

INDICADORES EMOCIONALES EN POBLACIÓN INFANTIL  
EN CONDICIONES DE MALTRATO

JEIMY CAROLINA ESTEPA RODRIGUEZ

JOHANA LUCERO

CHRISTIAN CAMILO ROZO PEREZ

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LOS LIBERTADORES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

BOGOTÁ,

2014

INDICADORES EMOCIONALES EN POBLACIÓN INFANTIL  
EN CONDICIONES DE MALTRATO

JEIMY CAROLINA ESTEPA RODRIGUEZ

JOHANA LUCERO

CHRISTIAN CAMILO ROZO PEREZ

Trabajo de grado para la obtención del título de Psicólogos

Asesora

IVONNE ALEJO CASTAÑEDA

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LOS LIBERTADORES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

BOGOTÁ

2014

**Nota de Aceptación**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Firma del presidente del jurado**

---

**Firma del Jurado**

---

**Firma del Jurado**

**Bogotá, mayo de 2014**

## **Agradecimientos**

Agradecemos a las personas que con su tiempo y dedicación hicieron posible culminar este proyecto. A la tutora Ivonne Alejo Castañeda por la revisión formal de nuestro proyecto, por su tiempo, enseñanzas y oportunas recomendaciones, por escucharnos y guiarnos durante este añorado proceso. A ella quién reconoció y valoró cada uno nuestros esfuerzos y pequeños logros que conseguimos durante la realización de la investigación; y especialmente por sus grandes valores de humanidad y cooperación.

También agradecemos a la Fundación Pacto Esperanza por habernos dado la oportunidad de ejecutar y lograr nuestro proyecto de grado, a los niños por permitirnos compartir algo de su historia tan personal y respetable e igualmente intensa para muchos.

## **Dedicatoria**

A Dios.

Por habernos permitido llegar hasta este punto, y habernos colmado de salud y sabiduría para lograr nuestros objetivos y así poder culminar con satisfacción este proceso.

A nuestros padres.

Por su apoyo en todo momento, por sus consejos y sobre todo por la motivación constante que con su cariño y amor logramos salir adelante.

A nuestros maestros.

Néstor Mario Noreña, Claudia Patricia Ramos, Ivonne Alejo, por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales y para la elaboración de esta proyecto; Por el tiempo compartido y ante todo por su colaboración para el desarrollo de nuestra formación profesional.

## Tabla de Contenido

Resumen,	1
Introducción,	2
1. Planteamiento del problema,	4
1.1. Pregunta problema,	6
2. Objetivos,	7
3. Marco conceptual,	8
3.1. Definiciones del concepto de maltrato infantil,	8
3.2. Modelos teóricos explicativos,	16
3.3. Etiología,	22
3.4. Consecuencias,	28
3.5. Diagnóstico,	32
4. Metodología,	37
4.1. Tipo de investigación,	37
4.2. Participantes,	37
4.3. Instrumentos,	38
4.4. Procedimiento,	39
4.5. Categorías de análisis,	40
5. Resultados,	44
6. Análisis de resultados,	62
6.1. Análisis de los instrumentos por participante,	62
7. Discusión,	76
8. Conclusiones,	81
9. Referencias,	83

## **Lista de Tablas**

Tabla 1. Información sociodemográfica de los participantes, 44

Tabla 2. Resultados prueba CDS, 46

Tabla 3. Resultados prueba CPQ, 51

## Lista de Figuras

- Figura 1. Resultados factor ánimo alegría, 47
- Figura 2. Resultados factor respuesta afectiva, 47
- Figura 3. Resultados factor problemas sociales, 48
- Figura 4. Resultados factor autoestima, 48
- Figura 5. Resultados factor preocupación por muerte/salud, 49
- Figura 6. Resultados factor sentimiento de culpabilidad, 49
- Figura 7. Resultados factor depresivos varios, 50
- Figura 8. Resultados factor positivos varios, 50
- Figura 9. Resultados factor reservado/abierto, 53
- Figura 10. Resultados factor inteligencia baja/alta, 53
- Figura 11. Resultados factor afectado por los sentimientos / emocionalmente estable, 54
- Figura 12. Resultados factor calmoso/excitable, 55
- Figura 13. Resultados factor sumiso/dominante, 55
- Figura 14. Resultados factor sobrio/entusiasta, 56
- Figura 15. Resultados factor despreocupado/consciente, 56
- Figura 16. Resultados factor cohibido/empreendedor, 57
- Figura 17. Resultados factor sensibilidad dura/blanda, 57
- Figura 18. Resultados factor seguro/dubitativo, 58

Figura 19. Resultados factor sencillo/astuto, 58

Figura 20. Resultados factor sereno/aprensivo, 59

Figura 21. Resultados factor menos integrado/más integrado, 59

Figura 22. Resultados factor relajado/tenso, 60

Figura 23. Resultados factores de segundo orden, 60

## **Lista de Apéndices**

Apéndice A. Lista demográfica, 89

Apéndice B. Diarios de Campo, 90

Apéndice C. Consentimiento informado, 95

Apéndice D. Formato de Historia Clínica, 96

Apéndice E. Formato de Entrevista Semiestructurada, 98

## Resumen

El objetivo de la presente investigación fue identificar los indicadores emocionales en población infantil en condiciones de maltrato, siendo este una realidad que hasta hace unos años no causaba mayor preocupación a la sociedad; esta problemática se ha convertido en una dificultad de salud pública donde afecta no solo a los niños, sino a quienes lo rodean, pues no solo ven las marcas físicas sino el daño en conjunto que generan las acciones violentas y negligentes contra el menor. De acuerdo al objetivo se tomó como muestra a 16 niños de una fundación ubicada en la Localidad de Ciudad Bolívar, se realizó una investigación de corte descriptivo de orden cuantitativo, apoyado en técnicas e instrumentos tales como aplicación de pruebas psicotécnicas. Como resultado, se logró observar que los niños manifiestan indicadores emocionales como: humor negativo, dificultad en la interacción con los demás, pensamientos negativos y preocupaciones por alguna enfermedad o muerte, sentimientos de culpabilidad en cuanto al castigo que creen merecer, inteligencia baja, inestabilidad emocional, agresividad y dependiente.; lo que permitió finalmente lograr el objetivo de la investigación.

**Palabras Clave:** Maltrato infantil (SC 08650-82), afectación emocional (SC 16940-73), Desarrollo infantil (SC 13840-67).

## Introducción

La presente investigación se refiere al tema de maltrato infantil, el cual se puede definir como el acto violento ya sea físico, verbal o negligente ante un menor causado por un adulto o cuidador principal. El concepto de maltrato infantil es relativamente reciente, a pesar de que la violencia ejercida sobre los menores ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad.

Con respecto a una investigación realizada por la Alcaldía Mayor de Bogotá (2002), se presentaron ante las comisarías de familia un total de 113.613 casos para atención, lo que significa que 1.712 de cada cien mil habitantes de la capital presentaron alguna solicitud a las comisarías de familia. En el caso de niños y niñas víctimas fue de 10.337, el 55% de los casos se presentó en niñas de estos niños (as) víctimas, 1701 tenían menos de 4 años, 5.977 entre 5 y 14 años y 2.437 entre 15 y 17 años. En conclusión se puede afirmar que las zonas de alta vulnerabilidad y los estudios realizados de seguridad y criminalidad, se han analizado los delitos de mayor impacto en las distintas localidades de la Ciudad de Bogotá donde más se frecuenta el maltrato infantil.

Un estudio reportado por la UNICEF (2000 citado por Rodríguez, 2006), declara que analizando diversas regiones del mundo y grupos socio-económicos, solo un 26.4% de los niños y niñas no recibe ningún tipo de violencia. El 73.6% es maltratado en algunas de las formas de maltrato o en varios de ellos. De este porcentaje, el 53.9% recibe algún tipo de violencia física y un 25.4% recibe violencia física grave.

Es de gran importancia conocer los aportes de diversas teorías, investigaciones que se relacionan con el tema. Así mismo, es necesario conocer el papel que juega la familia dentro de la problemática de maltrato infantil, pues se encontró una notable ausencia de respeto y afecto en el hogar, los padres toman medidas drásticas para educar a sus hijos. Al niño se le concibe en el núcleo familiar del que derivan de forma natural las acciones afectivas y educativas para su buen desarrollo físico y psíquico; sin embargo, en ocasiones,

ese núcleo se vuelve hostil teniendo como resultado el maltrato en sus formas, el abuso sexual y el abandono.

De acuerdo con Ramírez et al. (2007), la violencia contra los menores ha dejado de ser un problema interno en la dinámica familiar para pasar a ser un problema de gran magnitud dentro de la sociedad. Se habita en un mundo donde predomina la violencia y no es de extrañarse que este tipo de comportamiento se muestre en gran medida desde el núcleo familiar; esto da lugar a que dichos actos violentos sean dirigidos por circunstancias totalmente fuera de control, malinterpretándose con la errónea idea de corregir al menor. Las mismas culturas, han hecho de éste algo enteramente normal dentro de la convivencia a nivel integral; de hecho la familia es y debería de considerarse como la institución más compleja y la más importante para nuestra sociedad, por tanto, que todo lo que sucede dentro de ella puede tener efectos tanto positivos como negativos en cada ser que la integre y a su vez generar un ajuste o desajuste en las relaciones intrafamiliares.

El niño no sabe defenderse y muchas veces toma por normal el acto violento, entendiéndolo como un castigo por alguna mala conducta. Aquellos niños víctimas de maltrato infantil suelen tener problemas en su desarrollo evolutivo, déficits emocionales, conductuales y cognitivos que le imposibilitan su adecuado desarrollo de personalidad.

En particular, el presente trabajo de investigación se centra en el estudio de los indicadores emocionales que se presentan en menores víctimas de maltrato, analizando estos a través de la aplicación de dos instrumentos psicométricos, como son el CDS, el cual evalúa depresión en los menores y el CPQ, el cual evalúa personalidad en los niños. A través de la interpretación de las puntuaciones de los menores en los instrumentos a la luz de las categorías que evalúan se identificaron y describieron los indicadores emocionales de los menores en condición de maltrato. De igual manera cabe mencionar que se realizó un análisis de las historias clínicas de los menores y una entrevista corta para determinar quiénes harían parte de la muestra de participantes del estudio.

## 1. Planteamiento del Problema

Dentro de las múltiples problemáticas que se pueden encontrar en la población infantil, el maltrato en esta población se ha convertido en una gran preocupación. El acto violento que se comete contra el menor no solo se presenta al interior del hogar, sino que sale a la luz de la sociedad donde ésta se haya involucrada de manera implícita; las positivas o negativas relaciones interpersonales han hecho que se cambien estructuras y pensamientos, en este caso, del núcleo familiar y las pautas de crianza, que han de necesitarse para un buen funcionamiento y desarrollo en cada uno de los integrantes de la familia.

Considerando esta problemática social, se evidenció la necesidad de realizar una investigación que permita identificar indicadores emocionales que se presentan en el menor maltratado. Este proyecto fue desarrollado con la participación de niños maltratados pertenecientes a una fundación ubicada en la Localidad de Ciudad Bolívar. Con respecto a una investigación realizada por la Alcaldía Mayor de Bogotá (2002), se presentaron ante las comisarías de familia un total de 113.613 casos para atención, lo que significa que 1.712 de cada cien mil habitantes de la capital presentaron alguna solicitud a las comisarías de familia. En el caso de niños y niñas víctimas fue de 10.337, el 55% de los casos se presentó en niñas de estos niños (as) víctimas, 1701 tenían menos de 4 años, 5.977 entre 5 y 14 años y 2.437 entre 15 y 17 años. En conclusión se puede afirmar que las zonas de alta vulnerabilidad y los estudios realizados de seguridad y criminalidad, se han analizado los delitos de mayor impacto en las distintas localidades de la Ciudad de Bogotá donde más se frecuenta el maltrato infantil.

El maltrato infantil, es una problemática universal que ha estado presente en todas las culturas, según Cuadros (2001), la prevalencia del maltrato infantil, la cantidad de casos que se tienen en un momento dado en una comunidad se pueden ver reflejados en los siguientes datos estadísticos: negligencia ocupa el primer lugar con una tasa del 50 % seguida del abuso físico con un 25%, abuso sexual 12%, el abuso psicológico 12%.

Con respecto a Ramírez (2006), resalta un estudio donde la prevalencia del maltrato infantil en Colombia oscila entre el 1,99% de acuerdo con Guarín y Camacho (2001) y el 36% de acuerdo con el Ministerio de Salud - UNICEF (2003); pasando por valores de 4,8% -indicador internacional de la UNICEF- Guarín, y Camacho (2001) y el 21,4% de abuso emocional, el 12,1% de abuso físico y el 2,6% de abuso sexual, en el estudio nacional de salud mental, segundo estudio Nacional de Salud Mental y consumo de sustancias psicoactivas en Colombia (1997). La tasa de prevalencia de maltrato infantil en el país se estima que es de 361 por cada 1.000 habitantes (UNICEF (2003), Ministerio de Protección Social). De acuerdo con este estudio, entre el 1 y el 2% de los niños son físicamente abusados, 1 de cada 3 niñas y 1 de cada 6 niños son sexualmente abusados.

Por lo general, cuando el comportamiento del responsable del menor ya sea por acción o por omisión, pone en peligro su salud física o psíquica que se puede calificar como malos tratos. Según Moreno (2002), define el maltrato infantil como toda forma de violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, o explotación mientras que el niño se encuentra bajo custodia de sus padres, de un tutor o cuidador.

El maltrato infantil como fenómeno ha tenido un desarrollo muy variable dentro del contexto social, y por ello se genera un impacto de salud pública mundial en el que psiquiatras y psicólogos hacen su participación dentro del campo profesional atendiendo tanto a niños agredidos, como a sus familias. Según Moreno (2002) en los últimos 20 años se ha trabajado intensamente en la investigación etiológica del maltrato infantil, siendo un periodo de tiempo escaso como para que los expertos teóricos puedan aportar conocimientos y a la vez puedan ser utilizados en casos concretos de maltrato infantil.

El que algunos niños sean víctimas de agresiones físicas o sexuales o que no reciban los cuidados y atención mínimos es algo que en la actualidad despierta emociones intensas en amplios sectores de la población, esa reacción emocional, se suele expresar una cierta imposibilidad para comprender las razones que expliquen estos comportamientos parentales considerados aberrantes y anti naturales. En la actualidad los casos de niños víctimas de agresiones se entienden como degradación a una sociedad moderna. Arrubarena (2005).

### **1.1 Pregunta Problema**

Con base en la información anteriormente referida surge el interés por parte de los investigadores y se formula la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los indicadores emocionales que pueden presentar niños en condiciones de maltrato?

## **2. Objetivos**

### Objetivo General

Identificar los indicadores emocionales que presenta la población infantil en condiciones de maltrato.

### Objetivos Específicos

1. Identificar los indicadores emocionales a través de los instrumentos de evaluación psicométrica CDS y CPQ.
2. Describir los indicadores emocionales a través de las categorías obtenidas por los instrumentos de evaluación psicológica.

### 3. Marco Conceptual

#### 3.1 Definiciones del concepto de Maltrato infantil

El maltrato es una problemática que viene afectando a la población infantil por diversos factores, tanto sociales, culturales, y familiares. De años atrás se habla de que existió el derecho romano el cual concebía la protección de los infantes como una forma de protesta del poder total de una familia patriarcal, es decir, la patria potestad del menor. En esos tiempos tenían el derecho de reconocer o no, a sus hijos, con libertad de abandonarlos o venderles a otras personas. En la antigua Roma los niños no reconocidos eran abandonados hasta que fallecían o por otro lado eran esclavos de los grandes jefes o reyes, y también existía la pederastia que era admitida y aprobada según el gran filósofo Platón, es por eso que hasta el siglo IV no se recriminaba el infanticidio, el abandono y el sacrificio de los niños a los dioses sino más bien era un tipo de negocio-venta (Hernández, 2005).

Adentrándose un poco más a la época de 1830, el parlamento Británico promulgo leyes que prohibían a los niños menores de diez años sobre la posibilidad de trabajar en minas y otros a lugares donde hubiera riesgo para el infante. El primer caso evidenciado y condenado sobre esta problemática fue en Estados Unidos en el año 1874, ya que se basaron en la ley que defendía a los animales, en tanto, no existía una ley para el maltrato de los niños que eran generadas por padres o cuidadores (Hernández, 2005).

En efecto, se encontrarán conceptualizaciones de lo que se considera maltrato infantil de acuerdo a las diferentes entidades e investigaciones que se han realizado tanto en el ámbito nacional como internacional.

Cuando se habla de maltrato infantil, por lo general, se cree que ya está hecho el acto y por lo tanto hace resaltar las características dramáticas, las consecuencias en el desarrollo y en la vida de los sujetos implicados, tal como se encuentra en un informe de la Defensoría del Pueblo (2007), donde se define maltrato infantil como “toda acción u omisión que entorpece el desarrollo integral del niño o niña lesionando sus derechos donde quiera que ocurra, desde los círculos más particulares e íntimos de la familia, hasta el contexto general de la sociedad” (p.7).

La legislación en relación con la problemática desde el punto de vista del Ministerio de Salud (2013), define Maltrato Infantil como: “Toda acción causada por un adulto que afecta la integridad física, mental y emocional del niño(a)”.

La convención sobre los derechos del niño (2006), del artículo 9 refiere que:

Los Estados partes velarán porque el niño no sea separado de sus padres contra la voluntad de éstos, excepto cuando a reserva de revisión judicial, las autoridades competentes determinen de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que tal separación es necesaria en el interés superior del niño. Tal determinación puede ser necesaria en casos particulares, por ejemplo, en los casos en que el niño sea objeto de maltrato o descuido por parte de sus padres o cuando éstos viven separados y debe adoptarse una decisión acerca del lugar de residencia del niño.

De acuerdo con el Código de la Infancia y la Adolescencia, Ley 1098 de 2006, del artículo 18:

Se entiende por maltrato infantil toda forma de perjuicio, castigo, humillación o abuso físico o psicológico, descuido, omisión o trato negligente, malos tratos o explotación sexual, incluidos los actos sexuales abusivos y la violación y en general toda forma de violencia o agresión sobre el niño, la niña o el adolescente por parte de sus padres, representantes legales o cualquier otra persona.

Para la Organización Mundial de la Salud (2009), el maltrato infantil se define como:

Los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición

a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil.

Con respecto a Vizcarra y Dionne (2008), el maltrato infantil es entendido como la agresión física, emocional o sexual contra un niño, la falta de aquellos cuidados necesarios para la expresión de su potencial de crecimiento y desarrollo contando con los elementos mínimos para ello.

Téllez (2002), indica que el maltrato infantil es un término diagnóstico utilizado para poder describir un rango de conductas que ocasionan daño con el fin de disciplinar o en su defecto en la que se tortura a un menor intencionalmente.

El maltrato infantil ha sido reconocido como un problema mundial de salud presente en todos los sectores y clases sociales. Según los autores Gómez y Gómez (2008), "...el maltrato infantil es producido por múltiples factores que interactúan de forma diferente, lo cual su intensidad se ve acompañada de altas tasas de morbilidad, mortalidad y un alto grado de afectación sobre calidad de vida de las víctimas...". El maltrato se puede definir, como actos u omisiones por parte de los padres o cuidadores que causen daño al niño, entre los cuales se encuentran las diferentes formas de maltrato: físico, emocional o psicológico, por negligencia y abuso sexual. También se da por visto el tener en cuenta la vida familiar, los antecedentes; pues personas causantes del maltrato generalmente han sufrido algún tipo de maltrato en su infancia y lo reproducen nuevamente en sus progenitores, como forma de venganza y/o desahogo de su propia experiencia o simplemente como un estilo de crianza para que sus hijos sigan las normas correspondientes al hogar. Como todo acto indebido, puede tener por supuesto consecuencias inmediatas severas, inclusive la muerte; pero también conlleva a secuelas físicas y emocionales a mediano y a largo plazo que son inevitables. Por esto, además de ser un delito y una violación a los derechos humanos, el maltrato infantil es un problema de salud pública grave al que hay que hacer frente desde una perspectiva científica.

Faraone (2000), refiere que el fenómeno del maltrato infantil se manifiesta a nivel de las familias de acuerdo a los diferentes estratos sociales, es decir, el maltrato ocurrido en el

ámbito de los sectores dominantes será más difícilmente detectado, en tanto que la atención de las familias de bajos estratos corre el riesgo de su mayor aparición.

De acuerdo con Barrios (2002), las estadísticas disponibles sobre el maltrato infantil son muy pocas y poco confiables, pues la mayoría de los casos no son denunciados, se oculta el acto violento tanto por parte de la víctima, como por parte de los testigos.

Abordando una investigación del autor Loredó (2005), enfatiza el maltrato infantil, como una enfermedad social originada en diversas causas con influencias graves en la escolaridad y socialización del niño. Esto puede generar falta de atención en los planteles educativos, contextos familiares y entorno social que pueden afectar el desarrollo del menor. De ahí la necesidad de proteger, a los menores y evitar que se siga generando esta problemática.

Por otra parte, para hablar de maltrato infantil, como palabra clave en contextos judiciales y científicos, existe un autor, Vargas (1999), quien prefiere hablar de trato inadecuado y no de maltrato, ya que este último concepto implica que se está realizando un juicio de valor en la orientación frente al maltrato. En contra parte, Ramírez (1994) infiere que por maltrato se puede entender, toda conducta u omisión que entorpece el desarrollo integral del niño, por parte de los padres o cuidadores responsables del menor.

En las últimas décadas, la violencia intrafamiliar ha ocupado una posición muy importante dentro de la agenda pública nacional e internacional dada la relación de este evento con limitaciones en el desarrollo y la calidad de vida de la sociedad en general, convirtiéndose en un importante problema de salud pública en Colombia (Duque, 2008). No siempre el maltrato infantil se genera en un momento específico, si no desde distintos momentos de la vida del menor. Comenzando desde que está en embarazo, hasta el momento de su nacimiento. En el proceso prenatal se puede evidenciar cuando el maltratador produce conductas violentas antes del nacimiento del niño Su gravedad se valorará en función de la alta o baja afectación que se produzca en el feto. En el proceso posnatal sería el grado de severidad de los daños que puedan producir ciertas conductas violentas, negligentes, o maltratantes durante la vida extrauterina del recién nacido. Otros actores que se involucran en el maltrato infantil son el extra familiar, en el cual no son

familiares y no tienen ningún parentesco o son familiares lejanos. Otros actores que intervienen dentro de esta tipología son los institucionales, que son aquellas que abarcan los sectores educativos, instituciones públicas entre otras. Las de sector social que abarcan circunstancias externas en la vida de los progenitores y que por consiguiente imposibilitan la atención y cuidado adecuado al niño o niña. En este sector no hay un sujeto concreto responsable de las conductas violentas.

En el siguiente apartado, se darán a conocer los diferentes tipos de maltrato que pueden suceder en un niño por parte de un adulto ya sea familiar o desconocido para el mismo menor.

El maltrato físico según el Ministerio de Salud (2013), se considera como la agresión física a un menor causada por parte de padres, personas del grupo familiar y/o cuidadores, dicho maltrato puede ser de intensidad leve, moderada o grave. Este tipo de maltrato se vuelve común en los menores, es decir, su frecuencia hace que el niño se acostumbre a recibir tratos bruscos y/o agresivos por parte del adulto, ya sea por motivos causados por el menor o no causados por este mismo. El adulto puede utilizar el golpe como una forma de castigo para que el niño aprenda o disminuya una mala conducta o bien sea por factores externos e internos que el adulto esté vivenciando y de ahí vengarse con el menor de aquello que le causa molestia y/o rabia. Este tipo de maltrato se refiere a actos infligidos por los padres o cuidadores que causen un daño físico real o tengan la intención de provocarlo; sea un acto de manera intencional o no, se le denomina maltrato. Incluye conductas como golpes en diferentes partes del cuerpo que puede ser provocado con las manos o con objetos, como pellizcos, quemaduras, empujones, mordeduras, etc. El castigo físico como parte de la pauta de crianza puede ser considerado en su mayor forma como maltrato.

