



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“MALTRATO INFANTIL Y SU INCIDENCIA EN LOS NIVELES
DEPRESIVOS DE LOS NIÑOS DE SEXTO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA
DE LA ESCUELA MANUELA ESPEJO DE LA CIUDAD DE AMBATO DE
LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO FEBRERO 2013-
JULIO 2013.”**

Requisito previo para optar por el Título de Psicólogo Clínico

Autor: Pinto Muñoz, Wilson Eduardo.

Tutora: Psic. Cl. Guadalupe Núñez, Sara Verónica.

Ambato – Ecuador

Noviembre, 2014

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema: **“MALTRATO INFANTIL Y SU INCIDENCIA EN LOS NIVELES DEPRESIVOS DE LOS NIÑOS DE SEXTO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA ESCUELA MANUELA ESPEJO DE LA CIUDAD DE AMBATO DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO FEBRERO 2013-JULIO 2013”** de Wilson Eduardo Pinto Muñoz, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Marzo del 2014

LA TUTORA

.....
Psc. Sara Verónica Guadalupe Núñez

AUTORÍA DE TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación “**MALTRATO INFANTIL Y SU INCIDENCIA EN LOS NIVELES DEPRESIVOS DE LOS NIÑOS DE SEXTO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA ESCUELA MANUELA ESPEJO DE LA CIUDAD DE AMBATO DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO FEBRERO 2013-JULIO 2013**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor del trabajo de grado.

Ambato, Marzo del 2014

EL AUTOR

.....
Wilson Eduardo Pinto Muñoz.

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regularidades de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Marzo del 2014

EL AUTOR

.....
Wilson Eduardo Pinto Muñoz.

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“MALTRATO INFANTIL Y SU INCIDENCIA EN LOS NIVELES DEPRESIVOS DE LOS NIÑOS DE SEXTO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA ESCUELA MANUELA ESPEJO DE LA CIUDAD DE AMBATO DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO FEBRERO 2013-JULIO 2013”** de Wilson Eduardo Pinto Muñoz, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Noviembre del 2014

Para constancia firman

.....
Presidente/a

.....
Primer Vocal

.....
Segundo Vocal

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a mi madre la Sra. Irene Muñoz, a mi padre el Sr. Wilson Pinto y a mi hermano Paúl Pinto, quienes con amor, sacrificio han estado apoyándome y junto a mí en todo momento, siendo el pilar fundamental para superar las distintas etapas de mi vida, impulsándome para seguir adelante y no caer.

Eduardo Pinto.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar quiero agradecer a mis padres y hermano por depositar su confianza en mí durante toda mi vida.

A mis compañeros y amigos con los cuales hemos ido pasando las distintas etapas de nuestra travesía universitaria.

A Jova y Maju mis mejores amigas por estar ahí, junto a mí brindándome su apoyo y fortaleza no solo en el ámbito académico sino también en el personal ya que supieron el momento correcto para una palabra de aliento, además de enseñarme que la amistad va más allá de cualquier obstáculo y han estado ahí cuando eh tenido que superarlo.

De igual manera agradezco a la Dra. Sara Guadalupe por creer en mis capacidades y ayudarme con su aporte científico en el proceso investigativo, además de su amistad y su invaluable don de gente.

Pero esta tarea estaría inconclusa de no ser por los valiosos aportes y sugerencias de la Dra. Nancy Betancourt y el Dr. Germán Galarza porque a más de su profesionalismo me brindaron su amistad.

Eduardo Pinto.

ÍNDICE GENERAL

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DE TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vii
RESUMEN.....	xv
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	2
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.1 TEMA DE INVESTIGACIÓN:.....	2
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN.....	2
1.2.2 ANALISI CRÍTICO.....	7
1.2.3 PROGNOSIS.....	7
1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	8
1.2.5 INTERROGANTES DEL PROBLEMA.....	8
1.2.6 DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN.....	8
1.2.6.1 Delimitación de contenido.....	8
1.2.6.2 Delimitación espacial.....	8
1.2.6.3 Delimitación temporal.....	8
1.2.6.4 Unidades de observación.....	8

1.3	JUSTIFICACIÓN.....	9
1.4	OBJETIVOS.....	10
CAPÍTULO II		11
MARCO TEÓRICO.....		11
2.1	ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	11
2.2	FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA	13
2.4	FUNDAMENTACIÓN LEGAL	15
2.2	CATEGORÍAS FUNDAMENTALES.....	22
2.2	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO CIENTÍFICA.....	24
2.2.1	VARIABLE INDEPENDIENTE.....	24
2.2.2	VARIABLE DEPENDIENTE.....	33
2.6	HIPÓTESIS	40
2.7	SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPÓTESIS	40
CAPÍTULO III		41
METODOLOGÍA		41
3.1	ENFOQUE	41
3.2	MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN	41
3.3	NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	41
	Nivel descriptivo.-	41
	Correlacional.-	42
3.4	POBLACIÓN Y MUESTRA	42
3.5	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	43
3.7	RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	46
3.8	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS.	47

CAPÍTULO IV	48
4.1.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	48
CUESTIONARIO DE MALTRATO	76
4.2 VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS	97
4.2.1 Planteamiento de la hipótesis.....	97
4.2.3 Descripción de la población.....	97
CAPÍTULO V	100
5.1 Conclusiones	100
5.2 Recomendaciones:.....	101
CAPÍTULO VI.....	102
PROPUESTA.....	102
6.1 DATOS INFORMATIVOS	102
6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA	103
6.3 JUSTIFICACIÓN.....	104
6.4 OBJETIVOS.....	105
6.4.1 General:.....	105
6.4.2 Específicos:.....	105
6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD.....	106
6.6 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA TÉCNICA.....	106
118	
6.8 ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA.....	121
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	122
CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASE DE DATOS UTA.....	123

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro #1 : Estado de ánimo	48
Cuadro #2 : Pesimismo.	50
Cuadro # 3: Sentimientos de fracaso.....	52
Cuadro # 4: Odio a si mismo	54
Cuadro #5: Sentimiento de Culpa	56
Cuadro # 6: Insatisfacción.....	58
Cuadro # 7: Impulsos suicidas	60
Cuadro # 8: Aislamiento social	62
Cuadro # 9: Indecisión	64
Cuadro # 10: Indecisión	65
Cuadro # 11: Aspecto físico.....	66
Cuadro # 12: Capacidad laboral.....	68
Cuadro # 13: Cansancio	70
Cuadro # 14: Pérdida de apetito.....	72
Cuadro # 15: Puntos de corte	74
Cuadro # 16: maltrato físico.....	76
Cuadro # 17: maltrato psicológico.....	77
Cuadro # 18: maltrato psicológico.....	78
Cuadro # 19: maltrato psicológico.....	79
Cuadro # 20: maltrato psicológico.....	80
Cuadro # 21: maltrato psicológico.....	81
Cuadro # 22: maltrato psicológico.....	82
Cuadro # 23: maltrato psicológico.....	83
Cuadro # 24: maltrato psicológico.....	84
Cuadro # 25: maltrato psicológico.....	85
Cuadro # 26: maltrato psicológico.....	86
Cuadro # 27: maltrato psicológico.....	87
Cuadro # 28: maltrato psicológico.....	88

Cuadro # 29: maltrato psicológico.	89
Cuadro # 30: maltrato psicológico.	90
Cuadro # 31: maltrato psicológico.	91
Cuadro # 32: maltrato físico.	92
Cuadro # 33: maltrato físico.	93
Cuadro # 34: maltrato físico.	94
Cuadro # 35: maltrato físico.	95
Cuadro # 36: Puntos de corte Cuestionario Maltrato.	96
Cuadro # 37: Tabulación Cuestionario Maltrato.	96
Cuadro # 38: Maltrato.	97
Cuadro # 39 depresión.	97
Cuadro # 40: Chi cuadrado.	98
Cuadro # 41: Chi cuadrado.	98
Cuadro # 42: Chi cuadrado.	99
Cuadro # 43 Fase I de la Propuesta.	117
Cuadro # 44 Fase II de la Propuesta.	118
Cuadro #45 Fase III de la Propuesta.	119
Cuadro # 46 Fase IV de la Propuesta.	120
Cuadro # 47 Fase V de la Propuesta.	120

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico # 1: Estado de ánimo.....	44
Gráfico #2 : Estado de ánimo.....	46
Gráfico # 3: Sentimientos de fracaso	48
Gráfico # 4: Odio a si mismo	50
Gráfico # 5: Sentimiento de Culpa.....	52
Gráfico # 6: Insatisfacción	54
Gráfico # 7 : Impulsos suicidas.....	56
Gráfico # 8: Aislamiento social.....	58
Gráfico #: 9Sentimiento de Culpa.....	52
Gráfico # 10 : Aspecto físico	62
Gráfico # 11 : Capacidad laboral	64
Gráfico # 12: Cansancio.....	66
Gráfico # 13: Pérdida de apetito.....	68
Gráfico # 14: Puntos de corte.....	70
Gráfico # 15: maltrato psicológico.....	72
Gráfico # 16: maltrato psicológico.....	74
Gráfico # 17: maltrato psicológico.....	76
Gráfico # 18: maltrato psicológico.....	78
Gráfico # 19: maltrato psicológico.....	80
Gráfico # 21: maltrato psicológico.....	82
Gráfico # 22: maltrato psicológico.....	84
Gráfico # 23: maltrato psicológico.....	86
Gráfico # 24: maltrato físico.	88
Gráfico # 25: maltrato físico.	90
Gráfico # 26: Tabulación Cuestionario Maltrato.	91
Gráfico # 27: Estado de ánimo.....	44
Gráfico # 28: Sentimientos de fracaso	48
Gráfico # 29: Insatisfacción	54
Gráfico # 30: Aislamiento social.....	58

Gráfico # 31: Cansancio.....	66
Gráfico # 32: Pérdida de apetito.....	68
Gráfico # 33: Puntos de corte.....	70

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“MALTRATO INFANTIL Y SU INCIDENCIA EN LOS NIVELES
DEPRESIVOS DE LOS NIÑOS DE SEXTO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA
DE LA ESCUELA MANUELA ESPEJO DE LA CIUDAD DE AMBATO DE
LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO FEBRERO 2013-
JULIO 2013.”**

Autor: Pinto Muñoz, Wilson Eduardo.

Tutora: Dra. Guadalupe Núñez, Sara Verónica.

Fecha: Ambato, Marzo del 2014.

RESUMEN

El presente trabajo investigativo tiene como finalidad determinar la incidencia del maltrato en los niveles depresivos de los niños de la escuela Manuela Espejo de la ciudad de Ambato. Esta investigación se ha dividido en seis capítulos; para la obtención de los objetivos establecidos, el primero pretende identificar como el maltrato influye en los distintos niveles de depresión existentes, así como la identificación de cada uno de ellos, que en los siguientes objetivos trata de delimitar de manera más minuciosa y puntual cual es el de mayor prevalencia, hablando tanto de maltrato como de la depresión. Para la recolección de los datos se utilizó un cuestionario estructurado de maltrato así como un test que mide los niveles depresivos.

Posterior a eso se realizó un análisis con los resultados obtenidos, a través del programa de procesamiento de datos “SPSS” se obtuvo que el chi cuadrado de Person es de 74.950, lo cual indica una relación entre variables, es decir se rechaza la

hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, es decir que el maltrato infantil si influye en los niveles depresivos de los niños de la Escuela “Manuela Espejo”.

Además que el maltrato de mayor prevalencia es el de índole físico y está influyendo en un nivel de depresión leve.

PALABRAS CLAVES: MALTRATO, DEPRESIÓN_INFANTIL, TIPOS_MALTRATO, NIVELES_DEPRESIVOS.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
CAREER OF CLINICAL PSYCHOLOGY

"CHILD ABUSE AND ITS IMPACT ON CHILDREN DEPRESSION LEVELS OF SIXTH YEAR BASIC EDUCATION SCHOOL MANUELA MIRROR CITY AMBATO TUNGURAHUA PROVINCE IN THE PERIOD FEBRUARY 2013-JULY 2013."

Author: Pinto Muñoz, Wilson Eduardo.

Tutor: Dra. Guadalupe Núñez, Sara Verónica.

Date: Ambato, March 2014.

ABSTRACT

This research work aims to determine the incidence of abuse in depressed levels of school children Manuela Espejo city of Ambato. This research has been divided into six chapters; for obtaining the objectives set, the first attempts to identify such abuse affects different levels of existing depression, and the identification of each of them, on the following objectives is to delineate more thorough and timely manner which is the most prevalent, talking so much abuse as depression. For data collection a structured questionnaire abuse and a test that measures levels of depression was used.

Following that analysis with the results was performed by program data processing "SPSS" was obtained by the chi-square Person is 74,950, indicating a relationship between variables, ie the null hypothesis is rejected and the alternative hypothesis is

accepted, ie, if child abuse influences levels of depressive children "Manuela Espejo"
School.

Besides that abuse is the most prevalent physical nature and is influencing a level of
mild depression.

KEYWORDS: ABUSE, CHILD_DEPRESSION, TYPES_ABUSE,
DEPRESSION_LEVELS

INTRODUCCIÓN

Es un tema de gran importancia porque es investigado desde un punto de vista psicológico, como también de un contexto ambiental, social, personal, y familiar.

El maltrato infantil se ha dado desde mucho tiempo atrás, sino que en los últimos tiempos ha ido tomando mayor relevancia, esto debido a los derechos que cobijan a los seres vulnerables como son los niños. Tenemos así que en la antigüedad estos eran tomados como personas pequeñas sin grandes derechos y obligados a castigos que igualaban al de un adulto.

Con el pasar del tiempo se han ido estableciendo distintos derechos que protegen a los niños, de esta manera también han modificado los tipos de corrección a los comportamientos que los adultos consideramos mal de un infante y con esto cambiar la conducta por medio de castigos que van desde físicos hasta psicológicos, los cuales van afectando el normal desarrollo y desenvolviendo en sus distintas etapas.

Es por eso que este trabajo está enfocado en cómo estos castigos muchas veces equívocos por el querer modificar cierta conducta, termina por perjudicar de cierta manera su desarrollo, ya que va creando en él, primeramente por modelamiento este tipo de corrección en etapas posteriores con sus respectivas familias, y también crea en él cierto nivel de depresión que afecta en la escala emocional y su desenvolvimiento tanto personal como social, siendo un detonante no solo en el presente sino también algo que se lo puede llevar más a posteriori.

Los niveles depresivos también se toman en cuenta dentro de la investigación señalando como identificar estos, y más aún como en los niños se presenta de diferente manera que un adulto, como la dificultad que representa para ellos manifestarla de una manera abierta, notando que es por medio de las actuaciones y relaciones con su entorno.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 TEMA DE INVESTIGACIÓN:

MALTRATO INFANTIL Y SU INCIDENCIA EN LOS NIVELES DEPRESIVOS DE LOS NIÑOS DE SEXTO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA ESCUELA MANUELA ESPEJO DE LA CIUDAD DE AMBATO DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERIODO FEBRERO 2013-JULIO 2013.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿EL MALTRATO INFANTIL INCIDENCIA EN LOS NIVELES DEPRESIVOS DE LOS NIÑOS DE SEXTO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA ESCUELA MANUELA ESPEJO DE LA CIUDAD DE AMBATO DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERIODO FEBRERO 2013-JULIO 2013.?

1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN

MACRO

Unicef (2000) “Medidas generales de Implementación de la Convención sobre los Derechos del Niño. El proceso en Europa y Asia Central”, los resultados en esta materia todavía están “muy atrasados”.

Y es que UNICEF calcula que cada año mueren en Europa en torno a 3.500 niños de entre cero y 14 años por motivos de la violencia (aunque no todos los casos son denunciados). Se ha contabilizado que en Alemania y en Reino Unido mueren cada día entre tres y cuatro niños por este motivo, la baja autoestima, la ansiedad y la depresión son las que más se pueden palpar a consecuencia del maltrato infantil.

MESO

RT (2011) “Cuando a principios de los años 60 por primera vez fue descrito el Síndrome del niño sacudido, uno de los primeros términos para definir la violencia física infantil, se suponía que en EE.UU. se revelarían no más de 300 casos de maltrato de niños. En actualidad los servicios de la protección infantil por todo el mundo anualmente investigan millones de casos de la falta del cuidado de parte de los padres y la presunta violencia infantil. El abuso y maltrato infantil es un problema que compete a todos los países, pero Latinoamérica es una de las regiones donde este problema es muy agudo”.

Un estudio señala que en 16 países de la zona los adultos creen natural recurrir a la violencia física o psicológica como forma de impartir disciplina.

Muchos de menores en América Latina y El Caribe soportan cotidianamente maltrato físico o psicológico, y añaden que más del 50% de los adultos piensa que se trata de una manera normal de educación, socialización e impartir disciplina.

RT (2011) Un comunicado de ambos organismos de Naciones Unidas señala que altos porcentajes de adultos, en algunos casos superiores al 82%, "consideran natural recurrir al maltrato infantil, incluido el castigo corporal, para imponer disciplina".

Los altos niveles de tolerancia al maltrato físico y psicológico se consiguieron de encuestas elaboradas en 15 países de la región; sin embargo, no pueden ser comparadas porque estas fueron obtenidas con diversas metodologías.

Las víctimas son menores de 18 años y las encuestas indican que "el maltrato infantil es un fenómeno en ascenso rara vez denunciado".

En Argentina el 55% de los encuestados reconoció haber recibido maltratos físicos en la infancia; en Bolivia, el 83%; Chile, el 75,3%; en Colombia el 42% de las mujeres señaló que sus parejas golpean a sus hijos; en Ecuador el 51% dijo haber sido víctima de maltrato.

En Costa Rica el 74,2% admitió maltratar verbalmente a sus hijos y un 65,3% dijo hacerlo físicamente; en Perú el 41% de los padres recurre a los golpes para corregir a los niños; en Uruguay el 82% de los adultos admitió golpear a niños, según los datos obtenidos de informes oficiales de cada país.

En México una tercera parte de los infantes de 6 a 9 años señaló que se lo ha tratado con violencia tanto en sus familias como en la escuela y en Nicaragua el 68% del abuso sexual se registra en los hogares.

En Guyana el 33% de los infantes que habían sido dañados físicamente por sus familiares y en Haití el 93% de las mujeres y el 87% de los hombres especulan que es normal y muy habitual, maltratar a los niños; en Jamaica el 73% de los niños de 2 a 14 años recibió castigos físicos menores; en República Dominicana el maltrato alcanza al 48,2%; en Trinidad y Tobago a un 51%.

Larraín y Bascuñán (2011) señalan que “el fenómeno tiende a transmitirse de padres a hijos.

"El principal factor de riesgo para que exista violencia contra los niños y las niñas al interior de las familias es que el padre o la madre hayan sufrido una experiencia similar en su niñez”.

Definieron la violencia como el "uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, que provoque o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones".

Y a pesar de los esfuerzos hechos por los gobiernos, la zona no ha desarrollado todavía una respuesta eficaz ni un plan estratégico contra el maltrato infantil siendo una de los primordiales problemas la ausencia de información sobre la real dimensión y características.

MICRO

ODNA (2010) muestra una serie de cifras alrededor de la situación de los menores; además de: "El maltrato encarnado en diferentes manifestaciones como son las agresiones físicas y psicológicas, la violencia o el abuso sexual, continúa siendo una realidad masiva, habitual y subdeclarada, que afecta a toda la sociedad ecuatoriana y, de manera especial a los niños...".

ODNA (2010) muestra "que el 41% de los menores dicen que son golpeados cuando no obedecen o cometen alguna falta; al 11% le privan de gustos; al 3% los insultan o se burlan; al 1% lo encierran, lo privan de comida o los mandan al baño. También hay reportes de que el 71% de los niños son regañados por sus padres como señal de castigo".

Además se manifiesta que el porcentaje de niños golpeados se conserva prácticamente en los mismos estándares que se registraron anteriormente en los años 2000 y 2004, es decir alrededor del 40%.

Un 31% de los menores señalan también que dialogan y reciben ayuda de sus padres. Mientras; al trato que reciben de los maestros en sus respectivas escuelas, asimismo ante fallas o no cumplimiento de tareas escolares, el artículo también indica que el 10% de los niños reciben golpes y el 7% insultos y burlas. En comparación con 2000 y 2004, se sostiene el porcentaje de niños golpeados, y han crecido los insultos y las burlas, que estaban en el 3% y 5%, respectivamente.

