, la conducta de los padres pre-programaría la conducta futura de los niños lo cual les permitiría adaptarse más rápida y exitosamente al ambiente del hogar[17].

Cabe destacar, que las consecuencias conductuales de niños expuestos a actitudes negativas o destructivas durante su desarrollo prenatal puede ser

[17] Papalia, D. y Wendkos, S. (1992). Desarrollo Humano. McGraw-Hill: Madrid.

revertido psicológicamente, una vez que dichas consecuencias han sido identificadas.

1.1.3 Desarrollo emocional

Entre los grandes recursos de que disponen los bebés para comunicarse con los cuidadores destacan las señales emocionales. Desde los primeros días, los niños muestran expresiones faciales de interés, asco y malestar. A finales del primer mes se observan las primeras sonrisas ante la voz y la cara humana. Las expresiones faciales de enfado, tristeza y sorpresa comienzan a evidenciarse hacia el segundo mes. Es a partir del tercer mes cuando permite suponer que la expresión emocional del bebe revela su estado interno. En cuanto al miedo, las reacciones de temor son infrecuentes durante el primer semestre de vida.

A lo largo de los tres primeros años, las expresiones emocionales se van haciendo cada vez más selectivas, aumentan su rapidez y duración y, por supuesto, se van socializando en la interacción con las figuras de apego.

A los dos años, emergen dos expresiones faciales que indican claramente el control infantil de la expresión emocional: el morderse el labio inferior para controlar la expresión de ansiedad y la compresión de los labios como control de la expresión de cólera. Por último el acceso al lenguaje determina

un gran cambio en este aspecto de la vida emocional, ya que proporciona a los niños un nuevo modo de expresión de sus sentimientos.

1.2 DESARROLLO DEL NIÑO

1.2.1 Autoestima

El auto concepto implica un proceso de construcción y elaboración del conocimiento de uno mismo que se prolonga durante los años de la infancia y de la adolescencia. El aspecto evaluativo del yo, es lo que conocemos como autoestima. Es un producto psicológico que unas veces se acompaña de un signo positivo y otras de uno negativo. La autoestima tiene un carácter esencialmente multidimensional, estando formada por un conjunto de facetas que muestran bastante independencia unas de otras. Así una niña puede tener una alta autoestima física, al tiempo que su autoestima escolar no es tan buena.

Entre los 4-7 años, podemos hablar de al menos cuatro dominios distintos y relevantes en estas edades, “competencia física, competencia cognitivo-académica, aceptación por parte de los iguales, y aceptación por parte de los padres.”

Al mismo tiempo que niños y niñas pueden auto valorarse en una serie de facetas distintas, van desarrollando una valoración general de sí mismos no ligada a ningún área de competencia específica.

Esta autoestima global, no parece desarrollarse hasta los 7-8 años, momento en el que parecen empezar a ser capaces de autoevaluarse de forma más desligada e independiente de su actuación en situaciones concretas.

Diversos autores coinciden en describir que de los seis a los doce años es una etapa más tranquila y sosegada en el plano afectivo; una etapa en la que estos continúan construyendo su personalidad. La tarea principal consiste ahora en consolidar muchos de los aspectos del desarrollo socio personal que se habían ido definiendo en la etapa anterior.

En la descripción de Freud, los años escolares se corresponden con el periodo de latencia, etapa que se sitúa entre la sexualidad pregenital infantil y la sexualidad genital que aparecerá en la pubertad. Se origina a raíz del declive de la conflictividad edípica de los años anteriores, declive fruto del fortalecimiento del súper yo.

En la teoría psicosocial de Erikson, la tensión de estos años está entre la laboriosidad en contraposición con la inferioridad. Van a dedicarse durante

esta etapa a aprender todo lo que necesitan para incorporarse algunos años después, como miembros adultos y activos.

En resumen, las descripciones clásicas remiten a una mayor concentración de niños y niñas en el ámbito de la adaptación social, de nuevas tareas intelectuales y relacionales.

1.2.2 La Expresión de las emociones

Desde el mismo momento del nacimiento es posible observar en los bebes claras reacciones de agrado y desagrado ante determinadas situaciones. Estas reacciones globales dejan paso desde muy pronto a emociones específicas que van desde la alegría y el malestar, más tarde cólera y sorpresa y finalmente miedo y tristeza.

Al final de la primera infancia, 2-3 años, tiene lugar un logro importante en relación con el desarrollo emocional, el descubrimiento de uno mismo. Las emociones más importantes son la vergüenza, el orgullo y la culpa. Su aparición tiene mucho que ver tanto con el desarrollo del yo y la autoconciencia, como con la relación con otros y la adaptación a las normas.

Para que se pueda sentir la vergüenza u el orgullo, es necesario el conocimiento de las normas y valores sociales, la evaluación de la propia conducta en relación con estas normas y valores, y la atribución de

responsabilidad a sí mismo ante el éxito o el fracaso por ajustarse o no a dichas normas y valores. En cuanto a la culpa, tiene mucho que ver con el desarrollo socio- moral y la aparición de conductas prosociales[18].

El mayor dominio del lenguaje que tiene lugar hacia los 3-4 años, va a tener una importante influencia sobre el desarrollo emocional. Constituye un instrumento preciso para expresar y comunicar los propios estados emocionales “estoy triste, tengo miedo”, entre los 2-6 años, las situaciones que suelen provocar este tipo de emociones tienen que ver principalmente con los conflictos que se mantienen con los iguales. Otra emoción que adquiere gran protagonismo en estas edades es el miedo. Los cambios más importantes a partir de los 3-4 años en el desarrollo emocional no tienen que ver sólo con las manifestaciones externas, sino también con la comprensión y el control de los estados emocionales.

A partir de 4-5 las emociones comienzan a contextualizarse, posibilitando comprender y explicar los estados emocionales en términos del ajuste que se da en cada situación entre lo que se desea y lo que se consigue, entre la importancia de la meta y el resultado finalmente alcanzado.

[18] Papalia, Diane y Sally Olds (1992), “El mundo del niño: perspectivas sobre el desarrollo del niño”, en Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia, México, McGraw-Hill

1.2.3 LA FAMILIA COMO PRINCIPAL CONTEXTO DE SOCIALIZACIÓN

Ha quedado claro que el desarrollo de la personalidad y de las emociones entre los 2-6 años están íntimamente relacionados con los procesos educativos y de socialización.

Para estudiar las influencias de la familia sobre el desarrollo inadecuado, limitarse al análisis de las relaciones didácticas que se producen en su seno; el análisis debe partir de una concepción sistémica y ecológica en la que se entiende a la familia como un sistema de relaciones interpersonales recíprocas; un sistema que, además, no está aislado del entorno que le rodea, sino que mantiene relaciones con otros contextos importantes para el desarrollo de sus miembros (el trabajo de los padres, las experiencias escolares de los hijos), al tiempo que unos y otros se encuentran enmarcados dentro de contextos de influencia superiores.

1.2.3.1 Los Estilos Educativos Familiares

- **Afecto y comunicación:** Es posible diferenciar entre unos padres y otros en función del tono emocional que preside las relaciones padres-hijos, de la mayor o menor sintonía que se da entre ellos y del nivel de intercambios y comunicación existentes en su relación.
- **Control y exigencias:** Las exigencias y la disciplina, donde los padres son más o menos exigentes a la hora de plantear situaciones

que supongan un reto para los niños y les requieran ciertas dosis de esfuerzo; por otra el control en mayor o menor medida de la conducta del niño, si establecen o no normas, si exigen su cumplimiento de forma firme y coherente. En base a lo expuesto Baumrind establece los siguientes sistemas educacionales:

- **Estilo Democrático.-** Caracterizado por niveles altos tanto de afecto y comunicación, como de control y exigencias, mantienen una relación cálida afectuosa y comunicativa con sus hijos, pero que al mismo tiempo son firmes y exigentes con ellos.
- **Estilo Autoritario.-** Se caracteriza opr valores altos en control y exigencias, pero bajos en afecto y comunicación
- **Estilo Permisivo.-** Se caracteriza por altos niveles de afecto y comunicación unidos a la ausencia de control y exigencias de madurez. En este caso son los intereses y deseos del niño los que parecen dirigir las interacciones adulto-niño.
- **Estilo Indiferente o negligente.-** Caracterizado por los niveles más bajos en ambas dimensiones, dando lugar a padres con una escasa implicación en las tareas de crianza y educación.