Respecto al maltrato psicológico, el Ministerio de Salud (2013), lo define como los efectos adversos sobre la conducta, la emocionalidad, la seguridad y la capacidad de adaptarse al medio de un menor, producidos por la actitud de un adulto, la cual puede

enmarcarse como alejada y ajena a toda conducta con sentido constructivo, educativo o protector para con el menor.

Para Arruabarrena (2011), define el maltrato psicológico puede definirse como las respuesta de hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar. El abuso psicológico se produce cuando los padres o cuidadores no brindan las condiciones apropiadas para una buena salud emocional y desarrollo del niño; dichos actos pueden ser: denigración, ridiculización, burlas, amenazas, intimidación, discriminación, rechazo, insultos, humillaciones, entre otros. Ésta es probablemente la forma más común del maltrato infantil; sin embargo, su detección y diagnóstico es difícil de establecer dado que no se considera que sea la causa de la psicopatología del niño. Por otra parte, este tipo de abuso puede quedar encubierto por otras formas de maltrato. Finalmente se considera como obstáculo la falta de instrumentos o pruebas de tamizaje que permitan su detección oportuna, por esta misma razón, es quizá el más difícil de demostrar, luego no existen evidencias que se puedan observar como tal.

De acuerdo con Torres (2010), entre las consecuencias que se encuentran en este tipo de abuso se encuentra el síndrome del rechazo; un niño que no siente ningún tipo de afecto o que no mantiene vínculos afectivos con su núcleo familiar, difícilmente puede entablar relaciones afectivas con su entorno; esto puede generar desde estados leves de depresión y ansiedad, hasta intentos de suicidio, trastornos alimenticios y consumo de sustancias psicoactivas.

El maltrato por negligencia se define como el abandono por parte de los adultos encargados de la crianza se debe a condiciones de extrema pobreza originando situaciones injustas para la infancia; esto siendo ocasionado a su vez, por la desigualdad y/o la injusticia social, generando ambientes propicios para la violación de los derechos humanos" (Espitia, 2012). La negligencia o el abandono infantil, son aquellas omisiones y/o descuidos de elementos básicos para la supervivencia del ser humano, un ejemplo de esto puede ser la negación al alimento. Por otro lado, se dan casos en los cuales el menor es abandonado totalmente por sus padres, bien sea por irresponsabilidad, cobardía, falta de compromiso y/o afrontamiento

a la formación de una familia, incluyendo principalmente la cultura y valores por los cuales haya sido criado el mismo. Los padres o cuidadores no toman las medidas necesarias para promover un buen desarrollo integral en el niño, teniendo muchas veces la capacidad de poder hacerlo en las diferentes áreas como: salud, educación, alimentación, etc.

Dentro de la categoría de maltrato, actualmente la legislación colombiana lo considera un tipo de maltrato. Para el Ministerio de Salud (2013), el abuso sexual se reconoce como el contacto o interacción íntima entre un menor y un adulto, en el que el menor es utilizado para la satisfacción sexual del adulto o de terceros, sin tener en cuenta el desarrollo sexual del mismo".

La convención sobre los derechos del niño (2006), del artículo 19 refiere que:

Los estados partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.

Por otra parte, Espitia (2012), define el abuso sexual como:

Una amplia gama de comportamientos y conductas como: Con contacto físico (Ej. masturbación, tocamientos, besos, sexo oral, penetración vaginal o anal, etc.); sin contacto físico (ej. hostigamiento o acoso sexual, exhibición de los genitales por parte del adulto, mostrar material pornográfico al niño, etc. Como se puede tener en cuenta, todas estas definiciones apuntan al acto abusivo que tiene un adulto, ya sea con el niño o frente al niño, realizando dichas actividades que violan la integridad moral del menor, más cuando éste no tiene conocimiento y/o desarrollo de su parte sexual y se ve expuesto a vivenciar cosas de mal agrado pudiendo causar al mismo tiempo daños psicológicos.

Ahora bien, en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en el año (2012), en Colombia se registraron 83.898 casos de violencia intrafamiliar, en una reducción del 3,4%, 5.009 casos menos, en comparación con el año anterior. El 64,8% (54.399) de violencia de pareja, el 18,9%(15.829) violencia contra niños, niñas y adolescentes, 14,55%(12.173) y finalmente con personas mayores al 1,8% (1.497).

Dando un análisis sobre el comportamiento de este tipo de violencia en los últimos años específicamente en el 2012 todos estos contextos donde se genera la violencia intrafamiliar se puede evidenciar que los casos reportados van incrementando en comparación con años anteriores, como por ejemplo en el 2004 en el cual según medicina legal las cifras reportadas fueron menores en los distintos tipos de violencia durante la última década. (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses).

Todos estos datos mencionados anteriormente son de gran preocupación y requieren de atención inmediata, ya que no solo las autoridades competentes tanto nacionales como locales, sino también de los mismos ciudadanos, aportar el grano de arena para tratar de disminuir esta problemática que afecta a la población infantil, y a la vez poder reflexionar sobre esos patrones de relación que existen entre las distintas familias, sobre los roles establecidos en cada una de ellas y las formas dinámicas de interacción las cuales generan este tipo de violencia y que los únicos responsables son los mismo seres humanos (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2014).

Se puede concluir que los presuntos agresores son aquellos que tienen una cercanía más profunda con la víctima. Por ende la violencia contra niños niñas y adolescentes son los padres, y que hoy día los mismos padres han sido víctimas de sus hijos por consecuencias de sus actos y una inadecuada educación sobre ellos, es por eso que es un círculo vicioso dentro de la violencia generada en el ámbito familiar (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2014).

### 3.2 Modelos teóricos explicativos del maltrato infantil

Dentro del maltrato infantil se formulan discusiones amplias sobre el cómo se genera este problema, no solo dentro de una población específica, sino marcando un amplio mapa global dentro de la población infantil.

De acuerdo con Corsi (2004), refiere que en las teorías biologicistas podemos encontrar autores como Darwin y Freud quienes define el instinto como base motivacional, un impulso o urgencia que obliga a un animal a perseguir una meta particular. Por otro lado, Konrad Lorenz (citado por Corsi, 2004), interpretó la agresión desde la perspectiva de un modelo energético de motivación muy similar al de Freud. Lorenz postuló que una sustancia desconocida o excitación se acumula en los centros instintivos del sistema nervioso y empuja al individuo a responder de una forma específica frente a cierto estímulo de la situación que lo rodea.

Dollard y Miller (1939 citados por Corsi, 2004), identificaron características del aprendizaje asociativo tales como la extinción, la generalización, la discriminación y la anticipación. Para Albert Bandura, teórico del aprendizaje social, los actos agresivos se adquieren por la observación de las acciones de otro a través del modelado social. De esta manera, Larraín y Bascuñán (2008), refieren que: "Existen diferentes modelos que intentan explicar la causa del maltrato infantil, aunque desde la perspectiva de los autores ninguno de ellos logra una explicación, pues este tipo de problemática presenta una gama de alta complejidad". Al introducir este fenómeno y teniendo en cuenta que es un tema extenso existen distintas variables las cuales generan el inicio temprano de este problema a trabajar. Los modelos revisados por estos autores son los siguientes:

El modelo de apego se basa en la teoría del apego de Bowlby: Explica el maltrato a partir de alteraciones producidas en el proceso de apego de los padres, dichas alteraciones inhiben sus capacidades para interactuar con sus propios hijos, produciendo oscilaciones extremas entre la cercanía y la evitación y dificultando la asimilación de las emociones y experiencias vividas (Larraín y Bascuñán, 2008). Cualquier forma de comportamiento que genera una persona es debido a un acercamiento o proximidad respecto a otra persona ya

sea un familiar, un amigo, entre otros; por consiguiente, el proceso de apego se vuelve más constante y permanece a corto o largo plazo, generando respuestas a las distintas conductas del receptor y es allí donde se puede crear un apego de sus primeros cuidados y sus vínculos afectivos entre los distintos núcleos familiares. El comportamiento del recién nacido se encuentra genéticamente programado para desarrollar acciones que garanticen durante los primeros años de vida una alta probabilidad de proximidad y contacto físico cercano con el adulto que lo cuida. El objetivo de este tipo de acciones sería la búsqueda de protección y garantizar así la subsistencia de la especie. De este modo, comportamientos como las sonrisas tempranas de los bebés, el balbuceo e incluso el llanto pueden ser considerados como llamados de atención o invitaciones al adulto para la protección del mismo.

El modelo psicológico-psiquiátrico según Larraín y Bascuñán (2008), explican el maltrato a partir de alteraciones psiquiátricas severas de los padres como: esquizofrenia, psicosis, maniaco depresivo, problemas de autoestima y otros trastornos mentales; de acuerdo a investigaciones realizadas, esto explicaría entre un 10% y 15% de los casos de maltrato; de hecho, no existiría una relación de tipo causal entre el consumo de drogas y el maltrato, sino que este sería un factor precipitante. La existencia de alguna de las formas de maltrato es llevada a cabo, a raíz de una o varias condiciones mentales por las cuales pueda estar atravesando el agresor, el acto de violencia sería un síntoma del mismo estado, el cual conlleva a una explicación al hecho del maltrato de éste hacia su víctima.

Partiendo de los mismos autores, en el modelo psicosocial se produce por la interacción de diferentes factores: Carácter cíclico, padres que vivieron falta de afecto durante la niñez o maltrato, repetirían dichas conductas al tener hijos (reproducción de pautas de hechos violentos). Rechazo del niño, el agresor considera a su víctima como algo desagradable o indigno de ser amado. Mal manejo de crisis, el maltrato tendría lugar preferentemente en periodos de crisis, lo que pondría de manifiesto la carencia de herramientas para afrontar conflictos o dificultades. Precariedad, el maltrato se produciría en familias con escaso soporte social. La historia de los actores provocadores del maltrato, puede desencadenar conductas inadecuadas por parte de los cuidadores frente a los

menores, es decir, una mala experiencia de vida reflejada, como los golpes o malos tratos verbales dejan indicios de pautas de crianza discordes frente a los menores, es así, como el menor termina siendo víctima de un trato iterativo. Por otro lado, se encuentra que el provocador de maltrato, puede generar dichas conductas como producto de una crisis tanto emocional como económica, lo que conduce a manifestar actos de maltrato desde cualquiera de sus formas.

Desde el modelo sociocultural se explica a partir de factores sociales, económicos y culturales. Por una parte, condiciones de marginalidad, situaciones de inestabilidad se relacionarían con aumento en el riesgo de que se produzca maltrato; ej.: pertenencia a clases bajas, estrés, insatisfacción laboral, hacinamiento, etc.; por otra parte, la existencia de creencias y prácticas culturales inapropiadas consideradas normales y/o validas que permitirían la reproducción de conductas que afecten la integridad de la víctima. De acuerdo a las condiciones de vida en la que se encuentre el agresor, como precarias circunstancias económicas, inestabilidad laboral, hacinamiento, etc., éste dispone malos actos sobre el menor el cual termina siendo víctima de estos acontecimientos (Larraín y Bascañán, 2008).

Para el modelo de la vulnerabilidad del niño entendido como la inadecuada protección a nivel de salud hacia el niño, no se lleva un proceso y un cuidado estable para el mismo. Por otro lado, se pueden notar algunas características propias de niñas y niños, relacionadas con déficits o enfermedades, causas por las cuales serían más propensos a vivir situaciones de maltrato; entre ellas se encuentran: déficits de aprendizaje, déficits emocionales, retardo mental, hiperactividad, hándicaps físicos, etc. (Larraín y Bascañán, 2008). Este modelo ha sido quizás, el más comúnmente utilizado en la explicación del maltrato infantil, su énfasis se centra en las características individuales de los sujetos que experimentan la violencia en sus familias, principalmente, en los aspectos característicos (tal como estructura de personalidad) de quién la ejerce.

Desde el modelo ecológico se genera una explicación a partir de la esquematización de las relaciones que pueden tener lugar entre un sujeto y su entorno; es decir, existen distintos ambientes o entornos en los cuales el niño se desarrolla y al mismo tiempo genera un

amplio conocimiento del mundo y contexto que lo rodea; entre estos se definen subsistemas (o niveles) desde una perspectiva micro hasta una macro y son:

- I. Ontosistema (nivel individual): Aspectos propios del sujeto, su personalidad, historia de vida, etc.
- II. Microsistema (nivel familiar): Es la primera instancia de interacción con los otros (relaciones padres e hijo), en este plano se pueden encontrar variables comportamentales y psicológicas del individuo y de la familia como: el indicio de violencia por parte de algunos integrantes del núcleo familiar y en cuanto a su personalidad se puede evidenciar algún tipo de trastorno en su comportamiento.
- III. Exosistema (nivel comunitario): Entorno en que se desarrollan las interacciones del grupo familiar, tienen lugar las interacciones con otros que no son familia y en él se ajustan también posibilidades de acceso a recursos (redes de apoyo, educación, salud, etc.) El niño comienza a crear nuevos lazos o vínculos de apoyo que están fuera de su núcleo familiar como: compañeros del colegio, amigos del barrio, algunos a vecinos, los cuales crean un vínculo no tan cercano hacia el menor pero es estable y puede progresar con el tiempo.
- IV. Macrosistema (nivel abstracto): Entramado de creencias y normas vigentes en una cultura determinada que orientan, definen y son modificadas por las interacciones que tienen lugar en los subsistemas anteriores.

Los autores Larraín y Bascuñán (2008), dan a entender que todos estos, son campos o contextos más amplios para el desarrollo del menor como por ej. la visión del niño frente al sector donde vive, sobre aquellos recursos económicos que probablemente el menor está condicionado y por otro lado, el inculcar las creencias y valores que la población infantil debe recibir. Este modelo permite identificar los subsistemas y las relaciones entre ellos en que el maltrato tiene lugar y actuar de acuerdo a las características propias de cada uno de ellos. Se considera que la ventaja de este modelo, consiste en la capacidad para organizar los factores de riesgo de acuerdo con su mayor o menor relevancia para la ocurrencia del maltrato, así como en su posibilidad de ir incorporando los aportes de otros modelos y teorías en sus respectivos niveles de análisis.

Siguiendo esta misma línea, se puede encontrar a Belsky (1993), quien refiere que una de las aproximaciones que explica la génesis del maltrato lo constituye su modelo ecológico evolutivo, en el cual se considera que existen tres contextos fundamentales en los cuales se encuentran inmersos aquellos factores responsables de la incidencia del maltrato infantil. Belsky, considera que el contexto del desarrollo psicológico en donde se hace referencia a los factores intrapersonales tanto de la víctima como del maltratador, son de gran importancia; así mismo la cultura juega un papel fundamental, en relación con las creencias, normas y valores que se dan al interior de la sociedad. Para finalizar la perspectiva cognoscitiva conductual de igual manera Belsky (1993), ha desarrollado algunos modelos que explican la existencia del maltrato infantil.

Las principales propuestas del modelo ecológico que se evidencian son: El maltrato infantil se encuentra determinado por actos y/o fuerzas del mismo individuo; los determinantes múltiples se encuentran ecológicamente anidados y finalmente gran parte de los conflictos que se han caracterizado dentro de esta problemática se muestran más aparentes que reales (Belsky, 1993). Este autor, delinea las relaciones estructurales entre los factores tanto individuales, como familiares y sociales, los cuales han sido identificados por diferentes estudios, como agentes causales del proceso del maltrato infantil.

Morelato (2011) también cita a Belsky (1993), para resaltar que el modelo ecológico se muestra como la principal teoría para explicar el tema de maltrato infantil; el niño debe poseer una estabilidad psicológica familiar y social para que no se presente este tipo de problemática, explica que aquellos menores hijos de padres alcohólicos o con necesidades económicas, falta de educación y reconocimiento viven en carne propia el maltrato en sus diferentes formas, es decir ej. Padres con problemas económicos reflejan en sus hijos abandono no sólo económico, sino afectivo y de seguridad.

Volviendo a Belsky (1993), éste le da gran importancia a uno de los sistemas pertenecientes al modelo ecológico, el ontosistema, el cual se encuentra constituido por factores internos de riesgo y protección en los cuales el menor, bien se hallaría en un aspecto de vulnerabilidad o bien sea en un aspecto de resiliencia, teniendo en cuenta los diferentes sectores en los que se encuentre (familiar, escolar, social y cultural).

Modelo transaccional: Este modelo establece dos dimensiones, una de riesgo y otra temporal compuestas por dos factores cada una, a partir de la combinación de dimensiones y factores se generan escenarios: de vulnerabilidad, protectores, provocadores y contenedores del maltrato (Larraín & Bascuñán, 2008). Existen factores tanto potenciadores como amortiguadores al maltrato que se generan hacia el niño en las cuales se puede formar, tanto a corta como a larga duración dependiendo el caso; ej.: alguna dificultad física del niño o anomalía desde su crianza, que los agresores hayan sido víctimas de maltrato y dichos eventos traumáticos los estén transmitiendo hacia sus hijos como una forma o pauta de crianza; finalmente el tener un ambiente donde continuamente se evidencie la violencia por parte de vecinos, amigos y la inadecuada comunicación que puede existir entre los mismos.

Señalando a Corsi (2004), se puede encontrar otros modelos como:

Modelo Conductual: Estudia el repertorio de conductas con el que una persona se relaciona con el mundo. Allí encontramos a John Watson quien creó el sistema de psicología objetiva y le dio el nombre de conductismo, donde se considera que tanto la conducta normal como la anormal son producto del aprendizaje.

Modelo Cognitivo: Estudia las estructuras y los esquemas cognitivos, formas de percibir y conceptualizar el mundo; comprende el paradigma personal. La terapia cognitiva se desarrolló a partir de los estudios sistemáticos sobre la depresión conducidos por Aaron Beck desde 1950. Los procesos cognitivos traducen los hechos externos e internos en estructuras significativas, determinan las expresiones emocionales particulares y del entorno. (Corsi, 2004).

Modelo Psicodinámico: Estudia la dimensión intrapsíquica: desde emociones, ansiedades y conflictos conscientes hasta los inconscientes del psiquismo. Está directamente relacionado e identificado con el psicoanálisis, concepción a partir del cual el conflicto intrapsíquico tiene un papel central. (Corsi, 2004).

Modelo interaccional comunicacional: Se refiere a las pautas de relación y de comunicación interpersonal. Este modelo se centra específicamente en la modificación de

patrones de interacción interpersonal. En los casos de maltrato emocional, se encuentra el fenómeno de descalificación, un proceso por el cual un interlocutor desestima el mensaje del otro mediante gestos o actitudes. En el caso de negligencia se da el fenómeno de la desconfirmación: uno omite a la otra persona como tal, la otra persona se siente como inexistente. (Corsi, 2004).

López (2005), presenta un modelo basado sobre el desarrollo hacia el bienestar tomando en cuenta las necesidades infantiles específicas de cada etapa evolutiva, elimina la noción de maltrato ya que las conductas son muy heterogéneas y tienden a centrarse más en los efectos del maltrato en la víctima y en los castigos penales del maltratador.

### 3.3 Etiología del Maltrato Infantil

Existen distintas causas por las cuales se puede generar el maltrato infantil y posterior a ellas generan consecuencias a nivel físico y psicológico en la población infantil. De acuerdo a dos planteamientos que nos brinda el autor Peña (2005): "Una de las principales problemáticas es la violencia intrafamiliar y se centra en el papel que genera de los cuidadores intrafamiliares, por tanto, la causa de diferencias y pensamientos personales de cada miembro de la familia". Los cuidadores tienen como función desarrollar posibles estrategias en los procesos de formación, supervisión y control de las conductas que se generan por el niño, también son los principales autores de los procesos afectivos que se forman entre padre e hijo que son los encargados en forjar hacia ellos conocimientos sobre los mismos dentro del núcleo familiar.

El segundo planteamiento de acuerdo con Peña (2005) es:

Se puede evidenciar de lo que se concibe más allá de lo que es un núcleo familiar principalmente por causas psicológicas, no solo es por el tipo de pautas de crianza que se fundan dentro del entorno, sino también, son creados por factores sociales como lo es la dificultad de recursos económicos, discriminación sexual a nivel de pareja, cabeza de familia y son aquellos que frente a estas situaciones se colapsa y existe un desorden dentro de los papeles que debe cumplir cada miembro de la familia.

Pueden existir múltiples factores que conllevan a la evolución del maltrato infantil, entre ellos que se pueden dar dentro de contextos como el familiar, donde la misma familia no se encuentra en condiciones de llevar a cabo adecuadas pautas de crianza que va desde lo personal e individual a lo grupal; el establecer normas no está dado dentro de este tipo de hogares donde se evidencia el maltrato infantil en cualquiera de sus formas; la falta de educación o el desarrollo de buenos valores y sentimientos, ha llevado a que los principales responsables o cuidadores sean los mismos actores del maltrato infantil.

La etiología del maltrato infantil involucra una serie infinita de agentes causales, que incluyen la pobreza, la cultura, los problemas del niño, los padres entre otros Benavidez, (2003) cita a Belsky, (1993). Es evidente que el maltrato infantil no es un problema único sino más bien un problema multicausal que ha permitido reconocer, clasificar y estudiar factores macro y micro que se ven identificados y relacionados con el maltrato infantil y la negligencia.

Con respecto a una investigación realizada por la Alcaldía Mayor de Bogotá (2002), se presentaron ante las comisarías de familia un total de 113.613 casos para atención, lo que significa que 1.712 de cada cien mil habitantes de la capital presentaron alguna solicitud a las comisarías de familia. En el caso de niños y niñas víctimas fue de 10.337, el 55% de los casos se presentó en niñas de estos niños (as) víctimas, 1701 tenían menos de 4 años, 5.977 entre 5 y 14 años y 2.437 entre 15 y 17 años. En conclusión se puede afirmar que las zonas de alta vulnerabilidad y los estudios realizados de seguridad y criminalidad, se han analizado los delitos de mayor impacto en las distintas localidades de la Ciudad de Bogotá donde más se frecuenta el maltrato infantil.

De acuerdo con Suárez (2010): "Existen ciertos patrones que permiten tener una percepción de un posible maltrato, estos patrones son conocidos como factores de riesgo y dan en su caso, al médico tratante, un marco de referencia, una base para sospechar un problema de maltrato".

Los factores de riesgo más comunes que estarían presentes en lo relativo a la situación socioeconómica y los antecedentes familiares son:

Historia de los padres en la que se manifiesta deprivación psicoafectiva y/o el maltrato en la infancia. Las personas que han sido maltratadas en la infancia, tarde o temprano repiten su historia de agresión, tienden a ser como los padres y muestran dificultades en sus relaciones con otros.

Percepción negativa del niño. Si los niños se perciben como insoportables, feos, estorbos, malos, diferentes, diabólicos, retardados mentales, con defectos físicos, etc., en algún momento van a ser víctimas de malos tratos físicos o emocionales. Siempre que el niño no cumple con las expectativas, tanto físicas como emocionales del adulto, está en riesgo de ser maltratado.

Aislamiento de la familia de los sistemas de apoyo. Las situaciones de crisis y conflicto generan incomunicación, no solo con su familia cercana, sino también pierden la capacidad de buscar ayuda para salir de los problemas, tanto personales como de pareja o de relaciones con los hijos.

Crisis familiares. Toda familia o pareja en crisis de relaciones y/económicas, establece una relación difícil con los niños, quienes terminan recibiendo las consecuencias de esa situación.

