



Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Educación

**“CONSECUENCIAS DEL MALTRATO INFANTIL EN ADULTOS DEL
ESTADO DE OAXACA”**

Reporte de Investigación Empírica Cuantitativa

Qué para obtener el título de Licenciada en Psicología

Presenta

Abigail Juárez Hernandez

Directora: Dra. Brenda Estela Hernández Lima

Dictaminador: Lic. Tulia Gertrudis Castro Albarrán

Dictaminador: Lic. Giovanni García Yedra

Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, a 15 de junio de 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Contenido

INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	5
1.1 Concepto de familia	5
1.2 Tipos de maltrato intrafamiliar	7
1.3 Concepto de maltrato infantil	8
1.4 Los principales modelos teóricos explicativos del maltrato infantil	9
1.5 Modelos explicativos del abuso sexual infantil	9
1.6 Modelos de primera generación	11
1.7 Modelos de segunda generación	12
1.8 Modelos explicativos del abandono físico o negligencia infantil	13
1.9 Modelos explicativos del maltrato y abandono emocional	14
1.9.1 <i>Modelos de tercera generación</i>	15
1.9.2 Secuelas del maltrato infantil en adultos	16
1.10 Niveles de atención e intervención psicológica	23
1.10.1 Atención psicológica con estrategias terapéuticas	26
CAPÍTULO II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	33
2.1 Descripción del problema	34
2.2 Justificación	36
2.3 Preguntas de investigación	37
2.4 Objetivos de investigación	37
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	38
3.1 Participantes	38
3.2 Selección de la muestra	38
3.3 Criterios de inclusión y exclusión	38
3.4 Escenario	39
3.5 Tipo y diseño de la investigación	39
3.6 Instrumento de medición	39
3.7 Variables del estudio	40
3.8 Procedimiento	43
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS	45
4.1 Descripción del tipo de maltrato vivido en la infancia	45

4.2 Análisis de la reexperimentación del suceso	46
4.3 Análisis de la evitación conductual/cognitiva	47
4.4 Análisis de las alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo	48
4.5 Análisis de la activación y reactividad psicofisiológica	49
4.6 Análisis gravedad del TEPT	50
4.7 Análisis de síntomas disociativos	51
4.8 Análisis de la presencia demorada del cuadro clínico (al menos, 6 meses después del suceso).	52
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN	52
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES	56
REFERENCIAS	59
ANEXOS	66

INTRODUCCIÓN

La situación actual que vive la humanidad generada por la pandemia mundial, está provocando diferentes cambios y proponiendo nuevas normalidades ya que puede traer como consecuencia un empeoramiento en las condiciones materiales y un aumento de ciertos padecimientos subjetivos, en relación al maltrato infantil la mayoría sucede en ámbito intrafamiliar.

Este estudio se interesa *en analizar las secuelas del maltrato infantil en la vida adulta de la ciudad de Oaxaca*. Se pretende conocer las variables psicológicas que el adulto ha padecido a lo largo de su etapa adulta y como ha impactado su vida emocional.

En el capítulo I de este trabajo se dará diferentes perspectivas de lo que es la familia así como la descripción de los diferentes tipos y modelos de maltrato infantil.

En capítulo II se describe la epidemiología del problema, se presentan los objetivos e hipótesis planteadas para la realización de la investigación.

En el capítulo III se describe el proceso de la aplicación del instrumento para analizar las secuelas del maltrato infantil en la etapa adulta. Se analizaron los datos de 7 adultos (rango: 27-59 años; 43% de género femenino y 57% de género masculino,) de la ciudad de Oaxaca en el Municipio de San Martín Mexicapan donde el 50% fue afectada por el maltrato emocional durante la infancia. Se utilizó el instrumento Escala de gravedad de Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R) (Versión clínica) (Echeburúa, Amor, Sarasua, Zubizarreta, Holgado-Tello y Muñoz, 2016) una versión modificada y actualizada de la EGS (Echeburúa et al., 1997), donde muestra buenas propiedades psicométricas que aporta validez a la escala. Adicionalmente, los resultados dan cuenta de la validez dado que sus puntuaciones se asocian directamente a una puntuación de indicadores al evento experimentado.