Los hijos de padres democráticos, presentan una alta autoestima, los de padres autoritarios baja autoestima y escaso autocontrol, de padres permisivos a primera vista son los más alegres y vitales sin embargo son también inmaduros e incapaces de controlar sus impulsos y poco

persistentes en las tareas. Por último los hijos de padres negligentes, tienen problemas de identidad y baja autoestima.

1.3 ADOLESCENCIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la ***adolescencia*** como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose tres fases, la adolescencia temprana 12 a 13 años, la adolescencia media 14-17años, la adolescencia tardía 14 a 21 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad. Sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo[19].

1.3.1 CAMBIOS DURANTE LA ADOLESCENCIA

1.3.1.1 Cambios Biológicos

1.3.1.1.1 Pubertad

La pubertad empieza más tarde en los varones que en las mujeres.

[19] SHAFFER DAVID: Psicología Del Desarrollo - Infancia Y Adolescencia

Previamente a los cambios en las características sexuales secundarias hay un periodo de crecimiento corporal rápido, seguido de un número de transformaciones corporales.

En el varón aumenta el ancho de los hombros, y en las mujeres el de la pelvis. Aumenta en los hombres la masa muscular en el varón, y también disminuyen los depósitos de grasa, mientras que al final de la pubertad se registra en las niñas un aumento absoluto en la cantidad de grasa corporal.

En términos fisiológicos, en ambos sexos es claro que antes de los cambios anatómicos han existido aumentos en la producción de hormonas sexuales. En ambos sexos aumenta la secreción de la hormona Gonadotropina que precede a la maduración de las glándulas sexuales.

Además existe un incremento gradual de la concentración de estrógenos, desde los siete años de edad y también crece la cantidad de hormonas andrógenos suprarrenales, los mismos que al parecer son los factores causales del aumento, en ambos sexos, del grosor de la piel y la secreción de sustancias grasas por las glándulas sebáceas lo cual es más pronunciado en el sexo masculino. En el varón hay una mayor cantidad de estrógenos pero sobretodo de testosterona, con la maduración de los túbulos testiculares.

Es así que el primer signo de maduración es el crecimiento de los testículos, un mayor volumen de escroto y la producción de espermatozoides antes de la aparición de otras características secundarias. Luego aparece generalmente el vello púbico, y después suele producirse el estiramiento o aceleración del crecimiento. Poco después aparece el facial, y en otras partes del cuerpo, más tarde crece la laringe y hay cambio del tono de voz, también hay crecimiento temporal de las glándulas mamarias y aumento del diámetro de la areola.

En la mujer, con la pubertad hay mucha mayor producción de estrógenos con la maduración del folículo ovárico. El primer signo de maduración es el incremento en el tamaño de las mamas, que puede tener lugar entre los 8 a 13 años de edad. Luego aparecen las otras características sexuales secundarias, inicialmente el vello púbico y luego el axilar. La menarquia tiene comienzo en promedio a los 13 años, y puede ocurrir entre los 10 y 16 años.

1.3.1.1.2 Efectos de las hormonas en la conducta

Posiblemente los andrógenos suprarrenales en ambos sexos sean son el factor determinante del aumento del deseo sexual y el interés en asuntos eróticos. Además factores como el estrés y la tensión pueden producir una disminución en la cantidad de testosterona en el varón, lo que sugiere que en varones los factores que producen ansiedad o tensión crónica podrían tener influencia en la cantidad de testosterona finalmente. En cambio en la

mujer la cantidad de hormonas previamente a la menstruación puede estar asociada a los estados de irritabilidad, y a un estado de ánimo bajo o tristeza.

En los casos en que los jóvenes alcanzan un periodo de madurez mucho más pronto tienden a iniciar experiencias sexuales más temprano, suelen tener una alta incidencia en dificultades psicosociales, desobediencia, conflictos interpersonales o violar las reglas de la conducta.

1.3.1.2 CAMBIOS PSICOLÓGICOS

1.3.1.2.1 EL DESARROLLO COGNITIVO

1.3.1.2.1.1 El pensamiento operacional formal.

Jean Piaget fue el primero en observar y describir los adelantos del razonamiento de los adolescentes. El reconoció que los procesos cognitivos, no solo el contenido de los pensamientos, cambian en forma significativa. El denomino a este estadio pensamiento operacional formal, cuando el pensamiento ya no está limitado a las experiencias personales. El adolescente puede considerar los conceptos lógicos y las posibilidades que no se pueden observar.

Los adolescentes “parten de soluciones posibles y avanzan hasta determinar cuál es la solución real”, por lo tanto son estimulados a participar en el pensamiento hipotético, razonando sobre proposiciones de *qué pasaría si* que pueden no reflejar la realidad. Este tipo de pensamiento transforma la forma en la que los adolescentes perciben el mundo, no necesariamente para bien. Al desarrollar la capacidad para pensar hipotéticamente, alrededor de los 14 años los adolescentes adquieren la capacidad de razonamiento deductivo, el cual comienza con una idea o una premisa y utiliza luego pasos lógicos para extraer luego conclusiones específicas.

1.3.1.2.1.2 El egocentrismo adolescente.

En los primeros años de la adolescencia más o menos de los 10 a los 13 años, la mayoría de los adolescentes piensa mucho acerca de si mismos. Se preguntan cómo los perciben los demás; tratan de reconciliar sus sentimientos conflictivos hacia sus padres, escuela y otros amigos íntimos; piensan en profundidad sobre su futuro; reflexionan, en detalle, sobre las experiencias cotidianas; se preocupan acerca de sus relaciones con sus pares, sus familias, las escuelas y el mundo.

Los adolescentes más jóvenes tienden a imaginar lo que los otros pueden estar pensando sobre ellos y luego asumen que esas hipótesis son hechos, aun cuando estas conclusiones estén distorsionadas por la compenetración en ellos mismos.

1.3.1.2 Cambios emocionales

1.3.1.2.1 Identidad

En la adolescencia la búsqueda de identidad se vuelve una “lucha primordial”, como lo señala EriK Erikson.

A la edad de un año seis meses o 2 años seis meses está establecida su identidad de género, es decir se siente niña o niño y más tarde va conociendo aspectos de sí mismos. Es así que en la adolescencia el desarrollo intelectual permite hacerse preguntas trascendentales como para que estoy en el mundo? y se pregunta quién es el realmente.

A esta edad tiene mayores conocimientos y principalmente la capacidad para cuestionarse a sí mismo y a los demás. Lo que antes aceptaba como verdad dogmática ahora lo analiza y cuestiona y a veces lo descarta.

Esta revolución intelectual viene acompañada de los cambios corporales anteriormente mencionados. “En esta etapa los adolescentes suelen sentirse inseguros y buscan identificarse con alguien que por lo general son personajes que no pertenecen a la familia inmediata”, pueden ser personas a las que ellos admiran como un maestro (a), repentinamente adoptan gesticulaciones y preferencias o bien un ídolo histórico o del mundo de los

espectáculos, trata de tomar prestados fragmentos de lo que constituirán su identidad.

1.3.1.2.2 Independencia

La independencia la podemos definir como la toma de decisiones propias y la capacidad de actuar sobre la base de procesos de pensamiento y criterio también propios. Parte del proceso de desarrollo de los adolescentes es aprender a resolver sus problemas sin intervención externa. Con el aumento de sus capacidades cognitivas e intuitivas, el individuo comienza a enfrentar nuevas responsabilidades y a disfrutar la independencia de pensamiento y acción. También comienza a tener pensamientos y fantasías sobre su futuro y su vida adulta (los estudios universitarios, la capacitación laboral, el trabajo, formar una familia).

1.3.1.2.3 Necesidad de pertenencia

El mundo de la adolescencia va unido a actividades de riesgo e inseguridad para la integridad física. Los problemas en seguridad del adolescente se desprenden del aumento de la fortaleza y la agilidad que se pueden desarrollar antes de que se adquieran las destrezas para tomar decisiones óptimas. Una fuerte necesidad de la aprobación de un amigo, junto con los "mitos de la adolescencia", podrían hacer que los jóvenes comenzaran a intentar actos arriesgados y participar en una serie de comportamientos

peligrosos: conducción, deportes de riesgo, consumo de sustancias adictivas. Por desgracia, muchos adolescentes se encuentran en alto riesgo de depresión y suicidio potencial debido a las presiones y conflictos que pueden surgir en la familia, el colegio, organizaciones sociales y relaciones íntimas[20].