Señalando a Valencia (1995), existe un elevado porcentaje de las madres denunciadas que han tenido más de un esposo, lo cual influye en el rechazo y maltrato a los hijos por parte del padrastro, las familias por lo general son numerosas y de condiciones económicas muy bajas; de hecho los menores son sobrecargados de trabajos lo que a su vez los priva del goce de sus derechos y por lo tanto sufren una desadaptación social y emocional. Existen diferentes factores o condiciones de riesgo dentro de los mismos padres, en el cual hay características que evidencian esas conductas agresivas. Entre ellas se pueden encontrar los malos tratos, no contar con experiencia en el cuidado del niño o ignorancia sobre las características evolutivas del niño y sus necesidades, o el tener una historia negativa en cuanto a su ruptura familiar. Por otro lado, se puede evidenciar en el padre o la madre problemas psicopatológicos, depresión, alcoholismo, drogodependencias, entre otras.

Hay que destacar que la transmisión del maltrato no es algo inevitable, esto quiere decir que las personas que fueron víctimas del maltrato no transmiten esos eventos hacia sus hijos y, por otro lado, el maltrato a los niños se produce también en personas que no

sufrieron malos tratos en su infancia. Este tipo de transmisión intergeneracional se frecuenta en una tasa del 30%. Entre esos factores los que se presentan con más frecuencia son baja tolerancia a la frustración, aislamiento social, falta de habilidades parentales, sentimientos de incapacidad o incompetencia como padres, expectativas no realistas con los hijos. Existen unas características que son determinantes en el niño y que a su vez pueden convertirse en factores de riesgo pero también de protección, es decir, para los cuidadores genera dificultad en llevar un adecuado cuidado y educación a los niños, las razones podrían ser enfermedades, bajo peso, dificultades en la prematuridad, discapacidad o dificultades en el comportamiento. Por las anteriores problemáticas se puede generar un aumento de estrés en el núcleo familiar y por ende la dificultad de responder al niño de forma asertiva y respetuosa (Valencia, 1995).

Otro punto importante son las relaciones en la familia y que se evidencian como aquellas interacciones inadecuadas entre la madre y el padre con el menor, también como los conflictos que se generan en la pareja de forma permanente y violenta, el alto grado de estrés, la cantidad de miembros en una familia e hijos no deseados. Otros aspectos a resaltar son los aspectos sociales y económicos. Estas condiciones pueden ser precarias ya que existen bajos niveles de desempleo, la falta de generar ingresos, la insatisfacción laboral o tensión dentro del mismo, la falta de apoyo o relación entre otros miembros del lugar de trabajo y contexto laboral, y aislamiento como se pueden evidenciar dentro de los centros educativos (Valencia, 1995).

Para López y Del Rocío (2013), entre las causas principales que generan el maltrato a menores se encuentran las de personalidad, las económicas, las culturales, las sociales, las emocionales y las biológicas. A continuación una breve explicación de cada una de ellas.

Desde las teorías de la personalidad o desde el modelo psiquiátrico/psicológico, autores como Cantón y Cortés (1997), postulaban una relación entre el abuso/abandono infantil y la presencia de enfermedades mentales o de algún síndrome o desorden psicológico específico. Estudios que se han hecho, indican que los padres abusivos tienen dificultades para controlar sus impulsos, presentan una baja autoestima, escasa capacidad de empatía; así mismo, se ha encontrado que el abuso infantil se relaciona con la depresión

y con la ansiedad de los padres, entre otras características y rasgos de personalidad como el alcoholismo y la drogadicción.

Causas económicas podemos encontrar que los padres que se encuentran en situación de crisis económica, desquiten sus frustraciones con los hijos y los maltratan ya sea física o psicológicamente, el maltrato infantil se presenta en mayor medida en los estratos de menores ingresos, aunque se ha encontrado en diversas investigaciones que esta conducta no es propia de determinada clase social y se suele dar en todos los grupos socioeconómicos (López & Del Rocío, 2013).

Causas culturales se incluye a las familias donde los responsables de ejercer la custodia o tutela de los menores no cuentan con orientación y educación acerca de la responsabilidad y la importancia de la paternidad y consideran que los hijos son objetos de su propiedad, en pocas palabras, les falta criterio para educar a sus hijos. La sociedad ha desarrollado una cultura del castigo, en la cual al padre se le considera la máxima autoridad en la familia, con la facultad de normar y sancionar al resto de los miembros, en esta concepción, el castigo se impone como una medida de corrección a quien transgrede las reglas, además no se prevén otros medios de disciplina y educación de los hijos, además de que la información existente acerca de este problema social no se hace llegar a los padres de familia ni se promueven los programas de ayuda para éstos y así, estos a su vez son ignorantes pues carecen de información, orientación y educación al respecto (López & Del Rocío, 2013).

Las causas sociales se refieren a cuando se produce una inadecuada comunicación entre padres e hijos, se da pie a la desintegración familiar. En la mayoría de los casos, esta causa va paralela al nivel socioeconómico de los padres y el ambiente que rodea a la familia. Es inducida por la frustración o la desesperación ante el desempleo, los bajos ingresos familiares y la responsabilidad de la crianza de los hijos. Por otro lado, los conflictos que son ocasionados por el nacimiento de los hijos no deseados o cuando la madre se dedica a la prostitución y deja en la orfandad a sus hijos. En consecuencia el maltrato que se genera en estos casos provoca un daño irreversible por la carencia de afecto durante esta etapa de la vida del individuo (López & Del Rocío, 2013).

Respecto a las causas emocionales, se habla de la incapacidad de los padres para enfrentar los problemas, su inmadurez emocional, su baja autoestima, su falta de expectativas y su inseguridad extrema hace que desquiten su frustración en los hijos y no les proporcionen los requerimientos básicos para su formación y pleno desarrollo. Se ha comprobado que en los lugares donde existe agresión y violencia entre el padre y la madre suele haber también maltrato infantil y esto produce a su vez incapacidad de socialización en los padres con el medio en que se desenvuelven (López & Del Rocío, 2013).

Finalmente desde las causas biológicas se hace referencia al daño causado a los menores que tienen limitaciones físicas, trastornos neurológicos o malformaciones; por sus mismas limitaciones, estos niños son rechazados por la sociedad y por consiguiente sus padres o tutores los aíslan o aceptan con lástima. En estas circunstancias el daño que se ocasiona a los menores con discapacidad es mayor, pues agrede a un ser indefenso que no puede responder en forma alguna (López & Del Rocío, 2013).

Ahora bien, González, Vandemeulebroecke y Colpin (2001), refieren que existen características del niño tales como prematurez, discapacidad, dificultades de aprendizaje que hacen especialmente vulnerable al menor, ya que los padres o cuidadores se encuentran con un menor que no satisface sus expectativas.

Partiendo de Soriano (2002), el comportamiento maltratador se origina por la interacción de un conjunto de circunstancias (personales, familiares, sociales y culturales) pueden confluír dando lugar a la aparición de situaciones de maltrato.

De acuerdo con Blesedell, Cohn y Schell (2005), el aislamiento y los conflictos sociales representan factores de riesgo para el acto violento y el abandono; así mismo las familias uniparentales presentan un riesgo significativamente mayor al de las familias con ambos padres presentes.

Por otra parte, García (2008), refiere que las formas familiares que se establecen a través de relaciones de violencia, son el principal factor de riesgo, donde los infantes aprenden a relacionarse de dicha manera, reproduciendo conductas inadecuadas en los diferentes contextos en los que se desenvuelve.

Señalando a Gallo (2008), refiere que la falta de educación, el hacinamiento y la pobreza constituyen el escenario propicio para la violencia pulsional, ya que suele reinar la

anarquía y la falta de regulación, éstas no evocan una falla propia de una población dividida por carencia de oportunidades, sino de la actualidad del capitalismo en el que se vive actualmente.

### 3.4 Consecuencias del Maltrato Infantil

En Colombia el maltrato infantil es una problemática frecuente y se asocia como causa o consecuencia de la descomposición social lo cual indica un círculo conflictivo y progresivo. Rodríguez (2005), afirma que no hay duda que los niños abandonados tienden a ser más fácilmente etiquetados como infractores; hay casos en los que menores de edad han sido enviados a los tribunales para menores como víctimas y cuando dejan la institución son definidos como infractores. Así mismo, los niños maltratados que son también delinquentes o infractores, se quedan en las instituciones correccionales el doble de tiempo que los no maltratados.

Para la Organización Mundial de la Salud (2009), el maltrato infantil es una causa de sufrimiento para los niños y las familias y puede tener consecuencias a largo plazo, el maltrato causa estrés y se asocia a trastornos del desarrollo cerebral temprano, los casos extremos de estrés pueden alterar el desarrollo de los sistemas nervioso e inmunitario. Los adultos que sufrieron maltrato en la infancia corren mayor riesgo de sufrir problemas conductuales, físicos y mentales, tales como: actos de violencia (como víctimas o perpetradores); depresión; consumo de sustancias; obesidad; comportamientos sexuales de alto riesgo; embarazos no deseados.

De acuerdo con Villatoro, Quiróz, Gutiérrez, Díaz y Amador (2006), frente a las consecuencias del maltrato infantil: Hay que reconocer la presencia de otros factores en el entorno del niño que pueden precipitar o disminuir la posibilidad de que los niños desarrollen problemas posteriores de salud mental. Factores protectores pueden incluir características del ambiente familiar o social, tales como el acceso del niño a soporte social, en particular a un adulto interesado en su bienestar y vivir en comunidades con alta cohesión social y acceso a servicios de salud.

Para Vizcarra y Dionne (2008), se encuentran diferentes repercusiones y niveles de daño en las víctimas que padecen de maltrato infantil, teniendo en cuenta la frecuencia con la que son violentados, la etapa de desarrollo en la que se encuentren, la cronicidad del maltrato y la presencia o ausencia de capacidades protectoras de los cuidadores.

Según Torres (2010), las consecuencias del maltrato en cualquiera de sus manifestaciones, son diferentes en cada caso y no siempre son a corto o largo plazo, ya que las situaciones de maltrato varían en intensidad, periodicidad y relaciones familiares; teniendo en cuenta factores como: la edad y la etapa de desarrollo que atraviesa el menor; el tipo de abuso; la frecuencia, duración e intensidad y la relación entre la víctima y el agresor.

Con respecto a Gallo (2008), el abuso y el maltrato infantil son problemas de salud pública que implican un desorden social, pero que se distinguen de una epidemia y de un problema de seguridad social.

Por otra parte Corsi (2004), señala que las consecuencias de la violencia en el ámbito familiar desde la población infantil son: ausentismo escolar, deserción escolar, trastornos de conducta y aprendizaje, trastornos mentales, consecuencias letales, fugas del hogar, embarazos no deseados, prostitución, conductas antisociales, homicidios, etc.

Ahora bien, Soriano (2002), dice que los distintos tipos de maltrato generan en los menores problemas de relación con ellos mismos y con los demás, apareciendo con ello problemas a nivel psicológico, educativo y social. Siguiendo a este autor, para el niño el modelo agresivo de sus cuidadores desempeña una función social al promover el contacto interactivo con adultos; mediante experiencias repetidas desecha las características irrelevantes y retiene las que poseen valor funcional.

Cabe destacar que tras la presencia del maltrato en un menor es importante la valoración del daño psicológico. Según Arce y Fariña (2005), el daño psíquico conforma la denominada huella psíquica, por lo tanto es importante generar una intervención adecuada con el fin de tratar los múltiples factores en relación con las áreas conductuales, de la población infantil que hayan recibido maltrato. Dichas conductas para Ramírez (2006), que se suelen identificarse son: Falta de placer, comunicación afectiva negativa frivolidad, y agresividad; pueden presentar conductas agresivas, así como déficit en lenguaje expresivo,

retardo psicomotriz, trastornos o retardo en el habla, hambre permanente, llanto injustificado, higiene personal inadecuada, vestidos inadecuados al tamaño y talla, ausencia de cuidados médicos.

De esta manera, Rodes, Monera y Bravo (2010), resaltan que en casos extremos pueden darse denuncias falsas por maltrato hacia los menores, pues además de ser inescasarias dichas denuncias, producen situaciones de stress; estas personas toman el rol de víctimas, toman e imaginan el acto violento como real, teniendo graves consecuencias para el desarrollo psicológico.

Recopilando todo lo anterior, evidentemente el maltrato infantil se halla oculto, pues la misma sociedad se ha encargado de verlo normal dentro de una forma o pauta de vida; como se mencionó en párrafos anteriores, el castigo es visto como un medio de enseñanza para que el niño disminuya ciertas conductas que incomodan al padre y/o cuidar, utilizando el maltrato como mediador de este logro para los padres. De igual forma, no existen métodos o vías seguras para que los niños o adultos conscientes de dichos casos, denuncien este tipo de malos tratos que recibe el infante por parte de un adulto.

Para la UNICEF (2000 citados por Rodríguez, 2006), declara que analizando diversas regiones del mundo y grupos socio-económicos, solo un 26.4% de los niños y niñas no recibe ningún tipo de violencia. El 73.6% es maltratado en algunas de las formas de maltrato o en varios de ellos. De este porcentaje, el 53.9% recibe algún tipo de violencia física y un 25.4% recibe violencia física grave.

En relación con las consecuencias del maltrato en las diferentes áreas de la conducta del infante, a nivel cognitivo Martínez (2004 citado por Ampudia et al., 2009), señala que los niños presentan un menor desarrollo cognitivo en condiciones de maltrato; se muestran más impulsivos, menos creativos y más distraídos, su persistencia en las tareas de enseñanza-aprendizaje es menor; cuando llegan a la edad escolar, alcanzan resultados más bajos en las pruebas de CI, además de tener mal desempeño académico. Sus habilidades de resolución de problemas son también menores y presentan un déficit de atención que compromete su rendimiento académico.

En el área del lenguaje, diversos estudios sobre el lenguaje comprensivo se señala que los niños con maltrato físico a los 30 meses no se diferencian de los que no lo presentan,

pero sí en el lenguaje productivo. Respecto a la interacción verbal madre-hijo en niños de 31 meses, se ha observado que los niños maltratados físicamente utilizan un lenguaje con una sintaxis menos compleja, tienen menos vocabulario expresivo y conocen menos palabras que los niños normales. En los casos de maltrato físico, se ha visto que las madres utilizan menos instrucciones verbales para ayudar a sus hijos a superar las dificultades normales de su ambiente, también inician menos interacciones de juego e ignoran más a sus hijos. Estas dificultades de lenguaje no desaparecen a lo largo del tiempo, sino que perduran hasta la edad escolar (Ampudia et al., 2009).

De acuerdo a un estudio realizado por Moreno (2005), sobre las consecuencias del maltrato infantil en el desarrollo del lenguaje comprueba que existen mayores dificultades en los componentes del lenguaje (morfología, sintaxis, semántica y pragmática) según la tipología de maltrato; en el abandono y maltrato emocional las repercusiones son mayores que en el abandono y maltrato físico. Los menores en situación de maltrato físico presentan ligeras dificultades en morfología y los pertenecientes a la muestra de abandono físico en morfología y sintaxis; en cambio, los niños en situación de abandono emocional manifiestan considerables problemas en sintaxis, morfología y pragmática, al igual que en la muestra de maltrato emocional.

Respecto al área motora, según Ampudia et al. (2009), los menores maltratados se muestran menos hábiles en el uso de herramientas desde los 24 meses de edad; por otro lado, los niños que han sufrido abandono físico muestran mayores dificultades para adquirir la locomoción y déficit en motricidad fina.

En el área de autonomía funcional puede haber conductas de cuidado personal (aseo, vestido, nutrición, etc.), que en condiciones normales deben aprenderse en el seno familiar. También están las habilidades de la vida en comunidad, es decir, la capacidad que se tiene para funcionar de forma independiente a sus progenitores o cuidadores; los niños que padecen de alguna forma de maltrato presentan un apego ansioso, en especial los que sufren abandono emocional; estos niños tienden a ser menos obedientes con sus padres y educadores y presentan menos estrategias de autocontrol. Ampudia et al., (2009) afirman que: los menores que presentan abandono físico resultan especialmente dependientes de los educadores en tareas propias de la nutrición que se llevan a cabo en el colegio.

El área social de acuerdo con los autores, se observa en los menores maltratados entre los 18 y 24 meses de edad que sufren un apego ansioso y presentan más rabia, frustración y conductas agresivas ante las dificultades. Entre los tres y seis años tienen mayores problemas para expresar y reconocer los afectos, también expresan más emociones negativas y no saben animarse unos a otros para vencer las dificultades que se presentan en una tarea; finalmente presentan patrones distorsionados de interacción tanto con sus cuidadores como con sus compañeros. El impacto del maltrato de menores es frecuentemente discutido en términos de sus consecuencias en diversas áreas: física, psicológica, comportamental, y social. Sin embargo, en la realidad no pueden separarse completamente. Por ejemplo, las consecuencias físicas de un abuso (tales como un daño neurológico) pueden tener implicaciones psicológicas (retardo cognitivo o dificultades emocionales, por ejemplo). Los problemas psicológicos por su parte, pueden llevar a comportamientos de alto riesgo. La depresión y la ansiedad, por ejemplo, pueden hacer que una persona sea más propensa a fumar, abusar de las bebidas alcohólicas o drogas ilícitas, o comer en exceso. Los comportamientos de alto riesgo, como consecuencia, pueden llevar a problemas de salud a largo plazo tales como a las enfermedades de transmisión sexual y la obesidad.

### 3.5 Diagnóstico del Maltrato Infantil

Para poder realizar un diagnóstico, es imprescindible haber realizado una evaluación del caso, en este sentido acerca del maltrato infantil que se esté evidenciando. Se definirá un poco acerca de la evaluación psicológica clínica y a su vez el rol tan importante que juegan ésta y el diagnóstico para lograr esclarecer un caso relacionado con la población infantil.

La evaluación psicológica clínica es entendida como un proceso sistemático de recolección de información acerca de un individuo, en relación con su medio ambiente, de forma tal que puedan tomarse decisiones orientadas al bienestar del mismo. Según Ampudia, Santaella y Eguía (2009): "Hay que tener en cuenta los siguientes pasos: Definir lo que se va a evaluar, determinar objetivos de la evaluación, seleccionar estándares para la

toma de decisiones, obtener datos, tomar decisiones y finalmente dar un reporte psicológico al interesado". Es de gran dificultad dar a entender el diagnóstico del maltrato infantil sin antes realizar una evaluación, pues se necesita de ésta frente a diversas áreas de ajuste del niño para definir de donde puede provenir el daño por el cual esté vivenciando el menor.

Partiendo de los autores, Ampudia et al., (2009): "La dificultad en el diagnóstico de un menor maltratado emocionalmente, radica en la misma complejidad psicológica del individuo, es decir, en cómo éste percibe la intención de regaño, el insulto, la amenaza, una mirada o incluso el silencio". La detección del maltrato psicológico es muy subjetiva, depende de lo que cada adulto, profesional o incluso el mismo infante consideren como ofensivo, perjudicial o dañino. El diagnóstico que si se puede dar con facilidad es el de maltrato físico, porque en él hay señales concretas, evidencias que demuestran la existencia del maltrato.

Según el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales DSM IV (1995), se evidencia el diagnóstico para los diferentes tipos de maltrato infantil:

Z63.8 Problemas paterno-filiales [V61.20]: Esta categoría debe usarse cuando el objeto de atención clínica es el patrón de interacción entre padres e hijos (p. ej., deterioro de la comunicación, sobreprotección, disciplina inadecuada) que está asociado a un deterioro clínicamente significativo de la actividad individual o familiar o a la aparición de síntomas clínicamente significativos en los padres o hijos. Nota de codificación: Especificar Z63.1 si el objeto de atención clínica es el niño.

T74.1 Abuso físico del niño [V61.21]: Esta categoría debe usarse cuando el objeto de atención clínica es el abuso físico de un niño. Nota de codificación: [Para CIE-9-MC especificar 995.5 si el objeto de atención clínica es la víctima.].

T74.2 Abuso sexual del niño [V61.21]: Esta categoría deberá usarse cuando el objeto de atención clínica es el abuso sexual de un niño. Nota de codificación: [Para CIE-9-MC especificar 995.5 si el objeto de atención clínica es la víctima.].

T74.0 Negligencia de la infancia [V61.21]: Esta categoría deberá usarse cuando el objeto de atención clínica es el descuido de un niño. Nota de codificación: [Para CIE-9-MC especificar 995.5 si el objeto de atención clínica es la víctima.].

Señalando a Gallo (2008), el abordaje preventivo del abuso y el maltrato infantil exige una intervención que tenga en cuenta al sujeto, como aquél en el que hay que implicar un equilibrio, el cual no se produce con un solo paso por el psicólogo, como lo pretendería en su caso el funcionario encargado de la protección social.

Después de haber realizado esta revisión se busca lograr la comprensión del tema del maltrato infantil, y de esta manera poder llevar a cabo nuestro trabajo de investigación, el cual implica la aplicación de determinadas pruebas que permitan identificar los indicadores emocionales que presentan los niños que son víctimas de maltrato.

Los criterios para la calificación de un caso de maltrato requiere de una ponderación rigurosa de los antecedentes, indicadores y hallazgos clínicos, así como de considerar el derecho a la privacidad de la familia. Una propuesta para la calificación de un caso de maltrato infantil son los siguientes: existencia de signos de maltrato físico, abandono, maltrato emocional y abuso sexual. Existencia de información suficiente sobre la ocurrencia de situaciones de maltrato, verbalización de parte del niño, reconocimiento por parte del adulto involucrado, testimonio de otras personas y documento judicial o policial (Herrera & Basto, 1999).

Finalmente y para resaltar, existen instrumentos de evaluación psicológica con los cuales se ha buscado evaluar el impacto emocional que podrían tener los niños en relación con distintas vivencias que pudieran haber tenido, estos instrumentos son el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) y el Cuestionario de Personalidad para Niños (CPQ), el primero de ellos pretende evaluar *depresión* y el segundo *personalidad*, permitiendo de igual manera identificar indicadores emocionales en los menores. A continuación se dará a conocer el referente teórico de estos instrumentos.

Cuestionario de Depresión para Niños (CDS): La depresión es actualmente un constructo “en alza”, su estudio y evaluación está llamando la atención de los

investigadores españoles (y la someten a diversos controles experimentales) y profesionales que realizan una labor “aplicada” (y la miden para usar los datos en tareas de consejo y utilización de problemas). La presente escala de depresión para niños (CDS) difiere del trabajo de Kovacs – Beck en que no ha sido elaborada a partir de un test para adultos; se ha diseñado específicamente para los niños, y ha tenido en cuenta lo recientemente señalado por los mismos. (Lang y Tisher, 2003).

Las autoras del CDS creen que la depresión es una respuesta humana normal que varía en intensidad y cualidad, que se encuentra en la población infantil y que juega un papel especial en muchos grupos psiquiátricos, incluyendo los diagnosticados como depresiones neuróticas o psicóticas. Por lo tanto, las diferentes características aludidas en los trabajos sobre la sintomatología de la depresión en la infancia se resumen en las diferentes características. (Lang y Tisher, 2003).

Estas características se tomaron como conceptos operativos para definir la entidad que intenta evaluar el CDS, y se elaboraron elementos pertinentes a todos ellos; en su construcción se tuvieron en cuenta los contenidos de los informes psiquiátricos, las historias recogidas en el TAT y las hojas de respuestas de test de frases incompletas de niños con depresión, así como las descripciones de las experiencias y fenómenos depresivos presentadas en la literatura. (Lang y Tisher, 2003).