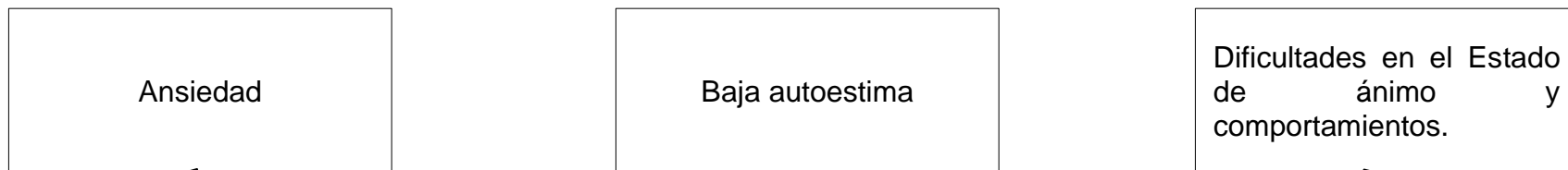
Otras formas de castigo son: no permitirles salir al recreo, rebajar las calificaciones, llamar a los representantes. Alrededor del 26% de los niños indican que los maestros sí conversan con ellos. Todo esto influye de forma directa a la autoestima del niño que está en desarrollo lo que a priori traerá consecuencias en el estado de ánimo, llegando a generar algún nivel de depresión.

Dejando como resultado que la mayor parte de la población de infantes ha sido víctima de algún tipo de maltrato tanto en el hogar como en su lugar de estudio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

ÁRBOL DE PROBLEMAS

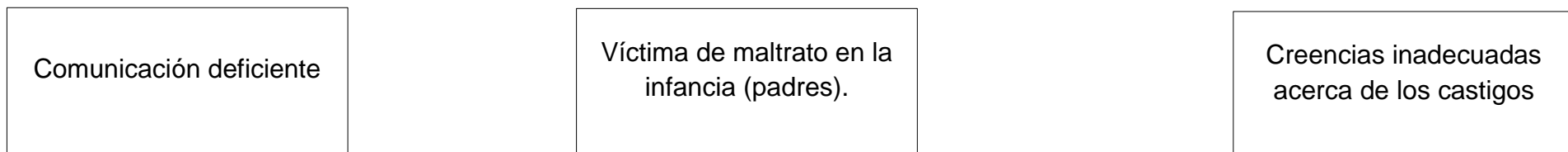
EFFECTOS:



PROBLEMA:

MALTRATO INFANTIL Y SU INCIDENCIA EN LOS NIVELES DEPRESIVOS DE LOS NIÑOS DE SEXTO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA ESCUELA MANUELA ESPEJO DE LA CIUDAD DE AMBATO DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERIODO FEBRERO 2013-JULIO 2013.

CAUSA



1.2.2 ANALISI CRÍTICO

El maltrato infantil en todos sus tipos es algo común dentro del ámbito cultural en el que nos desenvolvemos y es considerado dentro de la normativa social como uno de los indicadores de mayor relevancia a nivel de salud mental, debido a que las secuelas no se limitan a ser momentáneas sino que más bien se manifiestan a posteriori y se distienden al contexto de lesionar no solo su área psicológica sino su enfoque personal, social, y emocional; he ir acompañando en la psiquis del infante en etapas posteriores al desarrollo, es entonces que la investigación lleva su representatividad en las lesiones emocionales donde síntomas como sentimiento de culpa, baja autoestima, aislamiento social, hiperhidrosis, anedonia disminución del apetito y del sueño, son indicadores de un resquebrajamiento del estado emocional del niño, conjugada a la aparición de ciertos niveles de depresión producto mismo de los distintos tipos de agresión que se puede presentar en el ámbito familiar o social en que se desenvuelve el infante.

1.2.3 PROGNOSIS

Al no dar solución a dicho problema de investigación en el cual atañe tanto maltrato intrafamiliar como niveles de depresión se estará dejando una puerta abierta a la singularidad del conflicto, es decir a que aumenten depresiones, suicidios, abandono de hogar y deserciones escolares por parte de los niños, teniendo como objetivo primordial el orientar una solución determinada que favorezca al bienestar del infante, y a la vez de seguir con la desculturización enraizada de tomar como objeto y violentar de manera física, verbal, psicológica, sexual al niño y más bien fomentar el buen trato en un ambiente optimo que aporte a la salud mental del individuo, de tal manera la búsqueda de soluciones no solo va direccionada a tratar de erradicar el problema sino también a trabajar con paradigmas y esquemas mentales que harán de nuestra sociedad un lugar justo con derecho, soberanías y principios para rescatar la identidad infantil que debe tener una trayectoria en salud mental.

1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿De qué manera el maltrato infantil incide en los niveles depresivos de los niños de segundo año de educación básica de la escuela Manuela Espejo de la ciudad de Ambato de la provincia de Tungurahua en el periodo febrero 2013-julio 2013.?

1.2.5 INTERROGANTES DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de mayor prevalencia en el maltrato infantil?

¿Qué tipos de maltrato infantil son los de mayor prevalencia?

¿Cuáles son los niveles de depresión en los niños con maltrato?

¿Se puede una propuesta de solución al maltrato infantil?

1.2.6 DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN

1.2.6.1 Delimitación de contenido

- ✓ Campo: Psicología Clínica
- ✓ Área: Comportamiento mental- afectiva
- ✓ Aspecto: Maltrato infantil y los niveles de depresión.

1.2.6.2 Delimitación espacial

Institución: Escuela “MANUELA ESPEJO”

1.2.6.3 Delimitación temporal

Tiempo: Febrero 2013 a Julio 2013

1.2.6.4 Unidades de observación

Alumnos de quinto año de la escuela “Manuela Espejo”.

1.3 JUSTIFICACIÓN

El interés en realizar la investigación se presenta debido a que la cultura en la que se desenvuelve el niño es el ente óptimo, ya que con el afán de corregir la conducta de un infante muchas veces se cae en el maltrato, sin considerar las secuelas posteriores que puede acarrear esto. Además de analizar los factores psicosociales incidentes en el maltrato infantil, siendo cada uno de estos participe de estudio porque trasciende en el hecho de que el área familiar, el área académica, el área emocional se vean afectados por los indicadores de maltrato siendo uno de estos el maltrato infantil, los mismos que luego serán adolescentes, adultos, quienes tendrán el conflicto instaurado de la normativa maltrato. Es factible porque se posee el campo de observación y recolección de datos a la vez que habrá la apertura de las autoridades de la institución educativa donde se va a proceder la investigación. De tal manera es importante para evitar muchas de las consecuencias posteriores que puede acarrear así como también evitar que desemboque en algún nivel de depresión.

La originalidad se basa en que anteriormente no se ha realizado ningún tipo de investigación sobre este tema en la entidad educativa y en la cual se puede palpar como parte de la cultura la corrección de ciertas actitudes de una manera poco apropiada y que de cierta forma se entendería como algo normal o habitual dentro de la relación paterno-filial, ya que se desconoce la forma adecuada de llevar muchos de los casos, por lo que se incluye al maltrato como parte de las reglas sin tener en cuenta como se señaló anteriormente las consecuencias tanto en presente como en las distintas etapas de desarrollo del individuo.

De este modo los beneficiarios directos no solo serán los miembros de la institución y las familias que forman parte de esto sino que también la sociedad ya que a futuro se irá quitando esa falsa creencia de conjugar el maltrato como parte de las reglas y se instaurará una forma diferente de conllevar conflictos y cambiar de esta forma el maltrato por un simple trato adecuado que favorezca a la salud mental de los individuos involucrados.

1.4 OBJETIVOS

General:

Determinar al maltrato infantil como factor incidente en los niveles depresivos de los niños de sexto año de educación básica de la escuela Manuela Espejo de la ciudad de Ambato de la provincia de Tungurahua en el periodo febrero 2013-julio 2013.

Específicos:

Identificar la presencia de maltrato infantil en los niños de sexto año de educación básica.

Especificar los niveles de depresión en los niños con maltrato.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Autor: Moya María Concepción

Tema: “El maltrato infantil y su influencia en el bajo autoestima de los niños del cuarto año de educación básica de la escuela fiscal “Mushuc Ñan” de la comunidad Apatug alto de la parroquia santa rosa del cantón Ambato”

Universidad: U.T.A.

Año: 2010

Página: 13

El maltrato físico en el Ecuador es una forma que actualmente se lleva como un castigo o una diferente forma de retar cuando el infante o el niño se porta de una manera incorrecta o hace una que otra inocente travesura que al comienzo parece un juego de niños pero a la final es algo que disgusta a los padres; estos a su vez se sienten presionados por que no quieren que lo vuelvan hacer, entonces maltratan a los niños con el fin de que no se repita dicha acción muchas de las veces incluyendo gritos, insultos en su maltrato bajando de esta manera el autoestima de los niños.

Conclusión: La autora refiere como el maltrato influye en la autoestima del niño ya que muchas veces se utiliza el castigo físico y verbal para corregir actitudes del infante por lo que esto afecta directamente en el estado de ánimo y por ende podría desembocar en una depresión.

Autor: Vásconez Cordero Milton Horacio

Tema: “El maltrato infantil como factor influyente en el aprendizaje de los niños de tercero a séptimo año de educación básica de la escuela Tungurahua de la ciudad de Ambato periodo 2009 - 2010.”

Universidad: U.T.A.

Año: 2010

Página: X

El maltrato infantil no consiste solo en pegarle o gritarle a un niño, ya que existen diferentes tipos de maltratos como: físico, sexual, abandono de hogar, disolución familiar, psicológico o emocional.

Otras de las graves consecuencias por maltrato en los niños se puede observar el deterioro de la personalidad, lo que influye de manera directa al desarrollo emocional de los pequeños, los mismos que en su mayoría son ridiculizados, insultados, regañados, menospreciados, otro aspecto que se puede notar fácilmente en los niños maltratados es la baja autoestima, como también en el desarrollo educativo, estos al mismo tiempo se los puede identificar fácilmente, ya que por lo general se deprimen, les da ansiedad, lo cual en un futuro ellos se sumergirán posiblemente en el alcohol y drogas, tratando de escapar a un mundo diferente, sin darse cuenta que este camino solo los conducirá a más problemas e incluso en algunos casos a la muerte.

Conclusión: La autora toma como base los distintos tipos de maltrato tomando en cuenta las consecuencias que puede ocasionar en el niño esta conducta de parte de las personas que muchas veces se encuentran a su cuidado, teniendo como desencadenante trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y reflejando el maltrato en los problemas de ámbito escolar.

Autor: Guevara Ortiz Gabriela Nataly

Tema: “Influencia del maltrato en la formación de los rasgos predominantes de personalidad en niños de 6 a 12 años que acuden al centro de protección de derechos del Infa “puyo” en el periodo de agosto diciembre del 2009”

Universidad: U.T.A.

Año: 2009

Página: 6

Guevara Ortiz, Gabriela Nataly “Influencia del maltrato en la formación de los rasgos predominantes de personalidad en niños de 6 a 12 años que acuden al centro de protección de derechos del Infa “puyo” en el periodo de agosto diciembre del 2009” también se habla las consecuencias que puede tener el maltrato infantil a priori. Señalando la autora el maltrato infantil es un fenómeno que surge con el hombre, por lo que es tan antiguo como la humanidad. También es un problema universal, Los niños son las grandes víctimas de los maltratos físicos o psíquicos en el hogar, el uso intencionado de la fuerza física u omisión de cuidado por parte de los padres, se considera maltrato. En los niños, el efecto de la violencia puede ser devastador para sus vidas y las de sus familiares, la mayor parte de los padres que abusan de sus hijos, habían pasado también por la misma situación cuando eran niños. Este fenómeno social se presenta sin distinción social, de raza o cultura, durante siglos la agresión al menor ha sido justificada de diversas formas; la más común es como una forma de imponer disciplina o castigar por mala conducta.

Conclusión: La autora además del maltrato de que son víctimas los infantes manifiesta que no existe distinción de ninguna categoría para que se de este, manteniendo consecuencias a futuro como es la formación de un círculo infinito de maltrato porque de esta manera se enraíza dentro de cultura formando futuros maltratadores aceptando de manera social el maltrato como parte de la disciplina.

2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

En el presente trabajo se utilizará el modelo de investigación Crítico- Propositivo cuya finalidad es identificar porque la autoestima puede influir y en que forma, en el rendimiento académico, partiendo de esto se busca proponer soluciones alternativas con el objetivo de modificar analizar y modificar dicha conducta.

Es crítico ya que cuestiona la forma en que influye el autoestima y genera diferentes tipos de rendimiento académico y afectación en las esferas de la persona, así mismo sería necesario elaborar hipótesis que estén expuestas a comprobación por lo tanto es una investigación abierta y flexible, dando un mayor énfasis en el análisis cualitativo de la misma.

FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA

Así como también hay que rescatar el modelo conductual implementado por Albert Ellis con la TRE ya que es de mucha ayuda para cambiar la conducta implantada y enraizada en la sociedad, ya que muchas veces es equivocada la manera de implantar reglas a los menores creando así un círculo de violencia y maltrato, así con la implementación de este método no se modificará solo el aspecto cognitivo de las personas implicadas sino también la parte conductual.

De esta manera derrumbaremos las principales creencias irracionales para sustituirlas por creencias racionales, se implementa nuevas maneras de educación y corrección sin maltrato.

También se romperá el círculo de violencia ya que al instaurar una nueva forma de trato al infante, este también la adoptará en un futuro, sin tener que recurrir al maltrato en todos en cualquiera de sus niveles.

Es importante también recalcar que esto influirá en el estado de ánimo del niño y por ende en su autoestima mejorándolo de manera considerable y formando ayudando también a la salud mental de la persona.

2.4 FUNDAMENTACIÓN LEGAL

CODIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (2003), en su:

TITULO IV

DE LA PROTECCION CONTRA EL MALTRATO, ABUSO, EXPLOTACION SEXUAL, TRAFICO Y PERDIDA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Señala lo siguiente: **Art. 67.- Concepto de maltrato.-** Se entiende por maltrato toda conducta, de acción u omisión, que provoque o pueda provocar daño a la integridad o salud física, psicológica o sexual de un niño, niña o adolescente, por parte de cualquier persona, incluidos sus progenitores, otros parientes, educadores y personas a cargo de su cuidado; cualesquiera sean el medio utilizado para el efecto, sus consecuencias y el tiempo necesario para la recuperación de la víctima. Se incluyen en esta calificación el trato negligente, o descuido grave o reiterado en el cumplimiento de las obligaciones para con los niños, niñas y adolescentes, relativas a la prestación de alimentos, alimentación, atención médica, educación o cuidados diarios; y su utilización en la mendicidad.

Maltrato psicológico es el que ocasiona perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima en el niño, niña o adolescente agredido. Se incluyen en esta modalidad las amenazas de causar un daño en su persona o bienes o en los de sus progenitores, otros parientes o personas encargadas de su cuidado.

El maltrato es institucional cuando lo comete un servidor de una institución pública o privada, como resultado de la aplicación de reglamentos, prácticas administrativas o pedagógicas aceptadas expresa o tácitamente por la institución; y cuando sus autoridades lo han conocido y no han adoptado las medidas para prevenirlo, hacerlo cesar, remediarlo y sancionarlo de manera inmediata.

La responsabilidad por maltrato institucional recae en el autor del maltrato y en el representante legal, autoridad o responsable de la institución o establecimiento al que pertenece.

En el caso de los representantes legales, autoridades o responsables de la institución o establecimiento, la responsabilidad se hará efectiva de conformidad con las disposiciones previstas en la Constitución Política de la República, en el Código Civil y demás leyes aplicables.

Art. 68.- Concepto de abuso sexual.- Sin perjuicio de lo que dispone el Código Penal sobre la materia, para los efectos del presente Código constituye abuso sexual todo contacto físico, sugerencia de naturaleza sexual, a los que se somete un niño, niña o adolescente, aun con su aparente consentimiento, mediante seducción, chantaje, intimidación, engaños, amenazas, o cualquier otro medio.

Cualquier forma de acoso o abuso sexual será puesto a conocimiento del Agente Fiscal competente para los efectos de la ley, sin perjuicio de las investigaciones y sanciones de orden administrativo que correspondan.

Art. 69.- Concepto de explotación sexual.- Constituyen explotación sexual la prostitución y la pornografía infantil. Prostitución infantil es la utilización de un niño, niña e adolescente en actividades sexuales a cambio de remuneración o de cualquier otra retribución. Pornografía infantil es toda representación, por cualquier medio, de un niño, niña y adolescente en actividades sexuales explícitas, reales e simuladas; o de sus órganos genitales, con la finalidad de promover, sugerir o evocar la actividad sexual.

Art. 70.- Concepto de tráfico de niños.- Se entiende por tráfico de niños, niñas o adolescentes, su sustracción, traslado o retención, dentro o fuera del país y por cualquier medio, con el propósito de utilizarlos en la prostitución, explotación sexual

o laboral, Pornografía, narcotráfico, tráfico de órganos, servidumbre, adopciones ilegales u otras actividades ilícitas.

Se consideran medios de tráfico, entre otros, la sustitución de persona, el consentimiento fraudulento o forzado y la entrega o recepción de pagos o beneficios indebidos dirigidos a lograr el consentimiento de los progenitores, de las personas o de la institución a cuyo cargo se halla el niño, niña o adolescente.

Art. 71.- Concepto de pérdida de niños, niñas o adolescentes.- Para efectos de este Código, se considera pérdida de niños, niñas o adolescentes, su ausencia voluntaria o involuntaria del hogar, establecimiento educativo u otro lugar en el que se supone deben permanecer, sin el conocimiento de sus progenitores o responsables de su cuidado.

Art. 72.- Personas obligadas a denunciar.- Las personas que por su profesión u oficio tengan conocimiento de un hecho que presente características propias de maltrato, abuso y explotación sexual, tráfico o pérdida de que hubiere sido víctima un niño, niña o adolescente, deberán denunciarlo dentro de las veinticuatro horas siguientes de dicho conocimiento ante cualquiera de los fiscales, autoridades judiciales o administrativas competentes, incluida la Defensoría del Pueblo, como entidad garante de los derechos fundamentales.

Art. 73.- Deber de protección en los casos de maltrato.- Es deber de todas las personas intervenir en el acto para proteger a un niño, niña o adolescente en casos flagrantes de maltrato, abuso sexual, tráfico y explotación sexual y otras violaciones a sus derechos; y requerir la intervención inmediata de la autoridad administrativa, comunitaria o judicial.

Art. 74.- Prevención y políticas respecto de las materias que trata el presente título.- El Estado adoptará las medidas legislativas, administrativas, sociales, educativas y de otra índole, que sean necesarias para proteger a los niños, niñas y

adolescentes contra las conductas y hechos previstos en este título, e implementará políticas y programas dirigidos a:

1. La asistencia a la niñez y adolescencia y a las personas responsables de su cuidado y protección, con el objeto de prevenir estas formas de violación de derechos;
2. La prevención e investigación de los casos de maltrato, abuso y explotación sexual, tráfico y pérdida;
3. La búsqueda recuperación y reinserción familiar, en los casos de pérdida, plagio, traslado ilegal y tráfico; y,
4. El fomento de una cultura de buen trato en las relaciones cotidianas entre adultos, niños, niñas y adolescentes.

En el desarrollo de las políticas y programas a los que se refiere este artículo, se asegurará la participación de la sociedad, la familia, los niños, niñas y adolescentes.

Art. 75.- Prevención del maltrato institucional.- El Estado planificará y pondrá en ejecución medidas administrativas, legislativas, pedagógicas, de protección, atención, cuidado y demás que sean necesarias, en instituciones públicas y privadas, con el fin de erradicar toda forma de maltrato y abuso, y de mejorar las relaciones entre adultos y niños, niñas y adolescentes, y de éstos entre si, especialmente en el entorno de su vida cotidiana.

Las prácticas administrativas, pedagógicas, formativas, culturales tradicionales, de protección, atención, cuidado y de cualquier otra clase que realice toda institución pública o privada, deben respetar los derechos y garantías de los niños, niñas y adolescentes, y excluir toda forma de maltrato y abuso.

Art. 76.- Prácticas culturales de maltrato.- No se admitirá como justificación de las prácticas a las que se refiere este capítulo, ni de atenuación para efecto de establecer

las responsabilidades consiguientes, la alegación de que constituyen métodos formativos o que son prácticas culturales tradicionales.

Art. 77.- Protección contra el traslado y retención ilícitos de niños, niñas y adolescentes.- Se prohíbe el traslado y la retención de niños, niñas y adolescentes cuando violan el ejercicio de la patria potestad, el régimen de visitas o las normas sobre autorización para salir del país.

Los niños, niñas y adolescentes que han sido trasladados o retenidos ilegalmente, tienen derecho a ser reintegrados a su medio familiar y a gozar de las visitas de sus progenitores y otros parientes de conformidad con lo previsto en este Código.