1.3.1.2.4 Comportamiento

Sabemos que los adolescentes sufren unos cambios rápidos y súbitos a nivel físico, a esto hay que añadir el desarrollo de las características de conciencia propia, sensibilidad y preocupación sobre los propios cambios corporales; a la vez que se presentan comparaciones angustiosas entre sí mismo y los compañeros.

Debido a que es posible que los cambios físicos no ocurran en forma sincrónica, los adolescentes podrían pasar por etapas de incomodidad, tanto en términos de apariencia como de movilidad y coordinación física. En el caso de las chicas adolescentes debemos evitar angustias innecesarias si no se les informa y prepara para la menarquia (el comienzo de los períodos menstruales), igual ocurre con los chicos adolescentes pues se les debe suministrar información oportuna y precisa y preparar para el comienzo de las emisiones nocturnas.

[20] SARAFINO Edward P; Armstrong James W; Desarrollo del Niño y del Adolescente.

Qué no se preocupen los padres (¡es normal!) si ven que los jóvenes tienen y demuestran necesidad de separarse y establecer su propia identidad. Si este proceso no lo entendemos como normal, en algunas familias pueden surgir conflictos significativos sobre los actos del adolescente o gestos de rebeldía y sobre las necesidades de los padres de mantener el control y hacer que el joven continúe con los comportamientos de obediencia de su pasada infancia.

Según se alejan los adolescentes de los padres en búsqueda de su propia identidad, el grupo de amigos o compañeros adquiere un significado especial, ya que puede convertirse en un refugio "seguro", en el que el adolescente puede probar nuevas ideas y comparar su propio crecimiento físico y psicológico.

1.3.1.2.5 Desarrollo Moral

Aunque la moralidad es asunto social y cultural, también hay una evolución en el niño en términos de su capacidad para el razonamiento moral. Es así que un niño de edad escolar tiene un razonamiento moral denominado realismo moral, que da más importancia a hechos o transgresiones que a las intenciones, en cambio que un adolescente tiende a pensar de modo menos convencional, es decir ahora piensa menos en términos tan concretos y simplistas, y es capaz de pensar en la intensión y en las circunstancias atenuantes y está más interesado en principios y valores morales.

El desarrollo moral tiene causes diferentes para los varones y las mujeres. Es decir en las mujeres existe un menor interés en los principios morales impersonales y globales, y más compenetración de lo que es bueno para alguien en particular. La joven podría estar menos preocupada de los principios y leyes abstractos que por lo que considera que sería bueno para alguien en particular o para mantener o preservar una relación con alguien.

1.3.1.2.6 Erotismo y Sexualidad

El interés por la sexualidad y los deseos sexuales no aparecen por primera vez en la adolescencia como se pensaba, sin embargo “en la adolescencia y en gran parte debido a la maduración sexual y la producción de hormonas sexuales el adolescente tiene mayor interés en los temas eróticos y sexuales”, curiosidad por descubrir información y deseos sexuales mucho más prominentes que antes.

Necesita y busca información sobre el desarrollo de los órganos genitales, la reproducción y el acto sexual así como otros temas relacionados con esto, para ello obtiene información de sus compañeros que a veces es inexacta y llena de distorsiones. Temas como la sexualidad y masturbación provocan mucha ansiedad en los padres, y aun en los médicos y otros miembros del personal de salud, cuando estos hablan de sexualidad tienden a mencionar solo los asuntos fisiológicos y anatómicos de la reproducción y la gestación.

Los adolescentes tienen el deseo y la necesidad de explorar su funcionamiento sexual y sus cambios anatómicos y también de saber si son sexualmente atractivos. Parte de esta exploración es la masturbación que la practica una gran mayoría de varones y mujeres aunque nos e habla abiertamente de ella.

Al momento de valorar la virginidad y la falta de experiencia sexual en las mujeres mientras que en los hombres se incentiva a una conducta opuesta se crea un conflicto importante entra ambos sexos, pues adema de ser un doble mensaje puede empujar al varón a tener relaciones sin estar enamorado y catalogar al coito como un asunto puramente fisiológico que ha de practicarse de una manera u otra. Mientras que en las mujeres puede haber un temor prolongado a lo sexual, miedo a ser criticada por su interés y errores relacionados con la falta de información adecuada sobre la fertilidad, la prevención del embarazo y otros temas similares.

1.3.1.2.7 Autoestima

La autoestima se define como los sentimientos que una persona tiene sobre sí misma y está determinada por la respuesta a la pregunta "¿Hasta qué punto me agrada lo que soy?". En la adolescencia es frecuente que se produzca una disminución de la autoestima debida a la creciente manifestación de los cambios que se producen, los pensamientos que surgen y la forma diferente de pensar acerca de las cosas. En este periodo,

los adolescentes se vuelven más reflexivos sobre quiénes son y quiénes desean ser y observan las diferencias entre el modo en que actúan y el modo en que piensan que deberían hacerlo. Una vez que comienzan a reflexionar sobre sus acciones y características, se ven confrontados con la percepción que tienen de sí mismos. Fijémonos en las chicas adolescentes que suelen dar más importancia al hecho de sentirse atractivas y, si no lo logran, su autoestima disminuye[21].

[21] SHAFFER DAVID: Psicología Del Desarrollo - Infancia Y Adolescencia Editorial Thomson ISBN-9706867791.

CAPITULO II

2.1 Agresividad

La agresividad es una reacción natural en el ser humano, en el hombre/mujer como en cualquier otra especie, por naturaleza cuenta con la agresividad como protección y supervivencia desde los primeros años de la vida, pero lo lógico es que a medida que madure reduzca esa conducta violenta. Este proceso forma parte de la socialización por la cual se inhiben los comportamientos agresivos.

Es natural que exista esta conducta como un mecanismo de defensa, como una respuesta ante un medio o situación hostil, pero cuando este mecanismo de defensa deja de ser una forma para adaptarse y se convierte en un factor de desadaptación, surgen las conductas agresivas preocupantes. La palabra agresividad procede del latín, en el cual es sinónimo de acometividad. Implica provocación y ataque. Como adjetivo, y en sentido común, hace referencia a quien es ―propenso a faltar al respeto, a ofender o a provocar a los demás‖ (Real Academia Española, 2001).

2.1.1 BASES NEUROBIOLÓGICAS DE LA AGRESIÓN.

Respecto a la violencia y agresividad se ha estudiado que están relacionadas con disfunciones en los circuitos neuronales, esto no excluye los factores ambientales o genéticos, sin embargo, es importante reconocer la relevancia que tiene. Algunas hipótesis vinculan depresión y auto agresividad con el sexo femenino, y conductas psicopáticas y la mayor agresividad exteriorizada con el sexo masculino, es por ello que se habla de la relación entre la conducta agresiva y trisomía XYY; la presencia de un cromosoma Y extra en la dotación genética incrementa las posibilidades de desarrollar conductas agresivas.

Así mismo, múltiples investigaciones hacen más referencia a los circuitos neuronales y algunas disfunciones del sistema nervioso; de esta manera han relacionado a la serotonina como un inhibidor de la conducta agresiva-impulsiva y de esta forma se ha encontrado que el 5-HIAA (ácido 5 hidroxi-indol-acetico), que es un metabolito de las serotonina, se encuentra reducido en pacientes psiquiátricos, hombres violentos e impulsivos, así como en víctimas de suicidios violentos. Por otra parte, se ha encontrado que la concentración de 5-HIAA predice la agresión 2 a 3 años en el futuro en chicos con problemas de conducta.

En diversos estudios se ha observado que existe una preponderancia absoluta o relativa de catecolaminas biológicamente activas en el cerebro,

se correlacionan con el estado de vigilia, la actividad motora y la agresividad; mientras que la preponderancia absoluta o relativa de la serotonina activa en el cerebro se relaciona con la sedación, la ansiedad y niveles elevados con la excitación, desorientación y convulsiones. Por lo que respecto a la serotonina se puntualiza que:

- ✓ Niveles bajos de serotonina pueden incrementar ciertos tipos de agresión.
- ✓ Niveles altos de serotonina pueden producir ansiedad y desorientación.
- ✓ El estrés incrementa la producción de serotonina. (Persky, 1985, referido en Aluja, 1991).