Cuestionario de Personalidad para Niños (CPQ): La importancia de los test de personalidad para el diagnóstico y tratamiento de los problemas emocionales y de conducta, es obvia en una labor clínica. Y poco a poco se va reconociendo también su valor en las situaciones escolares; utilizados por el orientador, los instrumentos pueden tener una finalidad similar al de la labor clínica. El instrumento no debe ser considerado como algo definitivo en su forma actual; es fruto de una adaptación y, además, como en cualquier test psicológico, sus puntuaciones pueden ser interpretadas de manera no válida. Las 14 escalas del CPQ apuntan a dimensiones cuya naturaleza funcionalmente independiente, ha sido establecida mediante investigación factorial. Las 14 escalas aluden a variables psicológicas que han sido aisladas factorialmente; cada factor representa una dimensión estadísticamente, separable en el conjunto de respuestas al cuestionario. Las descripciones

para cada factor tiene dos polos, el que aparece a la izquierda corresponde siempre a las puntuaciones bajas en el mismo. (Porter y Cattell, 2002).

## **4. Metodología**

### **4.1 Tipo de Investigación**

Teniendo en cuenta a Hernández, Fernández y Baptista (2006), el diseño de investigación que se trabajó fue de corte descriptivo de orden cuantitativo. El alcance de la investigación es de orden descriptivo, el cual consiste, en caracterizar un fenómeno o situación concreta, indicando sus rasgos más distintivos o diferenciadores; a través de la descripción exacta de las actividades, objetos y sujetos, su meta es la predicción e identificación de las relaciones que hay entre dos o más variables.

De acuerdo al diseño cuantitativo se aplicaron las siguientes pruebas psicométricas: CDS y CPQ. El primero, es un instrumento que sirve para identificar la vulnerabilidad del niño, así como para observar las dificultades que puede estar experimentando; y el segundo evalúa a través de un cuestionario de 140 preguntas, la personalidad de los niños en edad escolar.

### **4.2 Participantes**

La muestra de participantes fue seleccionada por medio de un muestreo intencional, en el que se eligen los individuos que se estiman son representativos o típicos de la población (Hernández, Fernández y Baptista, 2006), en este caso niños que en el reporte de historia clínica y reporte verbal de la psicóloga de la institución presentarán indicadores de maltrato físico, psicológico y por negligencia.

La muestra se obtiene de la Fundación Pacto Esperanza de la localidad de Ciudad Bolívar en Bogotá. Se trabajó con un total de 16 niños, con un rango de edad entre los 8 y los 12 años de edad, estratos socioeconómico 1 y 2, y un nivel educativo de tercero a séptimo grado.

Inicialmente la muestra estaba conformada por 25 niños, los cuales se identificaron con posibilidad de existencia de algún tipo de maltrato. Después de haber realizado un breve análisis, a través de la información proporcionada por la psicóloga de la institución, la revisión de historias clínicas y una pequeña entrevista semiestructurada realizada a los menores, se concluyó que la muestra solo quedaría con un total de 16 niños, quienes sí

reunieron dichas condiciones de maltrato; es decir, se realizó una selección a conveniencia de la investigación.

De esta manera se identificaron a 16 participantes con indicadores de maltrato, manifiestos través de las siguientes situaciones: evidencia de secuelas físicas, inadecuadas condiciones de vida (hacinamiento), reporte de malos tratos verbales en el ambiente familiar.

#### **4.4 Instrumentos**

Los instrumentos que se utilizaron para reconocer los indicadores emocionales en población infantil en condiciones de maltrato fueron:

**Entrevista Semiestructurada:** el entrevistador mantiene la conversación enfocada sobre un tema en particular, y le proporciona al informante el espacio y la libertad suficientes para definir el contenido de la discusión (Peón, 2004).

**Consentimiento Informado:** es la herramienta por la cual se explica el procedimiento, con sus ventajas e inconvenientes, para poder tomar luego una decisión, como una más de tantas otras decisiones que se toman en la vida y recabarla fehacientemente por el profesional (Oliva, Bosch, Carballo y Fernández, 2001).

**Cuestionario de Depresión para Niños - CDS:** es un instrumento que evalúa la depresión infantil, de igual manera sirve para identificar la vulnerabilidad del niño en este caso que está siendo víctima de maltrato; así como para observar las dificultades que puede experimentar en relación a su medio. Proporciona una panorámica acerca de cómo percibe la población infantil el maltrato. Al mismo tiempo indica el estado global de salud mental del menor.

Es un instrumento sistemático, estructurado de forma específica para la población infantil. Se compone de 66 elementos que, en su mayoría, están formulados en sentido depresivo, lo que afirmaría una situación indicativa de este síndrome. El resto alude a situaciones que no presentan contenido depresivo. El contenido de los reactivos se divide en dos áreas: Total Depresivo (TD) con seis subpruebas y Total Positivo (TP) con dos subpruebas.

Cuestionario de Personalidad para Niños - CPQ: evalúa a través de un cuestionario de 140 preguntas, la personalidad de los niños en edad escolar. Permite obtener puntuaciones en 14 dimensiones de la personalidad. Para la prueba, son relevantes las puntuaciones bajas entre 1 – 3 y los puntajes altos entre 8 – 10. Son factores de primer orden: Factor A (Reservado/Abierto), Factor B (Inteligencia Baja/Alta), Factor C (Emocionalmente Afectado/Estable), Factor D (Calmoso/Excitable), Factor E (Sumiso/Dominante), Factor F (Sobrio/Entusiasta), Factor G (Despreocupado/Consciente), Factor H (Cohibido/Emprendedor), Factor I (Sensibilidad Dura/Blanda), Factor J (Seguro/Duvidativo), Factor N (Sencillo/Astuto), Factor O (Sereno/Apreensivo), Factor Q3 (Menos Integrado/Más Integrado) y Factor Q4 (Relajado/Tenso). Factores de segundo orden: Factor QI (Ajuste/Ansiedad), Factor QII (Introversión/Extraversión) y Factor QIII (Calma/Excitabilidad).

A partir de las escalas primarias se obtuvieron 3 dimensiones globales conocidas también como factores de segundo orden porque se obtienen mediante análisis factorial: Ansiedad, Extraversión y Excitabilidad/Dureza. Cada escala viene definida en su polo alto (puntuaciones altas) y bajo (puntuaciones bajas) con unos adjetivos que facilitan la interpretación de la prueba y esto hace que la prueba resulte útil para ser aplicada colectivamente en el ámbito escolar.

#### **4.5 Procedimiento**

Fase I: Selección de participantes: se realizó la selección de los participantes a través de un muestreo intencional que está descrito en el apartado correspondiente, quedando conformado el grupo de participantes por 16 menores pertenecientes a la Fundación Pacto Esperanza (Ver apartado participantes).

Fase II: Aplicación de instrumentos de evaluación: Se realizó aplicación de la prueba psicométrica CDS niño por niño en una sola sesión con un tiempo estimado de 35 minutos. De igual manera se realizó la aplicación de la prueba psicométrica CPQ niño por niño en dos sesiones con un intervalo de tiempo de un día. Cada sesión tuvo un tiempo estimado de 30 a 40 minutos.

Fase III: Calificación de los instrumentos: se obtuvieron las puntuaciones por participante en cada uno de los instrumentos de evaluación psicológica.

Fase IV: Análisis de resultados: se realizó la interpretación de los instrumentos a nivel individual y grupal, de tal manera que permitiera la identificación y descripción de los indicadores emocionales a través de las categorías propuestas por los instrumentos. El análisis se realizó caso por caso, porque de esta manera se permitió identificar las características tanto emocionales como comportamentales en cada uno de los menores pertenecientes a la muestra; posteriormente se presentan en las figuras 1 y 2 los datos agrupados por cada prueba CDS y CPQ.

Fase V: Conclusiones del proyecto: Se determinaron los indicadores emocionales que presentan los menores de la Fundación y a si mismo se establecen las conclusiones del estudio.

#### **4.6 Categorías de Análisis**

A partir de la revisión de los instrumentos y los objetivos propuestos en la presente investigación, se emplean las categorías propuestas por los instrumentos de evaluación psicológica para determinar los indicadores emocionales que fueron analizados en el presente estudio. En el instrumento de evaluación CDS se retoman las categorías de respuesta afectiva, problemas sociales, autoestima, preocupación por muerte/salud, sentimiento de culpabilidad, depresivos varios, ánimo/alegría y positivos varios. De igual manera del instrumento de evaluación psicológica CPQ se revisaron las categorías de reservado/abierto, inteligencia baja/inteligencia baja, afectado por los sentimiento/emocionalmente estable, calmoso/excitable, sumiso/dominante, sobrio/entusiasta, despreocupado/consciente, cohibido/emprendedor, sensibilidad dura/sensibilidad blanda, seguro/dubitativo, sencillo/astuto, sereno/aprensivo, menos integrado/más integrado, relajado/tenso, ansiedad baja/ansiedad alta, introversión/extroversión y calma/excitabilidad.

A continuación se define cada una de las categorías:

**Respuesta Afectiva (RA):** Alude al estado de humor de los sentimientos del niño, de tal modo que a mayor puntuación mayor número de respuestas afectivas negativas.

**Problemas Sociales (PS):** Se refiere a las dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad del niño.

**Autoestima (AE):** Se relaciona con la intensidad de sentimientos, conceptos y actitudes de tipo negativo del niño en relación con su propia estima y valor.

**Preocupación por muerte/salud (PM):** Alude a los sueños y fantasías del niño en relación con su enfermedad y muerte.

**Sentimiento de Culpabilidad (SC):** Se refiere a la autopunición del niño.

**Depresivos Varios (DV):** Incluye aquellas cuestiones de tipo depresivo que no pudieron agruparse para formar una entidad.

**Ánimo Alegría (AA):** Alude a la ausencia de alegría, diversión y felicidad del niño, o a su incapacidad para experimentarlos. A mayor puntuación en la escala mayor carencia de dichos sentimientos que existe en la vida emocional del niño.

**Positivos Varios (PV):** Incluye aquellas cuestiones de tipo positivo que no pudieron agruparse para formar una entidad y cuya ausencia (puntuación alta) puede suponer importantes manifestaciones depresivas en el niño.

**Reservado/Abierto (Factor A):** El niño que puntúa alto, generalmente se caracteriza por ser abierto y social, y el que puntúa bajo por ser mas frio y alejado.

**Inteligencia baja /Alta (Factor B):** Una puntuación alta indica un niño "brillante, rápido en su comprensión y aprendizaje de las ideas", mientras que el otro polo esta el niño mas "corto y de lento aprendizaje y comprensión".

**Afectado por los sentimientos/Emocionalmente estable (Factor C):** Un niño con puntuación alta se muestra con una relativa calma, parece estable y socialmente maduro, y está mejor preparado para relacionarse con los de mas, mientras que en el otro polo el niño tiene menos tolerancia a la frustración y es ms propenso a perder el control emocional.

**Calmoso/Excitable (Factor D):** Esta escala parece medir la tendencia a exhibir excitación a una pequeña provocación, o una hiperactivacion a diferentes tipos de estímulos. La puntuación baja parece describir al niño emocionalmente placido.

Sumiso/Dominante (Factor E): El niño E+ es relativamente activo, dogmático y agresivo, mientras que el polo opuesto este niño es más dócil.

Sobrio/Entusiasta (Factor F): El niño alto en F es bastante entusiasta, optimista y seguro de sí mismo. El bajo F es más serio y se autodesaprueba.

Despreocupado/Consciente (Factor G): La escala parece reflejar el grado en que el niño ha incorporado los valores del mundo de los adultos.

Cohibido/Emprendedor (Factor H): Junto con la escala A este factor H es un componente de la extraversión/introversión, y se expresa en diferentes grados de sociabilidad. Mientras que el A+ es sociable en el sentido de que muestra una respuesta emocional positiva a las personas, el H+ lo es en el sentido de que se relaciona libre y atrevidamente con los demás. El niño H- es más sensible, se amedrenta fácilmente y, mediante el alejamiento, intenta evitar la amenaza y excesiva estimulación social.

Sensibilidad Dura/Blanda (Factor I): Un niño I+ tiende a mostrar una mayor dependencia (temerosa evitación de la amenaza física y simpatía por la necesidad de los demás), que la que muestra el niño I-, que es más independiente y de "piel dura".

Seguro/Dubitativo (Factor J): El niño con puntuación alta tiende a ser individualista, motivadamente reprimido, crítico con los demás y despreciativo, mientras que el niño J- es más libremente expresivo y activo, así como poco crítico.

Sencillo/Astuto (Factor N): El niño N+ se describe como socialmente receptivo y habilidoso, realista y oportunista, mientras que N- es más llano, sentimental y torpe socialmente.

Sereno/Aprenhivo (Factor O): La reacción de aprehensividad del O+ se podría caracterizar de diferentes modos: irritabilidad, ansiedad o depresión, según la situación.

Menos integrado/Más Integrado (Factor Q3): El Q3- indica despreocupación por el control de los deseos y por las demandas sociales.

Relajado/Tenso (Factor Q4): El niño Q4+ se siente frustrado y puede mostrar irritabilidad o mal humor; el niño Q4- polo relajado de la escala parece reflejar un tipo de compostura que hace fácil la sociabilidad.

Ansiedad baja/Alta (Factor QI): El niño que puntúa bajo suele encontrar que la vida es gratificante y que logra llevar a cabo lo que cree importante. Una puntuación baja extrema

puede indicar falta de motivación ante las tareas difíciles. El niño que puntúa alto se presenta lleno de ansiedad, es decir, puede presentar algún desajuste, como estar insatisfecho con su posibilidad de responder a las urgencias de la vida o con sus éxitos en lo que desea.

Introversión/Extroversión (Factor QII): El niño que puntúa bajo tiende a ser reservado, autosuficiente e inhibido en los contactos personales. El niño que puntúa alto es socialmente desenvuelto no inhibido, con buena capacidad para lograr y mantener contactos personales.

Calma/Excitabilidad (Factor QIII): El niño que puntúa bajo es de sensibilidad blanda, impresionable y sumiso, sobrio y prudente, sentimental, socialmente escrupuloso y poco expresivo. El niño que puntúa alto tiende a ser hiperactivo y de sensibilidad dura, agresivo y obstinado, entusiasta, calculador y perspicaz; aunque le gusta la actividad en grupo, se despreocupa de las normas y sigue sus propias necesidades.

## 5. Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos en el desarrollo del proyecto y a través de la aplicación de los instrumentos de evaluación psicológica:

Tabla 1.

*Información sociodemográfica de los participantes*

Participante	Edad	Estrato	Escolaridad	Grupo familiar	Tipo de Maltrato reportado
1	8	2	Tercero	Madre	Físico (Madre)
2	7	1	Tercero	Padre y Abuela Paterna	Físico y Psicológico (Padre)
3	10	2	Cuarto	Madre	Físico (Madre)
4	9	2	Primero	Padre y Madre	Negligencia (Padres)
5	12	1	Séptimo	Padre y Madre	Físico y Psicológico (Padres)
6	7	2	Tercero	Madre, Padrastro	Físico (Padre)
7	12	2	Séptimo	Padre	Psicológico (Padre)
8	10	1	Tercero	Madre y Abuela Materna	Negligencia (Madre)
9	10	2	Cuarto	Madre y Padrastro	Físico (Padrastro)
10	12	2	Sexto	Madre y Padrastro	Negligencia (Madre)
11	7	2	Tercero	Padre y Madre	Negligencia (Padres)
12	7	2	Tercero	Padre y Madre	Psicológico (Padres)
13	9	2	Tercero	Padre y Madre	Físico (Padre)
14	11	2	Cuarto	Padre y Madre	Negligencia (Padres)
15	9	2	Cuarto	Padre	Negligencia (Madre)
16	12	2	Quinto	Padre y Madre	Negligencia (Padres)

Al realizar una lista sociodemográfica donde se tomaron datos como edad, estrato, escolaridad, grupo familiar, tipo de maltrato damos cuenta frente al tema de la edad, que un 31% de la totalidad de participantes tienen 8 años, el 25% tienen 12 años, el 19% tienen 10 años, otro 19% tienen 9 años y el 6% tienen 11 años. Frente al estrato se encuentra que el 81% pertenecen al estrato 2 y el 19% son del estrato 1. En el tema de escolaridad el 44% se encontraron en grado tercero, el 25% se encontraron en el grado cuarto, el 12% en grado séptimo, un 6% en grado primero, otro 6% en grado quinto y otro 6% en grado séptimo. Frente al grupo familiar el 44% de los participantes viven con ambos padres biológicos, el 19% vive con la madre y el padrastro, un 12% vive con la madre, otro 12% vive con el padre, un 6% vive con el padre y la abuela y el otro 6% vive con la madre y la abuela. Finalmente frente al tema de tipo de maltrato se encontró que un 44% de los menores sufre maltrato por negligencia, el 31% recibe maltrato físico, un 12% sufre maltrato psicológico y el otro 12% sufre instantáneamente maltrato físico y psicológico; dichos tipos de maltrato presentados en estas cifras son causados por el mismo grupo familiar con el cual conviven los menores.

A continuación se darán a conocer los resultados arrojados por la prueba CDS la cual evalúa depresión en niños e igualmente permite revisar indicadores emocionales en los menores.

En relación con el instrumento de evaluación CDS se obtuvieron los siguientes resultados por participante

Tabla 2.

*Resultados prueba CDS*

Participantes																	
Factor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	Promedio
AA	29	20	32	35	40	21	36	35	27	24	26	31	29	34	28	21	29
RA	36	20	34	28	12	32	13	33	28	33	30	35	36	19	11	30	27
PS	27	27	38	29	16	28	18	27	26	30	29	26	27	27	8	30	26
AE	26	27	31	28	14	33	14	23	24	23	26	28	26	27	13	29	24
PM	18	25	33	18	13	33	33	16	20	25	25	23	23	27	11	28	23
SC	14	24	36	28	23	26	24	18	22	23	23	16	18	20	25	29	23
DV	26	27	42	39	22	25	26	26	20	24	36	30	32	42	35	42	31
PV	30	32	41	40	39	28	44	27	37	26	44	28	30	40	42	33	35
Puntuación total																	

Al realizar un análisis por factor con el grupo de participantes se observa que en relación con el factor AA se obtiene un promedio de 29, que según la interpretación del instrumento representa la siguiente característica: ausencia de alegría diversión e incapacidad en ciertas circunstancias para poder experimentarlas. En relación con el factor RA se observa que se obtiene un promedio de 27, lo cual indica que el estado de humor es negativo frente a los demás. En relación con el factor PS, se obtiene un promedio de 26 lo cual indica que presentan habilidades para interactuar con los demás. En relación con el factor AE, se obtiene un promedio de 24 lo cual indica un adecuado nivel de autoestima y valor frente a si mismo. En relación con el factor PM, se obtiene un promedio de 23 el cual indica que hay poca existencia de pensamientos negativos acerca de la muerte/salud frente a si mismo y sus cercanos. En relación con el factor SC se obtiene un promedio de 23, el cual indica que hay poca existencia de sentimientos de culpabilidad enfocándose en los castigos que creen merecer.

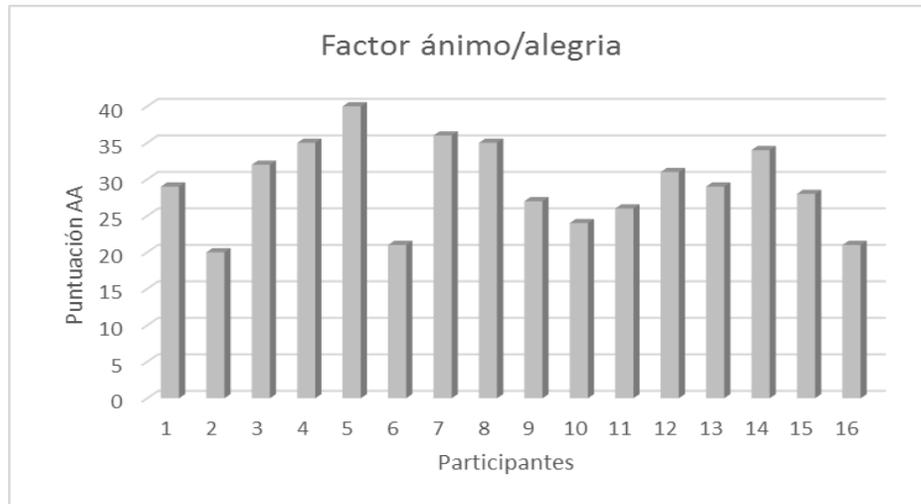


Figura 1. Resultados factor ánimo/alegría: Según los resultados obtenidos en el factor AA (ánimo/ alegría), se observa que el 56% de los participantes presentan ausencia de alegría e incapacidad para experimentar felicidad y demostrarla.

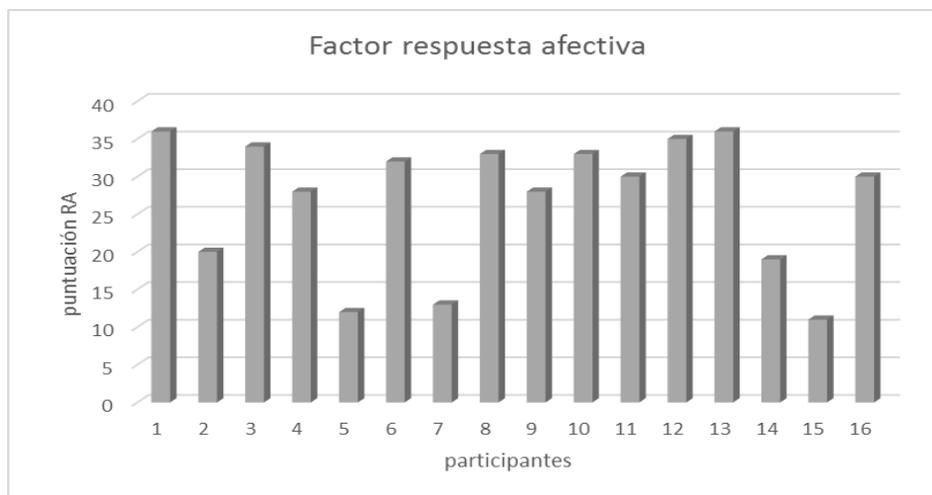


Figura 2. Resultados factor respuesta afectiva: para el factor RA (respuesta afectiva), se halló un porcentaje de 44% respecto a la totalidad de los participantes, esto quiere decir que la cuarta parte de los niños presentan respuestas afectivas negativas.

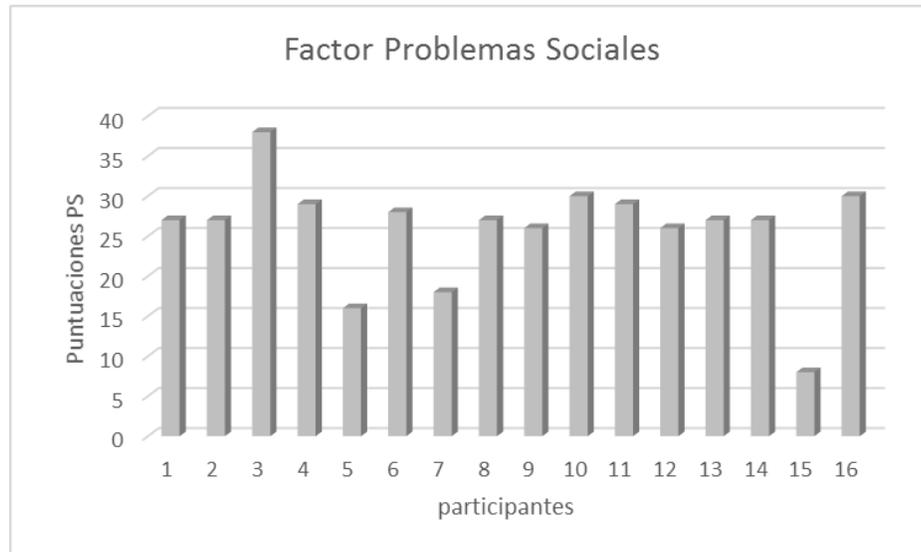


Figura 3. Resultados factor problemas sociales: por otra parte para el factor PS (problemas sociales), se encontró un porcentaje de 69% por lo que se puede concluir que sin duda alguna es un porcentaje alto de acuerdo a la totalidad de los participantes y por tal motivo se puede decir que presentan dificultades en la interacción social, son niños aislados y por tanto solitarios.