El Estado tomará todas las medidas que sean necesarias para lograr el regreso y reinserción familiar del niño, niña o adolescente que se encuentre en la situación prevista en este artículo.

Art. 78.- Derecho a protección contra otras formas de abuso.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a que se les brinde protección contra:

1. El consumo y uso indebido de bebidas alcohólicas, tabaco, estupefacientes y sustancias psicotrópicas;
2. La participación en la producción, comercialización y publicidad de las sustancias y objetos a que se refieren los numerales 1 y 3;
3. El uso de armas, explosivos y sustancias que pongan en riesgo su vida o su integridad personal;
4. La exposición pública de sus enfermedades o discapacidades orgánicas o funcionales, para la obtención de beneficios económicos; y,
5. La inducción a los juegos de azar.

Art. 79.- Medidas de protección para los casos previstos en este título.- Para los casos previstos en este título y sin perjuicio de las medidas generales de protección previstas en este Código y más leyes, las autoridades administrativas y judiciales competentes ordenarán una o más de las siguientes medidas:

1. Allanamiento del lugar donde se encuentre el niño, niña o adolescente, víctima de la práctica ilícita, para su inmediata recuperación. Esta medida sólo podrá ser decretada por el Juez de la Niñez y Adolescencia, quien la dispondrá de inmediato y sin formalidad alguna;
2. Custodia familiar o acogimiento institucional;
3. Inserción del niño, niña o adolescente y su familia en un programa de protección y atención;
4. Concesión de boletas de auxilio a favor del niño, niña o adolescente, en contra de la persona agresora;
5. Amonestación al agresor;
6. Inserción del agresor en un programa de atención especializada;
7. Orden de salida del agresor de la vivienda, si su convivencia con la víctima implica un riesgo para la seguridad física, psicológica o sexual de esta última; y de reingreso de la víctima, si fuere el caso;
8. Prohibición al agresor de acercarse a la víctima o mantener cualquier tipo de contacto con ella;
9. Prohibición al agresor de proferir amenazas, en forma directa o indirecta, contra la víctima o sus parientes;
10. Suspensión del agresor en las tareas o funciones que desempeña;

11. Suspensión del funcionamiento de la entidad o establecimiento donde se produjo el maltrato institucional, mientras duren las condiciones que justifican la medida;

12. Participación del agresor o del personal de la institución en la que se haya producido el maltrato institucional, en talleres, cursos o cualquier modalidad de eventos formativos; y,

13. Seguimiento por parte de los equipos de trabajo social, para verificar la rectificación de las conductas de maltrato.

En casos de emergencia que aporten indicios serios de agresión o amenaza contra la integridad físicas, psicológica o sexual del niño, niña o adolescente o de delito flagrante, las entidades de atención autorizadas podrán ejecutar provisionalmente las medidas de los numerales 2 a 9, 12 y 13, y ponerlo en conocimiento de la autoridad competente en el plazo máximo de setenta y dos horas, para que disponga las medidas definitivas

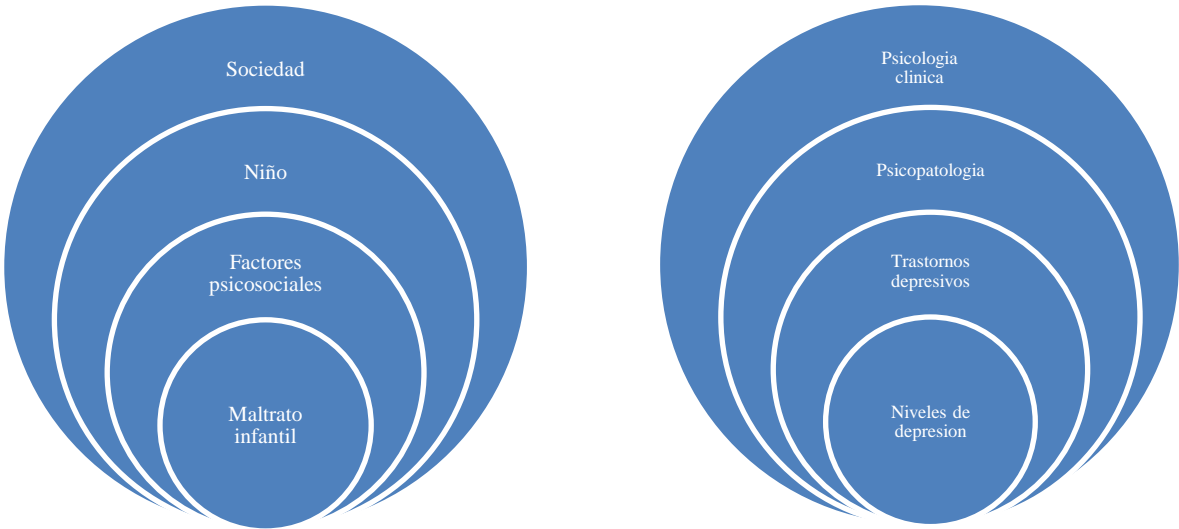
Art. 80.- Exámenes médico legales.- Los exámenes médico legales a un niño, niña o adolescente, se practicarán en estrictas condiciones de confidencialidad y respeto a la intimidad e integridad físicas y emocional del paciente.

Salvo que ello sea imprescindible para su tratamiento y recuperación, se prohíbe volver a someter a un niño, niña o adolescente víctima de alguna de las formas de maltrato o abuso señalados en este título, a un mismo examen o reconocimiento médico legal.

Los profesionales de la salud que realicen estos exámenes, están obligados a conservar en condiciones de seguridad los elementos de prueba encontrados; y a rendir testimonio propio sobre el contenido de sus informes.

Los informes de dichos exámenes, realizados por profesionales de establecimientos de salud públicos o privados y entidades de atención autorizadas, tendrán valor legal de informe pericial.

2.2 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES



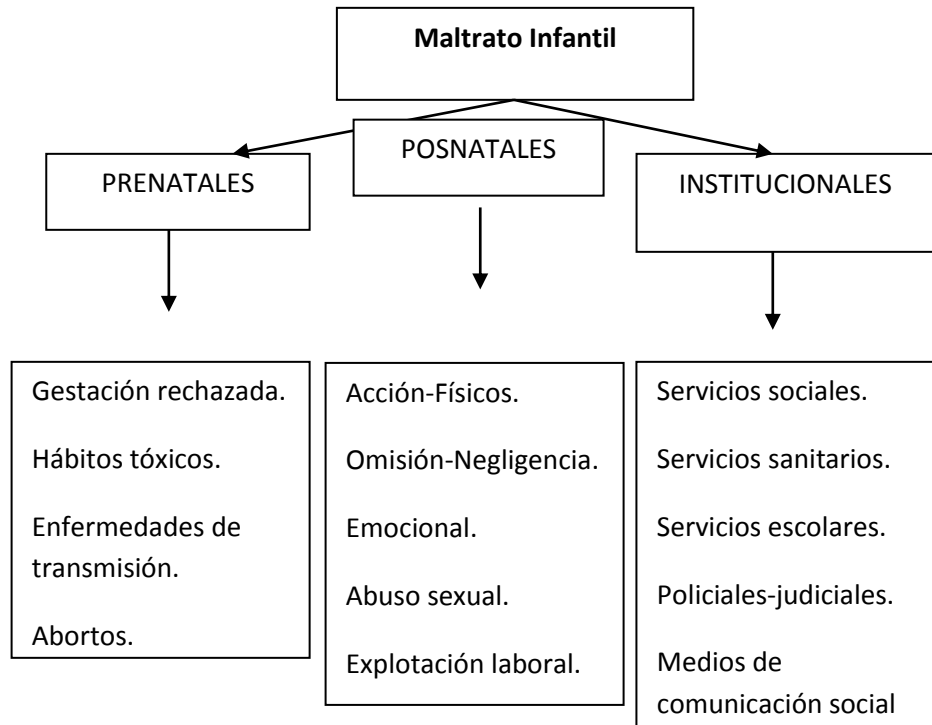
CONSTELACIONES

Autor: Eduardo Pinto

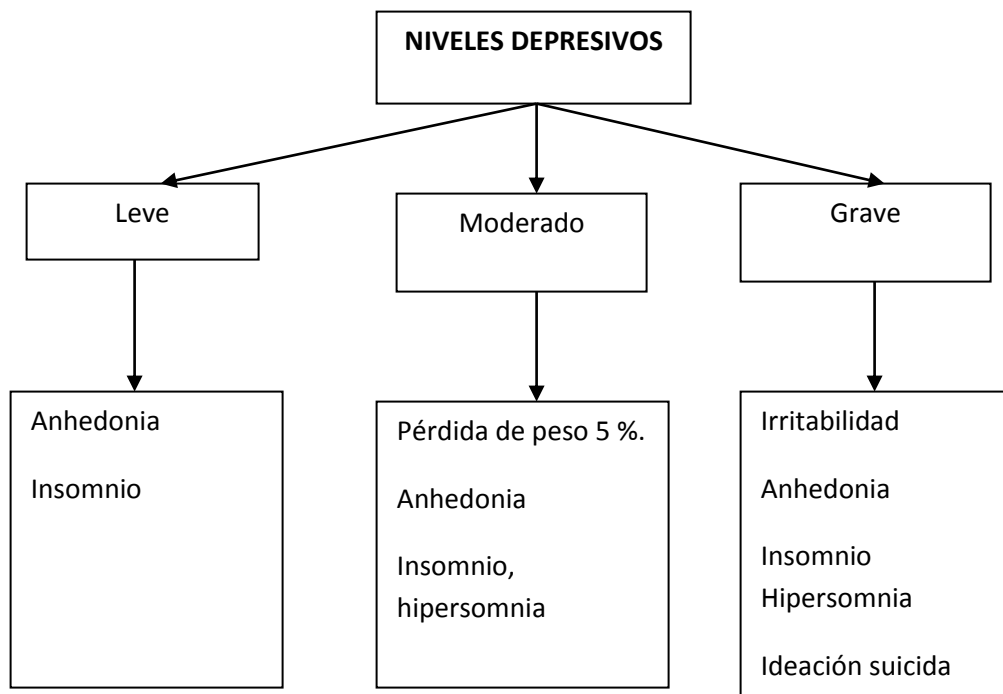
Fuente: Tesis de graduación

No.2 Gráfico

CONSTELACION DE VARIABLES



Variable dependiente



2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO CIENTÍFICA

2.2.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

SOCIEDAD

Luhmann 1997 menciona que “Al término sociedad no se asocia de hecho una representación unívoca, y lo usualmente designado como social tampoco muestra referencias objetivas uniformes. Además, el intento por describir a la sociedad no puede hacerse fuera de la sociedad: hace uso de la comunicación, activa relaciones sociales y se expone a la observación en la sociedad.”

Es una relación que se instaura entre individuos, es decir una reunión de individuos de la misma especie con un fin determinado, teniendo como factor fundamental que

tienen una forma de comunicación y activan relaciones sociales para establecerse como sociedad.

NIÑO

Tucker (1977) considera que “Socialmente el niño es un ente receptor de diferentes influencias de acuerdo con la cultura dentro de la cual ha nacido y en particular, según sean los caminos y modos en que dicha influencia han sido ejercidas sobre él sus padres y cuidadores.”

Es decir además de los rasgos genéticos que se heredan de los padres también tiene gran influencia en ellos la sociedad y más aún las personas que están en constante relación con ellos, de esta manera se va adquiriendo particularidades que irán formando al ser para enfrentar las etapas posteriores.

FACTORES POSICOSOCIALES

Pérez y Daza (1996) “El concepto de factores psicosociales hace referencia a aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, y que tienen capacidad para afectar tanto al bienestar o a la salud (física, psíquica o social) del trabajador como al desarrollo del trabajo. Así pues, unas condiciones psicosociales desfavorables están en el origen de la aparición tanto de determinadas conductas y actitudes inadecuadas.”

Son las condiciones que se encuentran dentro del entorno en el que se desenvuelve el individuo, lo que puede actuar de manera favorable o afectar hacia el mismo sujeto y su desarrollo, esto se debe a las diferentes características, estructura y organización de dichas condiciones, lo que hará que se actúe de una forma o manera determinada hacia el entorno en el que se desarrolla y desenvuelve.

EL MALTRATO INFANTIL.

Díaz y Martínez (1997) señalan que “Los malos tratos a la infancia son una constante histórica que en mayor o menor medida se presenta en todos los tiempos, inclusive el niño era anteriormente considerado como un adulto en miniatura sin necesidades específicas, por lo que nos referimos a la infancia como un invento moderno.” p. (1)

De esta manera el maltrato no es un mal resiente sino que más bien por la culturización que se ha ido implementando en estos últimos tiempos ha ido tomando un concepto diferente y un mayor grado de valoración hacia el niño, que le permite de esta manera contar con mayores derechos y protección como un ser más vulnerable, teniendo en cuenta los derechos que se han implantado en las distintas constituciones a nivel mundial.

Obteniendo como maltrato infantil al acto se precisa 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. Incluso el exponer a violencia entre la pareja se encierra dentro de las formas de maltrato infantil.

Tipos de Maltrato.

Casado y Martínez (1997) indican que “Se divide en tres grandes grupos: Los Prenatales, Postnatales (Acción-físicos, Omisión-negligencia, Emocional, abuso sexual, explotación laboral) e institucionales.” p (11).

TIPOS DE MALTRATO

Los tipos de maltrato se dan de diferente manera ya que no solo al castigo físico se le puede tipificar como tal, sino que se considera como tal a toda acción que vaya contra la integridad del niño y de esta manera pueda lesionar su desarrollo físico y

psicológico, perjudicando de cualquier manera la estabilidad y el normal desenvolvimiento del infante.

PRENATALES

Casado y Martínez (1997) En algunos casos resulta evidente el maltrato hacia el niño de parte de la madre en estado de gestación al no respetar la vida del niño desde su concepción hasta su nacimiento, realizando actos que pueden perjudicar el normal y buen desarrollo del infante en formación, además de atentar con el bienestar al actuar de una manera poco saludable para la madre y su hijo.

Gestación Rechazada.

Es la interrupción del estado de gestación por parte de la madre mediante cualquier método abortivo que detenga y elimine el proceso de formación del nuevo ser.

Hábitos tóxicos.

Es el consumo de cualquier sustancia tóxica por parte de la madre que pone en riesgo la integridad física del ser en formación

Enfermedad de transmisión

Mantener relaciones sabiendo que tiene una enfermedad que puede afectar directamente al nuevo ser.

POSTNATALES

Acción - físicos.

Hernández (2010) explican que “Este tipo de maltrato abarca una serie de actos perpetrados utilizando la fuerza física de modo inapropiado y excesivo. Es decir, es aquel conjunto de acciones no accidentales ocasionadas por adultos (padres, tutores, maestros, etc.), que originan en el niño un daño físico o enfermedad manifiesta. Aquí se incluyen golpes, arañazos, fracturas, pinchazos, quemaduras, mordeduras, sacudidas violentas, etc”.

El maltrato físico es uno de los más habituales y utilizados en la sociedad que nos desenvolvemos, porque es vista de una manera normal y aprobada para la corrección de comportamientos y conductas desaprobadas por los padres y maestros, y es realizada para tratar de corregir de una manera equivocada el comportamiento del infante, llegando de esta manera al maltrato porque se está realizando el castigo físico de una manera premeditada que causa daño al niño.

Omisión – Negligencia.

Esta es la falta de responsabilidad en el cuidado de los niños, es decir tanto en el cuidar como en proteger íntegramente y sin poner ningún tipo de límite, el incumplimiento de derechos básicos por descuido de parte de los encargados o padres, que de esta manera está violentando y cometiendo un daño al bienestar del infante.

Emocional.

Hernández (2010) expresa que “Es aquel conjunto de manifestaciones crónicas, persistentes y muy destructivas que amenazan el normal desarrollo psicológico del niño. Estas conductas comprenden insultos, desprecios, rechazos, indiferencia, confinamientos, amenazas, en fin, toda clase de hostilidad verbal hacia el niño.” Este tipo de maltrato es uno de los más frecuentes, que pasan los niños de todas las edades y no solo por parte de los padres sino de la sociedad ya que a menudo son víctimas de insultos y denigraciones, este tipo de maltrato no influye solo el aura emocional del infante sino también en el plano psicológico porque va deteriorando su autoestima y va creando en él, complejos diferentes a la realidad, debido a que las palabras no son asimiladas de manera adecuada y crea estereotipos que a posteriori le van a afectar no solo en el desenvolvimiento social sino también en el personal y familiar.

Es el método más utilizado para disciplinar a un niño, sin tomar las consecuencias que este tipo de maltrato puede ocasionar en etapas posteriores al desarrollo e ir acarreado como un comportamiento normal de disciplinar a una persona.

Abuso sexual

De Paúl, (1988) "La implicación de un niño o de un adolescente menor en actividades sexuales ejercidas por los adultos y que buscan principalmente la satisfacción de éstos, siendo los menores de edad inmaduros y dependientes y por tanto incapaces de comprender el sentido radical de estas actividades ni por tanto de dar su consentimiento real. Estas actividades son inapropiadas a su edad y a su nivel de desarrollo psicosexual y son impuestas bajo presión, por la violencia o la seducción, y transgreden tabúes sociales en lo que concierne a los roles familiares".

Es decir cualquier tipo de placer sexual con un niño de parte de un adulto a partir una perspectiva de poder o autoridad. No es preciso que exista un contacto físico (en forma de penetración o tocamientos) para que sea considerada la existencia de abuso sino que de cierta forma se utilice al niño como objeto de estimulación sexual incluyendo aquí el incesto, violación, la vejación sexual (tocamiento/manoseo a un niño con o sin ropa, animar, obligar o consentir a un niño el contacto de manera inadecuada al adulto), así como también el abuso sexual sin tener un contacto físico (incitación verbal, solicitud indecente, exposición de órganos sexuales a un niño para obtener gratificación sexual).

Explotación laboral

Casado y Martínez (1997) señala que: "la explotación laboral se refiere a cualquier forma de utilización de un niño para obtener gratificación económica u obligarle a realizar un tipo de trabajo forzado para ganancia económica del tutor o padre, de esta manera se viola derechos que pueden entorpecer la salud mental y el bienestar del infante".

INSTITUCIONALES

Casado y Martínez (1997) expone que: Es el maltrato del modo que se violan derechos indispensables del niño como son trabajos para algún adulto, o que sirva de algún modo para promocionar algo que sea malo para el bienestar del niño.

Detección del maltrato

La idea popular de un niño "golpeado" hace creer y visualizar equívocamente la imagen de un infante conmovedor, sucio y con moretones, que tiene una mirada triste y apartado de la sociedad. La imagen del niño que sufren de una variedad infinita de abusos, muy frecuentemente y a menudo por sus propios padres y por lo general sin lesión evidente ni queja.

Los maltratos incluyen ofensas verbales que denigran y deterioran su autoestima, teniendo que van desde los extremos de la violación y el asesinato, hasta la más fría negación de amor. El niño que crece sin esperar nada sino un entorno no apto asimilará a vivir dentro de estos límites e instalara su conducta de tal forma que no traiga la mínima agresividad. Los niños tienden a aprender desde época temprana, procurar la complacencia de cualquier adulto con el que puedan entrar en contacto como forma de protegerse a sí mismos.

El detectar el maltrato en un niño no se supedita solo a una evaluación física, la observación y la no existencia de muestras de haber sido golpeado sino más bien mirar el normal comportamiento de un niño. No basta con notar cualquier cambio en las interacciones sociales de un niño en particular, pues el niño agredido constantemente puede haber sufrido desde la primera infancia. Por consiguiente, cuando un niño parece comportarse de un modo anormal, deberá considerarse la posibilidad de que la causa sea el maltrato.

Indicadores de Maltrato Infantil

Faraone (2000) señala que: El niño no sabe defenderse ante las agresiones de los adultos, no pide ayuda, esto lo sitúa en una posición vulnerable ante un adulto agresivo. Los niños que sufren maltrato tienen múltiples problemas en su desarrollo evolutivo, déficits emocionales, conductuales y socio-cognitivos que le imposibilitan

un desarrollo adecuado de su personalidad. Es por esto que es importante la pronta detección del maltrato que pueda estar sufriendo un infante.

las señales principales que demuestran los niños que han sido víctimas de maltrato no son comunicando lo que ha sucedido ni muchos menos señalando el maltrato del que ha sido víctima, sino más bien se manifiesta en comportamientos y en la esfera emocional.