Sin embargo, la serotonina no es el único neurotransmisor implicado en la agresión e impulsividad, de forma menos consistente se ha estudiado que hay relaciones importantes entre la disfunción de la transmisión de dopamina, la cual parece aumentar las conductas agresivas y como compensador, el ácido gamma amino butírico (GABA) parece inhibirlas (Sanmartín, 2000).

La agresión es una categoría de estrés que altera el metabolismo de las aminas, sin embargo existen diferencias individuales, parece ser que la adrenalina influye en el miedo y la agresión, la noradrenalina en la

irritabilidad. Se ha encontrado que la síntesis de aminas en el cerebro tiene relación con la estimulación ambiental.(Sanmartín, 2000 p.56)[22].

2.1.2 Conducta Agresiva.

Las conductas agresivas son un modo de actuar de una persona que nos reflejan su incomodidad, su insatisfacción, y muchos otros sentimientos que en su mayoría son mal canalizados o mal aprendidos, ya que las reacciones ante lo que no les gusta, la mayoría de las ocasiones son desproporcionadas con respecto al problema original, esta desproporción es como ver las cosas en una magnitud demasiado alta como para solucionarlos y la respuesta automática se traduce en un insulto, desprecio, crítica, golpe, amenaza y otras tantas conductas que se catalogan como violencia física, verbal, psicológica, sexual, etc. todas ellas son conductas que buscan el castigo de la otra u otras personas.

2.2 TIPOS DE VIOLENCIA

2.2.1 La violencia física infantil-adolescente

Diversos estudios demuestran la influencia de los factores culturales en la aplicación del castigo físico hacia los niños, las niñas y adolescentes. Esta tendencia tiene algunas características importantes de destacar:

[22] Raine, A. y J. Sanmartín (2000): Violencia y psicopatía, Barcelona, Ariel.

- ✓ ***Los métodos y prácticas de crianza*** aplicados señalan diferencias en cuanto a la frecuencia, severidad, formas y ocasiones en que se aplica el castigo físico que fue recibido por los padres y las madres, y los que estos aplican a sus hijos e hijas.
- ✓ ***El castigo físico*** está relacionado con la idea de que, al producir sufrimiento, los niños y las niñas a prenderán la lección que se quiere ofrecer. Así el castigo físico está legitimado como una forma de aprendizaje.
- ✓ ***Los límites entre el castigo físico y el maltrato***, no son del todo claros y dependerá en mucho de "la conciencia" que tengan los padres, las madres o las personas encargadas de velar por el cuido de la población menor de 18 años.

Esta situación es vivida por ellos y ellas, así como también, entre las personas adultas miembros de la familia. En el discurso de niñas y niños la violencia física se expresa en maltrato físico tales como golpes, patadas, pegarles con diferentes objetos o con lo que encuentran-zapatos, bejucos, fajas, cables, mecates, alambres de púas este tipo de castigo físico es ejercido más hacia los niños que hacia las niñas. En el área rural las niñas expresan recibir castigos físicos con rajas de leña.

Estas víctimas de malos tratos físicos y psicológicos, se ven en la incapacidad de tomar decisiones personales, de expresar sus opiniones o de

brindar protección a sí mismas o, en el caso de las madres, a sus propios hijos por miedo de las consecuencias que ello les puede a carrear. Sus derechos humanos son pisoteados y la amenaza constante de la violencia les impide vivir.

- ✓ **Maltrato infantil**.- Son las acciones u omisiones con la intención de hacer un daño inmediato a la persona agredida. La persona agresora concibe el daño como el fin principal de su agresión, crea un síndrome en la víctima que sobrevive, conocido como síndrome del maltrato infantil.
- ✓ Se conocen tres formas principales de maltrato infantil: ***físico, emocional o psicológico y por negligencia o abandono.***

2.2.2 El maltrato psicológico infantil-adolescente

La ***violencia física*** se expresa en maltrato físico con golpes con diferentes objetos, bejucos, fajas, cables, patadas, con alambres de púas este tipo de castigo físico es ejercido más hacia los niños que hacia las niñas.

En zonas rurales las niñas suelen recibir castigos físicos con rajas de leña, estas víctimas de malos tratos sufren física y psicológicamente, se ven incapacitados para tomar decisiones personales, expresar sus opiniones o de brindar protección a sí mismas o, en el caso de las madres, a sus propios hijos por miedo de las consecuencias que ello les puede acarrear.

Las víctimas declaran que la violencia psicológica permanente, que significa torturas emotivas constantes y una vida basada en el terror, resulta a menudo más insoportable que la brutalidad física y de hecho crea una tensión mental que se traduce en una elevada incidencia de suicidios e intentos de suicidio en muchos niños, niñas y adolescentes.

2.2.3 Abuso sexual infantil-adolescente

La violencia sexual se define como "conductas sexuales, coercitivas o no, impuestas aun a persona menor de edad, por una persona mayor, que puede ser físicamente superior, con más experiencia y recursos, que utiliza incorrectamente su poder o autoridad.

En la violencia sexual se hace referencia a:

- **El abuso sexual.-** Los abusos sexuales pueden llevarse a cabo sin necesidad de tener contacto físico con la víctima o bien teniendo ese tipo de contacto. El abusador busca tener gratificación sexual.
- El abuso sexual es una forma extrema de violación a los derechos humanos de las niñas, los niños y adolescentes, dejando graves secuelas emocionales y psicológicas en las víctimas. [23]

[23] Rojas Marcos, L. (1997): Las semillas de la violencia, Barcelona, Círculo de Lectores. Saucedo, J. M. y Sanmartín, J. (coord.) (2007): Los escenarios de la violencia, Barcelona, Ariel.

2.3. ASPECTOS BÁSICOS DEL PERFIL INFANTIL-ADOLESCENTE DE LA VICTIMA.

2.3.1 Personalidad de la víctima.

Personalidad insegura. Son personas que se muestran débiles, inseguras, ansiosas, tranquilas y con un bajo nivel de autoestima, la opinión que ellos llegan a tener de sí mismo y de su contexto es muy negativa.

Baja autoestima (causa y consecuencia del acoso escolar). Para quienes pueden tener consecuencia más nefastas, es la victima, ya que esto puede desembocar en fracasos y dificultades escolares, niveles altos y continuos de ansiedad, fobia a ir al colegio, en definitiva conformación de una personalidad insegura e insana para el desarrollo correcto integral de la persona (Menéndez I., 2004).

Alto nivel de ansiedad. El estado de ansiedad se manifiesta como: preocupaciones, angustias, intranquilidad e incluso cuadros depresivos.

Débiles y Sumisos. Se muestran intimidados y sumisos, ante cualquier situación que para él sea incontrolable, son por lo general introvertidos y tímidos, presentando dificultades de relación y de habilidades sociales, lo que incide en que tengan pocos amigos, estando generalmente solo.

Los jóvenes que son víctimas presentan una indefensión aprendida, pareciendo entrar en una espiral de victimización después de sufrir uno o dos episodios de agresión por parte de otros. Seguramente su incapacidad para afrontar un problema poco serio, les lastimó la autoestima y empezaron a considerarse víctimas antes de serlo.

2.3.2 Aspectos físicos de la víctima.

Considerando los aspectos señalados por Menéndez I, resaltan las siguientes características:

- ✓ Frecuentemente son varones. Dado que por lo general son éstos los que están involucrados en actos violentos y por esta razón, llegan a ser objetos de agresión. menos fuertes físicamente.
- ✓ Rasgos físicos (gafas, obesidad, color de pelo), pertenecen a alguna minoría (niños y niñas de raza diferente), una vez que el agresor elige a la víctima explotaría estos rasgos diferenciadores.

2.3.3 Ámbito familiar de la víctima:

Sobreprotección familiar. Son niños y/o adolescentes que están constantemente vigilados por sus familiares, no los dejan ser independientes de sí mismo, por temor a que les pase algo y no estar allí para protegerlos.

Niños y/o adolescentes dependientes y apegados al hogar familiar, no saben defenderse y desenvolverse por sí solos, si no que depende de otros (familia) para hacerlo, esto hace que sean controlados por sus padres.

2.3.4 Ámbito social de la víctima.

Mayor dificultad para hacer amigos.- Son niños y/o adolescentes a los que les cuesta hacer amigos y que, cuando lo hacen, se apegan excesivamente a ellos, creando unos lazos de gran dependencia, por lo general se suelen sentir obligados a obedecer. Incluso cuando no están de acuerdo con lo que los amigos les proponen. Esto crea vulnerabilidad social. y predispone a la sumisión y a la victimización.