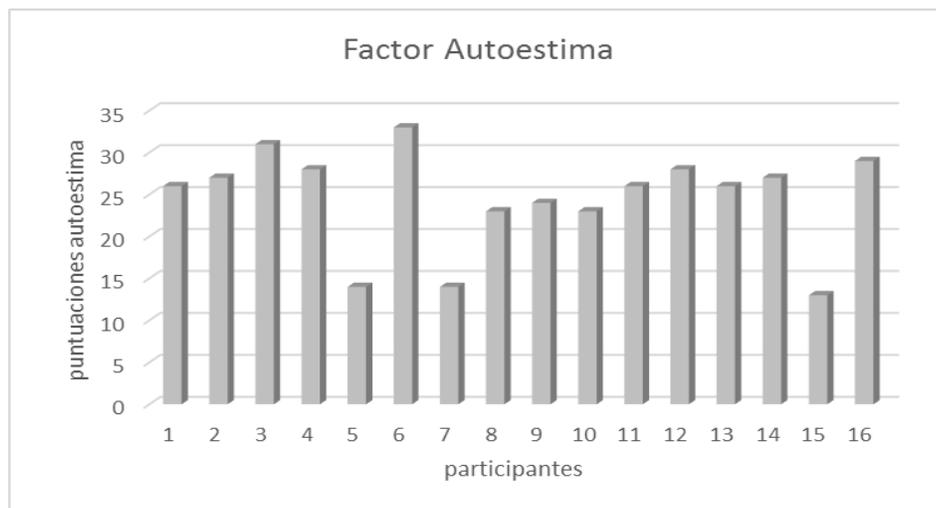


Figura 4. Resultados factor autoestima: Prosiguiendo con el factor AE (autoestima), se determinó un porcentaje de 87%, por consiguiente se

determina que los participantes manifiestan actitudes de tipo negativo en relación con su propia estima y valor.



Figura 5. Resultados factor preocupación por muerte/salud: de acuerdo con los resultados obtenidos en el factor PM (preocupación por muerte / salud) se pudo evidenciar un porcentaje del 75% lo que indica que los niños presentan preocupaciones por su salud física y mental, y pensamientos asociados a la muerte.

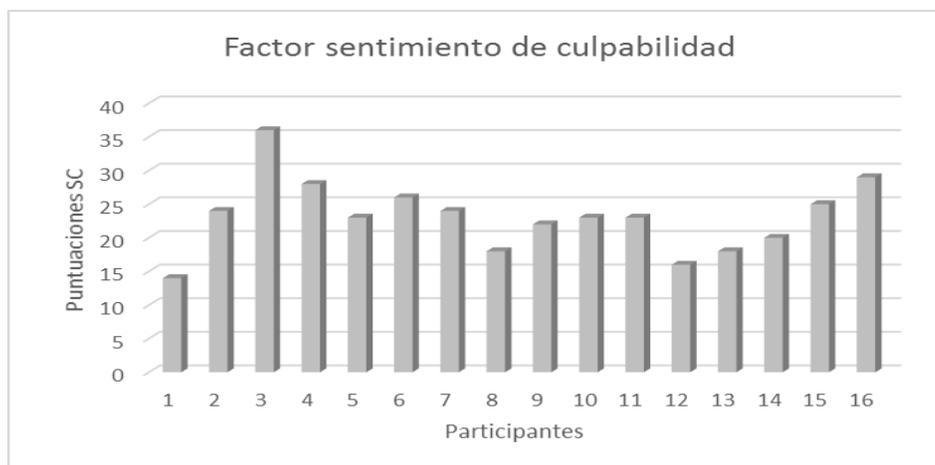


Figura 6. Resultados factor sentimiento de culpabilidad: cabe señalar que en el factor SC (sentimiento de culpabilidad) se evidencia un porcentaje del

94% lo cual indica que la mayoría de los menores presentan sentimiento de culpabilidad a nivel personal.

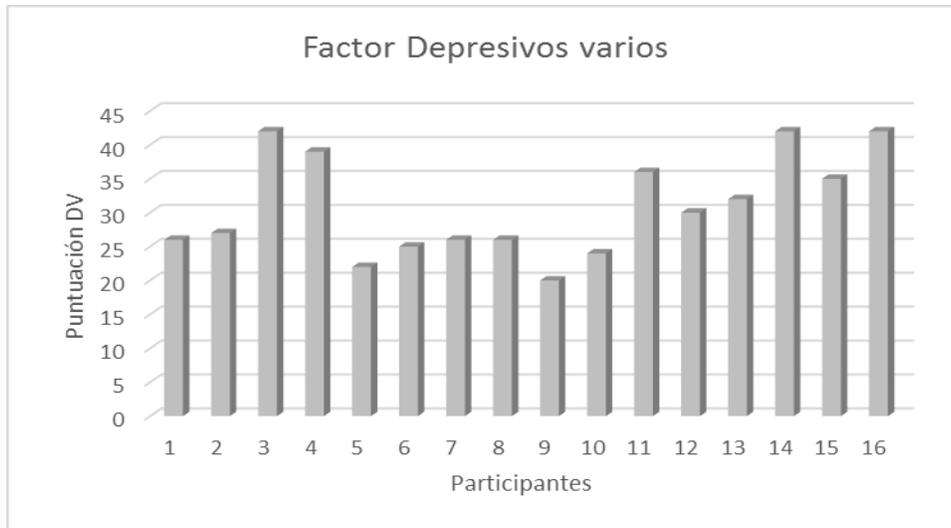


Figura 7. Resultados factor depresivos varios: Se puede inferir que en el factor DV (depresivos varios) se obtuvo un porcentaje de resultado del 50% lo cual indica que no presentan o evidencian rasgos depresivos en su personalidad.

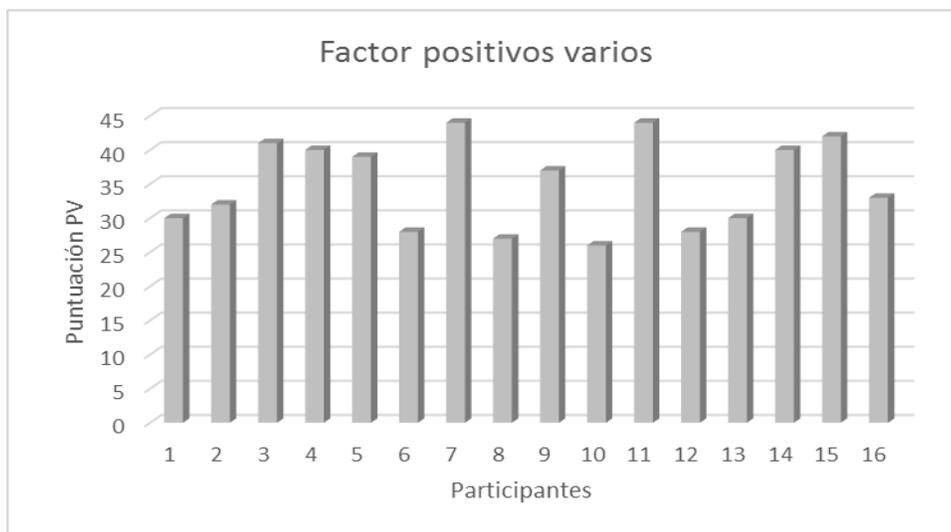


Figura 8. Resultados factor positivos varios: de otro lado para el factor PV (positivos varios), se determino un porcentaje del 25% lo que significa que

los niños pueden formar una identidad propia donde no hay manifestación de cuadros depresivos en el niño.

Gracias a la adaptación de este instrumento en la presente investigación, fue posible identificar los indicadores emocionales que presentan los participantes; una prueba viable pues se dio una fácil comunicación con los niños y de esta manera expresaban sus experiencias íntimas en casos de maltrato. Es posible utilizar el CDS puede familiarizarse con el propio lenguaje del niño para expresar diferentes sentimientos puesto que los elementos están redactados con el mismo vocablo, para que sea fácil de entender y de aplicar.

Respecto a los resultados obtenidos con el instrumento CPQ, que evalúa depresión en niños, se identifican los siguientes indicadores en los menores:

Tabla 3.

*Resultados prueba CPQ*

Participantes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	Promedio
Factor																	
A	4	6	5	2	4	5	6	4	5	5	6	7	9	5	6	6	5
B	5	1	4	3	9	3	4	3	5	4	3	5	2	2	5	10	4
C	7	5	6	5	8	6	5	3	7	4	6	6	7	4	7	5	6
D	3	7	1	10	9	2	3	2	7	6	8	4	1	6	4	5	5
E	4	4	0	6	4	0	8	4	5	6	8	6	3	4	5	7	5
F	4	9	3	6	6	6	4	2	8	1	4	6	4	7	6	8	5
G	5	6	10	2	4	4	3	4	3	5	5	6	8	6	7	6	5
H	5	4	8	5	5	3	5	8	3	8	7	4	3	3	8	8	5
I	3	3	7	3	8	5	7	6	2	3	8	6	2	3	4	1	4
J	3	5	5	8	5	4	5	6	6	4	7	8	4	6	6	4	5
N	4	4	1	10	4	3	6	3	6	4	7	9	2	7	3	3	5
O	5	7	3	4	5	5	3	4	1	6	4	6	4	5	4	2	4
Q3	3	4	10	5	4	2	5	6	4	6	8	6	8	5	9	7	6
Q4	7	3	2	8	8	1	5	7	3	3	3	4	1	5	5	6	4
QI	4.6	7.3	2.5	8.2	5.2	5.3	5.0	5.0	5.0	5.6	5.6	5.0	3.3	7.0	3.8	2.4	5.0
QII	6.2	6.9	9.7	2.2	3.7	5.7	5.3	6.3	5.6	6.0	6.4	6.2	10	5.8	6.9	6.4	5.6
QIII	5.7	6.5	0.5	8.0	4.4	4.3	5.6	3.6	7.4	5.6	4.3	4.2	3.5	6.2	4.3	7.3	5.1

Al realizar un análisis por factor con el grupo de participantes donde los puntajes van de 0 a 10, siendo 10 el mayor, de 0 a 3 es bajo y de 8 a 10 es alto. Se observa que en relación con el factor A se obtiene un promedio de 5, que según la interpretación del instrumento no representa la característica de Reservado, ni la de Abierto. En relación con el factor B se obtiene un promedio de 4 donde representa la característica inteligencia dentro de un límite normal. En el factor C se observa un promedio de 6, donde representa que los participantes se encuentran emocionalmente estables. En el factor D se observa un promedio de 5, lo cual indica que sus actitudes frente a los demás no son ni de tipo calmoso ni excitable. En el factor E y en el factor F, se observa un promedio de 5, lo cual indica que los menores son de actitudes centradas. En el factor G se observa un promedio de 5, lo cual indica que los menores ni son despreocupados ni son conscientes frente a los valores que se han de manejar ante si mismos y los demás. En el factor H se obtiene un promedio igualmente de 5, lo cual indica que frente a sus actitudes de sociabilidad son adecuadas para su edad. En el factor I se obtiene un promedio de 4, lo cual indica que los menores no son dependientes, es decir sujetos a la norma, ni tampoco independientes. En el factor J se obtiene un puntaje de 5, lo cual indica actitudes centradas hacia los demás. En el factor N se obtiene un puntaje de 5, lo cual indica que los niños frente al tema de la sociabilidad no se muestran ni muy hábiles, pero tampoco se muestran muy torpes. En el factor O se obtiene un promedio de 4, lo cual indica que no son serenos pero tampoco aprensivos. En el factor Q3 se obtiene un promedio de 6, lo cual indica que los menores tienen un grado de sociabilidad estable. En el factor Q4 se obtiene un puntaje de 4, lo cual indica compostura, no hay existencia de alto grado de irritabilidad y/o frustración. En el factor QI se obtiene un promedio de 5.0, lo cual indica que se encuentran centrados frente al nivel de ansiedad que manejan en todos su ámbitos. En el factor QII se observa un promedio de 5.6, lo cual indica que los menores se encuentran socialmente estables. Finalmente en el factor QIII se obtiene un promedio de 5.1, lo cual indica que los menores presentan actitudes centradas frente a los demás, es decir, ni son muy pasivos, ni son muy agresivos.

Son tenidas en cuenta como puntuaciones significativas, aquellas que están en un rango de 1 a 4 puntos y de 7 a 10, de este modo el instrumento evalúa puntuaciones

bajas hacia la izquierda y las altas hacia la derecha, se seleccionaron las que cuentan con esta característica para poder hallar un porcentaje por cada factor de acuerdo con el 100% de los participantes

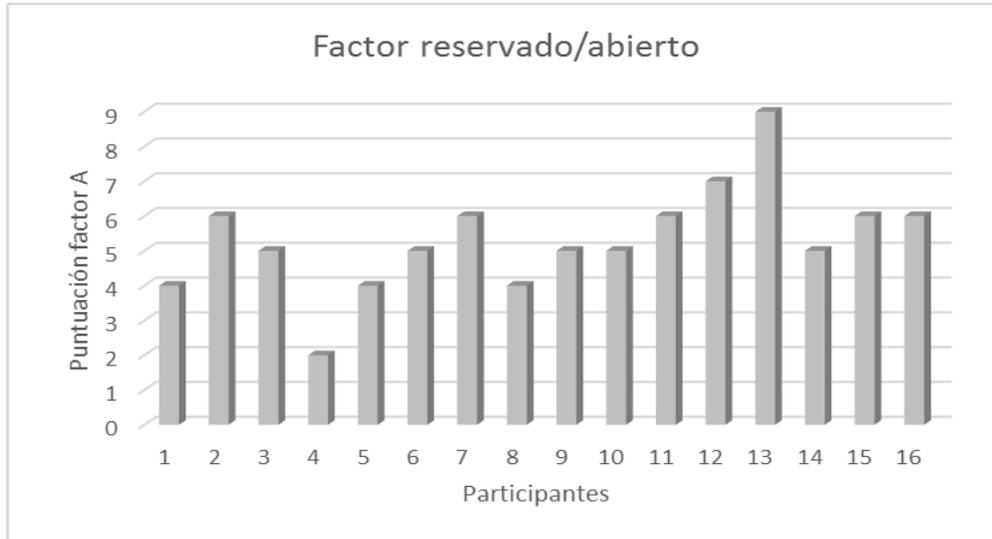


Figura 9. Resultados factor Reservado/abierto: de acuerdo con los resultados obtenidos para el factor A (reservado - abierto) se encontró un porcentaje de 25% equivalente a los niños reservados, 12% para los niños abiertos y un restante de 63% que son los niños que se encuentran en el promedio.

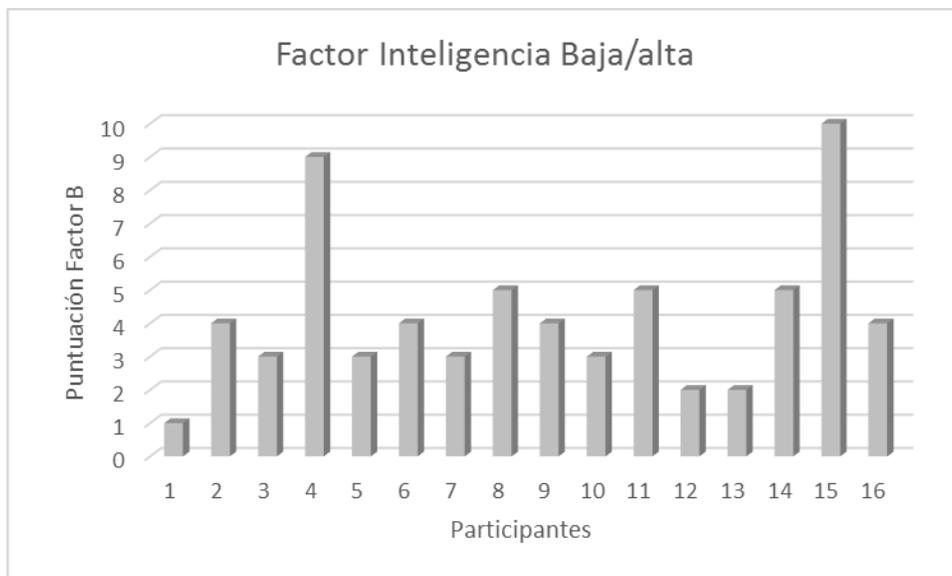


Figura 10. Resultados factor Inteligencia Baja/Alta: con respecto al factor B (inteligencia baja/ alta), se obtuvo un porcentaje de 62% indicando que esta cantidad posee inteligencia baja, un 12% indicando inteligencia alta y un 26% lo cual indica que estos últimos se encuentran dentro del promedio.

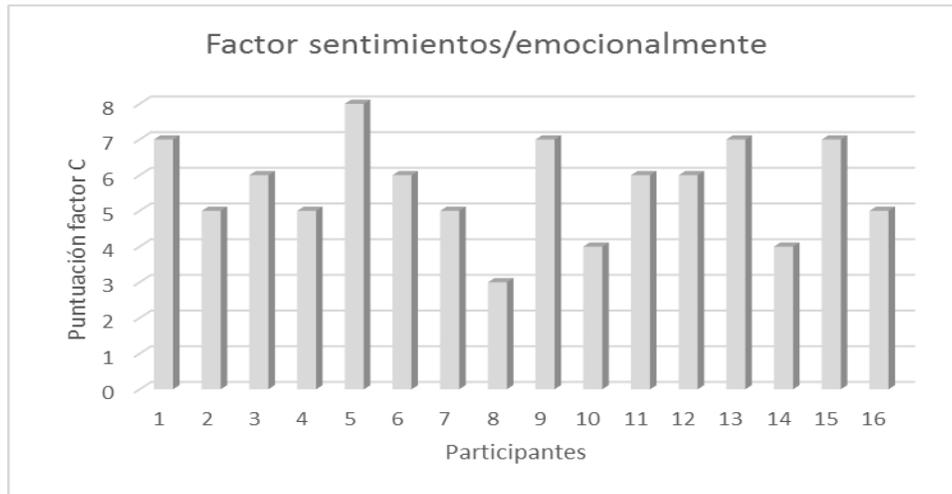


Figura 11. Resultados factor afectado por los sentimientos/emocionalmente estable: en cuanto al factor C (sentimientos/Emocionalmente), se halló un porcentaje de 19% refiriendo así que son niños con menos tolerancia a la frustración, 31% lo que muestra inestabilidad e inmadurez social, el otro restante (50%), se encuentran dentro del promedio, es decir estabilidad en los dos campos que evalúa el factor.

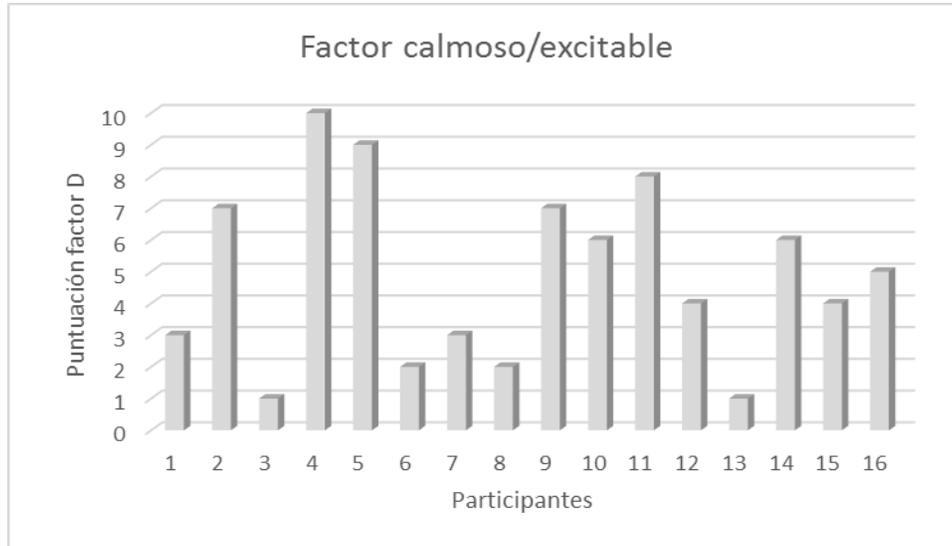


Figura 12. Resultados factor calmoso/excitable: en relación con el factor D (Calmoso/Excitable), arrojo un porcentaje de 44% con lo que se puede decir que de acuerdo a la totalidad de los participantes son un gran promedio los que tienen tendencia a ser provocados fácilmente, el 31% de la totalidad de niños son excitables fácilmente, el restante de los participantes (25%) se encuentran dentro del promedio.

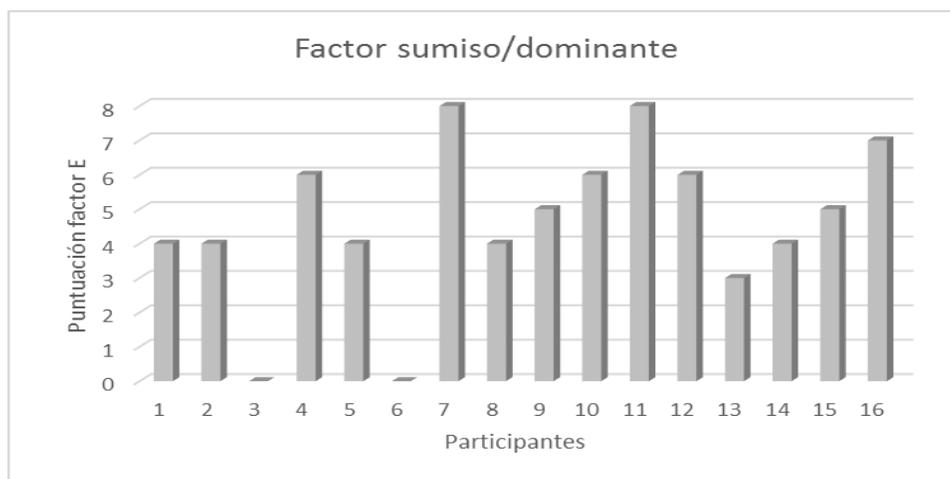


Figura 13. Resultados factor sumiso/dominante: por otra parte está el factor E (Sumiso/Dominante), con porcentajes de 44% donde se encuentran los niños que son activos dogmáticos y agresivos y un 19% siendo este un porcentaje

bajo refiriendo a niños dóciles, el otro 37% indica que los niños están dentro del promedio.



Figura 14. Resultados factor sobrio/entusiasta: así mismo está el factor F (Sobrio/Entusiasta), se obtuvo una puntuación de 44% con lo que se puede afirmar que es una gran cantidad de participantes entusiastas, un 25% de estos niños son serios y desaprueban fácilmente a sus mayores. El restante (31%) se encuentran dentro del promedio.