En capítulo IV encontraremos el análisis e interpretación de los resultados de la investigación a través de tablas y gráficos estadísticos.

En el capítulo V se realiza la discusión de los resultados de este trabajo, comparándolos con los de otras investigaciones dentro del marco teórico.

En el capítulo VI se presenta las principales conclusiones a las que se llegó en el presente trabajo de investigación, pretendemos responder las siguientes preguntas: ¿Cuáles son las secuelas más notorias en la vida de un adulto que ha sufrido maltrato infantil en la ciudad de Oaxaca? ¿Puede afectar las relaciones sociales y emocionales de los adultos que han sufrido maltrato infantil? ¿Podrá romperse el ciclo del problema con la educación? las sugerencias, las referencias y los anexos, que son parte indispensable de este trabajo.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1 Concepto de familia

Desde diferentes áreas del conocimiento científico como la sociología, la economía, la pedagogía, la psicología, la historia, la antropología, la ecología y la medicina, entre otras, se puede constatar que la institución familiar ha cambiado su estructura y su conformación, pues interactúa y está sujeta a los cambios y fenómenos sociales, además de que va más allá de los miembros que la conforman, sin perder de vista que los problemas sociales no reconocen las fronteras disciplinarias impuestas por la ciencia, la antropología social y la demografía principalmente, centran su interés en visualizar cómo, por qué y cuáles son las causas de que las familias modifiquen su estructura partiendo del concepto de familia, el cual no sólo se limita a la unión entre un hombre y una mujer para la procreación de los hijos (Gutiérrez, et al, 2016). Estos mismos autores sugieren que *“la familia fue y es considerada como una institución fundamental donde las personas se desarrollan como entes socioculturales”* (p. 3).

En cuanto a Benería y Roldán (1987) recalcan que la unidad doméstica es entendida como un lugar geométrico o esfera social compuesta de una serie de personas que comparten un lugar común donde vivir y un presupuesto. La unidad doméstica es el espacio donde los individuos generan redes de relaciones que brindan una infraestructura en el plano de lo social y lo familiar.

La familia influye a ser primario del destino de una persona. Proporciona el tono psicológico, el primer entorno cultural; es el criterio primario para establecer la posición social de una persona joven (Bohannan, 1996).

Por su parte, la secretaría general del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2012), menciona que:

...la familia es el ámbito primordial de desarrollo de cualquier ser humano pues constituye la base en la construcción de la identidad, autoestima y esquemas de convivencia social elementales. Como núcleo de la sociedad, la familia es una institución fundamental para la educación y el fomento de los valores humanos esenciales que se transmiten de generación en generación (párrafo 5; pág. 1).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2013a) afirma que la familia es “*el ámbito donde los individuos nacen y se desarrollan, así como el contexto en el que se construye la identidad de las personas por medio de la transmisión y actualización de los patrones de socialización*” (citado en Gutiérrez, 2016, p. 15).

Por su parte las Naciones Unidas definen a la familia: “*como una unidad en los estudios demográficos que representa todo un hogar o una parte de éste; una familia estadística o una familia censal generalmente se compone de todos los miembros de un hogar emparentados por consanguinidad, adopción o matrimonio*” (citado en Barahona, 2012; p. 7).

De acuerdo con el estudio realizado por INEGI (2013b), existen tres clases de hogar, por orden de importancia relativa, los nucleares ocupan el primer lugar con el 70.9%, después los ampliados (hogar en el que convive un núcleo y algún otro familiar como abuelos, sobrinos, tíos, etc.) con el 26.5% y le siguen los compuestos (hogar en el que, además del núcleo familiar y algún otro familiar, conviven personas que no guardan ningún parentesco con el jefe del hogar) dando el 1.5%. La mayoría de los hogares nucleares corresponde a los que se componen por la pareja conyugal con hijos el porcentaje de 70.4%, o bien, uno solo de los padres con sus hijos tiene el 15.4% (Citado en Gutiérrez, Díaz y Román, 2016, p. 2).