Son los menos populares de la clase.- Con pobre red social de apoyo (compañeros y profesores) no mantienen tras de sí un grupo que los proteja, generándose el aislamiento social. Si no encuentran una forma de reorganizar su vida social, pueden profundizar en su soledad y crearse un estado de miedo, que predispondrá a los otros contra él/ella.

El niño o adolescente que es víctima de otros, puede recluirse en sí mismo, sin que los adultos significativos para él, sepan muy bien por qué lo hace.

No participan habitualmente en salidas del grupo.- No son tomados en cuenta para participar, colaborar en actividades grupales e ir de paseo o

divertirse con los demás compañeros. Presentan cambios inexplicables de estados de ánimo, tristeza. Aislamiento personal, poco comunicativo, lágrimas o depresión sin motivo aparente, es por eso recomendable estar atento a la aparición de comportamientos no habituales y cambios de actitud.

Escasas o nulas relaciones con los compañeros/compañeras.-

Evidencias físicas de violencia y de difícil explicación, moratones. rasguños o ortaduras cuyo origen el niño y/o adolescente no alcanza a explicar, ropa rasgada o estropeada[24].

2.4 PERFIL DEL AGRESOR

El rasgo distintivo es la agresividad que éstos manifiestan no sólo frente a sus compañeros sino también hacia sus profesores, padres y hermanos. Muestran además una actitud positiva hacia la violencia, manifestándose de forma violenta con más asiduidad que sus iguales.

Suelen ser físicamente más fuertes que sus víctimas y bastante impulsivos y autosuficientes.

Las características personales no constituyen los únicos elementos responsables de los ataques que los agresores realizan sobre sus víctimas, la aparición del matonismo, como también se le denomina, se ve favorecida

[24] SANMARTÍN José. El laberinto de la violencia. Editorial Ariel. ISBN- 8-3444-7475-1

también por ciertas condiciones situacionales. El matonismo aparece cuando la víctima se ve obligada a compartir el medio con los agresores. Si existe la posibilidad de huir, la víctima en la mayoría de las ocasiones lo hará.

Por el contrario, no es frecuente la aparición de ataques en presencia de personas, padres, profesores, personas mayores o compañeros con poder, que puedan censurar al agresor por su conducta.

A través de los diferentes estudios e investigaciones, Olweus determina que los perfiles son todos los aspectos tales como:

Personalidad, Sociales, Físicos y Sociales de la Victima y/o Agresor.

2.4.1 Aspectos Básicos del Perfil del Agresor.

2.4.1.1 Personalidad del Agresor.

- ✓ ***Agresivo y fuerte impulsividad.*** Son las personas que ofenden ó provocan a los demás. Que implican provocación ó ataques y al mismo tiempo se deja llevar por la emotividad del momento.
- ✓ ***Ausencia de empatía.***
- ✓ ***Poco control de la ira.*** Es cuando ante situaciones de tensión el sujeto puede llegar a perder el control en su comportamiento

pudiendo inclusive llegar a la agresión de la persona o personas, que se piensa pueden ser causantes o responsables de la situación.

- ✓ ***Percepción errónea de la intencionalidad de los demás:*** Siempre de conflicto y agresión hacia él, se muestra a la defensiva, siempre cree que otras personas lo están agrediendo y suele exhibirse como víctima para excusar su propia conducta.
- ✓ ***Autosuficiente, jactanciosos***. Se define como una persona que actúa con suficiencia presunción, engreimiento, se muestran fanfarrones y arrogantes, ante cualquier situación creyendo que nunca necesitan ayuda.
- ✓ ***Capacidad exculpatoria.*** Sin sentimiento de culpabilidad (el otro se lo merece). Son personas que se la pasan divulgando sus actitudes agresivas contra otros sin ningún remordimiento de conciencia, son incapaces de darse cuenta que le están haciendo daño a otros.
- ✓ ***Bajo nivel de resistencia a la frustración.***
- ✓ ***Escasamente reflexivo/a ó hiperactivo***, se muestran inquietos, impulsivos, con falta de atención, agresivos y desobedientes. Con frecuencia están distraídos, no pareciendo escuchar cuando se le habla, no saben jugar solos y las relaciones con sus compañeros se caracterizan por peleas y discusiones.
- ✓ ***Incapacidad para aceptar normas y convenciones negociadas.-*** Las personas agresivas no admiten perder, no son capaces de seguir las reglas y normas; su problema le hace que no sepa mantener

la disciplina en clase y esto hace que sean rechazado por sus compañeros.

- ✓ ***Déficit en habilidades sociales y resolución de conflictos.-***

  La relación con sus compañeros no es buena, lo rechazan, por las diferentes actitudes que manifiestan ante el grupo (agresividad, impulsividad…), nunca están dispuesto a una solución de un problema. Su evolución en el futuro puede derivar, si no se trata hacia la delincuencia o la agresión familiar.

2.4.1.2 Aspectos Físicos del Agresor.

- ***Sexo masculino.*** Por lo general son los varones los que se imponen o se enfrentan en conflictos.
- ***Mayor fortaleza física***. Frecuentemente tienen mayor fortaleza física ante su oponente, se produce respecto a sus compañeros en general y de las víctimas en particular[25].

2.4.1.3 Características del Ámbito familiar del Agresor:

- ***Carencia de fuertes lazos familiares.-*** por lo general consecuencia de la carencia de afecto y de dedicación con los suyos, esto

[25] [25] http://www.vidahumana.org/vidafam/violence/brevedef-codepend.html

incrementa el riesgo de que el niño y/o adolescente, se convierta más tarde en una persona agresiva con lo demás.

- ***Emotividad mal encauzada en la familia.-*** La familia juega un papel muy importante en el desarrollo de la personalidad del sujeto, ya que ella va a ayudar a fomentar con su apoyo, a través de la orientación y el afecto, la conducta. Siendo necesario para esto, una comunicación efectiva que permita conocer los sentimientos y emociones del niño o adolescente, para poder orientar en función de los valores, el sentir del sujeto.
- ***Permisividad familiar respecto al acceso del niño a la violencia.-*** Uno de sus graves problemas que origina esta situación y las no existencias de normas o estas no están definidas claramente por lo cual los hijos no saben lo que se espera de ellos.
- Si los padres o los maestros no le prestan suficiente atención, es decir no muestran afecto, dedicación, tolerancia, puede generar sentimientos, estados y sensaciones de inseguridad, fracaso o insatisfacción, por no sentirse importante, e incidiendo en que se conviertan en rebeldes y agresivos, como una forma negativa de buscar atención de los adultos significativos, y se refugian en el grupo de amigos, con ellos se sienten acogidos, protegidos, importantes y valorados, lo que les refuerza y da seguridad para acosar a otros compañeros. García, C., Garrido,A., Judity Otros (2005)
- ***El Modelaje.-*** Al ver a sus padres o a sus hermanos mayores obtener lo que quieren poniéndose en actitudes violentas. Este modelo de

comportamiento tiende a imitarse para conseguir lo que se desea, sin importarle nada ni nadie.

- Está ***expuesto a mucha violencia en el cine la televisión o en los videojuegos.***- En las personas el uso y tiempo que hacen de la televisión y los programas de acción en cierto modo elevan el grado de nivel de agresividad en los niños, niñas, jóvenes, adultos, adultas, que los ven frecuentemente.

García, C., Garrido. A., Judit y Otros (2005), plantean que en ocasiones los niños y/o adolescentes, pueden comportarse, cuando están solos con la víctima, tolerantes y sin agresividad, sin embargo al unirse con los amigos que avalan y aplauden su comportamiento, se inicia el acoso, respondiendo a la presión de los demás.

Dicen los autores mencionados que a veces no son plenamente conscientes de que están haciendo tanto daño, pueden pensar que se están divirtiendo y producto de sus inseguridades, buscan demostrar su superioridad, para tener y afianzar su reputación y para hacerse más popular. Con ello, se deduce que la presión, las demostraciones de poder y el qué dirá el grupo es determinante en estas edades, y es un factor impulsor e la violencia entre iguales. En otras ocasiones, el acosador no tiene una verdadera conciencia del daño que causa a su víctima ya que él lo ve como un simple juego y cómo el método para destacar ante los demás y sentirse realizado.