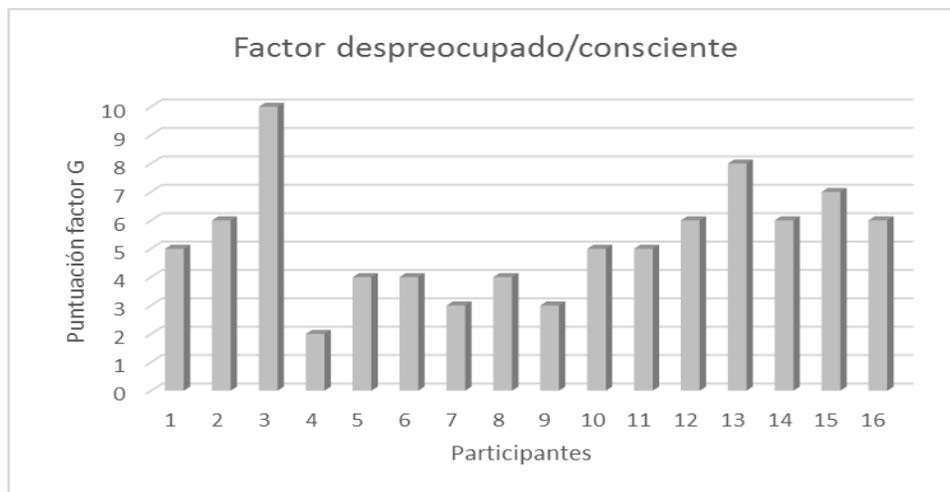


Figura 15. Resultados factor despreocupado/consciente: para el caso del factor G (Despreocupado/Consciente), se tiene un porcentaje de 31% para referir a los

niños que son despreocupados y un 19% para indicar que son pocos respecto al 100% de los niños que incorporan los valores del mundo de los adultos.

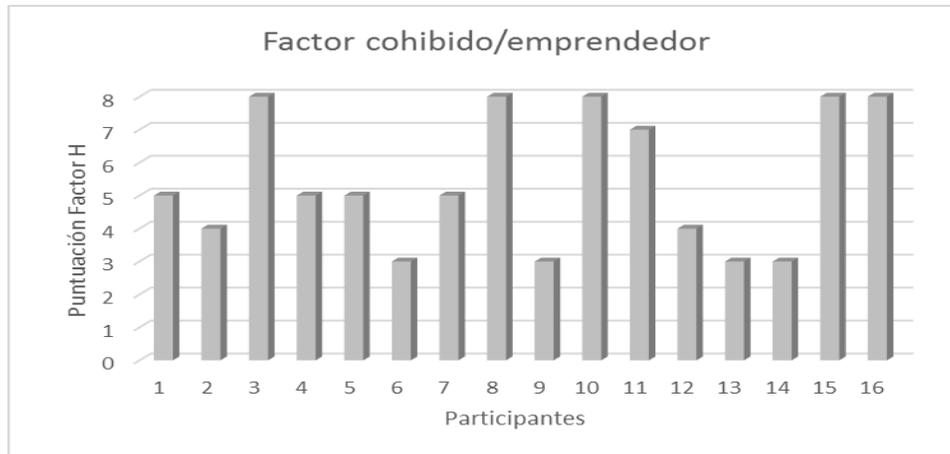


Figura 16. Resultados factor cohibido/empreendedor: según el factor H (Cohibido/Emprendedor), se encontraron porcentajes de 37% para los indicadores, lo cual indica que los niños presentan un nivel alto de cohibición, mostrándose emocionalmente negativos ante las personas y son atrevidos con los demás evitando la amenaza de los demás. El restante (26%), se encuentra dentro del promedio.

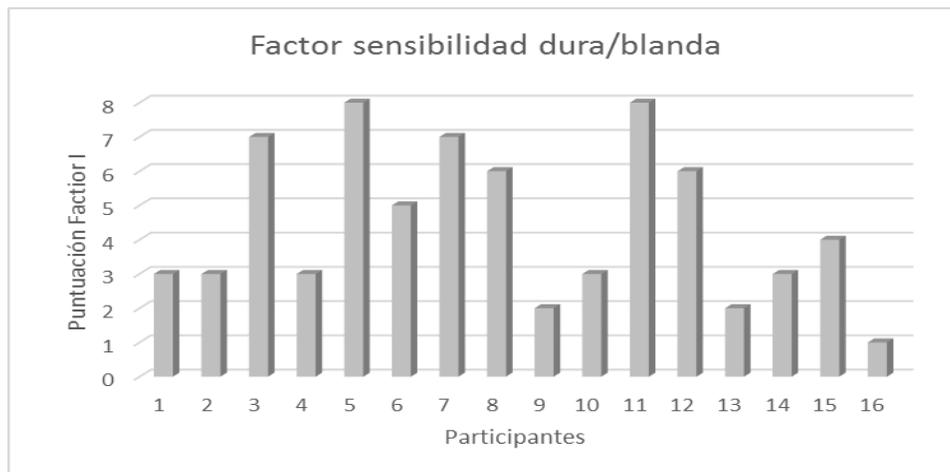


Figura 17. Resultados factor sensibilidad dura/blanda: respecto al factor I (Sensibilidad Dura/Blanda), se obtuvo un porcentaje de 50% para indicar que los niños pertenecientes a este factor son de sensibilidad dura, son dependientes

de los demás, 25% de los niños que puntuaron en este factor son más independientes indicando así que la mayoría son de sensibilidad dura. El restante de estos participantes (25%) se encuentran dentro del promedio.



Figura 18. Resultados factor seguro/dubitativo: según los resultados obtenidos para el factor J (Seguro-Dubitativo) se pudo evidenciar un porcentaje de 37% equivalente a niños seguros, un 12% a los niños dubitativos y un restante de 51% que se encuentran en un promedio.

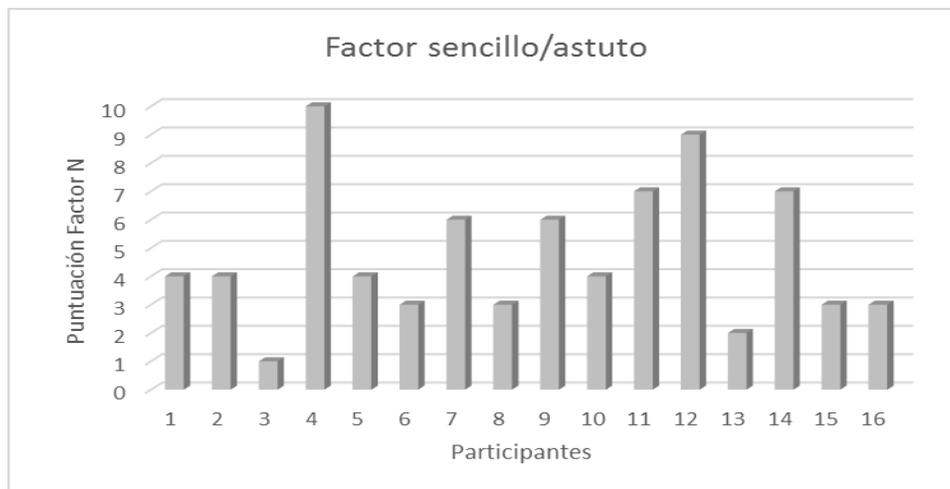


Figura 19. Resultados factor sencillo/astuto: en el factor N (Sencillo-Astuto) se evidencio un 62% que es igual a los niños que son sencillos y un 25% a los niños astutos, con un restante de 13% que se encuentran en un promedio.

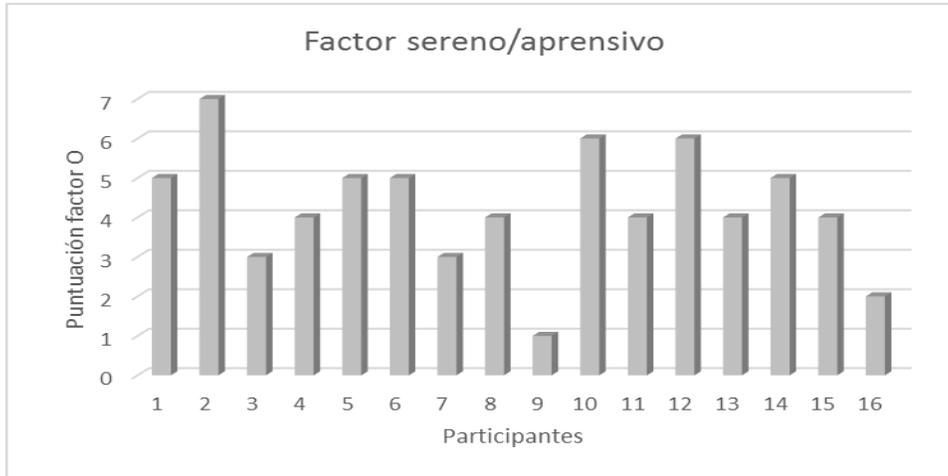


Figura 20. Resultados factor sereno/aprensivo: de acuerdo con los resultados arrojados en el factor O (Sereno-Aprensivo) se identifico un 56% que equivales a los niños serenos y un 6% a niños aprensivos, y un restante de 38% de niños en el promedio.

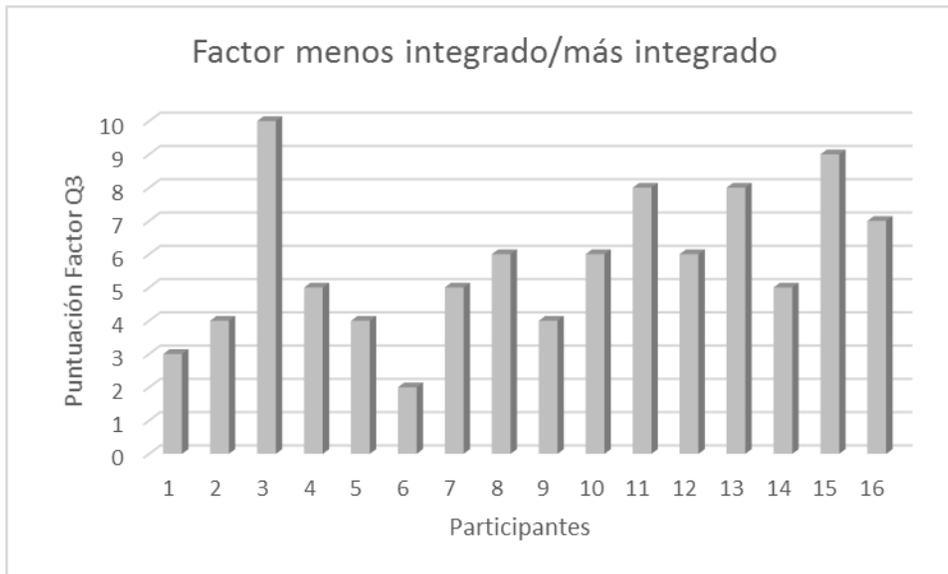


Figura 21. Resultados factor menos integrado/más integrado: en el factor Q3 (Menos integrado-Mas integrado) se arrojó un porcentaje de 31% que equivale a los niños menos integrados, y un 31% a los niños más integrados, y un restante de 40% de niños en el promedio.

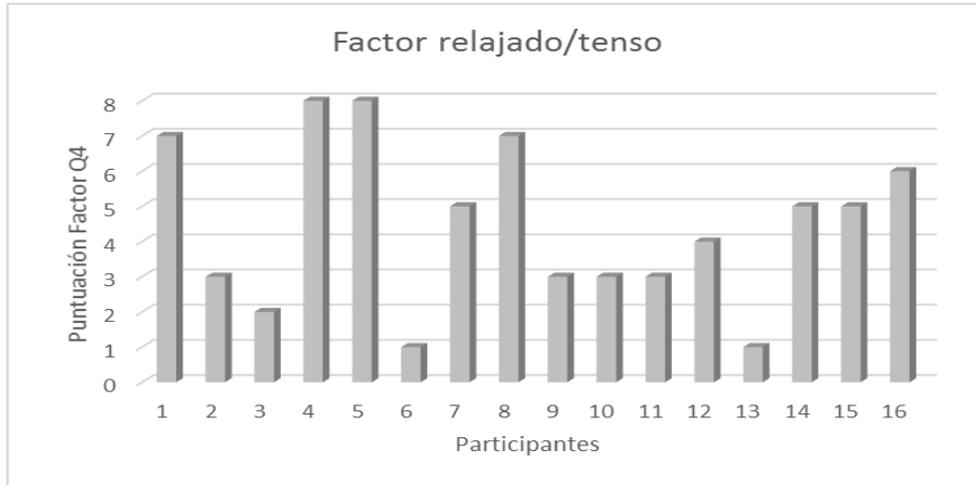


Figura 22. Resultados factor relajado/tenso: de acuerdo con el factor Q4 (Relajado-tenso) se obtuvo un porcentaje de 50% equivalente a los niños relajados, y un 25% a los niños tensos, con un restante de 25% a los niños que se encuentran en el promedio.

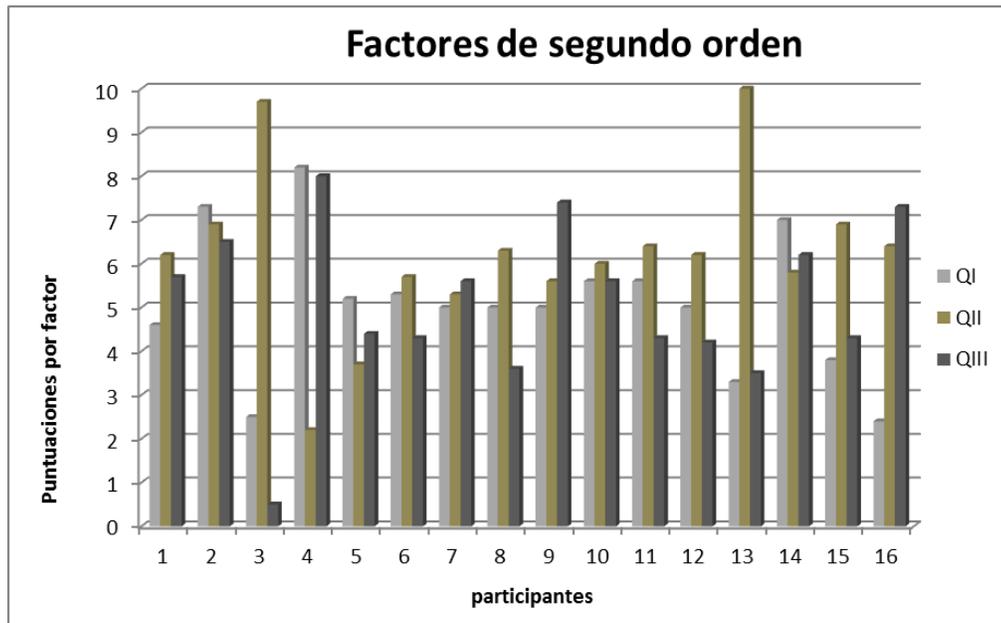


Figura 23. Resultados factores de segundo orden: los factores de segundo orden arrojaron en el QI (Ajuste-Ansiedad) 31% que indican niños en ajuste, y un 19% ansiosos, con un restante de 50% con niños en el promedio. Por otro lado en el factor QII se arrojó un 12% que equivale a los niños introvertidos, y un

12% a los niños extrovertidos, con un restante 76% con niños en el promedio. Finalmente en el factor QIII (Excitabilidad-dureza) se dio como resultado de un 50% de niños en grado de excitabilidad y el 12% dureza, con un restante de 38% en el promedio.

## 6. Análisis de Resultados

### 6.1 Análisis de los instrumentos por participante

La interpretación de pruebas se realizó de la siguiente forma: sujeto por sujeto, dejando por separado el CDS del CPQ de tal manera que permitiera identificar las características aludidas a cada una.

#### Participante 1.

Según los resultados de las pruebas aplicadas en el niño, se evidencia que:

CDS: En el factor AA (*Animo-Alegría*) obtuvo una puntuación de 29, lo cual significa que presenta ausencia de alegría, diversión e incapacidad en ciertas circunstancias para poder experimentarlas. En el factor RA (*Respuesta Afectiva*) obtuvo una puntuación de 36, indica que su estado de humor es negativo frente a los demás. En el factor PS (*Problemas Sociales*) obtuvo una puntuación de 27, evidencia dificultades en la interacción con los demás. En el factor AE (*Autoestima*) obtuvo una puntuación de 26, se muestra tendencia hacia actitudes negativas frente a su estima y valor. En el factor PM (*Preocupación por la muerte/salud*) obtuvo una puntuación de 18, ausencia de pensamientos negativos. En el factor SC (*Sentimientos de culpabilidad*) obtuvo una puntuación de 14, ausencia de ideas de culpabilidad y crítica hacia sí mismo. En el factor DV (*Depresivos Varios*) obtuvo una puntuación de 26, ausencia de factores que puedan afectar su comportamiento, no presenta cuadro depresivo. En el factor PV (*Positivos Varios*) obtuvo una puntuación de 30, lo cual indica manifestaciones depresivas en el niño.

CPQ: Su pensamiento es concreto y su aprendizaje y comprensión es corto y lento, se ve afectado por sus sentimientos y emocionalmente es poco estable, es serio y se auto desapueba en lo que realiza, se muestra cohibido en hacer las actividades y poco espontaneo ante la relación con adultos y con pares, es realista y solo confía en sí mismo, demuestra sencillez en lo que realiza y es sentimental ante situaciones que se siente identificado, es descuidado con la reglas establecidas.

Se determina en cuanto a los indicadores emocionales, que el menor presenta inestabilidad emocional, humor negativo, dificultades para interactuar con los demás y baja autoestima, debido al maltrato físico que recibe de parte de su madre.

#### Participante 2.

Según los resultados de las pruebas aplicadas en el niño, se evidencia que:

CDS: En el factor AA obtuvo una puntuación de 20, ausencia de alegría, diversión e incapacidad en ciertas circunstancias para poder experimentarlas. En el factor RA obtuvo un puntaje de 20, indica que su estado de humor es positivo frente a los demás. En el factor PS obtuvo una puntuación de 27, evidencia dificultades en la interacción con los demás. En el factor AE obtuvo una puntuación de 27, se muestra actitudes negativas frente a su estima y valor. En el factor PM obtuvo una puntuación de 25, presencia de preocupación por alguna enfermedad o pensamientos de muerte. En el factor SC obtuvo puntuación de 24, ausencia de ideas de culpabilidad hacia sí mismo. En el factor DV obtuvo una puntuación de 27, ausencia de factores que puedan afectar su comportamiento. En el factor PV obtuvo una puntuación de 32, lo cual indica manifestaciones depresivas en el niño.

CPQ: Se identifica como una persona ansiosa, insegura y con tendencia a la depresión, habita en un ambiente restrictivo, evidencia dificultades en la interacción con los demás. Es importante resaltar que se preocupa por sí mismo pero que siempre tienen la necesidad de ser gratificado tiene poco contacto con la realidad y su inteligencia es baja. Refleja inestabilidad emocional.

Se determina en cuanto a los indicadores emocionales, que el menor presenta inestabilidad emocional, dificultad en la interacción con los demás, autoestima baja, pensamientos negativos frente a la muerte y a la salud propia y de sus cercanos y finalmente muestra cierto grado de ansiedad e inseguridad, todo esto debido al maltrato físico y psicológico que recibe por parte de su padre.

### Participante 3.

Según los resultados de las pruebas aplicadas en el niño, se evidencia que:

CDS: En el factor AA obtuvo una puntuación de 32, lo cual significa hay ausencia de alegría, diversión e incapacidad en ciertas circunstancias para poder experimentarlas. En el factor RA obtuvo una puntuación de 34, indica que su estado de humor es negativo frente a los demás. En el factor PS obtuvo una puntuación de 38, evidencia dificultades en la interacción con los demás. En el factor AE obtuvo una puntuación de 31, se muestran actitudes negativas frente a su estima y valor. En el factor PM obtuvo una puntuación de 33, presencia de preocupación por alguna enfermedad o pensamientos de muerte. En el factor SC obtuvo una puntuación de 36, presencia de culpabilidad y crítica hacia sí mismo. En el factor DV obtuvo una puntuación de 42, evidencia factores que afectan totalmente su comportamiento, posible cuadro depresivo. En el factor PV obtuvo una puntuación de 41, lo cual indica que existen manifestaciones depresivas en el menor.

CPQ: Posee una inclinación a reflejar sus emociones de manera cauta y calmada, es sumiso ante los demás, actúa de manera sobria y prudente ante las personas que lo rodean, se muestra consciente de las cosas y hechos que lo envuelven, así mismo es emprendedor y perseverante con lo que se propone, vive súper protegido de sí mismo, al igual que presencia sentimientos de culpabilidad hacia si mismo. Evidencia dificultades en la interacción con los demás. Refleja inestabilidad emocional.

Se determina en cuanto a los indicadores emocionales, que el menor presenta inestabilidad emocional, humor negativo, dificultades en la interacción con los demás, autoestima baja, pensamientos negativos acerca de la muerte y salud de si mismo y de sus cercanos; y sensaciones de culpabilidad frente al trato que recibe, debido al maltrato físico que recibe de su madre.

#### Participante 4.

Según los resultados de las pruebas aplicadas en el niño, se evidencia que:

CDS: En el factor AA obtuvo una puntuación de 35, ausencia de alegría, diversión e incapacidad en ciertas circunstancias para poder experimentarlas. En el factor RA obtuvo un puntaje de 28, indica que su estado de humor es positivo frente a los demás. En el factor PS obtuvo una puntuación de 29, evidencia dificultades en la interacción con los demás. En el factor AE obtuvo una puntuación de 28, se muestra actitudes negativas frente a su estima y valor. En el factor PM obtuvo una puntuación de 18, ausencia de pensamientos negativos. En el factor SC obtuvo puntuación de 28, ausencia de ideas de culpabilidad hacia sí mismo. En el factor DV obtuvo una puntuación de 39, evidencia de factores que afectan su comportamiento. En el factor PV obtuvo una puntuación de 40, lo cual indica manifestaciones depresivas en el niño.

CPQ: Se muestra como un niño reservado, evidente bajo nivel de inteligencia, posee una inclinación a reflejar sus emociones de manera excitable, se muestra despreocupado antes las cosas y hechos que lo envuelven, es astuto frente a los demás, se muestra sereno y además se muestra aislado y tenso a la hora de trabajar en equipo, es decir, evidencia dificultades en la interacción con los demás. Refleja inestabilidad emocional.

Se determina en cuanto a los indicadores emocionales, que el menor presenta inestabilidad emocional, dificultades en la interacción con los demás y baja auto estima, debido al maltrato por negligencia que recibe de parte de sus padres.

#### Participante 5.

Según los resultados de las pruebas aplicadas en el niño, se evidencia que:

CDS: En el factor AA obtuvo una puntuación de 40, indica ausencia de alegría, diversión e incapacidad en ciertas circunstancias para poder experimentarlas. En el factor RA obtuvo una puntuación de 12, indica que su estado de humor es positivo frente a los demás. En el factor PS obtuvo una puntuación de 16, tiene habilidad para interactuar con los demás. En el factor AE obtuvo una puntuación de 14, se muestran actitudes positivas

frente a su estima y valor. En el factor PM obtuvo una puntuación de 13, ausencia de pensamientos negativos. En el factor SC obtuvo puntuación de 23, ausencia de ideas de culpabilidad y crítica hacia sí mismo. En el factor DV obtuvo una puntuación de 22, indica que hay ausencia de factores que puedan afectar su comportamiento. En el factor PV obtuvo una puntuación de 39, lo que indica que existen manifestaciones depresivas en el menor.

CPQ: Su pensamiento es concreto y su aprendizaje y comprensión es lento, inteligencia baja, se muestra como una persona ansiosa soñadora e idealista. Tiene habilidad para interactuar con los demás. Refleja inestabilidad emocional.

Se determina en cuanto a los indicadores emocionales, que el menor solo presenta inestabilidad emocional. Se puede observar, que a pesar del maltrato físico y psicológico que recibe de sus padres no se deja afectar y se esmera por estar bien consigo mismo y los demás.