En el NIÑO:

- Signos físicos en reiteradas ocasiones (moretones, señales, heridas, etc.)
- Desaseo, con vestimenta no adecuada, etc.
- Señales de agotamiento o apatía permanente.
- Transformación de la conducta normal del niño sin un motivo aparente.
- Conducta agresiva.
- Retraimiento social.
- Hipervigilia.
- La conducta sexual y conocimientos inadecuados para su edad.
- Evita estar en el ambiente familiar.
- Disminución de vínculos sociales con los demás niños.
- Poco interés en la escolaridad.
- Dolores frecuentes sin motivos aparentes.
- Problemas alimenticios.
- Ausencia en clases sin justificación aparente.
- El desarrollo físico, emocional e intelectual es más retrasado a los de los otros niños.
- Conductas antisociales.
- Síntomas de depresión.
- Conductas no acordes a la edad.
- Relaciones deterioradas con personas adultos.
- Enfermedades constantes sin motivo aparente.

Causas.

Factores relacionados con la personalidad de los padres y cuidadores:

Cuando se trata de una manera no adecuada a los niños, estos se se caracterizan por ser bajo nivel de tolerancia y rígidos, escaso control de sí mismos, baja autoestima y generalmente son hostiles, gran nivel de ansiedad y tienden a ser depresivas.

- Factores que están asociados a los niños.

El mayor grado de vulnerabilidad hacia el maltrato de los niños y las niñas está inclinado hacia aquellos que presentan problemas en el comportamiento, temperamento difícil, discapacidad física y/o mental y o un deficiente rendimiento académico. Esto porque los infantes tienden a ser más dependientes de las personas que los cuidan además tiene menos habilidades y posibilidades para denunciar lo que les sucede, por la misma naturaleza recelosa y retraimiento que presenta.

- Factores de riesgo que van asociados al contexto familiar.

Dentro de esto se puede señalar el estrés familiar que ocasiona el desempleo de los padres así como las limitaciones y problemas económicos que pueden estar influyendo en el ambiente familiar, peleas entre miembros de la familia, la inexperiencia y edad de los padres (jóvenes), la presencia de padrastros y madrastras, hogares incompletos, los familias numerosas, como son la presencia de miembros que no pertenecen al núcleo familiar.

- Factores ambientales.

El consumo de sustancias que provoquen un comportamiento y una conducta violenta en los padres, los embarazos no deseados y el círculo del maltrato que es que los padres pertenezcan a una familia en la que el maltrato era el medio adecuado para corregir conductas (hijos maltratados-padres maltratadores).

Consecuencias

Las consecuencias del maltrato pueden ser muy variadas ya que produce no solo secuelas a corto sino también a largo plazo, ya que el maltrato además también se convierte en un círculo que tiende a repetirse con la persona que una vez fue víctima de esto.

A corto plazo puede provocar baja autoestima, y secuelas psicológicas que afectan a la futura personalidad que se va formando el niño.

2.2.2 VARIABLE DEPENDIENTE

PSICOLOGIA CLINICA

Bernstein y Nietzel (1980) “Es la combinación de investigación, evaluación e intervención, necesaria para entender en términos psicológicos la conducta humana y los conflictos internos, respetando a la persona en su individualidad e intentando ayudarla en sus necesidades dentro de una sola disciplina lo que da la forma y esencia de la Psicología Clínica”.

PSICOPATOLOGIA

Zeigarnik (1976) cita que “La psicopatología es una rama de la psicología. Sus aportaciones tienen un valor teórico y práctico para la psicología y la psiquiatría. En este sentido se la puede considerar como una ciencia fronteriza”.

TRASTORNOS DEPRESIVOS

Depresión

CIE10 (1992) señala que: “La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en

cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipochondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.”

Etiología y causas de la depresión

Orígenes de la depresión

Natalia (2012) apunta que: No puede existir una idea clara y concluyente acerca de la causa de los trastornos del estado de ánimo. Así como tampoco se puede hablar de un único origen de las depresiones, ya que se sabe que no existe solo tipo de depresión (desde siempre se ha hablado de depresiones exógenas o reactivas y depresiones endógenas, dando a entender que había depresiones motivadas principalmente por factores externos -las exógenas- y depresiones que estaban más determinadas por la constitución misma de la persona, y aparentemente no tenían desencadenantes externos -las endógenas). Esto se ha abordado desde distintos puntos de vista, lo que da lugar a diferentes explicaciones que inciden tanto en aspectos biológicos, psicológicos o sociales. El pasar de los tiempos ha reconocido que no es posible emplear un modelo único que pueda explicar y aclarar completamente el origen de un trastorno depresivo, observándose que estos modelos se han de integrar entre sí y no son excluyentes entre ellos. En general, lo que se puede manifestar es la existencia de una mayor o menor predisposición a padecer un trastorno depresivo ante ciertos factores desencadenantes de mayor o menor dimensión. Dependiendo esto de la persona y factores vulnerabilidad ante una determinada manera así como frente, a una o varias circunstancias, en un determinado momento del curso de la vida desembocarían en una depresión.

Factores predisponentes

El concepto de predisposición hace referencia a los factores biológicos, psicológicos y sociales, que concurren de forma continuada y facilitan y además predisponen al desarrollo del efecto.

Depresión Infantil

Durante un largo tiempo la comunidad científica, por estrictas razones teóricas, sostenían que la Depresión Infantil no existía (coincidiendo con la poca importancia que se le daba a la salud mental de los niños). Sin embargo en el mundo real existían niños deprimidos y algunos clínicos empezaron a revelarse contra la ortodoxia que vetaba la posibilidad de su existencia.

Esta empezó a ocurrir hacia los años 90 en distintos campos de la psicología aplicada, y comenzaron a aparecer estudios relacionados con la Depresión Infantil bajo los nombres de Akerson (1942); Spitz (1945); Bowlby(1951); entre otros.

A principio de los años 60, Horlow (1961), observa en los monos separados de sus madres exactamente el mismo tipo de conducta que había señalado Spitz y Bowlby en los niños. El carácter experimental de la psicología comparada, produjo un impacto especial para este tipo de hallazgo y comenzó a tomarse un poco más en serio la posibilidad de la existencia de la depresión en los niños, puesto que los monos parecían ser capaces de desarrollar pero realmente las aceptación de la existencia de la Depresión Infantil fue posible gracias al ascenso del paradigma cognitivo de los años setenta que permitió el estudio de los procesos interiorizados. Ya en el año 1975 la depresión infantil (DI), fue aceptada por el National Institute of Mental Health, como concepto y entidad psicopatológica.

Etimología

De acuerdo con su etimología la palabra "Depresión" deriva del vocablo latín "depressio" cuya traducción literal es hundimiento, sensación bastante cercana a la que tiene los deprimidos de estar en el fondo de un pozo negro.

Y la palabra "infante" se deriva del latín *infantis* la cual empieza con la partícula *in* de negación y después el principio del verbo *for, faris* que es habla cuya traducción literal es el que no habla . Así se le empezó a llamar a los niños pequeños cuando todavía no hablan.

Definición

Se puede definir al maltrato infantil como una situación afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración que ocurre en un niño. Se habla de depresión mayor cuando los síntomas son mayores de dos semanas y de trastornos distímico cuando pasan de un mes.

Los partidarios de una Depresión Infantil, especifica se ubican en dos tendencia, a saber "los evolucionistas", los cuales señalan que la Depresión Infantil se va evolucionando según la época de vida del niño en la que se presenta, sostiene pues la existencia de una Depresión Infantil Evolutiva así como también existen los que señalan una depresión infantil con sintomatología propia, no igualable a la de un adulto, sino que más bien esta se manifiesta con problemas de conducta, de allí el nombre de Depresión Infantil Enmascarada, puesto que muchos profesionales equivocan su diagnóstico.

Síntomas de depresión

- Tristeza prolongada o llanto fácil y sin explicación.
- Cambios notables en hábitos alimenticios y de sueño.
- Irritabilidad, enojo, preocupación, agitación y ansiedad.
- Pesimismo e indiferencia.
- Pérdida de la energía y letargo persistente.
- Sentimientos de culpa

- Baja autoestima.
- Problemas de concentración y dificultad en la toma de decisiones.

NIVELES DEPRESIVOS

Son los distintos estadios de un estado de ánimo alterado y que se encuentra fuera de una tristeza común, caracterizados por distintos síntomas en los diferentes niveles que la depresión alcanza.

CIE10 (1992) señala como:

F32.0 Episodio depresivo leve

Pautas para el diagnóstico

Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente (en F32.-, página 152). Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:

F32.00 Sin síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos síndrome somático o ninguno.

F32.01 Con síndrome somático

Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y también están presentes cuatro o más de los síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

F32.1 Episodio depresivo moderado

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síndrome somático:

F32.10 Sin síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síndromes somáticos.

F32.11 Con síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más de los síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

Incluye:

Episodios depresivos aislados de depresión agitada.

Melancolía.

Depresión vital sin síntomas psicóticos.

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en F32.2, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo (ver F30.2).

Incluye: Episodios aislados de:

Depresión mayor con síntomas psicóticos.

Depresión psicótica.

Psicosis depresiva psicógena.

Psicosis depresiva reactiva.

2.6 HIPÓTESIS

¿El maltrato acción-físico en la etapa posnatal infantil es incidente en el nivel depresivo moderado?

2.7 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPÓTESIS

Variable dependiente: Niveles de depresión

Variable independiente: Maltrato infantil.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 ENFOQUE

El siguiente trabajo tiene un enfoque predominantemente cualitativo debido a que es un estudio transversal y tiene un enfoque social, sin dejar de lado al componente cuantitativo porque las cifras estadísticas validan el proceso de aprobación de la hipótesis en la investigación.

3.2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

La siguiente investigación es de interacción campo, bibliográfica documental.

Exploratoria, Campo y Bibliográfica.- porque el trabajo de investigación tendrá la recolección de información sobre el tema a investigar obtenidos a través de libros, revistas, fichas, internet.

3.3 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN

Nivel descriptivo.- Ya que mediante este tipo de investigación, que utiliza el método de análisis, y de esta manera señalar las principales características y propiedades.

Correlacional.- La presente investigación será correlacional, con la cual se establecerá el análisis, se realizara comparaciones entre las dos variables planteadas y se podrá establecer predicciones

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de la presente investigación está integrada por 80 niños de la Escuela “MANUELA ESPEJO”.

N:80

n:80

3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

CONTEXTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	T:TECNICAS I:INSTRUMENTOS
<p>Maltrato infantil: Martínez (1997) Es un acto por acción u omisión que vaya en contra de la integridad física o psicológica en la cual se evidencia su afectación en la etapa posnatal, denominándolo maltrato posnatal.</p>	<p>ETAPA POSNATAL</p> <p>Acción - físicos.</p> <p>Omisión – Negligencia.</p> <p>Emocional.</p> <p>Abuso sexual.</p> <p>Explotación laboral.</p>	<p>PRESENCIA</p> <p>NO PRESENCIA</p> <p>Puñetes.</p> <p>Patadas.</p> <p>Falta de protección.</p> <p>Incumplimiento de derechos.</p> <p>Insultos.</p> <p>Rechazos.</p> <p>Tocamientos.</p> <p>Penetración.</p> <p>Trabajos forzados.</p> <p>Forzamiento para obtener ganancia.</p>	<p>¿Que clase de discusión se da en su ambiente familiar?</p> <p>¿De que manera son son las agresiones cuando suceden las discusiones?</p>	<p>Cuestionario sobre Maltrato de Eduardo Pinto</p>

CONTEXTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	T:TECNICAS I:INSTRUMENTOS
<p>La depresión infantil: CIE10 “Es un estado de ánimo bajo la mayor parte del tiempo durante algún periodo, que afecta la vida del infante y se lo puede evidenciar en el desinterés que tiene al realizar ciertas actividades o en el ámbito social y personal.”</p>	<p>1.- Leve</p> <p>2.- Moderado</p> <p>3.- Grave</p>	<p>Anhedonia</p> <p>Insomnio</p> <p>Perdida de peso en un 5%</p> <p>Anhedonia.</p> <p>Insomnio, hipersomnía.</p> <p>Perdida de vitalidad.</p> <p>Anhedonia.</p> <p>Irritabilidad.</p> <p>Perdida de peso en un 5%</p> <p>Insomnio, hipersomnía</p> <p>Ideación suicida.</p>	<p>¿Como está su estado de ánimo últimamente?</p> <p>¿Ha sentido que no tiene la misma vitalidad que hace un tiempo atrás?</p> <p>¿Ha pensado que si usted no viviese los demás estarían mejor?</p>	<p>INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK VERSION ABREVIADA.</p>

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK VERSION ABREVIADA.

Validez: El BDI-IA contempla seis de los nueve criterios diagnósticos establecidos en el DSM-III (Beck, Steer, Ball, & Ranieri, 1996) que se miden mediante 13 ítems, en una escala de cuatro puntos, cuya suma total fluctúa entre 0 y 39 puntos. En 1986 se realizó un estudio para determinar la validez concurrente del inventario en esta versión comparándola con la escala de Hamilton para depresión y con la escala de Widlocher. En nuestro estudio con la versión de 13 ítems, puntajes mayores de 5 ya se consideraron significativos para la presencia de manifestaciones depresivas. El síntoma de Trastornos psicómotores del DSM-IV es el único que no cubre el BDI. En cuanto a los 3 criterios restantes incluidos en la definición de episodio depresivo mayor, todos ellos no sintomáticos, el BDI cubre al menos el criterio de deterioro en el funcionamiento (Criterio C) con el ítem referido a problemas laborales –véase un análisis más detallado en Vázquez y Sanz (1997). Por lo tanto, el BDI tiene una razonable validez de contenido si tomamos como criterio la definición de episodio depresivo mayor propuesta en el DSM-IV. No obstante, a pesar de estas correspondencias, jamás debe utilizarse el BDI como una herramienta diagnóstica de depresión (Vázquez, 1986, 1995).

Fiabilidad: El BDI, desarrollado originalmente por Beck y sus colaboradores en 1961, cuenta con más de 500 estudios publicados que avalan sus propiedades psicométricas en población clínica y no clínica, así como su uso transcultural en investigación (Beck & Steer, 1984; Mukhtar & Tian, 2008).

Depresión Ausente/Mínima	Depresión leve	Depresión Moderada	Depresión Grave
0-4	5-7	8-15	15>

3.7 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
1.- ¿Para qué?	Para recolectar información y determinar el maltrato infantil y su incidencia en el los niveles depresivos.
2.- ¿De qué personas?	Alumnos de quinto año.
3.- ¿Sobre qué aspectos?	El maltrato infantil y su incidencia en los niveles depresivos.
4.- ¿Quién?	Eduardo Pinto.
5.- ¿Cuándo?	Período Febrero 2013 – Julio 2013..
6.- ¿Dónde?	Escuela “MANUELA ESPEJO”.
7.- ¿Cuántas veces?	Veces que sean necesarias
8.- ¿Qué técnicas de recolección?	Observación, entrevistas, encuestas, test.
9.- ¿Con qué?	Cuestionario no estructurado y Estructurado, además de un test
10.- ¿En qué situación?	En el diario vivir

3.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS.

- ✓ Revisión crítica de la información recogida; es decir limpieza de la información defectuosa: contradictoria, incompleta, no pertinente, etc.
- ✓ Repetición de la recolección, en ciertos casos individuales, para corregir errores en las respuestas.
- ✓ Tabulación o cuadros según variables de cada hipótesis.
- ✓ Cuadros de una sola variable.
- ✓ Manejo de información (reajuste de cuadros con casillas vacías o con datos tan reducidos cuantitativamente, que no influyen significativamente en los análisis).
- ✓ Estudio estadístico de datos para presentación de resultados.

Análisis e interpretación de resultados

- ✓ Análisis de los resultados estadísticos, destacando tendencias o relaciones fundamentales de acuerdo con los objetivos e hipótesis.
- ✓ Interpretación de los resultados, con apoyo del marco teórico, en el aspecto pertinente.
- ✓ Comprobación de hipótesis. Para la verificación estadística conviene seguir la asesoría de un especialista.
- ✓ Establecimiento de conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO IV

4.1.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK VERSION ABREVIADA APLICADO A ESTUDIANTES.

Estado de Animo

Calificación	Pregunta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa.
0	No me siento triste	42	52%
1	Me siento triste o melancólico	38	48%
2	Constantemente estoy melancólico o triste y no puedo superarlo	0	0%
3	Me siento tan triste o infeliz que no puedo resistirlo	0	0%
TOTAL		80	100%

Cuadro #1 : Estado de ánimo

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Sobre el estado de ánimo el 52% correspondiente a 42 personas manifiesta no se siente triste, 38 que es el 48% señala que se siente triste o melancólico, mientras que nadie responde que este constantemente triste y no pueda superarlo o se sienta tan triste o infeliz que no pueda resistirlo.



Gráfico # 1: Estado de ánimo

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El estado de ánimo es la manera de expresarse la vida afectiva en forma prolongada o permanente por lo que un 48% constantemente estuvieron melancólicos o tristes y no pueden superarlo afectando su estabilidad emocional, un 52% no se encontraron tristes y melancólicos, lo que demuestra que existe una desestabilidad emocional en cuanto a las cosas que suceden tanto en el hogar como en el ámbito escolar afectando de cierta manera su estado de ánimo.

Pesimismo

Calificación	Pregunta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa.
0	No soy particularmente pesimista y no me encuentro desalentado respecto al futuro	17	21%
1	Me siento desanimado respecto al futuro	46	58%
2	No tengo nada que esperar del futuro	17	21%
3	No tengo ninguna esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar.	0	0
TOTAL		80	100%

Cuadro #2 : Pesimismo.

Fuente: Investigación de campo.

Elaborado por: Eduardo Pinto.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Sobre el pesimismo de la persona el 21% correspondiente a 17 personas manifiesta que no es particularmente pesimista y no se encuentra desalentado respecto al futuro, 46 que es el 58% señala que se siente desanimado respecto al futuro, mientras 17 que es el 21% aduce no tener nada que esperar del futuro.

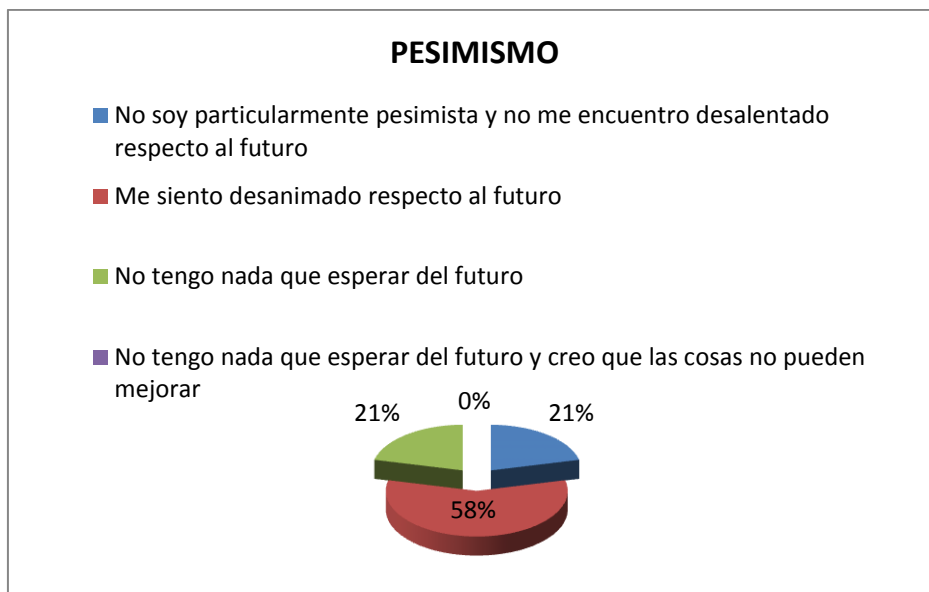


Gráfico #2: Estado de ánimo

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El pesimismo es la propensión a ver y juzgar las cosas en su aspecto más desfavorable sintiéndose un 58% desanimado respecto al futuro por la edad y su entorno familiar un 21% no esperando nada del futuro porque sienten que todo está manifestado, un 21% no se considera pesimista y desalentados respecto al futuro. De manera que pueden visualizar de cierta manera como les está afectando y saben las consecuencias que esto podría acarrear en el futuro, lo que de forma repercute en el infante, provocándole preocupación.

Sentimientos de Fracaso

Calificación	Pregunta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa.
0	No me siento fracasado	34	43%
1	Creo que he fracasado más que la mayoría de las Personas	41	51%
2	Cuando miro hacia atrás en mi vida, todo lo que veo son un montón de fracasos	5	6%
3	Creo que como persona soy un completo fracasado	0	
TOTAL		80	100%

Cuadro # 3: Sentimientos de fracaso

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Sobre los sentimientos de fracaso el 43% correspondiente a 34 personas manifiesta no sentirse fracasado, 41 que es el 51% señala que cree que ha fracasado más que la mayoría de las personas, mientras el 5 que es el 6% aducen que cuando miran hacia atrás en su vida, todo lo que ven son un montón de fracasos.