2.4.1.4 Características del Ámbito Social del Agresor:

- ***Dificultades de integración social y escolar:*** Les cuesta y se les dificulta relacionarse con un grupo, ya que por su conducta agresiva logran aislarse y a su vez ser rechazados en el contexto donde se encuentren.
- ***Bajo interés por la escuela***.- El rendimiento académico disminuye notablemente, y el interés por los estudios es cada día menor, ya que la violencia en las aulas perjudica la calidad de la educación y no permite el desarrollo de los jóvenes, además que los problemas asociados a su actuación violenta y su visión hostil del entorno, pueden afectar el tener metas claras y un proyecto de vida asociado a su preparación educativa.
- ***No asume responsabilidades.-*** Los jóvenes con características de agresividad, por lo general no se sienten comprometidos a responder y/o aceptar las consecuencia de sus acciones, igualmente ante actividades donde participa, no cumplen con las asignaciones que le corresponde generando reacciones no favorables de sus compañeros.
- ***Capacidad para ser populares***.**-** A pesar de que cada individuo es diferente en función de sus experiencias y situación personal, por lo general son líderes en el grupo, con vocación de protagonismo,

obteniendo beneficios de tales prácticas (prestigio, recompensas materiales). García, C., Garrido,A., Judity Otros (opcit)[26].

2.5 FACTORES DE RIESGO.

2.5.1 Factores de riesgo individuales

Pueden ser de tipo biológico, entre ellos las disfunciones neurofisiológicas y lesiones cerebrales; y de tipo psicológico, entre los que destacan algunos trastornos mentales, específicamente como los trastornos psicóticos como la esquizofrenia, algunos trastornos de personalidad, como el trastorno antisocial y la llamada por otros “psicopatía” y trastornos de conducta, como el trastorno de conducta disocial.

En ocasiones, sin llegar a tratarse de trastornos, hay algunas características que actúan como factores de riesgo, como deficiencias de empatía, impulsividad e hiperactividad.

2.5.2 Factores de riesgo familiares

Entre estos se incluyen cuestiones tan diversas como: *las prácticas de crianza inadecuadas (bien autoritarias, permisivas o, negligentes). La desestructuración familiar,* que no sólo hace referencia como se cree a la

[26] SANMARTÍN José. El laberinto de la violencia. Editorial Ariel. ISBN- 8-3444-7475-1

ausencia de la figura paterna o materna, sino que incluye también las familias que presentan problemas para cuidar adecuadamente a sus hijos.

El haber presenciado o sufrido actos de violencia doméstica, tales como la falta de afecto y de atención, el abandono, las malas relaciones paterno-filiales, los problemas de comunicación en la familia, los modelos y refuerzos inadecuados, la existencia en los padres de trastornos adictivos, o algún otro tipo de trastorno como el trastorno antisocial o la psicopatía.

2.5.3 Factores de riesgo sociales

Entre los factores de tipo social, encontramos el bajo nivel educativo, la permisividad social hacia conductas violentas, la pertenencia a grupos sociales marginados o excluidos, la influencia del grupo de compañeros, la asociación con entornos delictivos y la influencia de los medios de comunicación y de los videojuegos.

Es importante tener en cuenta que el pertenecer a un ambiente social desfavorecido no es un factor de riesgo como tal; sin embargo, sí es un potenciador de la conducta violenta, puesto que constituye una importante fuente de estrés.

2.5.4 Factores de riesgo culturales

Por último, entre los factores culturales que subyacen a los comportamientos o actitudes violentas, destacan la promoción de contravalores tales como el individualismo, el inmediatismo, el no postergar la gratificación, la competitividad, el hedonismo y el consumismo, la falta de respeto a los símbolos de autoridad (políticos, legislativos, sociales etc.), y la desconfianza en las instituciones.

Junto a estos factores, que parecen propios de la cultura occidental, hay así mismo algunas prácticas tradicionales que presentan la violencia como necesaria; un ejemplo de ello es la mutilación genital femenina.

2.6 CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA

Existe una estrecha relación entre los diferentes tipos de maltrato y el desarrollo biopsicosocial del niño así lo demuestran los estudios realizados en estas áreas, lo que puede traducirse en problemas escolares, tanto en el plano cognitivo como en el de la interacción social, y en alteraciones de la conducta manifestadas por agresión y retraimiento y colaboradores además relacionan esto con el abuso de sustancias tóxicas, delincuencia, criminalidad y los suicidios.

El abuso sexual se asocia con problemas de somatización, ansiedad, hostilidad, miedo, rechazo, depresión y desconfianza. Valenzuela y colaboradores refieren en sus investigaciones una mayor frecuencia de problemas psicosomáticos y diversas alteraciones del comportamiento sexual en personas que tienen antecedentes de abuso sexual en la niñez, en tanto que otros autores lo relacionan con trastornos de la personalidad más severos. Destaca en este aspecto lo desarrollado a partir del análisis del maltrato fetal y su repercusión en el vínculo afectivo que se establece en el binomio madre-hijo desde la etapa preconceptiva[27].

La violencia trae dos tipos de consecuencias: Físicas y Psicológicas

2.6.1 Consecuencias físicas

• Homicidio.

• Lesiones graves

• Embarazo no deseado

• Abortos

• Estrés

• Vulnerabilidad a las enfermedades

[27] Barón, R. (1998). Psicología social. Madrid: Prentice Hall. Berkowits, L. (1996). Agresión: causas, consecuencias y control. Bilbao

2.6.2 Consecuencias Psicológicas.

• Suicidio

• Problemas de salud mental

• Ausencia de Autoestima

• Ser víctima de violación o abuso sexual conlleva los siguientes sentimientos: Temor. Culpa. Desvalorización, Odio, Vergüenza, Depresión, Asco, Desconfianza, Aislamiento, Marginalidad y Ansiedad,

• Ser diferente (se sienten diferentes a los demás)

VII. METODOLOGÍA

La presente investigación se pretende desarrollar en el Concejo Cantonal de Niñez y Adolescencia de Shushufindi. Para el desarrollo de este estudio investigativo se tomara en cuenta que la perspectiva y diseño serán de tipo ***Descriptivo – Transversal*** con enfoque mixto porque me permitirá describir, medir y recopilar información sobre hechos que van sucediendo durante un periodo de tiempo determinado y con una población fija.

Además se espera que este sea un estudio Analítico – Sintético porque se busca analizar el problema desde la perspectiva psicosocial enfatizando el efecto que produce a nivel social y personal la violencia física y psicológica en niños, niñas y adolescentes; de igual manera el estudio será de tipo ***inductivo*** *y* ***deductivo;*** ya que estos métodos me permitirán, determinar la realidad del problema a investigar partiendo desde lo particular hasta llegar a lo general, en algunos casos, y en otros partiendo de lo general para concluir en lo singular del problema estudiado.

Para el desarrollo del proyecto se espera trabajar con todos los niños, niñas, adolescentes, sus familias y la persona identificada como agresor o sobre la que se ha puesto la denuncia y que asistan al Concejo Cantonal de Niñez y Adolescencia de Shushufindi, durante el Periodo Mayo – Octubre 2012.

Los instrumentos que se espera utilizar para la recopilación de información serán Textos impresos o digitales, fichas bibliográficas, que sirvan para la construcción del Marco Teórico, además utilizare técnicas de investigación, como la Observación, Entrevista Psicológica, aplicación de Reactivos Psicológicos, para obtener información necesaria acerca de los aspectos importantes del problema investigado. Los reactivos psicológicos serán aplicados a los niños,niñas, adolescentes y personas identificadas como agresores sobre los que se ha puesto la denuncia y que Asistan al Consejo cantonal de Niñez y Adolescencia de Shushufindi.

Posteriormente los resultados de la investigación recopilada durante los meses de Mayo, Junio, Julio y Agosto del 2012, serán expuestas en el informe final, el que contendrá la recopilación estadística y analítica de los resultados para finalizar con la redacción de las conclusiones, recomendaciones y finalmente con la presentación del Modelo de Intervención Psicológica que se diseñara en base a los resultados obtenidos y que servirá como una forma de Intervención ante los casos de violencia Física y Psicológica en niños, niñas y adolescentes.

VIII. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.

Recursos Humanos: Secretaria Ejecutiva del Concejo Cantonal de Shushufindi.

Director de Tesis: Por Designar.

Proponente del Proyecto: Jenny Fernanda Bermeo García.

Población Investigada: Casos denunciados en el Concejo Cantonal de Niñez y Adolescencia Shushufindi.