#### Participante 6.

Según los resultados de las pruebas aplicadas en el niño, se evidencia que:

CDS: En el factor AA obtuvo una puntuación de 21, presenta ausencia de alegría, diversión e incapacidad en ciertas circunstancias para poder experimentarlas. En el factor RA obtuvo un puntaje de 32, indica que su estado de humor es negativo frente a los demás. En el factor PS obtuvo una puntuación de 28, evidencia dificultades en la interacción con los demás. En el factor AE obtuvo una puntuación de 33, se muestran actitudes negativas frente a su estima y valor. En el factor PM obtuvo una puntuación de 33, presencia de preocupación por alguna enfermedad o pensamientos de muerte. En el factor SC obtuvo una puntuación de 26, presencia de culpabilidad y crítica hacia si mismo. En el factor DV obtuvo una puntuación de 25, lo que indica que hay ausencia de factores que puedan afectar su comportamiento. En el factor PV obtuvo una puntuación de 28, lo que indica que hay manifestaciones depresivas en el menor.

CPQ: Su pensamiento es concreto y su aprendizaje y comprensión es corta y lenta, inteligencia baja, se ve afectado por sus sentimientos y emocionalmente es poco estable ante la relación con adultos y con pares, es realista y solo confía en sí mismo, no le agrada la participación en grupo, evidencia dificultades en la interacción con los demás, demuestra sencillez en lo que realiza y es sentimental ante situaciones que se siente identificado, es descuidado con la reglas establecidas. Presencia sentimientos de culpabilidad y crítica hacia sí mismo.

Se determina en cuanto a los indicadores emocionales, que el menor solo presenta inestabilidad emocional, humor negativo, dificultades en la interacción con los demás, baja autoestima, pensamientos negativos frente a temas de salud y muerte de si mismo y de sus cercanos y sentimientos de culpabilidad, todo esto debido al maltrato físico que recibe por parte de su padre.

#### Participante 7.

Según los resultados de las pruebas aplicadas en el niño, se evidencia que:

CDS: En el factor AA obtuvo una puntuación de 36, presenta ausencia de alegría, diversión e incapacidad en ciertas circunstancias para poder experimentarlas. En el factor RA obtuvo una puntuación de 13, indica que su estado de humor es positivo frente a los demás. En el factor PS obtuvo una puntuación de 18, muestra habilidad para interactuar con los demás. En el factor AE obtuvo una puntuación de 14, se muestran actitudes positivas frente a su estima y valor. Para el factor PM obtuvo una puntuación de 33, presencia de preocupación por alguna enfermedad o pensamientos de muerte. En el factor SC obtuvo una puntuación de 24, ausencia de ideas de culpabilidad y crítica hacia sí mismo. En el factor DV obtuvo una puntuación de 26, ausencia de factores que puedan afectar su comportamiento. En el factor PV obtuvo una puntuación de 44, lo cual indica manifestaciones depresivas en el menor.

CPQ: Se identifican rasgos de compulsividad, dominante y muestra rasgos de agresividad. Es despreocupado por sí mismo y con necesidad de gratificación inmediata, según los resultados también reflejan que es una persona ansiosa, con tendencia a la

sensibilidad dura y con inmadurez para afrontar los retos de la realidad. Muestra habilidad para interactuar con los demás. Refleja inestabilidad emocional.

Se determina en cuanto a los indicadores emocionales, que el menor presenta inestabilidad emocional, pensamientos negativos frente a temas de salud y muerte de sí mismo y sus cercanos y agresividad, debido al maltrato psicológico que recibe de parte de su padre.

#### Participante 8.

Según los resultados de las pruebas aplicadas en el niño, se evidencia que:

CDS: En el factor AA obtuvo una puntuación de 35, lo cual indica ausencia de alegría, diversión e incapacidad en ciertas circunstancias para poder experimentarlas. En el factor RA obtuvo una puntuación de 33, indica que su estado de humor es negativo frente a los demás. En el factor PS obtuvo una puntuación de 27, evidencia dificultades para interactuar con los demás. En el factor AE obtuvo una puntuación de 23, se muestran actitudes negativas frente a su estima y valor. En el factor PM obtuvo una puntuación de 16, ausencia de pensamientos negativos. En el factor SC obtuvo una puntuación de 18, ausencia de ideas de culpabilidad y crítica hacia sí mismo. En el factor DV obtuvo una puntuación de 26, ausencia de factores que puedan afectar su comportamiento. En el factor PV obtuvo una puntuación de 27, lo cual indica manifestaciones depresivas en el niño.

CPQ: Es un niño calmoso y emprendedor, se encuentra siempre a la defensiva en las entrevistas y se muestra ansioso, muestra rasgos de agresividad, con tendencia a la rigidez. Refleja inestabilidad emocional. Evidencia dificultades para interactuar con los demás.

Se determina en cuanto a los indicadores emocionales, que el menor presenta inestabilidad emocional, dificultades en la interacción con los demás, baja autoestima y agresividad, debido al maltrato por negligencia que recibe de parte de su madre.

### Participante 9.

Según los resultados de las pruebas aplicadas en el niño, se evidencia que:

CDS: En el factor AA obtuvo una puntuación de 27, lo cual indica ausencia de alegría, diversión e incapacidad en ciertas circunstancias para poder experimentarlas. En el factor RA obtuvo una puntuación de 28, su estado de humor es negativo frente a las demás. En el factor PS obtuvo una puntuación de 26, evidencia dificultades en la interacción con los demás. En el factor AE obtuvo una puntuación de 24, se muestran actitudes negativas frente a su estima y valor. En el factor PM obtuvo una puntuación de 20, presencia de preocupación por alguna enfermedad o pensamientos de muerte. En el factor SC obtuvo una puntuación de 22, presencia de culpabilidad y crítica hacia sí mismo. En el factor DV obtuvo una puntuación de 20, hay ausencia de factores que puedan afectar su comportamiento. En el factor PV obtuvo una puntuación de 37, lo cual indica que existen manifestaciones depresivas en el menor.

CPQ: Se muestra como una persona entusiasta pero despreocupada y muy serena. Refleja inestabilidad emocional. Evidencia dificultades en la interacción con los demás. Presencia sentimientos de culpabilidad y crítica hacia sí mismo. Es de gran importancia resaltar la presencia de factores depresivos en el menor.

Se determina en cuanto a los indicadores emocionales, que el menor presenta inestabilidad emocional, humor negativo, dificultades en la interacción con los demás, baja autoestima, pensamientos negativos frente a temas de salud y muerte de sí mismo y sus cercanos y sentimientos de culpabilidad.

### Participante 10.

Según los resultados de las pruebas aplicadas en el niño, se evidencia que:

CDS: En el factor AA obtuvo un puntaje 24, presenta ausencia de alegría, diversión e incapacidad en ciertas circunstancias para poder experimentarlas. En el factor RA obtuvo una puntuación de 33, indica que su estado de humor es negativo frente a los demás. En el factor PS obtuvo una puntuación de 30, evidencia dificultades en la interacción con los demás. En el factor AE obtuvo una puntuación 23, indica que se muestran actitudes

negativas frente a su estima y valor. En el factor PM obtuvo una puntuación de 25, presencia de preocupación por alguna enfermedad o pensamientos de muerte. En el factor SC obtuvo una puntuación de 23, hay ausencia de ideas de culpabilidad y crítica hacia sí mismo. En el factor DV obtuvo una puntuación de 24, ausencia de factores que puedan afectar su comportamiento. En el factor PV obtuvo una puntuación de 26, lo cual indica manifestaciones depresivas en el menor.

CPQ: Se puede identificar que es muy tranquilo y abierto al expresarse, la inteligencia que maneja es adecuada para su edad, es calmoso, se cohibe con facilidad, evidencia dificultades en la interacción con los demás. Su sensibilidad es blanda e insegura, es astuto y tenso en los contextos en que se desempeña. Refleja inestabilidad emocional.

Se determina en cuanto a los indicadores emocionales, que el menor presenta inestabilidad emocional, humor negativo, dificultades en la interacción con los demás, baja autoestima y pensamientos negativos frente a temas de salud y muerte de sí mismo y sus cercanos, todo lo anterior debido en parte al maltrato por negligencia que recibe de su madre.

Participante 11.

Según los resultados de las pruebas aplicadas en el niño, se evidencia que:

CDS: En el factor AA obtuvo una puntuación de 26, presenta ausencia de alegría, diversión e incapacidad en ciertas circunstancias para poder experimentarlas. En el factor RA obtuvo una puntuación de 30, indica que su estado de humor es negativo frente a los demás. En el factor PS obtuvo una puntuación de 29, evidencia dificultades en la interacción con los demás. En el factor AE obtuvo una puntuación de 26, se muestran actitudes negativas frente a su estima y valor. En el factor PM obtuvo una puntuación de 25, presencia de preocupación por alguna enfermedad o pensamientos de muerte. En el factor SC obtuvo una puntuación de 23, ausencia de ideas de culpabilidad y crítica hacia sí mismo. En el factor DV obtuvo una puntuación de 36, evidencia factores que afecten su comportamiento, posible cuadro depresivo. En el factor PV obtuvo una puntuación de 44, lo cual indica manifestaciones depresivas en el menor.

CPQ: Su pensamiento es concreto y su aprendizaje y comprensión es corto y lento, inteligencia baja, se ve afectado por sus sentimientos y emocionalmente es poco estable en lo que realiza, se muestra cohibido en hacer las actividades, es decir, evidencia dificultades en la interacción con los demás. Es realista y solo confía en sí mismo, demuestra sencillez en lo que realiza y es sentimental ante situaciones en que se siente identificado, es descuidado con las reglas establecidas.

Se determina en cuanto a los indicadores emocionales, que el menor presenta inestabilidad emocional, humor negativo, dificultades en la interacción con los demás, baja autoestima, y pensamientos negativos frente a temas de salud y muerte de sí mismo y su cercanos, debido al maltrato por negligencia que recibe por parte de sus padres.

Participante 12.

Según los resultados de las pruebas aplicadas en el niño, se evidencia que:

CDS: En el factor AA obtuvo una puntuación de 31, presenta ausencia de alegría, diversión e incapacidad en ciertas circunstancias para poder experimentarlas. En el factor RA obtuvo una puntuación de 35, indica que su estado de humor es negativo frente a los demás. En el factor PS obtuvo una puntuación de 26, evidencia dificultades en la interacción con los demás. En el factor AE obtuvo una puntuación de 28, se muestran actitudes negativas frente a su estima y valor. En el factor PM obtuvo una puntuación de 23, presencia de preocupación por alguna enfermedad o pensamientos de muerte. En el factor SC obtuvo una puntuación de 16, ausencia de ideas de culpabilidad y crítica hacia sí mismo. En el factor DV obtuvo una puntuación de 30, ausencia de factores que puedan afectar su comportamiento. En el factor PV obtuvo una puntuación de 28, lo cual indica manifestaciones depresivas en el menor.

CPQ: Se muestra como un niño abierto a nivel afectuoso, cariñoso respondiendo adecuadamente hacia las figuras de autoridad y a su contexto escolar. Su aprendizaje y comprensión se desarrolla de forma lenta, inteligencia baja, emocionalmente es poco estable, es poco expresivo, poco activo, es sumiso, obediente y dependiente, se evidencia privación de afecto, sujeto a las normas, reglas y valores establecidos en su contexto escolar, es

tímido y sensible a la amenaza, intenta evitar la amenaza. Evidencia dificultades en la interacción con los demás.

Se determina en cuanto a los indicadores emocionales, que el menor presenta inestabilidad emocional, humor negativo, dificultades en la interacción con los demás, baja autoestima, pensamientos negativos frente a temas de salud y muerte de si mismo y sus cercanos y dependiente, sujeto a las normas. Todo lo anterior, debido al maltrato psicológico que recibe por parte de sus padres.

Participante 13.

Según los resultados de las pruebas aplicadas en el niño, se evidencia que:

CDS: En el factor AA obtuvo puntuación de 29, presenta ausencia de alegría, diversión e incapacidad en ciertas circunstancias para poder experimentarlas. En el factor RA obtuvo una puntuación de 36, indica que su estado de humor es negativo frente a los demás. En el factor PS obtuvo una puntuación de 27, evidencia dificultades en la interacción con los demás. En el factor AE obtuvo una puntuación de 26, se muestran actitudes negativas frente a su estima y valor. En el factor PM obtuvo una puntuación de 23, presencia de preocupación por alguna enfermedad o pensamientos de muerte. En el factor SC obtuvo una puntuación de 18, lo cual indica ausencia de ideas de culpabilidad y crítica hacia sí mismo. En el factor DV obtuvo una puntuación de 32, evidencia factores que afectan totalmente su comportamiento, posible cuadro depresivo. En el factor PV obtuvo una puntuación de 30, lo cual indica que existen manifestaciones depresivas en el menor.

CPQ: Se muestra como un niño abierto a nivel afectuoso, presenta un pensamiento concreto, esto quiere decir, que su aprendizaje y comprensión se desarrolla de forma lenta, emocionalmente es poco estable, es poco expresivo, poco activo, es sumiso, obediente y dependiente. Se muestra consiente sensato y moralista, sujeto a las normas, reglas y valores establecidos en su contexto escolar, es tímido y sensible a la amenaza. Evidencia dificultades en la interacción con los demás.

Se determina en cuanto a los indicadores emocionales, que el menor presenta inestabilidad emocional, humor negativo, dificultades en la interacción con los demás, autoestima baja, pensamientos negativos frente a temas de salud y muerte de sí mismo y sus cercanos, sentimientos de culpabilidad considerando el castigo como merecido y finalmente se encuentra sujeto a las normas, dependiente. Todo lo anterior debido al maltrato físico que recibe por parte de su padre.

#### Participante 14.

Según los resultados de las pruebas aplicadas en el niño, se evidencia que:

CDS: En el factor AA obtuvo una puntuación de 34, presenta ausencia de alegría, diversión e incapacidad en ciertas circunstancias para poder experimentarlas. En el factor RA obtuvo una puntuación de 19, indica que su estado de humor es negativo frente a los demás. En el factor PS obtuvo puntuación de 27, evidencia dificultades en la interacción con los demás. En el factor AE obtuvo puntuación de 27, se muestran actitudes negativas frente a su estima y valor. En el factor PM obtuvo una puntuación de 27, presencia de preocupación por alguna enfermedad o pensamientos de muerte. En el factor SC obtuvo una puntuación de 20, ausencia de ideas de culpabilidad y pensamientos de muerte. En el factor PV obtuvo una puntuación de 40, lo cual indica que existen manifestaciones depresivas en el menor. En el factor DV obtuvo una puntuación de 42, evidencia de factores que afectan su comportamiento

CPQ: Evidente bajo nivel de inteligencia, se encuentra emocionalmente afectado por situaciones que ha tenido que pasar, refleja inestabilidad emocional. Es sumiso ante los demás, actúa de manera entusiasta ante las personas que lo rodean, es cohibido para realizar las cosas, vive súper protegido de sí mismo. Evidencia dificultades en la interacción con los demás.

Se determina en cuanto a los indicadores emocionales, que el menor presenta inestabilidad emocional, humor negativo, dificultades en la interacción con los demás, baja autoestima y pensamientos negativos frente a temas de salud y muerte de sí mismo y sus cercanos, debido al maltrato que recibe por negligencia que recibe de parte de ambos padres.

### Participante 15.

Según los resultados de las pruebas aplicadas en el niño, se evidencia que:

CDS: En el factor AA obtuvo una puntuación de 28, lo cual significa que presenta ausencia de alegría, diversión e incapacidad en ciertas circunstancias para poder experimentarlas. En el factor RA obtuvo una puntuación de 11, indica que su estado de humor es positivo frente a los demás. En el factor PS obtuvo una puntuación de 8, no presenta dificultades en la interacción con los demás. En el factor AE obtuvo una puntuación de 13, se muestran actitudes positivas frente a su estima y valor. En el factor PM obtuvo una puntuación de 11, lo cual indica ausencia de pensamientos negativos. En el factor SC obtuvo una puntuación de 25, ausencia de ideas de culpabilidad y crítica hacia sí mismo. En el factor DV obtuvo una puntuación de 37, evidencia factores que afectan totalmente su comportamiento, posible cuadro depresivo. En el factor PV obtuvo una puntuación de 42, lo cual indica que hay presencia de manifestaciones depresivas en el menor.

CPQ: Se muestra como una persona sumisa ante los demás, actúa de manera sobria y prudente ante las personas que lo rodean, consciente de las cosas y hechos que lo envuelven; así mismo es emprendedor y perseverante con lo que se propone, vive súper protegido de sí mismo, inviste gran habilidad para el trabajo en equipo actuando con sencillez y serenidad, muy integrado y tranquilo ante las actividades o eventos en los que se encuentre presente. Refleja inestabilidad emocional.

Se determina en cuanto a los indicadores emocionales, que el menor únicamente presenta inestabilidad emocional, Se puede observar, a pesar del maltrato por negligencia que recibe de parte de su madre no se deja afectar y se esmera por estar bien consigo mismo y los demás.

### Participante 16.

Según los resultados de las pruebas aplicadas en el niño, se evidencia que:

CDS: En el factor AA obtuvo una puntuación de 21, presenta ausencia de alegría, diversión e incapacidad en ciertas circunstancias para poder experimentarlas. En el factor

RA obtuvo una puntuación de 30, indica que su estado de humor es negativo frente a los demás. En el factor PS obtuvo puntuación de 30, evidencia dificultades en la interacción con los demás. En el factor AE obtuvo puntuación de 29, se muestran actitudes negativas frente a su estima y valor. En el factor PM obtuvo una puntuación de 28, presencia de preocupación por alguna enfermedad o pensamientos de muerte. En el factor SC obtuvo una puntuación de 29, presencia de culpabilidad y crítica hacia sí mismo. En el factor DV obtuvo una puntuación de 42, evidencia de factores que afectan su comportamiento. En el factor PV obtuvo una puntuación de 33, lo cual indica que existen manifestaciones depresivas en el menor.

CPQ: El menor muestra un cuadro depresivo, ansioso e inseguro; es indeciso e introvertido. Se muestra aislado, es decir, evidencia dificultades en la interacción con los demás. Presencia de culpabilidad y crítica hacia sí mismo. Refleja inestabilidad emocional.

Se determina en cuanto a los indicadores emocionales, que el menor presenta inestabilidad emocional, humor negativo, dificultades en la interacción social, baja autoestima, pensamientos negativos frente a temas de salud y muerte de sí mismo y sus cercanos y sentimientos de culpabilidad frente al castigo que cree merecer. Lo anterior debido al maltrato por negligencia que recibe de ambos padres.

Partiendo de los resultados anteriormente expuestos, se identifican dentro de los indicadores emocionales de los menores que participaron en la investigación: el humor negativo, la dificultad en la interacción con los demás, los pensamientos negativos y preocupaciones por alguna enfermedad o muerte, los sentimientos de culpabilidad en cuanto al castigo que creen merecer, la inteligencia baja, la inestabilidad emocional, la agresividad y ser dependiente.

## 6. DISCUSIÓN

A partir del análisis realizado se pudieron evidenciar diferentes elementos. Desde la población hay una notable escases de recursos económicos de acuerdo con la revisión de historias clínicas; los datos que vienen a continuación se concluyen de la revisión de las mismas. Sus redes de apoyo son muy limitadas, no cuentan con un núcleo familiar estable; hay roles sustitutos (abuela y padrastro) en lo que evidencia maltrato físico, negligencia que son los que más se resaltan en esta revisión documental. De acuerdo a Gómez y Gómez (2008), se centra el interés en la familia, pues los antecedentes de personas causantes del maltrato generalmente han sufrido algún tipo de maltrato en su infancia y lo reproducen nuevamente en sus hijos. Los niños de la Fundación reciben maltrato precisamente de esas redes familiares, sólo algunos casos se excluyen como lo son: el caso del participante # 6, quien recibe maltrato físico por parte de su padre aunque no conviva con él y el caso del participante # 15, quien recibe maltrato por negligencia por parte de su madre, ya que no convive con ella (abandono en su totalidad).

La parte social también refleja y juega un papel importante dentro de la problemática del maltrato infantil, pues los distintos estratos en los cuales conviven los núcleos familiares se generan ciertos conflictos dentro del mismo. Según Barrios (2002), afirma que los estratos uno y dos en donde más se evidencia las consecuencias del maltrato infantil son producidas por la falta de recursos económicos, una mejor calidad de vida y mejores oportunidades de trabajo para los padres de familia.

De otra parte, se resalta la utilidad de emplear instrumentos de evaluación psicológica, pues fueron pertinentes para evaluar las dimensiones que permitían examinar los indicadores, tanto el CDS que evalúa depresión infantil, y el CPQ que evalúa la personalidad del menor, llevó a comparar el estado emocional con alguna situación familiar/social negativa que hayan vivido y así mismo observar sus respuestas tanto emocionales como comportamentales. De igual manera los seguimientos mostrados en las historias clínicas no contenían el uso de estos instrumentos, lo que llevó a la necesidad de profundizar en la afectación emocional de los menores como consecuencia del maltrato.

Dentro de este orden de ideas y teniendo en cuenta las interpretaciones de las pruebas aplicadas, la lectura de datos relevantes como la edad, el género, el estrato, la escolaridad, el grupo familiar y el tipo de maltrato al que se ven expuestos estos menores; se pudo evidenciar de forma general evidencias de maltrato dentro del núcleo familiar, que son generados también por factores sociales y ambientales que afectan el diario vivir del niño; ejemplo de ello, de acuerdo a la lectura de historias clínicas, es el castigo dado por padrastros o abuelos provocado con cosas como cables o tablas, por algún mal comportamiento del menor o por la simple causa de no realizar lo que le mandan los mismos provocadores del maltrato. Según Belsky (1993), considera que el contexto del desarrollo psicológico en donde se hace referencia a los factores intrapersonales tanto de la víctima como del maltratador son de gran importancia; así mismo la cultura juega un papel fundamental, en relación con las creencias, normas y valores que se dan al interior de la sociedad.

Se evidenciaron dificultades emocionales, pensamientos inadecuados para su edad y sobre el desarrollo de pautas de crianza que se generan dentro del hogar, la falta de comunicación que existe entre los mismos y carencia de afecto entre padres e hijos; por ende, son sujetos que se muestran aislados ante su entorno social, viviendo generalmente a la defensiva frente a su entorno.

Por otra parte, se pudo evidenciar que existen indicadores emocionales los cuales se ven reflejados en los niños que son víctimas de maltrato, esto se ve relacionado con lo que plasma la ley de infancia y adolescencia (ley 1098 del 2006), como son la inestabilidad emocional, el humor negativo, la dificultad para poder generar interacción con pares y adulto, la baja autoestima, estos indicadores son las consecuencias que son generadas por medio de los padres o cuidadores. Los indicadores emocionales arrojados a través del Cuestionario de Depresión para Niños fueron: ausencia de alegría, humor negativo, dificultad en la interacción con los demás, pensamientos negativos y preocupaciones por alguna enfermedad o muerte, y sentimientos de culpabilidad en cuanto al castigo que creen merecer. Los indicadores emocionales arrojados a través del Cuestionario de Personalidad

para Niños fueron: inteligencia baja, inestabilidad emocional, agresividad, dependiente, inhabilidades sociales y sensación de culpabilidad.

De acuerdo con lo mencionado anteriormente y relacionándolo con los distintos autores referidos en el apartado del marco teórico se destacó a Torres (2010), quien afirma que los indicadores del maltrato en cualquiera de sus manifestaciones, son diferentes en cada caso y no siempre son a corto o largo plazo, pues las situaciones de maltrato varían en intensidad, periodicidad y relaciones familiares; teniendo en cuenta factores como: la edad y la etapa de desarrollo que atraviesa el menor; el tipo de abuso; la frecuencia, duración e intensidad y la relación entre la víctima y el agresor.

De acuerdo con el Ministerio de Salud (2013), define Maltrato Infantil como: “Toda acción causada por un adulto que afecta la integridad física, mental y emocional del niño(a)”, esta afirmación cumple con la investigación realizada ya que dentro del contexto infantil y la problemática identificada, da a conocer que el maltrato infantil no solo se ve en el impacto físico y verbal del niño sino también desde otras vertientes como son la negligencia y el abuso sexual. Por ende se veía identificado en algunos niños con los cuales se trabajaron durante el proceso. Todo esto conlleva a que esta problemática aumente día tras día y la población infantil se vea inmersa en un mundo desolado, falta de amor, comprensión, afecto y una red de apoyo adecuada para su diario vivir.