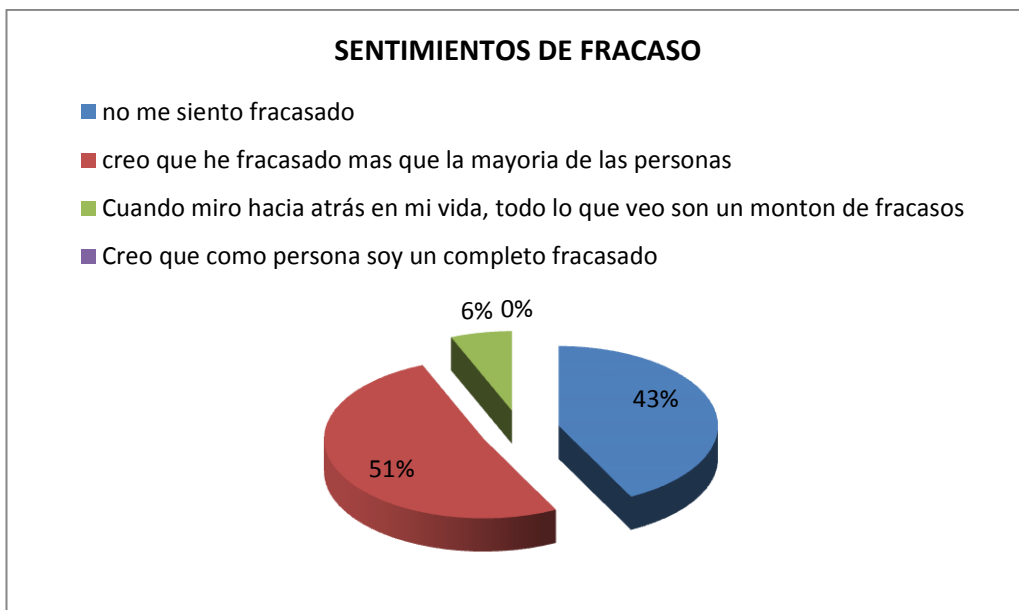


Gráfico # 3: Sentimientos de fracaso

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El sentimiento de fracaso es un estado del ánimo afligido por un suceso triste o doloroso malogrado, resultando lastimoso, inopinado y funesto algunos cuando miraran su vida todo lo que ven son fracasos representados con un 6%, un 51% creen que han fracasado más que la mayoría de las personas, de esta manera se puede evidenciar que no existe un apoyo de parte de maestros ni padres que les ayuden a procesar ciertas cosas que pasan en el entorno del niño sino más bien se les puede estar reprochando por los fracasos o los errores que comete lo que hace percibir al niño como errores constantes en su vida.

Odio a si mismo

Calificación	Pregunta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa.
0	No estoy particularmente descontento	53	66%
1	No disfruto de las cosas como antes	24	30%
2	No encuentro satisfacción en nada	3	4%
3	Me siento descontento de todo	0	0%
TOTAL		80	100%

Cuadro # 4: Odio a si mismo

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Sobre el odio a sí mismo el 66% correspondiente a 53 personas manifiesta no estar particularmente descontentas, 24 que es el 30% señala que no disfruta de las cosas como antes, mientras que 3 que es el 4% aduce no encontrar satisfacción en nada.

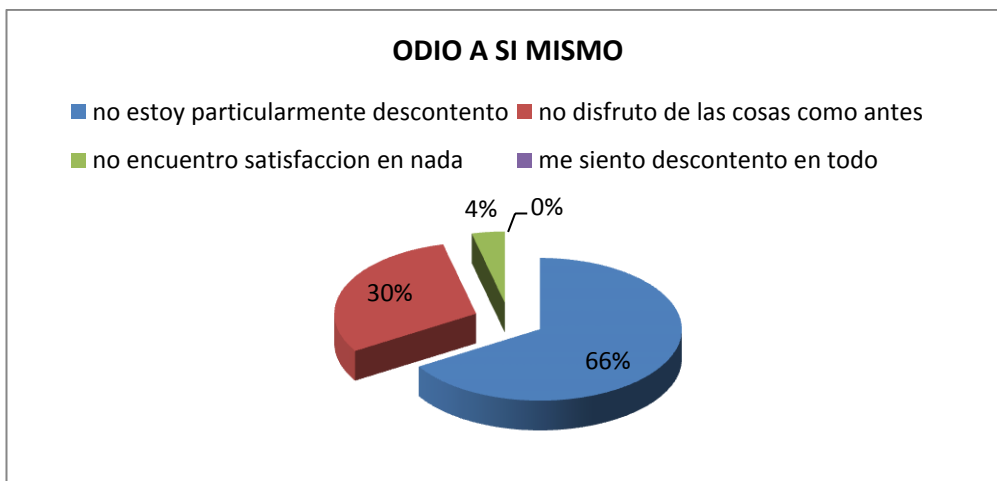


Gráfico # 4: Odio a si mismo

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El odio a sí mismo es una antipatía y aversión hacia algo o hacia alguien cuyo mal se desea, no encontrando satisfacción en nada representado con un 4% por lo que se creó una impotencia hacia sí mismo no disfrutando de las cosas como antes por una depreciación de energías para resolverlos con un 30% no disfruta de las cosas como antes, teniendo que en esta población ha perdido el interés debido a múltiples factores que podrían afectar en la estabilidad de la persona.

Sentimiento de culpa

Calificación	Pregunta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa.
0	No me siento particularmente triste	32	40%
1	Me siento malo o indigno muchas veces	47	59%
2	Me siento culpable	1	1%
3	Pienso que soy muy malo e indigno	0	0%
TOTAL		80	100%

Cuadro #5: Sentimiento de Culpa

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Sobre los sentimientos de culpa el 40% correspondiente a 32 personas manifiesta no sentirse particularmente triste, 47 que es el 59% señala que sentirse malo o indigno muchas veces, mientras 1 persona que es el 1% aduce sentirse culpable.



Gráfico # 5: Sentimiento de Culpa.

Fuente: Investigación de campo.

Elaborado por: Eduardo Pinto.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Los sentimientos de culpa es un fenómeno afectivo que se realiza con menor intensidad y mayor duración siendo esta acción u omisión lo que provocó un sentimiento de responsabilidad por un daño causado hacia sí mismo o a terceras personas con un 40% no sintiéndose particularmente tristes creyendo que saben enfrentar los problemas de mejor manera un 59% llegaron a sentirse malos e indignos debido por el tardo que han recibido en sus hogares.

Insatisfacción

Calificación	Pregunta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa.
0	No me siento decepcionado conmigo mismo	28	35%
1	Estoy decepcionado conmigo mismo	52	65%
2	Estoy disgustado conmigo mismo	0	15%
3	Me odio	0	0%
TOTAL		80	100%

Cuadro # 6: Insatisfacción

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Sobre la insatisfacción el 35% correspondiente a 28 personas manifiesta no sentirse decepcionado consigo mismo, 52 que es el 65% señala estar decepcionado consigo mismo, mientras que un 0% aduce estar disgustado consigo mismo o que se odie.



Gráfico # 6: Insatisfacción

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La insatisfacción es la falta de satisfacción a una queja, muchas veces ocasionadas por los malos tratos que reciben en el ámbito familiar, viniendo afectando a su estado de ánimo por los que un 65% están decepcionados consigo mismos considerando o planes futuros propuestos tanto de manera familiar como personal un 35% no se mostró decepcionado consigo mismo.

Impulsos Suicidas

Calificación	Pregunta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa.
0	No tengo pensamientos de dañarme	80	100%
1	Creo que estaría mejor muerto	0	0%
2	Tengo planes precisos para suicidarme	0	0%
3	Me mataría si tuviera ocasión	0	0%
TOTAL		80	100%

Cuadro # 7: Impulsos suicidas

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Sobre el impulso suicida el 100% correspondiente a 80 personas manifiesta no tener pensamientos de dañarse o atentar contra su integridad.

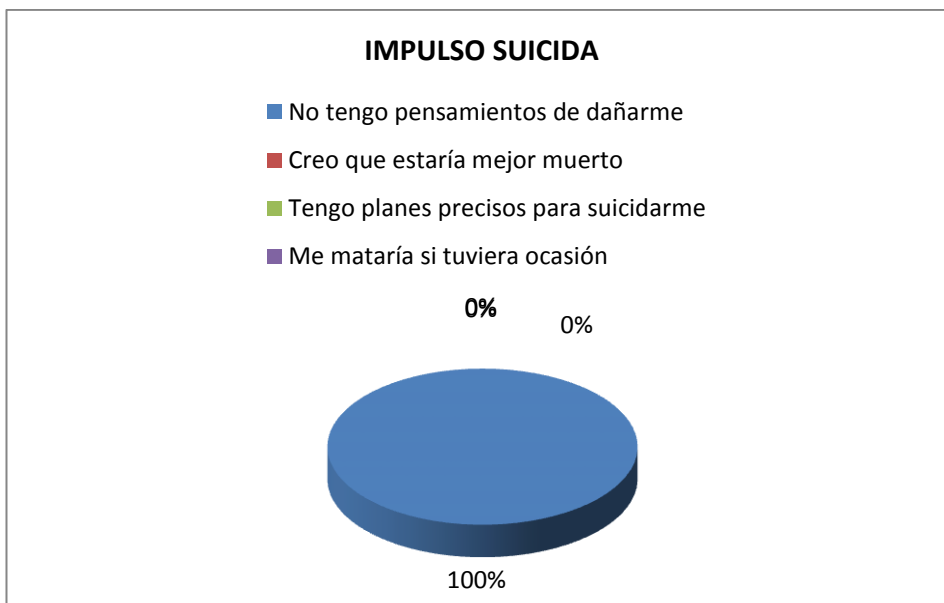


Gráfico # 7 : Impulsos suicidas

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Impulso suicida es un deseo o motivo afectivo que induce a hacer algo de manera súbita, sin reflexionar y puede dañar o destruir a la propia agente de los 80 estudiantes encuestados ninguno presenta la motivación de dañarse o atentar en contra de su integridad física.

Aislamiento social

Calificación	Pregunta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa.
0	No he perdido el interés por los demás	27	34%
1	Estoy menos interesado en los demás que antes	48	60%
2	He perdido la mayor parte del interés por los demás y pienso poco en ellos	5	6%
3	He perdido todo el interés por los demás y no me importa en absoluto	0	0%
TOTAL		80	100%

Cuadro # 8: Aislamiento social

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Sobre el aislamiento social el 34% correspondiente a 27 personas manifiesta no haber perdido interés por los demás, 48 que es el 60% señala que se siente menos interesada en los demás que anteriormente, mientras que 5 que es el 6% responde que ha perdido la mayor parte del interés por los demás y piensa poco en ellos.

AISLAMIENTO SOCIAL

- no he perdido el interes por los demas
- estoy menos interesado en los demas como antes
- He perdido el interes por los demas
- He perdido todo el interés por los demás y no me importa en lo absoluto
-

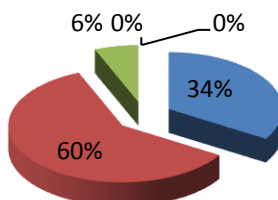


Gráfico # 8: Aislamiento social

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El aislamiento social es una incomunicación, desamparo hacia la sociedad o compañeros un 60% se exhibieron menos interesados en los demás que antes otros perdieron la mayor parte del interés por los demás y pensando poco en ellos descuidando los grupos, tareas y obligaciones un 6%, mientras el 34% refiere no haber perdido el interés por los demás.

Indecisión

Calificación	Pregunta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa.
0	Tomo mis decisiones con la misma a facilidad que antes	57	71%
1	Trato de no tener que tomar decisiones	21	26%
2	Tengo grandes dificultades para tomar decisiones	2	3%
3	Ya no puedo tomar decisiones	0	0%
TOTAL		80	100%

Cuadro # 9: Indecisión

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Sobre la indecisión el 71% correspondiente a 57 personas manifiesta que toma sus decisiones con la misma facilidad de antes, 21 que es el 26% señala que trata de no tener que tomar decisiones y 2 que es el 3% aduce que tiene grandes dificultades para tomar decisiones.

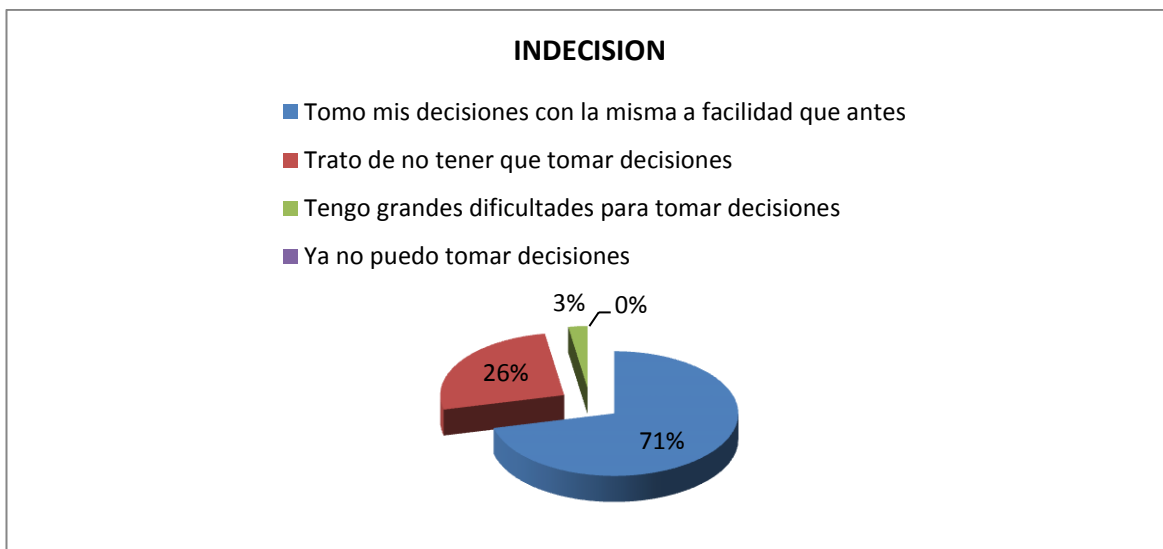


Gráfico # 9: Indecisión

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Una indecisión es una falta de o problema en tomar un camino o alternativa hacia un evento o cosa importante dentro de sus vidas evidenciado por un 3% tienen grandes dificultades para tomar decisiones en su vida, un 26% trataron de no tener que tomar decisiones designando a sus familiares o personas más cercanas, un 71% tomaron sus decisiones con la misma facilidad que antes. Dando como resultado que los niños están evitando tomar decisiones cruciales y delegando estas a una persona por miedo a fallar en las decisiones tomadas.

Imagen Corporal

Calificación	Pregunta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa.
0	No creo que mi aspecto haya empeorado	80	100%
1	Estoy preocupado porque me veo poco atractivo	0	0
2	Creo que mi aspecto empeora constantemente quitándome Atractivo	0	0
3	Siento que mi aspecto es feo y repulsivo	0	0
TOTAL		80	100%

Cuadro # 11: Aspecto físico

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Sobre el aspecto físico el 100% correspondiente a 80 personas manifiesta que no cree que su aspecto haya empeorado.

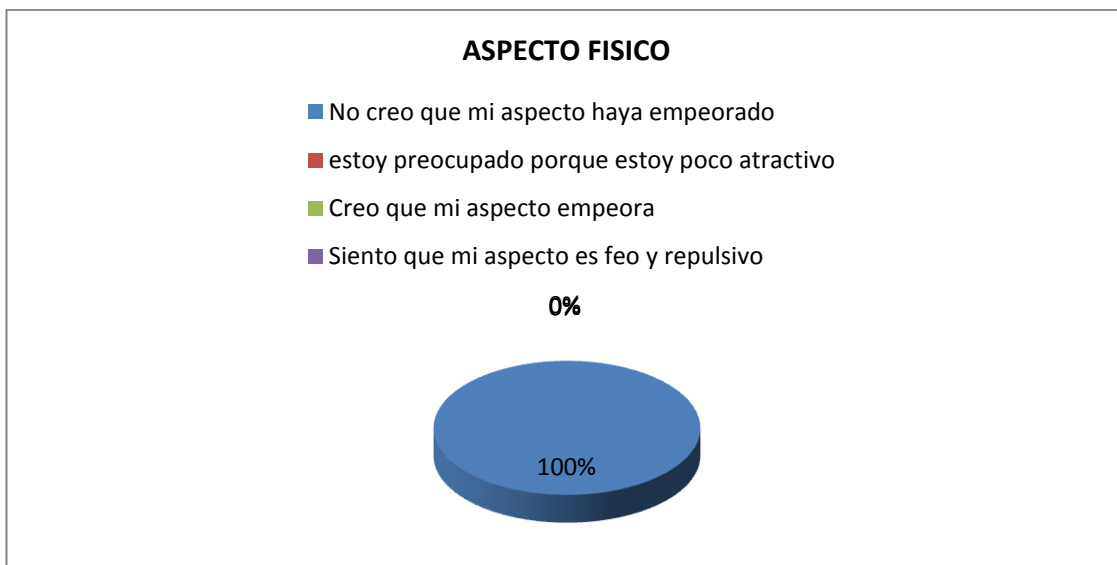


Gráfico # 10 : Aspecto físico

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto.

ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La imagen corporal se define como una figura, representación, semejanza y apariencia del cuerpo humano así como también tiene que ver con el autoestima de si mismo un 100% no creen que su aspecto haya empeorado.

Capacidad Laboral

Calificación	Pregunta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa.
0	Puedo trabajar igual de bien que antes	56	70%
1	Me cuesta un esfuerzo especial comenzar a hacer algo	20	25%
2	Debo esforzarme mucho para hacer cualquier cosa	4	5%
3	No puedo realizar ningún trabajo	0	0%
TOTAL		80	100%

Cuadro # 12: Capacidad laboral

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Sobre la capacidad laboral el 70% correspondiente a 56 personas manifiesta que puede trabajar igual de bien que antes, 20 que es el 25% señala que le cuesta un esfuerzo especial comenzar a hacer algo, mientras que 4 que es el 5% aduce que debe esforzarse mucho para hacer cualquier cosa.

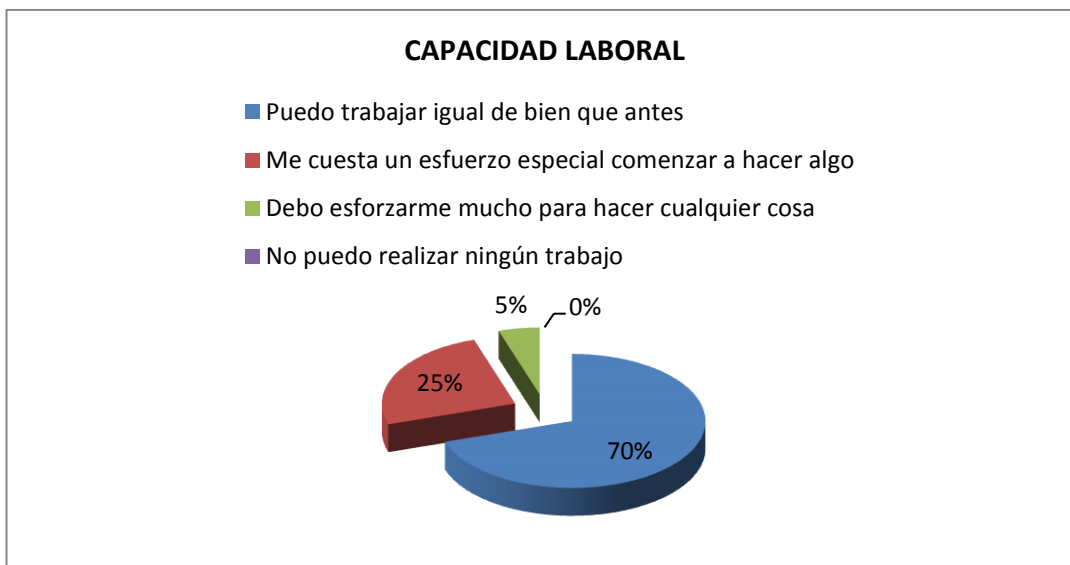


Gráfico # 11 : Capacidad laboral

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Aptitud, talento, cualidad que dispone a alguien para el buen trabajo, de una manera correcta y adecuada utilizando todo el potencial que la persona posee en su aspecto académico un 5% debieron esforzarse mucho para hacer sus tareas un, 25% le cuesta más que antes realizar sus trabajos y

70% manifiesta que puede realizar sus tareas sin ningún inconveniente. Un sector de la población le falta energía suficiente para realizar el trabajo que antes lo hacía sin dificultad teniendo un cierto desinterés.