9.2 Recursos Materiales.

• Material de Escritorio	$ 300.00
• Bibliografía Especializada	$ 300.00
• Contratación de servicios de Internet	$ 350.00
• Transporte y Movilización	$ 500.00
• Reproducción del Informe Final de la Investigación	$ 400.00
• Imprevistos	$ 300.00
	……..
TOTAL	**$ 2.150.00**

IX. CRONOGRAMA DE TRABAJO.

Tiempo en meses	Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre			
Actividades																								
Problematización			X	X	X																			
Presentación del							X	X	X															
Proyecto																								
Aprobación del										X														
Proyecto																								
Recolección de										X	X	X	X											
la Información																								
Bibliográfica																								
Investigación de														X	X	X								
Campo																								
Análisis de la																X	X	X						
Información																								
Elaboración del																			X					
Informe Final																								
Sesión																				X	X			
Reservada																								
Defensa Pública																								**X**
y Graduación																								

X. BIBLIOGRAFÍA

- RAINE, A. y J. Sanmartín (2000): Violencia y psicopatía, Barcelona, Ariel.
- ROJAS Marcos, L. (1997): Las semillas de la violencia, Barcelona, Círculo de Lectores.
- SAUCEDO, J. M. y Sanmartín, J. (coord.) (2007): Los escenarios de la violencia, Barcelona, Ariel.
- BERGUER: Psicología del desarrollo infancia y adolescencia 7ma edición Editorial Medica Panamericana SA. ISBN-13:978-84-9835-052-4.
- SHAFFER DAVID: Psicología Del Desarrollo - Infancia Y Adolescencia Editorial Thomson ISBN-9706867791.
- QUEROL, X. (1990). *El niño maltratado*. Barcelona: Editorial Pediátrica.
- SAUCEDA GARCÍA Juan Manuel (2003); MALDONADO DURAN J. Martin. La Familia: Su Dinámica y Tratamiento, Organización Panamericana de la Salud.
- SANMARTÍN José. El laberinto de la violencia. Editorial Ariel. ISBN-8-3444-7475-1
- INNFA-ACT- Febrero 2000. Sistematización de las conferencias del equipo de San Diego y los protocolos para la atención en maltrato y abuso sexual infantil adolescente.

- GÓMEZ Restrepo C.2002, Fundamentos de Psiquiatría Clínica: Niños, adolescentes y adultos.
- SARAFINO Edward P; Armstrong James W; Desarrollo del Niño y del Adolescente. Editorial Trillas. Segunda Reimpresión. México-Distrito Federal. (2000).
- RODRÍGUEZ, J. y GARCÍA, J. A. Psicología social de la salud. En J. L. Álvaro, A. Garrido y J. R. Torregrosa (Eds.). Psicología social aplicada. España: McGrawHill. (1999)
- RAINE, A. y J. Sanmartín (2000): Violencia y psicopatía, Editorial-Ariel.
- Dra. Laura Domínguez García (2006); Psicología del Desarrollo Problemas, Principios y Categorías, Editorial Interamericana de Asesoría y servicios.

DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS:

- Ausubel, David y Edmund Sullivan. (1997). EL desarrollo infantil, t. I. México. http://www.buenastareas.com/materias/ausbel-david-y-edmund-sullivan/20
- Organización Mundial de la Salud 2002. Catalogación por la Biblioteca de la OPS. Organización Panamericana de la Salud *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen* Washington.
- Psicología del Desarrollo y maduración. (20012, January 24)

- Buenas tareas. Retrieved from htp://www.buenastareas.com/ensayos/Psicologia-Del-Desarrollo-y Maduraci%C3Bn2n/3377206.html.
- BREMER (1970). *Children and youth in America : A documentary history 1600-1865*. (vol 1) Cambridge Mass.: Harvard University Press.
- http://www.vidahumana.org/vidafam/violence/brevedef-codepend.html
- http://www.vidahumana.org/vidafam/violence/brevedef-codepend.html
- biblioteca.utec.edu.sv/siab/virtual/auprides/17155/capitulo%201.pdf

ANEXO Nro. 2

HISTORIA CLINICA PSICOLÓGICA.

1. DATOS DE IDENTIFICACION:

Nombre: …….
Lugar y fecha de nacimiento:……...
Edad:……..
Residencia habitual: …….
Nivel de instrucción: …….
Ocupación: ……..
Estado civil: ……
Número de hijos: ……...
Religión: ……..
Tendencia política: ……..
Fuente: ……
Fecha de ingreso: ……
Causa penal: ……..
Sentencia: ……..
Evaluado por: ……..
Fecha de evaluación: …….

2. MOTIVO DE INGRESO:

……
……

3. MOTIVO DE CONSULTA:

……
……
……
……
……

4. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD:

……
……
……
……
……
……
……

5. PSICOANAMNESIS PERSONAL, NORMAL Y PATOLOGICA.

……
……
……
……
……

6. PSICOANAMNESIS FAMILIAR, NORMAL Y PATOLOGICA.

……
……
……

……
……

7. HISTORIA SEXUAL:

……
……
……
……

8. HISTORIA LABORAL:

……
……
……
……

9. HISTORIA SOCIAL:

……
……
……
……

10. EXAMEN DE FUNCIONES:

Conciencia: ……
Atención: ……
Memoria: ……
Sensopercepciones: ……..
Pensamiento: ……
Voluntad:……
Instinto: ……

11. REACTIVOS APLICADOS:

……
……
……
……

12. DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

……
……
……
……

13. PRONOSTICO

……
……

14 RECOMENDACIONES

……
……
……
……

ANEXO Nro. 3

TEST DE PERSONALIDAD

A	Soy obstinado en la búsqueda de la perfección	
	Salir de la rutina me provoca una excesiva ansiedad	
	Tengo dificultad para expresar a los demás mis emociones, mis pensamientos	
	Soy inflexible en temas de ética, moral o valores	
	Cuando quiero demostrar algo que me preocupa la posibilidad de tener alguna falla que me contradiga a lo que quiero demostrar	
	Soy sensible a la crítica de los demás	
	Insisto en que los demás se adapten a mi forma de hacer las cosas	
	Me gusta el orden y los métodos	
	Soy meticuloso/a	
	Me invaden pensamientos persistentes	
P	Me cuesta confiar en los demás. Soy reservado/a	
	Prefiero saber de antemano que hacer ante las circunstancias	
	Me molesta mucho cuando me interrumpen en lo que estoy haciendo	
	Soy combativo/a y perseverante	
	Tengo una cierta autoridad natural	
	Soy demasiado bueno/a en lo que hago	
	No dudo en imponer mi punto de vista	
	Busco superar mis capacidades	
	Soy celoso/a	
	Me molesta y me es difícil perdonar cuando me agreden o me perjudican	
C	Mi estado de ánimo es muy variable	
	Hay días en los que me siento muy alegre y otros sin causa estoy triste	
	A veces miro el futuro con gran optimismo y en ocasiones lo veo negro	
	Cuando me siento bien me torno excesivamente generoso	
	Por las mañanas me encuentro en mejor forma	
	Me impresiono ante las situaciones de sufrimiento humano	
	Soy sensible	
	Aparecen periodos de tristeza sin motivo	
	Considero las relaciones afectivas más de lo que son en la realidad	
	Soy bromista, agradable con las personas que conozco	
H	En la mayoría de ocasiones me gusta salirme con la mía	
	Me gusta ayudar a la gente	
	Reacciono muy emotivamente ante la circunstancias que ocurren a mi alrededor	