Faraone (2000), refiere que el fenómeno del maltrato infantil se manifiesta a nivel de las familias de acuerdo a los diferentes estratos sociales, es decir, el maltrato ocurrido en el ámbito de los sectores dominantes será más difícilmente detectado, en tanto que la atención de las familias de bajos estratos corre el riesgo de su mayor aparición. Esto genera de forma paralela a la investigación que si se cumple la característica en mención, pues en el momento de generar datos sociodemográficos, se pudo obtener los distintos estratos en los cuales los núcleos familiares por cada niño no superaban los estratos uno y dos, y por ende una de las consecuencias por las cuales podría generarse el fenómeno del maltrato infantil por la falta de recursos económicos, una mejor calidad de vida y mejores oportunidades de trabajo para los padres de familia. Barrios (2002), genera un aporte sobre las estadísticas que se pueden evidenciar dentro de esta problemática pero esta genera que son poco

confiables y válidas para dar unos resultados exactos, y a la vez que son de poca fiabilidad, esto quiere decir que en el contexto infantil no todos los casos de maltrato hacia los niños son denunciados de forma adecuada a las entidades competentes, lo cual generaría más actos de violencia entre padres e hijos y los mismo conyugues.

Si bien es cierto el maltrato infantil es un problema mundial de salud presente en todos los sectores y clases sociales, Gómez y Gómez (2008), por ser una problemática de tipo mundial debería esta ser más investigada; de igual forma podrían crearse herramientas que permitan su identificación de manera breve y concisa, pues en el proceso de nuestra investigación fue difícil hallar una herramienta practica o quizás una prueba que permita identificar si el niño está siendo víctima de maltrato, de esta manera su detección sería más temprana y por ello la manera de actuar sería más fácil y concreta.

Siguiendo a Faraone (2000), refiere que el fenómeno del maltrato infantil se manifiesta a nivel de las familias de acuerdo a los diferentes estratos sociales, de este modo los participantes de esta investigación fueron de estrato social uno y dos, donde fue evidente dicha problemática, pero no por ser de estratos bajos se podría decir que son en las únicas clases sociales en las que se evidencia dicha problemática.

Con respecto a Valencia (1995), quien afirma que hay unas características que son determinantes en el niño que ha sido maltratado lo que a su vez podrían convertirse en factores de riesgo; dichas características son enfermedades, bajo peso, dificultades en la prematuridad, discapacidad o dificultades en el comportamiento, pero en ningún apartado da cuenta de aquellos niños quienes a pesar de ser víctimas de maltrato logran superar dichas características. En la presente investigación dichos participantes y quienes han sido víctimas de maltrato sobrepasan estas características mencionadas por el autor.

Retomando a Rodes, Monera y Bravo (2010), quienes resaltan que en casos extremos pueden darse denuncias falsas por maltrato hacia los menores, fue evidente encontrar que algunos de los casos no son reportados a los respectivos entes; en este caso los niños víctimas de maltrato pertenecientes a la Fundación, no reciben una atención psicológica adecuada. Se coincide con este autor en cuanto a que las personas lo consideran como innecesario y producen situaciones de stress; por lo tanto no reportan estos casos y por tal motivo no se genera ningún tipo de atención, prevención y/o seguimiento.

Por último, desde la revisión teórica que se realizó, los estudios mostraron la relación del maltrato exclusivamente concentrado en la familia, mas no se identificaron fácilmente estudios concentrados en el menor víctima de esta problemática.

## 7. CONCLUSIONES

En primera medida, se concluye que el maltrato infantil es un fenómeno complejo, su dinámica y los factores que en él intervienen, sus evidentes raíces sociales y culturales, la falta de información confiable, los problemas que aún persisten en su definición y clasificación, dificultan la detección y comprensión de sus repercusiones. Sin embargo, cabe resaltar que la exposición a cualquier tipo de maltrato evidentemente tiene relevantes secuelas en la salud íntegra (física, mental) del ser humano; de hecho, diversas investigaciones demuestran que los niños víctimas de algún tipo de maltrato, presentan dificultades para el desempeño escolar, la valoración de su propia imagen, dificultades en las relaciones sociales y el poco autocontrol para desenvolverse dentro del ambiente que lo rodea.

Un aspecto que causa inquietud, es la elevada aceptación que existe del castigo físico; los adolescentes reconocen ser maltratados físicamente por parte de sus padres, pero lo justifican y en muchas ocasiones lo aceptan; porque consideran que sus padres lo hacen por su bien, para educarlos y sobre todo porque sienten que lo merecen. Para ser más claros, el maltrato es el uso excesivo de la fuerza con intención de daño físico, psicológico, social, mientras el castigo es entendido como una forma de corregir la conducta, funciona con la explicación hacia el niño de lo que es aceptado o no aceptado, el castigo físico no es recomendado y es el más usado por padres, los padres consideran que educan con golpes pero lo que hacen es maltratar, ya que sus acciones no son reflexionadas y sus acciones de lo que creen es castigo tienden a ser permanentes sin el uso de otras formas para corregir a sus hijos. Se considera, que este punto debería tratarse de forma inmediata, pues refleja que el círculo vicioso de la violencia se repite de generación en generación y los niños que hoy son maltratados, aprenden que la mejor forma de educar a los hijos es por medio de los golpes y las malas palabras, entre otros

Dentro de la población colombiana y todas sus clases sociales, se observa que el maltrato infantil recae siempre en los niños, pero que gracias a las redes de apoyo (Fundaciones, autoridades competentes, el ICBF) se han aportado ayudas sociales,

afectivas, económicas que tratan de combatir contra este problema que viene creciendo durante muchos años.

Finalmente se identifica a través la investigación los siguientes indicadores emocionales encontrados en la población fueron: humor negativo, dificultad en la interacción con los demás, pensamientos negativos y preocupaciones por alguna enfermedad o muerte, sentimientos de culpabilidad en cuanto al castigo que creen merecer, inteligencia baja, inestabilidad emocional, agresividad y dependiente. Por lo anterior, se da por cumplido el objetivo principal de la investigación, a través de revisión de historias clínicas y aplicación de pruebas psicométricas mencionadas durante la investigación

## 8. REFERENCIAS

- Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (2002). *Violencia intrafamiliar*. Editada por: Alcaldía Mayor de Bogotá y Secretaria de Gobierno. 29
- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV)*. Editorial Masson, España.
- Ampudia, A., Santaella, G. & Eguía, S. (2009). *Guía clínica para la evaluación y diagnóstico del maltrato infantil*. Manual moderno. España.
- Arce R. y Fariña, F. (2005). Peritación Psicológica de la credibilidad del testimonio, la huella psíquica y la simulación: el sistema de evaluación global SEG. *En papeles del psicólogo*, 391.
- Arruabarrena, I. (2005). *Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento*. Manual moderno. España.
- Arruabarrena, I. (2011). *Maltrato psicológico a los niños, niñas y adolescentes en la familia: definición y valoración de su gravedad*. España.
- Barrios O. (2002). *Realidad y representación de la violencia*. Ediciones Universidad Salamanca. España.
- Belsky, J. (1993). Etiology of Child Maltreatment: A Developmental-Ecological Analysis. *Psychological Bulletin*.
- Benavidez, J. (2003). Transmisión intergeneracional del maltrato infantil. *Centro de estudios socioculturales e internacionales CESO*. Facultad de Ciencias Sociales Universidad de los Andes. Colombia. 12-13.
- Blesedell, E., Cohn, E. y Schell, B. (2005). *Terapia Ocupacional*. Décima edición. Editorial Médica Panamericana. Argentina.
- Convención sobre los Derechos del Niño. (2006). *Unicef*. <http://dds.cepal.org>

- Cuadros, M. (2001). *Maltrato infantil en América del Sur, perspectivas y abordajes*. Editorial Imprenta Editores. Colombia.
- Defensoría del Pueblo (2007). Intervención en el proceso No 6833. *Demanda contra el código civil*, artículo 315 numeral 1° parcial.
- Duque, L. (2008). Sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia para los municipios colombianos. *Salud Pública*. 26, 196, 208.
- Espitia, M. (2012). *Las instituciones educativas y la comunidad frente al maltrato infantil: una experiencia de investigación acción participativa*. Brasil.
- Faraone, A. (2000). *Maltrato Infantil: Un estudio de caso*. Ediciones Trilce. Uruguay.
- Gallo, H. (2008). *Maltrato infantil: Teoría y clínica psicoanalítica*. Editorial Universidad de Antioquia. Colombia.
- García, B. (2008). La familia ante la violencia escolar: alternativas de intervención. *Revista Informe de Investigaciones Educativas*. XXII(2).
- González, M., Vandemeulebroecke, L. y Colpin, H. (2001). *Pedagogía Familiar. Aportes desde la teoría y la investigación*. Ediciones Trilce. Uruguay.
- Hernández J. (2005) *La intervención ante el maltrato infantil. Revisión del sistema de protección*. Edición pirámide. España.
- Herrera E. y Basto M. (1999). Indicadores para la detección del maltrato en niños. *Salud pública de México* / 41(5).
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2014). *Forencis. Datos para la vida*. 14(1). Grupo de centro de referencia nacional sobre violencia. Bogotá. Primera Edición ISSN- 21450250
- López S. (2005). *Seminario sobre maltrato infantil*. Universidad Central De Venezuela. Venezuela.

- Loredo, A. (2005). *Maltrato en niños y adolescentes*. Editorial ETM. México.
- Ministerio de Salud. *Guía de Atención del Menor Maltratado*. Dirección General de promoción y prevención. <http://www.dadiscartagena.gov.co>
- Morelato, G. (2011). Resiliencia en el Maltrato Infantil: aportes para la comprensión de los factores desde un modelo ecológico. *Revista de psicología*. 29(2). ISSN 0254 – 9247.
- Moreno, J. (2002). *Maltrato Infantil*. Editorial EOS. España.
- Moreno, J. (2005). *Estudio sobre las consecuencias del maltrato infantil en el desarrollo del lenguaje*. España.
- Oliva, J., Bosch, C., Carballo, R., y Fernández, J. (2001). El consentimiento informado, una necesidad de la investigación clínica en seres humanos. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*. 20(2), 150-158.
- Organización Mundial de la Salud. *Maltrato Infantil*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
- Organización Mundial de la salud. (2009). *Prevención del maltrato infantil: Qué hacer y cómo obtener evidencias*. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243594361\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243594361_spa.pdf)
- Peón, F. (2004). *Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa. Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social*, México DF, FLACSO, 63-95.
- Peña, S. (2005). Una tipificación de las causas del maltrato infantil en Colombia. *Revista tipificada*.
- Código de la Infancia y la Adolescencia. Ley 1098 de 2006.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006) *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill. Cuarta Edición. México.

- Soriano, A. (2002). *Educación y violencia familiar*. Editorial Dykinson, S.L. España.
- Suárez, M. (2010). *Maltrato infantil en Colombia*.
- Téllez, N. (2002). *Medicina Forense: manual integrado*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Colombia. Colombia.
- Torres, M. (2010). *Relación Entre Maltrato Infantil Y Procesos De Socialización En Los Niños De La Guardería Semillas De Esperanza*
- Ramírez, C. (1994). El impacto del maltrato en los niños y las niñas en Colombia. *Revista Infancia, Adolescencia y familia*. Pág. 390.
- Ramírez, C., Navarrete, G., Vejarano, M., Hewitt, N. y Quintero, P. (2007). Construcción de redes sociales en la intervención del maltrato infantil: Una experiencia de participación comunitaria. Universidad de San Buenaventura. Grupo de investigación en violencia intrafamiliar. *Psicología: Avances en la disciplina*. Colombia.
- Ramírez, M. (2006). El peritaje psicológico en el ámbito de derecho de familia. *Psicología forense: manual de técnicas y aplicaciones*. Biblioteca Nueva. España.
- Rodes, F., Monera, C. y Bravo, M. (2010). *Vulnerabilidad infantil. Un enfoque multidisciplinar*. Ediciones Díaz de Santos. España.
- Rodríguez, L. (2005). *Victimología*. México.
- Rodríguez, D. (2006). *El maltrato infantil: Un problema de salud pública*. Cauca. Colombia.
- Valencia, M. (1995). *Etiología, proceso y consecuencias del maltrato infantil intrafamiliar en la ciudad de Rionegro*. Tesis de pregrado. Facultad de Psicología de la Universidad de San Buenaventura. Colombia.
- Vargas, E. (1999). *Maltrato infantil. Como comprender y mejorar nuestra relación con los niños*. Planeta. Colombia.

Villatoro, J., Quiróz, N., Gutiérrez, M., Díaz, M. y Amador, N. (2006). *¿Cómo educamos a nuestros hijos?: Encuesta de maltrato infantil y factores asociados*. México.

Vizcarra, M. y Dionne, J. (2008). *El desafío de la intervención psicosocial en Chile: Aportes desde la psicoeducación*. Editorial Ril. Chile.

## **Apéndices**

## Apéndice A. Lista Demográfica

<b>PARTICIPANTES</b>	<b>EDAD</b>	<b>GÉNERO</b>	<b>INSTRUMENTOS</b>
<b>1</b>	8	M	CDS y CPQ
<b>2</b>	8	M	CDS y CPQ
<b>3</b>	10	M	CDS y CPQ
<b>4</b>	9	M	CDS y CPQ
<b>5</b>	12	F	CDS y CPQ
<b>6</b>	8	M	CDS y CPQ
<b>7</b>	12	F	CDS y CPQ
<b>8</b>	10	M	CDS y CPQ
<b>9</b>	10	M	CDS y CPQ
<b>10</b>	12	M	CDS y CPQ
<b>11</b>	8	F	CDS y CPQ
<b>12</b>	8	F	CDS y CPQ
<b>13</b>	9	M	CDS y CPQ
<b>14</b>	11	M	CDS y CPQ
<b>15</b>	9	M	CDS y CPQ
<b>16</b>	12	M	CDS y CPQ

El rango de edad está entre los 8 y los 12 años de edad. Instrumentos a utilizar: Cuestionario de depresión para niños – CDS / Cuestionario de personalidad para niños - CPQ.

## Apéndice B. Diarios de Campo

### **Diario de campo # 1**

Fecha: 05 de Abril de 2013

#### Objetivo:

Reconocer la fundación y la comunidad en cuanto sus características generales psicosociales.

#### Desarrollo:

Llegamos la fundación aproximadamente a la 1:00 pm y la psicóloga Yudi Puerto nos pidió el favor de que la esperáramos un momento mientras que ella podía almorzar. Aproximadamente a la 1:30 la psicóloga nos hizo pasar a su consultorio, se presentó formalmente y nos relató un poco sobre la fundación, sus funciones y objetivos con la población infantil. Nos preguntó sobre la intención de trabajar allí y nos dio algunas pautas para poder interactuar con los niños y realizar actividades para llegar a nuestro objetivo, de hecho mostrándonos un juego que podíamos seguir como modelo para allegar al tema con los niños de la fundación.

Se llegó a algunos acuerdos como la planeación del tiempo que vamos a manejar en la fundación, las visitas serán los días viernes a las 2:00 pm después de que los niños almuercen. Actividades que podríamos realizar de acuerdo a los grupos que manejemos, ya que la fundación maneja tres grupos: el grupo A, es de niños con edades que oscilan entre los 5 y los 7 años, grupo B, es entre los 8 y los 10 años y el grupo C, es entre los 11 años hasta los 17 años de edad. Y finalmente la posibilidad de realizar visitas domiciliarias con el fin de trabajar con algunos de los padres de niños en condición de maltrato.

Salimos del consultorio, Yudi nos invita a reconocer la fundación, nos muestra los salones de cada grupo, la biblioteca, el restaurante y allí vemos a niños de la fundación de la jornada tarde quienes se encuentran almorzando.

Para el próximo viernes 12 de Abril se tiene planteado comenzar el trabajo aplicado, de nuestro tema de interés dentro del horario establecido.

Análisis:

A partir del reconocimiento de la fundación y los espacios para poder realizar parte de nuestro debido proyecto de tesis, identificamos que la fundación nos brinda los espacios necesarios para poder elaborar nuestro proyecto, es una labor que tendremos que realizar ágilmente pero que a simple vista damos cuenta de la presencia de maltrato infantil como maltrato físico, negligencia y comportamientos inadecuados para su edad y la facilidad de acercarnos a los niños y a las maestras, para que sean parte de nuestra investigación.

## **Diario de campo # 2**

Fecha: 19 de Abril de 2013

Objetivo:

Realizar revisión documental para identificar en los casos de los niños indicadores de maltrato.

Desarrollo:

Llegamos a la fundación a la una de la tarde, la psicóloga Yudi nos comentó que el día de hoy no iban a haber niños en la tarde porque en la fundación había una reunión. Nosotros le comentamos que la intención de ir el día de hoy, era de revisar documentos para recolectar información de casos en condición de maltrato. Ella nos dirigió a uno de los consultorios de psicología y allí nos mostró algunas hojas de evaluación de los casos y otras de visitas domiciliarias. Fuimos observando cada una de las hojas y revisando la información requerida. Dejamos los documentos donde inicialmente se encontraban, llamamos a Yudi y le comentamos que la próxima visita vendríamos a conocer a los niños y a empezar a trabajar con ellos, ella muy amablemente asintió, nos despedimos y nos retiramos de la fundación.

### Análisis:

A partir de la lectura de los documentos encontramos que hay aproximadamente 25 niños en condiciones de maltrato infantil y su rango de edad entre los 5 y los 13 años. Los niños son maltratados tanto verbalmente como físicamente, y encontrando también casos en los cuales los niños no vivencian propiamente el maltrato sino que lo observan entre padres y hermanos.

Finalmente, aunque no hemos tenido la oportunidad de tener un acercamiento a los menores, la intención es hacerlo para interactuar con ellos y a través de diversas actividades hallar las narrativas de sus vivencias.

### **Diario de campo # 3**

Fecha: 10 de Mayo de 2013

#### Objetivo:

Realizar aplicación del Cuestionario de Depresión en Niños, para identificar vulnerabilidades en cada niño y para observar dificultades que pueda estar experimentando.

#### Desarrollo:

Ingresamos a la fundación y la psicóloga Yudi no se encontraba, sin embargo como ya se había dejado dicho anteriormente que trabajaríamos los viernes en las tardes allí no hubo problema por entrar y desarrollar la actividad planeada. Cada uno de nosotros tomó lista de los niños que ya habíamos trabajado la sesión pasada y uno por uno lo íbamos llamando a medida que se acabara la aplicación del test. La duración fue de aproximadamente 20 a 25 minutos lo que tardó la aplicación de la prueba con cada niño. La prueba fue aplicada a 12 niños presentes en la fundación, en los cuales sus edades oscilan entre los 8 y los 12 años de edad.

Finalmente, realizamos el orden correspondiente de las pruebas aplicadas y debatimos un poco de la experiencia de cada uno con los niños durante la aplicación.

### Análisis:

Se lograron observar algunas dificultades en los niños y corroborar información obtenida anteriormente, cabe resaltar que dicha información corroborada fue explícitamente hablada entre nosotros como grupo. Damos cuenta nuevamente de las condiciones de maltrato en las que se encuentra cada uno de los niños participantes en la investigación.

### **Diario de campo # 4**

Fecha: 17 de Mayo de 2013

#### Objetivo:

Realizar aplicación del Cuestionario de Personalidad para Niños, para identificar rasgos de personalidad de cada uno de los niños.

#### Desarrollo:

Preparamos el material necesario para dirigirnos a la fundación, sin embargo, como en ocasiones anteriores lo hacemos, llamamos a la psicóloga Yudi y nos dijo que no podríamos trabajar en la fundación porque iba haber una actividad con los niños, algo ocurrió con ambas jornadas y en conclusión no podíamos ir a trabajar lo planteado para el día. Por lo tanto, la actividad queda pospuesta para otro día.

### **Diario de campo # 5**

Fecha: 12 de Junio de 2013

#### Objetivo:

Realizar aplicación del Cuestionario de Personalidad para Niños, para identificar rasgos de personalidad de cada uno de los niños.

#### Desarrollo:

Ingresamos a la fundación con el fin de aplicar la prueba CPQ a los niños. Cada uno de nosotros llamó a uno por uno según la lista; la duración fue de 30 minutos

aproximadamente lo que tardó la aplicación de la prueba con cada niño. Se trabajó con un total de 12 niños presentes en la fundación los cuales sus edades oscilan entre los 8 y los 12 años de edad.

#### Análisis:

Damos cuenta de los diferentes rasgos de personalidad existentes en cada niño, comparando de igual forma el estilo de vida y/o crianza que tiene cada uno de éstos. Se evidencia de igual manera, la existencia de los diferentes tipos de maltrato infantil, destacándose como principales tanto el maltrato físico como el maltrato psicológico.

## Apéndice C. Consentimiento Informado

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ actuando en mi calidad de representante legal del menor \_\_\_\_\_, manifiesto a ustedes mi aceptación del trabajo que realizarán con mi hijo(a) ofrecida por estudiantes del Programa de Psicología de la FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LOS LIBERTADORES.

Tengo en tendido que dichas actividades están con el fin de llevar a cabo un proyecto para su logro final como profesionales de Psicología. Entiendo de igual forma que los estudiantes son asesorados por la docente IVONNE ALEJO CASTAÑEDA, y que, por lo tanto, la situación de mi representado será discutida con la docente del estudiante con el fin de orientar y supervisar dichas actividades investigativas.

Entiendo que toda la información que se obtenga de mi representado es confidencial y los resultados serán trabajados con fines académicos sin identificar las identidades específicas de los participantes.

En forma expresa manifiesto a ustedes que he leído y comprendido íntegramente este documento y, en consecuencia, acepto su contenido y las consecuencias que de él se deriven.

He leído, comprendido y accedido a lo anteriormente mencionado.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL NIÑO (A)

C.C.

\_\_\_\_\_  
FIRMA INVESTIGADORES

\_\_\_\_\_  
FIRMA ASESORA INVESTIGACIÓN

Apéndice D. Formato de Historia de Clínica

**Fundación Pacto Esperanza**

**Nombre:**

**Edad:**

**Escolaridad:**

**Estrato:**

**Ocupación:**

**Fecha de inicio:**

**Fecha de finalización:**

**Numero de sesiones:**

**MOTIVO DE CONSULTA**

-----  
-----  
-----  
-----

**NUCLEO FAMILIAR**

-----  
-----

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

-----  
-----  
-----  
-----

**ANTECEDENTES ESCOLARES**

-----  
-----  
-----  
-----

**HISTORIA DE PROBLEMA**

-----  
-----  
-----  
-----

---

Psicólogo (a).

## Apéndice E. Formato de Entrevista Semiestructurada

1. ¿Cómo te llamas?
2. ¿Qué edad tienes?
3. ¿Dónde vives?
4. ¿Con quién vives?
5. ¿Actualmente estas estudiando?
6. ¿En qué curso vas?
7. ¿Cómo es tu rendimiento escolar: bueno / malo (por qué)?
8. ¿Tienes amigos: si/ no (por qué)?
9. ¿Qué haces en tus horas libres?
10. ¿Tienes buena la relación con tus docentes si/ no (por qué)?
11. ¿Tienes una buena relación con tus familiares si/ no (por qué)?
12. ¿Alguna persona te lastima físicamente si (cómo)?
13. ¿Alguna persona te agrede verbalmente si (cómo)?
14. ¿Qué parte del tiempo permaneces en tu casa sin la compañía de un adulto?
15. ¿Hablas con tus padres sobre aquellas cosas que no te agradan o que no te gusta que te hagan?