Se entiende que la familia es un núcleo fundamental en el cual la primordial actividad es el de proteger, cubriendo así las necesidades básicas, educativas y afectivas de los menores, sin embargo la familia por alguna razón no consigue abarcar esta protección y los menores van creciendo en entornos agresivos, hostiles e inseguros, sufriendo varios tipos de maltrato emocional, físico inclusive llegando a los abusos sexuales.

1.2 Tipos de maltrato intrafamiliar

El maltrato no siempre es físico también intervienen otros factores que dan como consecuencias graves lesiones internas y externas en las personas que son víctimas de lo ya mencionado, los resultados pueden ocurrir en cualquier población, sean hombres, mujeres, jóvenes, niños, adultos, adultos mayores, personas con algún tipo de discapacidad. A continuación se describirán los principales tipos de maltrato

- **Violencia de pareja:** La principal conducta es ocasionar un daño en la pareja, puede ser abuso psicológico y se da cuando aparece la degradación psicológica, la humillación, amenaza de agresión, entre otras, el abuso físico cuando ya hay daños visibles en el cuerpo como quemaduras, mordeduras, golpes puños etc., el abuso financiero la privación o extorsión de bienes o dinero, el abuso sexual que es toda aquella imposición o actos de orden en contra de la voluntad de la pareja a realizar actividades sexuales.
- **Maltrato Infantil:** Se caracteriza por toda agresión que puede tener un resultado una agresión física, rechazo, indiferencia, falta de protección y alto grado de abandono, se ampliará más adelante la descripción y sus diferentes modelos.

- Violencia contra personas de la 3ª edad: Todas las formas de violencias mencionadas en los párrafos anteriores, ya que por la avanzada edad se encuentran en una posición menor de poder dentro de la familia.

1.3 Concepto de maltrato infantil

El maltrato infantil trae consigo consecuencias de alto riesgo para el desenvolvimiento de los niños y niñas quienes evidencian diferentes dificultades en casi todas las dimensiones del desarrollo.

Según Kempe y Kempe (1985), el maltrato se divide en cuatro grandes tipos:

- Maltrato Físico: Ocurre que el menor es lastimado físicamente usualmente los golpean con cinturón o con cualquier objeto, amarrar, sacudir o incluso quemar a un menor con agua caliente dejando secuelas visibles.
- Maltrato emocional: Se desarrolla atacando la autoestima y el bienestar del menor, frecuentemente son ataques verbales, desvalorización, ignorar, el rechazo, reprender y aislar continuamente al menor.
- Maltrato por negligencia y/o abandono: Consiste en no proporcionar supervisión, educación, afecto y atención médica.
- Maltrato por abuso sexual: Es toda aquella actividad sexual, como tocamiento, relaciones sexuales activas, explotación sexual, exposición a pornografía, contacto oral-genital, sin duda es una de las formas de maltrato más devastadoras infringidas por adultos en contra de los menores.

De acuerdo con las investigaciones de Kempe y Kempe (1985), se señala que los menores que han sufrido de maltrato incorporan un modelo negativo de representación interna de las figuras de apego, el cual afecta el desarrollo del sentido del sí mismo y demasiada deficiencia de las relaciones de manera social (párrafo 2).

Manly (2005) expresa que para comprender el fenómeno se deben conocer algunos elementos como los subtipos de maltrato como son la severidad, cronicidad y el momento del desarrollo en que el maltrato ocurre, enfatiza que aunque la mayor severidad de maltrato genera peores resultados en el desenvolvimiento del niño que la ha recibido, muchas veces el maltrato de baja severidad no recibe el suficiente apoyo y tratamiento, en consecuencia, a largo plazo arroja resultados tan negativos como el altamente severo (citado en Aparicio, 2008, p. 78).