	Me preocupo mucho por mi aspecto físico	
	Suelo exagerar las situaciones	
	Entablo conversaciones muy fácilmente	
	Me gusta ser el alma de las fiestas. Soy muy alegre y extrovertido/a	
	Me sugestiono fácilmente con lo que me dicen	
	Los elogios me agradan	
	Me gusta vestir de manera atractiva. Mi actitud suele ser seductora	
Ev	Evito actividades que impliquen contacto con los demás	
	Me preocupa la crítica, desaprobación o rechazo de las personas que conozco	
	Me muestro tímido, prefiero estar callado/a	
	Debo estar seguro de agradar a los demás para poder relacionarme	
	En las relaciones sentimentales me cuesta intimar, tengo miedo al ridículo	
	Me preocupa ser rechazado socialmente	
	A veces me inundan sentimientos de incapacidad al conocer nuevas personas	
	Me gustaría ser mas sociable pero siento no ser aceptado	
	Me es difícil hablar de mi mismo lo que diga puede ridiculizarme o avergonzarme	
	Me siento ofendido/a si alguien se muestra crítico o levemente en mi contra	
D	Si algo me cuesta hacer, prefiero pasar a otra cosa	
	Busco que alguien me proporcione cuidado y apoyo, mas cuando termino una relación	
	Ante dificultades recurro a la mayor cantidad posible de fuentes de asesoramiento	
	Sólo tiene sentido recurrir primero a las ideas que están probadas	
	Siempre intento evitar las discusiones	
	Soy muy obediente	
	Cuando estoy solo a me siento incómodo y desamparado	
	Soy muy pasivo y prefiero que los demás tomen decisiones por mi	
E	Me resulta difícil disfrutar de las relaciones familiares y sociales	
	Prefiero hacer las cosas sólo	
	Disfruto con muy pocas actividades	
	No tengo amigos íntimos de confianza	
	El aspecto afectivo no tiene mucha importancia	
	Me muestro insensible ante los hechos o circunstancias adversas que sucedan	
	No experimento emociones fuertes como la ira y la alegría	
	Prefiero las tareas abstractas	
	Si me hacen halagos o críticas me es indiferente	
	Prefiero mantenerme distanciado de las personas que rodean	
	Mi comportamiento es excéntrico	

Ez	Tengo un poder especial para saber qué es lo que sucederá	
	Mi apariencia es peculiar, rara	
	No tengo amigos/as íntimos o de confianza	
	Soy supersticioso/a me preocupo por los fenómenos paranormales	
	Ante los demás actuó de manera inapropiada e inflexible	
	Siento que soy diferente y no encajo con los demás	
	Me siento muy ansioso ante personas que son desconocidas	
	Pienso que los demás quieren hacerme daño	
	Creo ver, oír o sentir algo que no es	
Ds	No me adapto a las normas sociales ni legales	
	A veces hago trampa para obtener beneficios personales	
	Si encuentro una solución que para mí está bien, avanzo, sin fijarme si esta me puede causar problemas a mi o a otras personas	
	No me conmuevo cuando torturo animales	
	No puedo planificar el futuro, me siento incapaz e impulsivo	
	Soy muy irritable y agresivo	
	No me preocupa mi seguridad ni la de los demás	
	No puedo mantener un trabajo, ni hacerme cargo de obligaciones económicas	
	No tengo remordimientos	
I	Me cuesta controlar mi ira	
	Soy muy impulsivo incluso en mi contra	
	Mis relaciones interpersonales son muy inestables e intensas	
	Me gusta manipular a las personas para que estén conmigo	
	Soy impulsivo/a y no mido las consecuencias de mis actos, luego reacciono	
	Me aburro con facilidad y siempre busco algo que hacer	
	Temo ser abandonado, no tolero estar solo	
	El dinero lo gasto de forma irresponsable por ejemplo apuestas, compras innecesarias	
	Cambio bruscamente de opinión con respecto al futuro, amistades, profesión	

ANEXO Nro. 4

TEST DE ROBERTO Y ROSITA

NOMBRE _____
EDAD _____
FECHA DE NACIMIENTO. _____
FECHA DE EVALUACIÓN: _____

INSTRUCCIONES
Conozco a un niño (a) llamado (a) Roberto (Rosita), y quiero saber si tú puedes adivinar qué clase de niño (a) es, y por qué actúa de esta manera. Dime lo primero que se te ocurra"

P 1) R: no juega con otros niños ¿Por qué?

E 2) El profesor de R. quiso hablar con él (ella) después de clases. ¿Por qué?

F 3) Cuando el papá de R. llega tarde en la noche ¿qué pasa

P 4) R. despierta en medio de la noche ¿Por qué?

P 5) R. tuvo un sueño una noche. ¿Qué soñó?

E 6) R. trajo ayer la libreta de notas ¿Qué pasó?

P 7) R. llegó a la casa llorando el otro día. ¿Por qué?

F 8) R. Hizo rabiar a su mamá el otro día. ¿Por qué?

P 9) R. se fue a su pieza. ¿Por qué?

E 10) R. siente que lo (a) tratan mal a veces. ¿Por qué?

P11) R. le tiene mucho miedo a algo. ¿Por qué?

F 12) La mamá de R. está muy enojada por algo. ¿Por qué?

P 13) Ayer pasó algo malo ¿Qué fue?

F 14) Hay algo que a R. no le gusta de su papá ¿Qué es?

F 15) R. Piensa que su papá y su mamá no lo quieren ¿por qué?

E 16) R. no quiere ir a la escuela ¿Por qué?

E 17) Hay algo de su profesor que a R. le gusta mucho ¿Qué es? ¿Por qué?

E 18) A veces R. se enoja en la escuela. ¿Por qué?

F 19) A veces R. no quiere hacer lo que su mamá le dice ¿Por qué? ¿Qué pasa entonces?

20) R desearía ser grande ¿Por qué?

21) A veces R. pelea con su hermano ¿Por qué? ¿Qué pasa entonces?

22) A R. no le gusta un niño de su clase. ¿Por qué?

23) A veces R. se pone nervioso (a) en la escuela. ¿Por qué?

24) Un día R, y su mamá tuvieron una gran pelea ¿Por qué?

25) Un día R. se fue de la casa, ¿Por qué?

26) A R. le desagrada algo de su profesor ¿Qué es?

27) A veces R. se siente muy triste ¿Por qué?

28) R, casi siempre quiere estar solo. ¿Por qué?

29) Una vez R. quiso correr lejos de la casa. ¿Por qué?

30) A R. no le gusta que lo llamen adelante en clases. ¿Por qué?

31) ¿Cuántos años crees tú que tiene R?

32) Si R. pudiese hacer lo que él (ella) quiere ¿Qué crees tú que haría?

33) ¿Qué es lo que R. desea más que nada en el mundo?

34) Si R. tuviera poderes mágicos y pudiera cambiar a sus padres. ¿Cómo los cambiaría?

35) Si R. pudiese convertirse en un animal. ¿Qué animal crees tú que le gustaría ser?

¿Porqué? _____

¿Y el que nunca le gustaría ser?

¿Porqué? _____

ANEXO

Si R. Volviese a nacer otra vez ¿qué le gustaría ser; hombre o mujer?

TABLA PARA EVALUACIÓN CUANTITATIVA. CUESTIONARIO DE ENTREVISTA INFANTIL (TEST DE ROBERTO, ROSITA).

Con el fin de apoyar el análisis cuantitativo del Cuestionario de entrevista infantil: (test de Roberto - Rosita), hemos establecido puntajes para asignar a las respuestas, de acuerdo a una escala de Lickert.

Preguntas del ámbito familiar

3-8-12-14-15-19-21-24-34

Total de preguntas: 9 en el ámbito familiar

Preguntas del ámbito personal

1-4-5-7-9-11-13-20-25-27-28-29-31-32-33-35

Total de preguntas: 16 en el ámbito personal

Preguntas del ámbito escolar-social. 2 - 6 -

10 - 16 - 17 - 18 - 22 - 23 - 26 - 30. Total de

preguntas: 10 del ámbito escolar - social.

Cada una de las preguntas se califica con los criterios de: positivo (cuyo valor es de 3.0 puntos), negativo (cuyo valor es de 1.0 puntos) o neutra (cuyo valor corresponde a 2.0 puntos) y se les asigna un puntaje, según la tabla.

Luego se suman los puntajes por área o ámbito evaluado y se divide por el total de preguntas del área, sacando el promedio para lo familiar, personal y escolar - social.

Para finalizar, se relacionan los puntajes finales, con un criterio general del

área. Tabla:

Positivo = entre 2,4 y 3,0 puntos. entre 1,7 y 2,3 puntos. entre 1,0 y 1,6 puntos.

Neutro: =

Negativo =

12. ÍNDICE

PORTADA..... i
CERTIFICACIÓN.....ii
DEDICATORIA iii
AGRADECIMIENTO iv
ESQUEMA DE CONTENIDOS v
TEMA..... 1
RESUMEN – SUMARY..... 2
INTRODUCCIÓN 4
REVISIÓN DE LITERATURA..... 8
MATERIALES Y MÉTODOS..... 21
RESULTADOS..... 23
DISCUSIÓN..... 31
CONCLUSIONES 35
RECOMENDACIONES..... 37
BIBLIOGRAFÍA 73
ANEXOS..... 76
HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA 139
TEST DE PERSONALIDAD SEAPSI..... 141
TEST DE ROBERTO Y ROSITA 147