Cansancio

Calificación	Pregunta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa.
0	No me canso más que antes	39	49%
1	Me canso más fácilmente que antes	40	50%
2	Me canso por cualquier cosa	1	1%
3	Me canso demasiado por hacer cualquier cosa	0	0%
TOTAL		80	100%

Cuadro # 13: Cansancio

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Sobre el cansancio el 49% correspondiente a 39 personas manifiesta no se cansa más que antes, 40 que es el 51% señala que se cansa más fácilmente que antes, mientras que el 0% responde que se cansa por cualquier cosa o demasiado por hacer cualquier cosa.

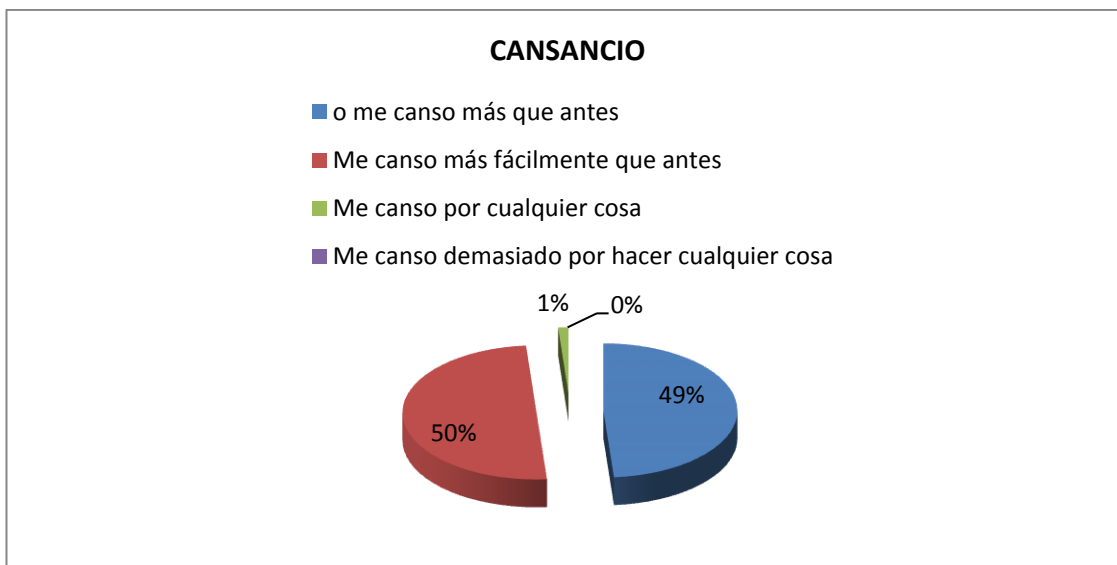


Gráfico # 12: Cansancio

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El cansancio es la falta de fuerzas y pérdida de energía que resulta de haberse fatigado creando hastío, tedio, fastidio hacia las cosas a realizarse postergándolas demasiado por hacer cualquier cosa no importando la sencillez de la misma representado con un 49% sentirse que no se cansa más que antes, el 50% expresa cansarse más que antes mostrando desinterés por la actividad académica y las cosas que habitualmente realiza y un 1% refiere cansarse por cualquier cosa poniendo en manifiesto su apatía.

Pérdida de apetito

Calificación	Pregunta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa.
0	Mi apetito no es peor de lo normal	77	96%
1	Mi apetito no es tan bueno como antes	3	4%
2	Mi apetito es ahora mucho peor	0	0%
3	He perdido el apetito	0	0%
TOTAL		80	100%

Cuadro # 14: Pérdida de apetito

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Sobre la pérdida de apetito el 96% correspondiente a 77 personas manifiesta que su apetito no es peor de lo normal, 3 que es el 4% señala que su apetito no es tan bueno como antes.

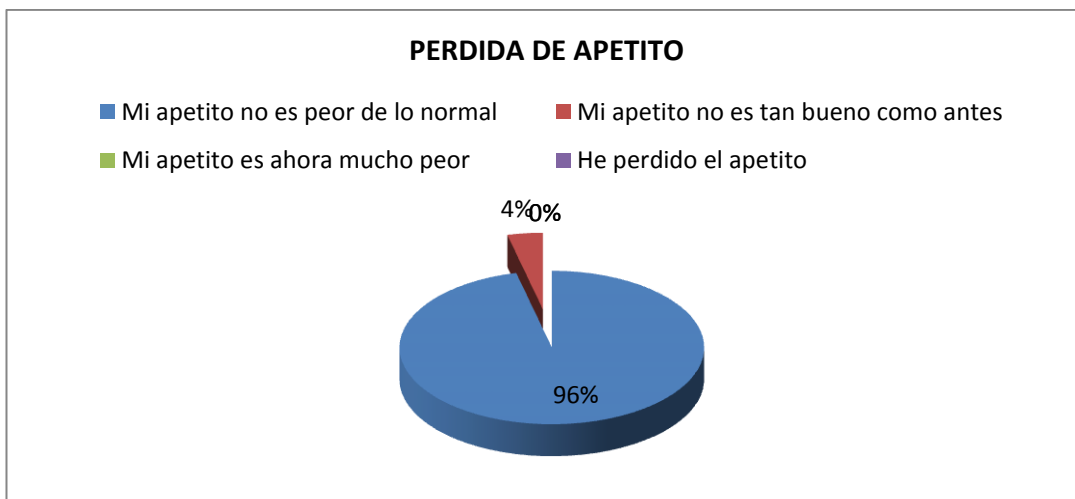


Gráfico # 13: Pérdida de apetito

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La pérdida de apetito es aquel que no tiene el impulso instintivo que lleva a satisfacer deseos o necesidades de alimentarse de los el 4 % manifiesta que el apetito se ha modificado y nos es tan bueno como antes mientras que un 96% no tiene ninguna alteración en cuanto al apetito se refiere.

Puntos de corte del inventario de depresión de BECK

VARIABLE	POBLACIÓN	Frecuencia relativa.
Ausente/Mínima	12	15%
Leve	68	85%
Moderada	0	0%
Grave	0	0%
TOTAL	80	100%

Cuadro # 15: Puntos de corte

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto.

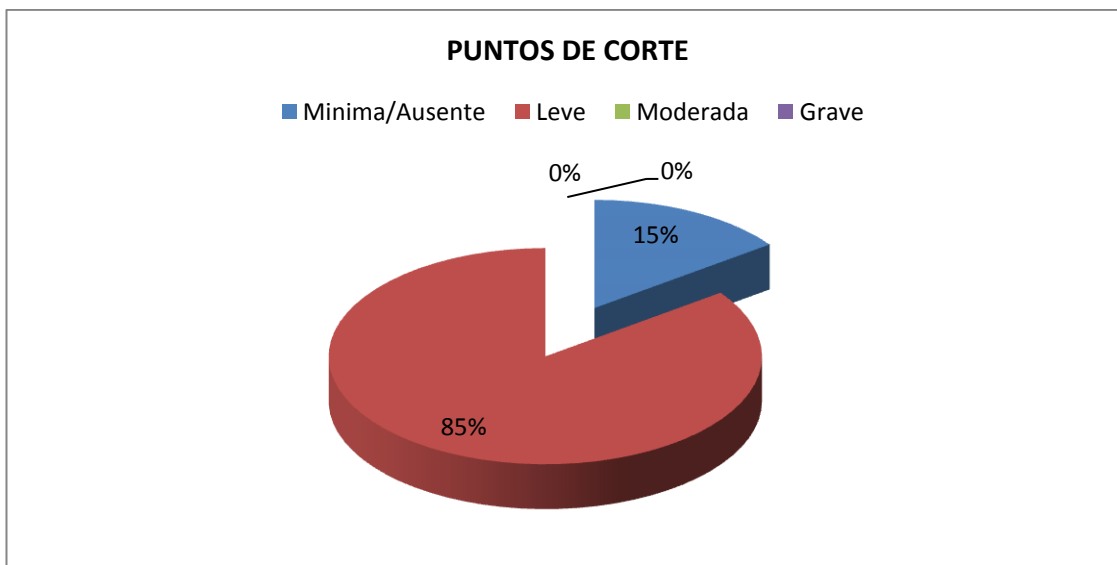


Gráfico # 14: Puntos de corte

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Con la aplicación de este inventario se concluye que la depresión más dominante es la leve por los diferentes diagnósticos con los cuales estos estudiantes contaron y por el entorno en el cual se desarrollan no les favorece al contrario esto alimenta que su depresión acrecenté.

CUESTIONARIO DE MALTRATO

Maltrato físico.

PREGUNTA	Ítems	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa.
Tuvo experiencias en las cuales alguien lo lastimaba en alguna parte de su cuerpo con intención, pegándole, o golpeándolo	Si	74	92%
	No	6	8%
TOTAL		80	100%

Cuadro # 16: maltrato físico.

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

El 92% de los encuestados señalo que habían tenido algún tipo de experiencia en que se les había maltratado de manera física mientras un 8% señala no haber sufrido maltrato.

Tuvo experiencias en las cuales alguien lo lastimaba en alguna parte de su cuerpo con intención, pegándole, o golpeándolo.

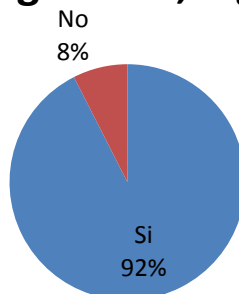


Gráfico # 15: maltrato psicológico.

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Con un 92% de la población total tenemos que la mayor parte de las personas son corregidas con intento o con el acto propio de maltrato.

Maltrato psicológico.

PREGUNTA	Ítems	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa.
Te asusta o preocupa que puedan hacerte sentir avergonzado, apenado o sin amor	Si	66	82%
	No	14	18%
TOTAL		80	100%

Cuadro # 18: maltrato psicológico.

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Al 82% de los niños les preocupa que los hagan sentir avergonzados o sentirse sin amor mientras el 18% no le preocupa esta condición.

Te asusta o preocupa que puedan hacerte sentir avergonzado, apenado o sin amor.

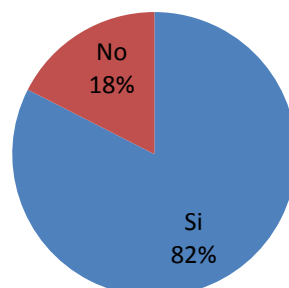


Gráfico # 16: maltrato psicológico.

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Con un 82% de la población total tenemos que a la mayor parte le preocupa que les hagan sentir avergonzados, limitando así su interacción social por las consecuencias que esto puede acarrear ya que simplemente se limitan a escuchar por miedo a ser ridiculizados.

Maltrato psicológico.

PREGUNTA	Ítems	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa.
Alguien te insultó o criticó, para tratar de hacerte sentir malo, estúpido o sin valor	Si	75	84%
	No	5	16%
TOTAL		80	100%

Cuadro # 20: maltrato psicológico.

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Al 94% de los niños se los ha tratado de una manera no adecuada y en un menor porcentaje 6% no los han tratado de esta forma.

Alguien te insultó o criticó, para tratar de hacerte sentir malo, estúpido o sin valor

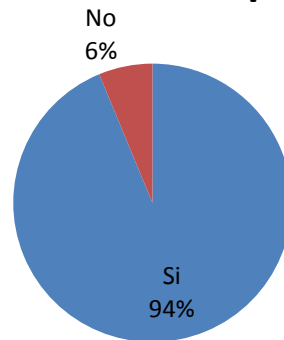


Gráfico # 17: maltrato psicológico.

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

La mayor parte con el 94% ha sido tratado de esta manera, lo que estaría afectando de en su autoestima al hacerlo sentir sin un valor.

Maltrato psicológico.

PREGUNTA	Ítems	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa.
Algún miembro de tu familia te menciona que no eras querido o que no te merecías ser querido	Si	34	42%
	No	46	58%
TOTAL		80	100%

Cuadro # 22: maltrato psicológico.

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto.

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

A la pregunta; si algún miembro de tu familia te menciona que no eras querido o que no te merecías ser querido, si responde el 42% y no el 58%.

Algún miembro de tu familia te menciona que no eras querido o que no te merecías ser querido

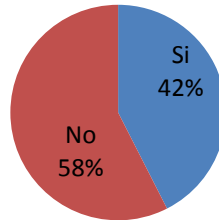


Gráfico # 18: maltrato psicológico.

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

El mayor porcentaje 58% manifiesta que no ha recibido este trato por lo que se puede observar que no es muy habitual este trato hacia el niño.

Maltrato psicológico.

PREGUNTA	Ítems	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa.
Algún miembro de tu familia manifestó que no debiste haber nacido	Si	7	9%
	No	73	91%
TOTAL		80	100%

Cuadro # 24: maltrato psicológico.

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto.

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

El 91% señala que no le han manifestado esto o que no le han dicho ningún tipo de reclamo de esta magnitud, mientras en un 9% señalan haber sido víctimas de este maltrato psicológico.

Algún miembro de tu familia manifestó que no debiste haber nacido

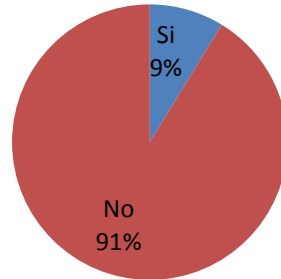


Gráfico # 19: maltrato psicológico.

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

La mayor parte con un 91% no ha sido víctima de esta clase de desprecio o maltrato de tipo psicológico por parte de algún miembro de su familia.

Maltrato psicológico.

PREGUNTA	Ítems	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa.
Alguna vez te amenazaron de tal manera que te iban a lastimar o a matar	Si	4	5%
	No	76	95%
TOTAL		80	100%

Cuadro # 26: maltrato psicológico.

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto.

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Correspondiente a la pregunta; alguna vez te amenazaron de tal manera que te iban a lastimar o a matar el 5% respondió que Si, mientras el restante 95% señaló que no ha sido víctima de este tipo de amenaza.

Alguna vez te amenazaron de tal manera que te iban a lastimar o a matar

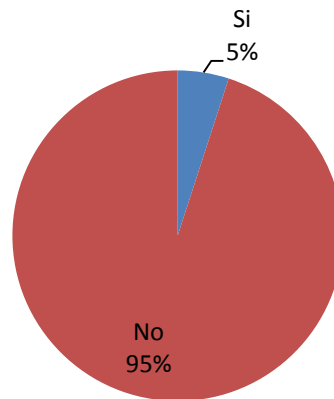


Gráfico # 20: maltrato psicológico.

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Los niños manifiestan que no se les ha amenazado o tratado de matar alguien de su familia, señalando que no han sido víctimas serias de este tipo de amenazas.

Maltrato psicológico

PREGUNTA	Ítems	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa.
En tu familia te amenazaron con abandonarte, o se negaron a dejarte vivir en la casa	Si	2	2%
	No	78	98%
TOTAL		80	100%

Cuadro # 28: maltrato psicológico.

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto.

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Correspondiente a la pregunta; en tu familia te amenazaron con abandonarte, o se negaron a dejarte vivir en la casa, el 2% responde que si y el 98% responde que no ha dicha pregunta.

En tu familia te amenazaron con abandonarte, o se negaron a dejarte vivir en la casa

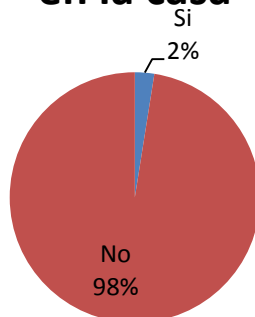


Gráfico # 29: maltrato psicológico.

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

El 98% señala que nunca se les ha manifestado esto en sus hogares por lo tanto no existe ningún tipo de maltrato mientras que un porcentaje mínimo señal haber escuchado esto por parte de sus padres.

Maltrato psicológico.

PREGUNTA	Ítems	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa.
Son frecuentes los gritos y amenazas verbales	Si	76	95%
	No	4	5%
TOTAL		80	100%

Cuadro # 30: maltrato psicológico.

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto.

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Correspondiente a la pregunta; Son frecuentes los gritos y amenazas verbales, el 95% responde que Si y el 5% responde que No ha dicha pregunta.

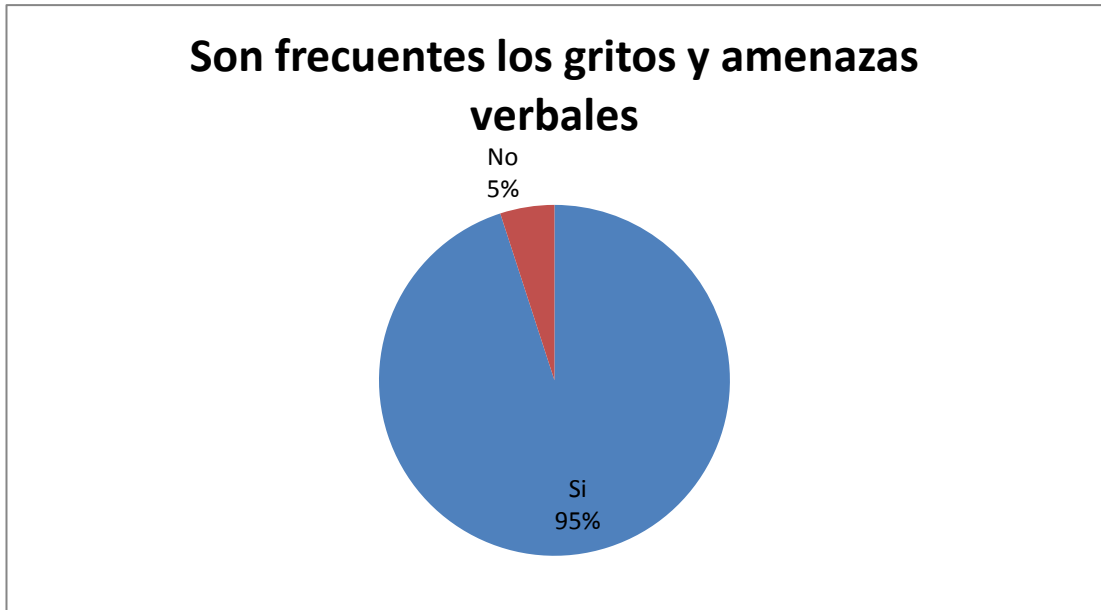


Gráfico # 30: maltrato psicológico.

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Este tipo de maltrato señala que es muy habitual dentro de la formación dentro de sus hogares o es el tipo de maltrato que más están acostumbrados a recibir mientras que en una mínima cantidad no está de acuerdo con este conducto como habitual en sus hogares.

Maltrato físico.

PREGUNTA	Ítems	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa.
Alguna ocasión recibiste algún tipo de maltrato en la escuela	Si	71	89%
	No	9	11%
TOTAL		80	100%

Cuadro # 32: maltrato físico.

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto.

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Correspondiente a la pregunta; Alguna ocasión recibiste algún tipo de maltrato en la escuela, el 89% responde que Si y el 11% responde que No ha dicha pregunta.

Alguna ocasión recibiste algún tipo de maltrato en la escuela

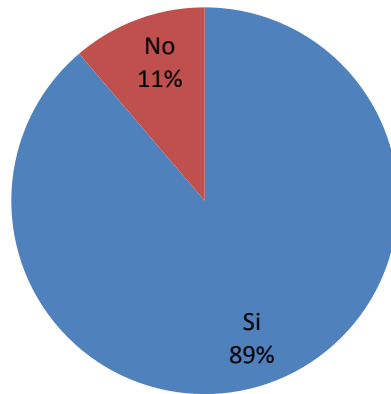


Gráfico # 31: maltrato físico.

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Los niños manifiestan que alguna vez han recibido maltrato en la escuela no solo de parte de sus maestros sino también de compañeros y teniendo en cuenta que no solo se refiere a maltrato físico.

Maltrato físico.

PREGUNTA	Ítems	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa.
Te sientes condicionado al maltrato que recibes	Si	72	90%
	No	8	10%
TOTAL		80	100%

Cuadro # 34: maltrato físico.

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto.

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Correspondiente a la pregunta; Te sientes condicionado al maltrato que recibes, el 90% responde que Si y el 10% responde que No ha dicha pregunta.

Te sientes condicionado al maltrato que recibes

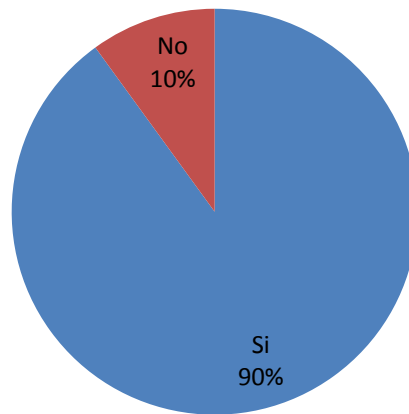


Gráfico # 32: maltrato físico.