1.4 Los principales modelos teóricos explicativos del maltrato infantil

Parke y Collmer (1975) y Wolfe (1987) proponen el modelo *sociointeraccional*, este planteamiento analiza los procesos psicológicos que condicionan las interacciones entre padres e hijos y que median entre las variables individuales y los factores sociales. Entre los déficits más significativos en los cuidadores destacan los siguientes: escasas habilidades para el manejo de los conflictos maritales y conocimiento escaso de métodos alternativos de disciplina, habilidades escasas para el manejo del estrés atribuciones y expectativas inadecuadas de la conducta infantil, pobre comprensión de las formas apropiadas de manifestar afecto entre otras (Citados en Moreno, 2006).

1.5 Modelos explicativos del abuso sexual infantil

Dentro de las investigaciones que realizó Moreno (2006) menciona que existen dos perspectivas del abuso sexual infantil, la primera se centra en la familia y la segunda en se centra en el abusador; la primera perspectiva se basa “en las relaciones incestuosas entre padres e hijos, la raíz del abuso sexual se halla en una dinámica familiar distorsionada”, la segunda perspectiva establece que la raíz del abuso sexual se encuentra en las características psicológicas del perpetrador (p.273).

A continuación se describen dos diferentes perspectivas acerca del abuso sexual que se retoman dentro del estudio que realizó el autor Moreno (2006):

- El modelo teórico de Finkelhor (1984) menciona para que exista el abuso sexual es necesaria la presencia de varios factores simultánea o sucesivamente: congruencia emocional, activación sexual ante los niños, bloqueo de las relaciones sexuales normales y desinhibición comportamental.
- El modelo integrador de Faller (1993) hace hincapié en las diferencias entre las condiciones propiciatorias del abuso sexual y los factores que contribuyen a la aparición del abuso sexual pero no lo provocan, existen condiciones propiciatorias de abusos sexuales se encuentran las siguientes: factores que se refieren al sistema social vigente factores biográficos; factores familiares, dada la frecuencia del abuso familiar intrafamiliar (incesto).

Otros Modelos

Modelos Unifactoriales y Multifactoriales.

En el primero modelo mencionado lo constituye varios “Modelos” como primera definición es el Modelo sociocultural donde asocia el abuso con un bajo nivel económico de los victimarios; segundo lugar de manera el Modelo biológico que se basa en factores genéticos, hormonales y de neurotransmisores; en tercer lugar el Modelo psicoanalítico que relaciona la seducción sexual de un menor por parte de un adulto, generalmente el padre, con la histeria en la etapa adulta; en cuarto lugar el Modelo feminista la acción del abuso está causado por el desequilibrio de poder existente en la familia patriarcal tradicional; quinto lugar el Modelo conductual la aparición de recuerdos y excitación por ellos de parte del ofensor; Sexto lugar el Modelo sistémico el incesto es visto como producto de un sistema familiar problemático y también constituye el Modelo de las cuatro precondiciones de Finkelhor. (Citado en Gutiérrez, Perea y Vega, 2019, p. 26).

El Modelo Multifactorial postula; El Modelo Multisistémico para la aparición del abuso sexual, tiene que haber variables culturales, factores de la familia de origen del abusador y factores psicológicos individuales y el Modelo de las cuatro precondiciones de (David Finkelhor) donde se basa en la motivación de abusar, ya sea por experiencias propias traumáticas o por incapacidad de relacionarse con otras personas adultas (Citado en Gutiérrez, Perea y Vega, 2019, p. 30).

El autor (Gutiérrez, 2016) menciona que “El abuso sexual infantil se manifiesta a través de diversas conductas, que van desde el abuso físico, sexual, emocional o psicológico, hasta la negligencia”, de acuerdo a la intención del agresor. (Pág., 62)

El autor (Apraez, Villamaria, 2015) manifiesta que existen factores de riesgo donde aparece el abuso sexual es en familias reconstruidas ya que el progenitor donde no tiene un vínculo sanguíneo lo deja al cuidado de un tercero los cuales asumen el rol paternal o maternal del menor; esta situación existe la confusión en la deslegitimización del concepto de familia y llevar al adulto un sentimiento de filiación y responsabilidad con respecto al niño de manera confusa. Pag.57

De acuerdo con las diferentes posturas y modelos frente al abuso sexual presentados en los párrafos anteriores podemos decir que la víctima tiene un impacto psicológico que en diferentes casos se puede visualizar en el momento o en la etapa adulta.