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La mayor parte se siente condicionada al maltrato que recibe ya que se denota como parte de la cultura y los niños tienden a ver como una conducta habitual.

Puntos de corte del Cuestionario de Maltrato.

VARIABLE	POBLACIÓN	Frecuencia relativa.
Maltrato psicológico	2	2%
Maltrato físico	71	89%
Inexistencia de maltrato	7	9%
TOTAL	80	100%

Cuadro # 36: Puntos de corte Cuestionario Maltrato.

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto.

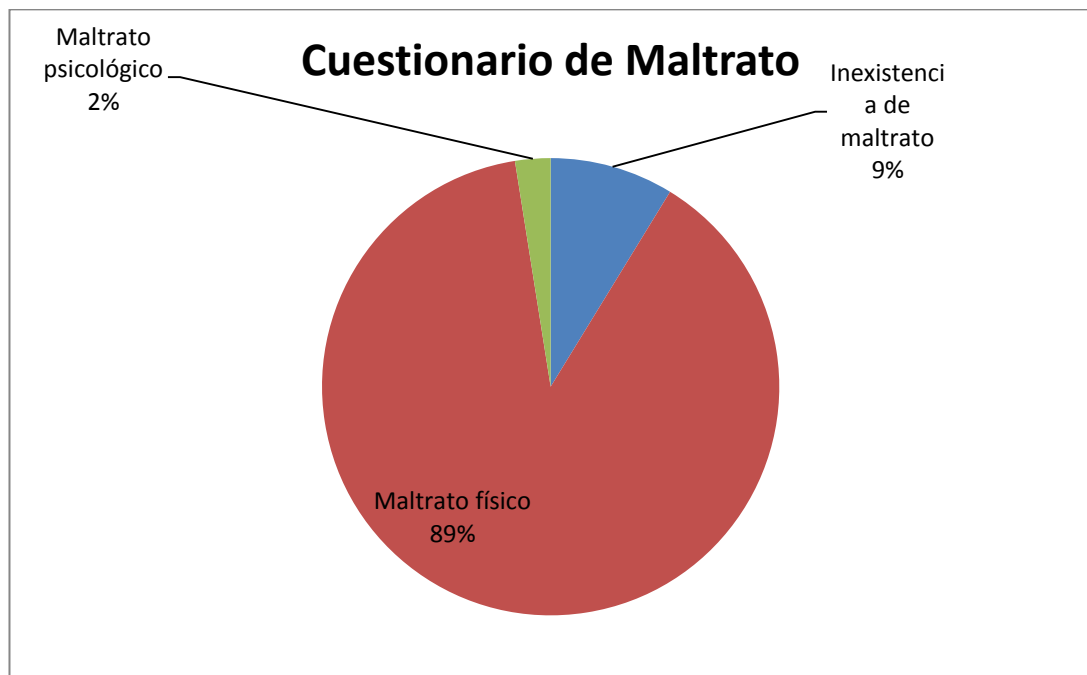


Gráfico # 33: Tabulación Cuestionario Maltrato.

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Eduardo Pinto.

4.2 VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS

4.2.1 Planteamiento de la hipótesis

H₀; El maltrato infantil NO tiene alta incidencia en el nivel leve de depresión infantil.

H₁; El maltrato infantil SI tiene alta incidencia en el nivel leve de depresión infantil.

4.2.2 Selección del nivel de significación

Para la verificación de la hipótesis se utilizara el nivel de $\alpha = 0.05$

4.2.3 Descripción de la población

Se ha tomado como referencia para la investigación de campo una muestra de 80 estudiantes que asisten a la Unidad Educativa “Manuela Espejo”

Maltrato

VARIABLE	POBLACIÓN	Frecuencia relativa.
Maltrato psicológico	2	2%
Maltrato físico	71	89%
Inexistencia de maltrato	7	9%
TOTAL	80	100%

Cuadro # 38: Maltrato.

Elaborado por: Eduardo Pinto.

Depresión

	N observado	N esperada	Residuo
Ausente	12	40,0	-28,0
Leve	68	40,0	28,0
Total	80		

Cuadro # 39 depresión.

Elaborado por: Eduardo Pinto.

Chi-cuadrado

	Maltrato	depresión
Chi-cuadrado	74,950 ^a	39,200 ^b
Gl	5	1
Sig. Asintótica	,000	,000

a. 0 casillas (,0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 13,3.

b. 0 casillas (,0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 40,0.

Cuadro # 40: Chi cuadrado.

Elaborado por: Eduardo Pinto.

Como el valor del Chi cuadrado calculado (X^2_c) 74,950, con 5 grados de libertad y un α de 0,05, se ACEPTA la hipótesis alterna y se RECHAZA la nula, es decir “El maltrato infantil si tiene influencia en los niveles depresivos de los niños de sexto año de educación básica de la escuela Manuela Espejo de la ciudad de Ambato de la provincia de Tungurahua en el periodo febrero 2013-julio 2013”.

4.2.4 Recolección de datos y cálculo de lo estadístico

Estadísticos descriptivos

	Media	Desviación estándar	N
depresión	1,85	,359	80
Maltrato	6,01	1,196	80

Cuadro # 41: Chi cuadrado.

Elaborado por: Eduardo Pinto.

Correlaciones		depresión	Maltrato
Correlación de Pearson	depresión	1,000	,211
	Maltrato	,211	1,000
Sig. (unilateral)	depresión	.	,030
	Maltrato	,030	.
N	depresión	80	80
	Maltrato	80	80

Cuadro # 42: Chi cuadrado.

Elaborado por: Eduardo Pinto.

Los resultados muestran que ambas variables están asociadas según el índice de correlacionan de Pearson $N=80=0,30p<0.05$.

HIPÓTESIS ALTERNA:

El maltrato infantil si tiene influencia en los niveles depresivos de los niños de sexto año de educación básica de la escuela Manuela Espejo de la ciudad de Ambato de la provincia de Tungurahua en el periodo febrero 2013-julio 2013

- Se aprueba la hipótesis tras haber realizado el Cálculo Matemático del Chi-Cuadrado a través del programa de procesamiento de datos “SPSS” se obtuvo que el chi cuadrado de Pearson es de 74,950.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Con la finalización de la presente investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

- Se comprueba mediante el cuadro # 41 que el maltrato infantil es un factor que incide en los niveles depresivos de los estudiantes de la escuela Manuela Espejo de la ciudad de Ambato, la gran parte presenta un nivel depresivo leve por el hecho de haber sido víctima de maltrato por algún miembro de su familia o del ámbito escolar.
- Como se demuestra en el cuadro #38, el 91% de los niños que se les encuesta manifiestan haber sido víctimas de maltrato físico o psicológico; presentándose tanto dentro del ámbito escolar como familiar, teniendo gran repercusión en los estados de ánimo que presentan la mayoría de los niños.
- Como se puede comprobar mediante el cuadro #15 del Inventario de depresión de BECK versión abreviada, el 85% de los niños manifiestan indicios de una depresión Leve, manifestada por el cambio en el estado de ánimo del niño y en su normal desenvolvimiento dentro del ámbito familiar y escolar.

5.2 Recomendaciones:

- Trabajar en los pensamientos equívocos de las personas sobre el maltrato físico y psicológico y las consecuencias que desatan estos tipos de maltrato.
- Brindar a los padres y maestros procesos psico-educativos a manera de prevención, con el objetivo de enseñar la manera correcta de disciplina y los métodos óptimos, sin llegar al maltrato físico o psicológico.
- Realizar un seguimiento a los casos más relevantes con el fin de brindar una ayuda terapéutica y de esta manera ayudar a mejorar el bienestar de los niños.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1 DATOS INFORMATIVOS

TEMA:

Programa psicoterapéutico de la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis dirigida a los niños de la escuela “Manuela Espejo” con el fin de reducir la incidencia de maltrato posnatal físico – acción para contrarrestar cualquier nivel de depresión.

INSTITUCIÓN EJECUTORA:

Escuela Fiscal “Manuela Espejo”.

BENEFICIARIOS:

Beneficiarios Directos

Niños de la institución educativa víctimas de maltrato.

Beneficiarios Indirectos

Padres.

Profesores.

Familia.

Sociedad.

UBICACIÓN:

Ecuador, Provincia de Tungurahua, Cantón Ambato.

TIEMPO ESTIMADO PARA LA EJECUCIÓN:

Tiempo de inicio: 10 de Marzo 2013.

Finalización: 18 de Octubre 2013.

EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE

Psicólogo.

Coterapeuta.

COSTO

El costo de la propuesta será de 750

6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

El maltrato infantil es una forma inadecuada de impartir reglas dentro de la sociedad así como es errado el tratar de implantar una conducta a base de golpes humillaciones hacia el niño y hace que este crezca con creencias irracionales sobre una forma de implantar y seguir normas lo cual afectara en su vida futuro y en los diferentes estadios de desarrollo del individuo tanto en el ámbito social como en el familiar ya que tendrán instaurada esta norma que dentro de la sociedad lo hacen ver como una conducta habitual y dispensable para implantar un tipo de reglamentos.

De todos los tipos diferentes de maltrato el más habitual y de él que han sido víctima la mayor parte de los niños es el por acción o físico que es mediante golpes o algún tipo de trato mediante medidas violentas y que lastiman físicamente al infante, sin dejar de lado también el psicológico que con menor proporción también está dentro de las tipos que se visualiza en los niños ya que tanto comparaciones o apelativos peyorativos influyen en el estado de ánimo y van mermando el autoestima del infante.

Estos tipos de maltrato que dentro de la investigación se pudo recolectar son los más frecuentes y que van implantando en los niños normas y creencias equivocadas sobre educación y que en un futuro la adoptaran como algo normal y de esta

manera se va deteriorando tanto el autoestima como en el estado emocional del individuo.

6.3 JUSTIFICACIÓN

La solución planteada va enfocada no solo a los niños víctimas de maltrato, sino también planteada a los padres y a la ruptura de las creencias irracionales implantadas en ellos ya que el problema no solo se está formando sino que más bien se ha ido implantando de a poco en cada una de las personas en base a actitudes que se creen correctas, además la terapia tiene como fin no solo hacer que los pacientes tomen conciencia del auto-doctrinamiento en creencias irracionales, sino también en su sustitución activa por creencias más racionales.

El proceso es notoriamente más breve que lo habitual de otras corrientes, se trata, pues de terapias destacadas por su brevedad realizar una indagación profunda de las creencias y logra modificaciones importantes y que sean perdurables; así pues a su eficacia terapéutica se le suma su eficacia como forma de prevención de futuros trastornos, porque como se explicó con anterioridad esto se va instaurando también en los niños que a posteriori serán los que impartan estas reglas equivocadas de educación. En definitiva con el modelo terapéutico de Albert Ellis se puede trabajar en casos de maltrato y depresión ya que se basa en un principio básico que es la conducta, que se encuentra centrada en un modelo de atribución y causalidad, también utiliza la imaginación racional emotiva que sirve para destruir cogniciones erradas, al mismo tiempo se podrá detectar las creencias irracionales y emociones que afectan el comportamiento y estado de ánimo. Lo más relevante de la terapia racional emotiva está en la modificación de las creencias irracionales ya que si se puede modificar estas, se modificara la conducta del paciente y al mismo tiempo familia y su calidad de vida presente como futura.

Validación de la hipótesis.

La T. R. E. de Albert Ellis es la indicada para evitar futuras complicaciones en el desarrollo de los pacientes y las familias, donde podemos modificar y

reestructurar: pensamientos, creencias, modelos mentales, signos, síntomas conscientes o inconscientes a corto o largo plazo en los pacientes así como conductas y comportamientos disfuncionales. En la cual se elaboró un contrato simbólico para alcanzar resultados positivos, con el fin de formar sujetos funcionales y se obtuvo la elaboración de los INSHIGT N° 1, 2 y 3 necesarios y la evolución satisfactoria en cada área personal del individuo.

Esta propuesta cuenta con un alto margen de originalidad puesto que ha sido realizada con la conjunción de fundamentos teóricos marcados por la corriente cognitiva conductual, haciendo uso de varias técnicas de intervención marcadas en este enfoque y elegidas directamente por el investigador para ser aplicadas en la problemática y con la población señalada de manera directa y específica, en base al conocimiento teórico técnico y de la problemática.

6.4 OBJETIVOS

6.4.1 General:

Aplicar un programa psicoterapéutico de la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis dirigida a los niños de la escuela “Manuela Espejo” Con el fin de reducir la incidencia de maltrato posnatal físico – acción para contrarrestar cualquier nivel de depresión.

6.4.2 Específicos:

- Identificar las principales creencias irracionales que originan conductas erróneas.
- Trabajar tanto con los padres como con los niños para contrastar las ideas irracionales
- Enseñar a los padres del paciente mediante la técnica Referencial y la proyección en el tiempo aspectos positivos de una conducta errónea para evitar generalizaciones.

6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

Política:

Es una propuesta factible debido a que se cuenta con los recursos humanos y materiales que se necesitan para realizar lo planteado y la población donde se va a trabajar con la predisposición y apoyo tanto de autoridades como personal docente.

Bio, Psico, Socio, Cultural:

El estudio realizado es de suma importancia porque mediante esta propuesta se puede establecer un proceso terapéutico cognitivo conductual el cual servirá para modificar las creencias irracionales, teniendo en cuenta dentro de estas los métodos de impartir disciplina erróneos por lo que es de interés biopsicosocial.

6.6 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA TÉCNICA

TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL

Ruiz y Cano (2010) señalan que “Albert Ellis recibió su título de graduado de psicología en 1934 en el City College de Nueva York. Nueve años más tarde, en 1943 obtuvo el título de "Master" y en 1947 el de Doctor, estos dos últimos en la Universidad de Columbia. Ya en 1943 había comenzado su labor clínica en consultas privadas, tratando problemas matrimoniales, familiares y sexuales. Al poco tiempo empezó a interesarse por el psicoanálisis, y procuró instruirse en este tipo de psicoterapia, pasando 3 años de análisis personal”.

Ellis no estaba satisfecho con la teoría psicoanalítica con la que había realizado sus trabajos. Los principales cuestionamientos a esta teoría eran la pasividad del terapeuta y el tiempo que demoraba en dar resultados. Llevando a una nueva fase su terapia psicoanalítica la cual era "neo-freudiano", con la cual obtuvo un 63% de mejoría en sus pacientes y un 70% en sus pacientes neuróticos. Y todo esto lo

consiguió en menos tiempo y en menos número de entrevistas realizadas con el paciente. Pero aun así, pero observó que los pacientes se estancaban en la observación de la conducta ("Inshigts") sin que la modificasen necesariamente. Y en este lugar empezó a buscar técnicas más activas en la teoría del aprendizaje y técnicas de condicionamiento; teniendo mejores resultados, pero sin dejarlo satisfecho aún.

Ruiz y Cano (2010) “En 1955 cuando empezó a desarrollar su enfoque racional-emotivo de la psicoterapia. En 1958 publicó por primera vez su famoso modelo A-B-C para la terapia, donde exponía que los trastornos emocionales derivaban de un continuo "auto-doctrinamiento" en exigencias irracionales. La terapia tenía así como fin, no solo tomar conciencia de este auto-doctrinamiento en creencias irracionales, sino también en su sustitución activa por creencias más racionales anti-exigenciales y anti-absolutistas y su puesta en práctica conductual mediante tareas fuera de la consulta”.

Concepto

Según Chambless y Ollendick (2001) “la terapia cognitiva conductual, es un modelo de intervención o tratamiento de muy diversos trastornos psicológicos. Es la estrategia de intervención clínica más utilizada y con mejores resultados en todo el mundo, opera sobre las conductas, los pensamientos, las emociones y las respuestas fisiológicas disfuncionales del paciente”. Esta consta de tres etapas: la evaluación, la intervención y el seguimiento. También se apoya en cuatro pilares fundamentales que son teórico básico: los aprendizajes clásico, operante, social y cognitivo. Tiene gran aceptación ya que los resultados que se obtienen con la aplicación de la terapia cognitiva conductual son muy buenos en diferentes trastornos tanto psicológicos como físicos.

Además Beck, (1995) señala: “Está basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción

de los eventos”. No es una situación en y por sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación. Por lo tanto la forma en que se sienten las personas está asociada a la forma en que interpretan y piensan sobre una situación. La situación por sí misma no determina directamente cómo se sienten; su respuesta emocional está mediada por su percepción de la situación.”. Las terapias cognitivas se basan en los siguientes supuestos básicos:

(1) Las personas no son simples receptores de los estímulos ambientales, sino que construyen activamente su "realidad".

(2) La cognición es mediadora entre los estímulos y las respuestas (cognitivas, emotivas o conductuales).

(3) Las personas pueden acceder a sus contenidos cognitivos.

(4) La modificación del procesamiento cognitivo de la información (sistemas de atribución, creencias, esquemas, entre otros.) es central en el proceso de cambio.

En cuanto a su estilo las terapias cognitivas enfatizan:

(1) La importancia de la alianza terapéutica, la colaboración y participación activa del paciente en el proceso.

(2) Un enfoque orientado al problema y los objetivos.

(3) El carácter educativo (o reeducativo) del proceso, capacitando al paciente para enfrentar por sí mismo futuras situaciones de manera más saludable y funcional.

La terapia racional emotiva conductual simboliza un puente entre la terapia cognitiva y la terapia cognitivo-conductual además trabaja en el presente, en el "aquí y ahora". Se va directamente a la resolución del problema, a la forma de lograr los resultados deseados. En la gran mayoría de los casos no es necesario investigar el pasado ni los "orígenes" para lograr los resultados. Por eso, pueden omitirse tales incursiones. Enfoca su atención en la identificación de las cogniciones distorsionadas y la eliminación de las fuentes que causan los síntomas.

Características de la TREC

-Busca el cambio de personalidad profundo y duradero.

-Las creencias expresan los valores que forman la apreciación y evaluación de la realidad y no tanto la propia interpretación.

-Las creencias irracionales son asunciones no empíricas sostenidas que se forman en la vida temprana.

-Pensamiento, afecto y conducta están interrelacionados, afectándose mutuamente.

- El trastorno psicológico deriva de las creencias irracionales. La creencia irracional se caracteriza por perseguir una meta personal de modo exigente, absolutista y no flexible.

- La TREC fin, no solo tomar conciencia de las creencias irracionales que tiene el sujeto, sino que también sustituye estas creencias por unas racionales y que las ponga en práctica mediante tareas que se cumplen fuera de la consulta.

-Postula el modelo A-B-C del funcionamiento psicológico: considera que la mayoría de las personas suelen mantener un modelo atribucional o causal sobre su propia conducta centrado en los eventos externos.

- Define las tres variables implicadas en el modelo atribuciones donde:

- A: equivale a los acontecimientos.

- C: las consecuencias.

- B: las creencia sobre A

-No son los acontecimientos externos los que producen las consecuencias conductuales, emocionales y cognitivas sino el propio sujeto, aplicando su proceso de valoración personal sobre los eventos, quién en última instancia produce esas consecuencias ante esos eventos.

- El que esos eventos (A) tengan una mayor o menor resonancia en sus consecuencias (C), produciendo estados emocionales perturbadores extremos e irracionales o racionales, dependerá fundamentalmente de las actitudes valorativas (creencias) de cada sujeto particular (B).

- Los tres focos pueden y suelen producir modificaciones emocionales, cognitivas y conductuales. Los tres focos se suelen trabajar conjuntamente en una TREC. Pero el foco más relevante para el cambio está en el punto B del modelo A-B-C, sobre todo en la modificación de creencias irracionales.

Las bases de la TREC:

El elemento principal radica en la evaluación de lo irracional que tiene sobre si y sobre su entorno el individuo.

Caballo, Ellis y Lega, (1999). Entonces, la propuesta de este enfoque es que esos “debo de” y “tengo que” rígidas agrupadas dentro de la tríada cognitiva, conllevan a tres conclusiones irracionales nucleares, que son creencias evaluativas llamadas inferencias, y son tremendismo, baja tolerancia a la frustración y condenación.

En una forma más detallada sería:

1. Tremendismo:

Se resalta en exceso lo que ha salido mal de una forma equívoca asumiéndolo y dándole un tinte mucho más grave de lo que es en realidad.

2. Baja tolerancia a la frustración o No lo puedo soportar:

No soporta alguna situación por la que esté pasando o aconteciendo, lo hace más grave de lo que es y tiende a molestarse y ahí sobreviene la frustración posterior.

3. Condenación:

Propensión a valorar como “mala”, el valor de una persona, o de uno si mismo, como efecto de la conducta individual.

Debido a las características de las creencias, Ellis señala que el TRE es un proceso psicoeducativo, es decir que una de las tareas que tiene el terapeuta en este

modelo es el de enseñanza A B C, se le enseña las características mencionadas anteriormente y se le enseña a prestarle atención a sus ideas y pensamientos, para que a partir del aprendizaje, pueda ser posible el cambio.

Metas y racionalidad

Los humanos son más felices cuando se proponen metas y se esfuerzan por alcanzarlas racionalmente. Las principales metas humanas se pueden englobar en:

- Supervivencia.
- La felicidad. Esta última puede ser perseguida a través de una o varias de las siguientes sub-metas:
- Aprobación o afecto.
- Éxito y Competencia personal en diversos asuntos.
- Bienestar físico, emocional o social.

Para Ellis, (1989) los tres focos pueden: “producir modificaciones emocionales, cognitivas y conductuales. Y de hecho los tres focos se suelen trabajar conjuntamente en una terapia del tipo T.R.E”.

-INSHIGT N° 1:

Este punto señala que la meta es lograr que el sujeto tome conciencia de que su trastorno deriva de B (idea Irracional) y no directamente de A, y así se va dando importancia a las creencias individuales que posee la persona. Para conseguir esto se hace uso de la aplicación de técnicas psicológicas en lo cual se enfatiza lo siguiente:

Los Acontecimientos Activadores (A) adversos o desagradables, que poseen esta cualidad ya que van en contra de las metas y deseos de cada persona y contribuyen de una forma importante a desarrollar las consecuencias emocionales y conductuales (C), aunque lo más posible es que haya que buscar aquellas

creencias irracionales o totalitarias (B) que la persona ha elaborado como simples acontecimientos en su vida.

Debido a que las ideas son más propensas a cambios que las acciones, resulta interesante trabajar con ellas, y de esta manera construir una filosofía óptima para el individuo, con emociones y conductas efectivas.

-INSHIGT N° 2:

En esta parte del proceso lo importante es hacer que la persona se dé cuenta de su autodoctrinamiento con ciertas creencias ya que se están auto-reforzando en la persona. Para lo cual las técnicas psicológicas empleadas enmarcarían los siguientes aspectos:

-Las Creencias irracionales que son activadas ante acontecimientos desagradables(A).

-Ante la presencia de un malestar el individuo va creando nuevas creencias que van derivadas de la equivocada o irracional, por lo que el sujeto va autodoctrinándose constantemente.

Por consiguiente en este modelo de terapia no se encamina al pasado, en búsqueda de una comprensión profunda de los problemas de la persona, o para producir un cambio profundo..

Los supuestos de esta modalidad de abordaje terapéutico indican que si las personas se perturban fuertemente es, ante todo, porque construyen o reconstruyen pensamientos distorsionando y creencias fuertemente aferradas sobre algo en concreto, y lo hacen de una manera persistente, generalizada y convincente, es decir; de un manera profunda.

- INSHIGT N° 3:

El objetivo de esta terapia es que el sujeto cambie sus creencias irracionales por racionales y de esta manera se haga un cambio también a conductual, cognitivo y emocional, que estará ligada a la creencia.

Las creencias irracionales que acompañan al sujeto son fáciles de descubrir ya que van acompañando a la conducta que tiene el individuo, además es fácil discutir estas para modificar a una manera más funcional para el individuo.

La terapia recorre secuencialmente esos tres niveles; soliendo ser muy directiva (aunque no siempre) en los primeros niveles y permitiendo convertirse en un método de autoayuda, más cercano al fin del tercer nivel.

Técnicas empleadas en el proceso de Terapia Racional Emotiva Conductual

Técnicas Cognitivas

Centradas en el abordaje de creencias y distorsiones.

1. **Detección:** Es la búsqueda de la creencia irracional que está afectando tanto el área emocional como el conductual del paciente, esto se realiza mediante el autoregistro, para identificar de mejor manera la creencia que provoca la disfuncionalidad.
2. **Refutación:** Son las preguntas que utiliza el terapeuta para contrastar la creencia.
3. **Discriminación:** Enseñanza al paciente mediante ejemplos para que note las diferencias entre la creencia racional e irracional.
4. **Tareas cognitivas para casa:** Se utilizan con frecuencia los auto-registros de eventos, como son causas y consecuencias de la idea irracional.
5. **Definición:** Se enseña a utilizar el lenguaje al paciente de manera más racional y correcta.
6. **Técnicas referenciales:** se pide al paciente realizar un listado con aspectos positivos de una conducta, para que así este no tienda a generalizar.
7. **Imaginación racional emotiva:** Concerniente a emociones negativas apropiadas e inapropiadas. Imaginar con gran viveza un acontecimiento activador que hace sentir al individuo de forma alterada: ansiedad, pánico, depresión, rabia y cambiar posteriormente ese sentimiento por otro

negativo pero más apropiado: pesar, decepción, frustración entre otros sentimientos que se pueden presentar o desencadenar la creencia.

8. Proyección en el tiempo: Para conseguir una reestructuración cognitiva, al apreciar que no es tan "terrible" el que ocurra algún hecho temido, o ver que las consecuencias de un hecho no son tan malas, como se espera; o aceptación de lo peor que pudiera pasar, para cambiar lo que se pueda cambiar.

Técnicas Emocionales

Enfocadas en el abordaje de reacciones emocionales manifestadas en el individuo.

1. Aceptación incondicional: Es la aceptación del terapeuta hacia su cliente así como también la aceptación del individuo como una persona con defectos y virtudes y no se juzgue por ciertas cosas o acciones.
2. Métodos humorísticos: Ver de manera humorística algunas cosas cotidianas que pasan.
3. Inversión del rol racional: Argumentaciones fuertes y dramáticas entre el "sí mismo" irracional y el "sí mismo" racional.
4. Ejercicios de ataque a la vergüenza: Aplicación de ejercicios que en niveles muy bajos y sin causar daño hagan tener un sentimiento de vergüenza, esto se realiza de una manera progresiva.
5. Ejercicios de riesgo calculado: Hacer ejercicios que cambian una conducta que no signifique mayor riesgo.
6. Repetición de frases racionales fuerte y apasionadamente

Técnicas Conductuales

Centradas en la modificación de conducta que manifiesta la persona.

1. Implosión: Tareas para casa, in vivo; permanecer en una situación desagradable. Cambios más rápidos y drásticos que la desensibilización gradual (acercamiento paulatino al problema a través de ejercicios graduados de menor a mayor grado de disconformidad, utilizado por ejemplo en fobias). Tiene algunos riesgos para ciertos clientes o ciertos problemas.
2. Técnicas de condicionamiento operante: Utilización de refuerzos positivos como un premio ante la conducta deseada y castigos o penalizaciones ante conducta no deseada.
3. Contratos conductuales: De esta manera se compromete un cambio de conducta ante los refuerzos positivos y castigos.
4. Entrenamiento en habilidades sociales y aserción: Va más allá del plano práctico, esto lleva más a lo filosófico; para de esta manera entrenar en sociabilización y asertividad.
5. El aprendizaje observacional o vicario: aprendizaje de patrones conductuales que se realizan en base a la observación. De esta manera aumenta la probabilidad de realizar esta conducta mediante repetición de lo observado. Del mismo modo, la probabilidad disminuiría cuando se observa que la conducta de que se trate resulta castigada o no va seguida de consecuencia alguna.
6. Evaluación conductual: en la que es central el análisis funcional de los episodios concretos del problema para identificar las condiciones antecedentes así como las consecuencias de la conducta problema. De este modo, es posible

establecer hipótesis sobre las principales influencias en su mantenimiento y, sobre esta base, aplicar los procedimientos terapéuticos pertinentes

7. El entrenamiento en relajación: lo principal es que el paciente vaya identificando lo que va causando tensión y donde se acumula esta ante determinado acontecimiento, de esta manera cuando se ha identificado estos grupos musculares ir relajando de manera progresiva para disminuir la tensión y ansiedad.
8. Técnicas aversivas. Anteponer o poner un estímulo que genere respuesta desagradable ante una conducta que se desea eliminar.
9. Programas de reforzamiento: Enfocados al aumento de la conducta requerida a base de estímulos positivos, lo que garantiza que mediante esto se aumentará la probabilidad de que se repita la conducta debido al reforzamiento dado.
10. Modelado. Es el presentar una forma o modelo a seguir para que de esta manera o a modo de copia ese vaya repitiendo esta conducta. El modelado es una manera importante de implantar una conducta social.
11. Ensayo conductual. Consiste en la práctica de las respuestas o competencias que el paciente ha de aprender. La práctica puede llevarse a cabo en situaciones simuladas o de la vida real.

6.7 METODOLOGÍA-PLAN DE ACCIÓN

ETAPA	OBJETIVO	TÉCNICA	ACTIVIDAD	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
FASE I PLANIFICACION	Distribuir el grupo terapéutico y dejar claro las normas y objetivos terapéuticos	Encuadre Terapéutico	Establecimiento del modo de atención y presentación y explicación general de la terapia racional emotiva de Albert Ellis	Recursos Humanos Recursos Materiales Cuaderno de apuntes	Investigador: Eduardo Pinto	25 min
	Establecer un clima de confianza, que permita aplicar la psicoterapia	Raptor Empatía	Aplicación de la escucha activa	Recursos Humanos Recursos Materiales	Investigador: Eduardo Pinto	30 min

Cuadro # 43 Fase I de la Propuesta

Autor: Eduardo Pinto

Fuente. Tesis de investigación

ETAPA	OBJETIVO	TÉCNICA	ACTIVIDAD	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
FASE II Insight N°1	1. Identificar las principales creencias irracionales que originan conductas erróneas.	Técnica cognitiva de detección	Registro de las ideas irracionales presentes	Recursos Humanos Recursos Materiales	Investigador: Eduardo Pinto	
	2. Explicar la condición desfavorable de las creencias irracionales	Técnica cognitiva de discriminación	Diferenciación de ideas racionales e irracionales	Recursos Humanos Recursos Materiales	Investigador: Eduardo Pinto	
	3. Señalar al paciente las metas que se quiere conseguir durante el proceso terapéutico.	Terapia explicativa	Establecer los aspectos positivos previstos con la terapia	Recursos Humanos Recursos Materiales	Investigador: Eduardo Pinto	
	4. Identificar el cuadro sintomático, las acciones posibles y las recomendaciones.	Técnica cognitiva de definición	Explicación general de la condición e Instauración de la creencia racional	Recursos Humanos Recursos Materiales	Investigador: Eduardo Pinto	

Cuadro # 44 Fase II de la Propuesta

Autor: Eduardo Pinto

Fuente. Tesis de investigación

ETAPA	OBJETIVO	TÉCNICA	ACTIVIDAD	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
FASE III Insight N°2-3	5. Eliminar la creencia irracional primaria.	Técnica emocional de	Evitación del auto juzgamiento	Recursos Humanos Recursos Materiales	Investigador: Eduardo Pinto	
	6. Eliminar la creencia irracional primaria	Técnica emocional de proyección en el tiempo	Disminuir impacto emocional que provoca la condición	Recursos Humanos Recursos Materiales	Investigador: Eduardo Pinto	
	7. Modificar una respuesta emocional inapropiada por una apropiada (pensamiento apropiado)	Técnica de condicionamiento operante	Reforzamiento de reacciones positivas	Recursos Humanos Recursos Materiales	Investigador: Eduardo Pinto	
	8. Reinsertar al paciente a su medio social y familiar.	Modelamiento conductual	Inserción del paciente en medio social	Recursos Humanos Recursos Materiales	Investigador: Eduardo Pinto	

Cuadro #45 Fase III de la Propuesta

Autor: Eduardo Pinto

Fuente. Tesis de investigación

ETAPA	OBJETIVO	TÉCNICA	ACTIVIDAD	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
FASE IV Auto-terapia	9. Enseñar al paciente los medios necesarios para afrontar los problemas de la manera adecuada y con la manera adecuada de impartir disciplina.	Técnica emocional de repetición de frases Técnica de ensayo conductual	Aplicación de técnicas psicológicas para reforzamiento de ideas racionales y en práctica de respuestas favorables	Recursos Humanos Recursos Materiales	Investigador: Eduardo Pinto	

Cuadro # 46 Fase IV de la Propuesta

Autor: Eduardo Pinto

Fuente. Tesis de investigación

ETAPA	OBJETIVO	TÉCNICA	ACTIVIDAD	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
FASE V Seguimiento	10. Mantener el avance terapéutico a través de una ficha de seguimiento, tanto a padres como a los alumnos.	Revisión de evolución psicológica	Seguimiento Psicológico del progreso en las ideas irracionales	Recursos Humanos Recursos Materiales	Investigador: Eduardo Pinto	

Cuadro # 47 Fase V de la Propuesta

Autor: Eduardo Pinto

Fuente. Tesis de investigación

6.8 ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA

-Recursos físicos:

Instalaciones de la institución

Consultorio de Terapia

-Recursos humanos:

Investigador

Equipo técnico de la institución

Estudiantes de la entidad educativa.

-Recursos materiales:

Material de oficina

Equipos informáticos para elaboración de informes

Presupuesto:

RUBRO DE GASTOS	VALOR
Personal de Apoyo	200,00
Adquisición de equipos	100,00
Material de escritorio	200,00
Material bibliográfico	200,20
Transcripción de datos	50,00
TOTAL	750,00

Tabla N°71 Presupuesto de la Propuesta
Autor: Eduardo Pinto
Fuente. Tesis de investigación

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Beck, J. (1995), "*Cognitive Therapy: Basics and Beyond*". Pennsylvania, EEUU: Editorial Illustrated.

Casado, J., Díaz, J., Martínez, C. (1997). *Niños Maltratados*. Madrid, España: Editorial Díaz de Santos, S.A.

Luhmann, N. (1997). *La sociedad de la sociedad*. México: Universidad Iberoamericana A.C.

Tucker, N. (1977). *What is a child?*. Madrid, España: Ediciones Morata, S.A.

Zeigarnik, B. (1976). *Psicopatología*. Moscú, Rusia: Editorial de la Universidad de Moscú.

LINKOGRAFÍA

- Álava, S. (2012). Tratamiento para la depresión infantil. Recuperado el 28 de Mayo de 2013. Disponible en:

<http://www.guiainfantil.com/articulos/salud/trastornos/tratamiento-para-la-depresion-infantil/>

- Congreso Nacional (2003). Código de la niñez y adolescencia. Recuperado el 23 de marzo del 2013. Disponible en:

http://www.law.yale.edu/rcw/rcw/jurisdictions/ams/ecuador/Ecuador_Code.htm

- Dr. Hernández E. (2010), *Maltrato Infantil*. Recuperado el 25 de abril de 2013. Disponible en:

<http://www.psicologia-online.com/infantil/maltrato.shtml>

- Dr. Hernández E. (2010), *Maltrato Infantil*, Recuperado el 25 de abril de 2013 disponible en:

<http://www.psicologia-online.com/infantil/maltrato.shtml>
- Girart, B. (2011), *Depresión una enfermedad que afecta a muchos*. recuperado el 22 de Mayo de 2013. Disponible en:

<http://www.psicologia-online.com/colaboradores/bibiana/depresion/enfermedad.shtml>
- Ruiz, J., Cano, J.(2013). *Manual de Psicoterapia Cognitiva*. Recuperado el 28 de Mayo de 2013. Disponible en:

<http://www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Libros/Manual/manual.htm>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASE DE DATOS UTA

- SCIELO. Muriana E., Pettenó L. y Verbitz. (2007). *Las caras de la Depresión*. Tomado el: 25 de Febrero de 2014. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v19n2/v19n2a07.pdf>
- SCIELO. Pedro Retamal C. (2003). *Depresión: Clínica y Terapéutica* Tomado el: 25 de febrero de 2014. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272003000200011&lang=es
- EBRARY. Bravo, P.; Bravo, S.; Porras, B. (2006). *Prevalencias de Sustancias Psicoactivas asociadas con muerte violentas en Cali*. Editorial Red Colombia Médica. Tomado el: 25 de febrero de 2014. Disponible en: site.ebrary.com.

- SCIELO. Salvador Peiró, Pedro Cervera, Enrique Bernal. (2005). *Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en la depresión infantil: un «culebrón» que refleja importantes problemas de seguridad de los medicamentos*. Tomado el: 25 de Febrero de 2014. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000500010&lang=es
- SCIELO. Eduar Herrera Murcia, Yasmit Lorena Losada, Luis Alfonso Rojas y Piedad Gooding Londoño. (2009). *Prevalencia de la depresión infantil en Neiva (Colombia)*. Tomado el: 25 de Febrero de 2014. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242009000100011&lang=es
- SCIELO. Elena Bernaras, Joana Jaureguizar, Marian Soroa, Izaskun Ibabe y Carmen de las Cuevas. (2013). *Evaluación de la sintomatología depresiva en el contexto escolar y variables asociadas*. Tomado el 25 de febrero de 2014. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013000100016&lang=es
- SCIELO. Martha Frías Armenta; Blanca Fraijo Sing; Nehemias Cuamba Osorio. (2008). *Problemas de conducta en niños víctimas de violencia familiar: reporte de profesores*. Tomado el 25 de febrero de 2014. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2008000100001&lang=es

ANEXOS

CUESTIONARIO DE MALTRATO

1.-Tuvo experiencias en las cuales alguien lo lastimaba en alguna parte de su cuerpo con intención, pegándole, o golpeándolo.

- No
- Si

2.-Te asusta o preocupa que puedan hacerte sentir avergonzado, apenado o sin amor.

- No
- Si

3.- ¿Alguien te insultó o criticó, para tratar de hacerte sentir malo, estúpido o sin valor?

- No
- Si

4.- ¿Algún miembro de tu familia te menciona que no eras querido o que no te merecías ser querido?

- No
- Si

5.- ¿Algún miembro de tu familia manifestó que no debiste haber nacido?

- No
- Si

6.- ¿Alguna vez te amenazaron de tal manera que te iban a lastimar o a matar?

- No
- Si

7.- ¿En tu familia te amenazaron con abandonarte, o se negaron a dejarte vivir en la casa?

- No
- Si

8.-¿Son frecuentes los gritos y amenazas verbales?

- No
- Si

9.- ¿Alguna ocasión recibiste algún tipo de maltrato en la escuela?

No

Si

10.- ¿Te sientes condicionado al maltrato que recibes?

No

Si

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

1)

- No me siento triste.
- Me siento triste o melancólico.
- Constantemente estoy melancólico o triste y no puedo superarlo.
- Me siento tan triste o infeliz que no puedo resistirlo.

2)

- No soy particularmente pesimista y no me encuentro desalentado respecto al futuro.
- Me siento desanimado con respecto al futuro.
- No tengo nada que esperar del futuro.
- No tengo ninguna esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar.

3)

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las persona.
- Cuando miro hacia el atrás en mi vida, todo lo que veo son un montón de fracasos.
- Creo que como persona soy un completo fracasado.

4)

- No estoy particularmente descontento.
- No disfruto de las cosas como antes.
- No encuentro satisfacción en nada.
- Me siento descontento de todo.

5)

- No me siento particularmente triste.
- Me siento malo o indigno muchas veces.
- Me siento culpable.
- Pienso que soy muy malo e indigno.

6)

- No me siento decepcionado conmigo mismo.
- Estoy decepcionado conmigo mismo.
- Estoy disgustado conmigo mismo.
- Me odio.

7)

- No tengo pensamientos de dañarme.
- Creo que estaría mejor muerto.
- Tengo planes precisos para suicidarme.
- Me mataría si tuviera ocasión.

8)

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte del interés por los demás y pienso poco en ellos.
- He perdido todo el interés por los demás y no me importa en absoluto.

9)

- Tomo mis decisiones con la misma facilidad que antes.
- Trato de no tener que tomar decisiones.
- Tengo grandes dificultades para tomar decisiones.
- Ya no puedo tomar decisiones.

10)

- No creo que mi aspecto haya empeorado.
- Estoy preocupado porque me veo poco atractivo.
- Creo que mi aspecto empeora constantemente quitándome atractivo.
- Siento que mi aspecto es feo y repulsivo.

11)

- Puedo trabajar igual de bien que antes.
- Me cuesta un esfuerzo especial comenzar a hacer algo.
- Debo esforzarme mucho para hacer cualquier cosa.
- No puedo realizar ningún trabajo.

12)

- No me canso más que antes.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso por cualquier cosa.
- Me canso demasiado por hacer cualquier cosa.

13)

- Mi apetito no es peor de lo normal.
- Mi apetito no es tan bueno como antes.
- Mi apetito es ahora mucho peor.
- He perdido el apetito.