1.6 Modelos de primera generación

Para esta investigación se toma en cuenta la investigación que realizó el autor Moreno (2006) ya que se encuentra con una amplia perspectiva y recopila varios modelos de gran importancia respecto al maltrato en todas sus versiones, los descritos a continuación se les nombra modelos de primera generación ya que parten principalmente de las teorías tradicionales, se centran en el área psiquiátrico-psicológico, sociológicas y personales:

- Los **modelos tradicionales** detallan que el maltrato físico inicia desde la figura parental, sostiene que existe una relación entre este tipo de maltrato y la enfermedad mental, como señala el autor Blesky (1993) hay dos variables: la *hiperreactividad negativa y el estilo atribucional (son mecanismos de afrontamiento que guían la conducta del sujeto)*.
- El **modelo de teoría de la cognición social** mencionan que las madres maltratadoras muestran dificultad para expresar y reconocer sus emociones, pueden llegar a algo extremo en tener ideas o expectativas muy bajas a las capacidades de sus hijos o expectativas irrealistas al esperar de sus hijos conductas maduras puesto que no son propias para su edad.
- El **modelo sociológico** se centra en las variables de tipo social y se basan principalmente en cuatro aspectos: el estrés familiar, el aislamiento social de la familia, la aceptación social de la violencia y la organización social de la comunidad.
- El **modelo sociológico** indica la organización de la comunidad y teniendo en cuenta la marginación, la exclusión y los problemas de la delincuencia en barrios y distintas zonas incrementa el maltrato físico ya que por la falta de apoyo social y económico hace que se empeore este problema.
- El **modelo centrado en el menor** según el autor Azar (1991) considera que un niño maltratado muestra ciertos rasgos que provocan rechazo, frustración y estrés en los cuidadores (citados en Moreno, 2006).

1.7 Modelos de segunda generación

Este tipo de modelo se enfoca en la interacción social donde funge un papel muy importante el padre, el menor y el contexto donde se desenvuelve, las teorías basadas en este modelo parten de diferentes autores con sus propias perspectivas acerca del resultado del maltrato físico.

Por su parte Belsky (1993) explica dentro de este tema un modelo *ecosistémico* donde plantea variables en diferentes niveles ecológicos denominados microsistema, macrosistema y exosistema:

En el *macrosistema*, Belsky incluye variables socioeconómicas, estructurales y culturales; en el *exosistema* engloba todos aquellos aspectos que rodean al individuo y a la familia y que les afectan de manera directa, es decir, las relaciones sociales y el ámbito laboral; por último, en el *microsistema* ubica las variables referentes a comportamientos concretos de los miembros de la unidad familiar y las características de su composición (citado en Moreno, 2006, pp. 272-273).

1.8 Modelos explicativos del abandono físico o negligencia infantil

La investigación por Polansky, De Saix y Charlín (1972) llama la atención ya que su investigación arroja que existen cinco tipos de madres negligentes: apática, inmadura, con pocas habilidades cognitivas, con depresión reactiva y psicótica, ya que desarrollan escasas habilidades sociales o ciertos rasgos de personalidad que provocan rechazo, o bien, puede tratarse de aspectos situacionales, como la movilidad geográfica, la apariencia externa de rechazo es decir no cumplen con las idealizaciones o expectativas creadas, la maternidad en la adolescencia y entre otros.

De acuerdo con los autores Factor y Wolfe (1990) indican que el comportamiento de los padres negligentes al momento de afrontar los problemas no es la irritabilidad ni la agresión sino la evitación ya que no pueden tener una solución ante un problema.

En el modelo de afrontamiento del estrés de Hillson y Kuiper (1994) se destacan las estrategias que utilizan las personas con alto riesgo de llegar a ser negligentes al momento de resolver los problemas, algunos de estos son: falta de implicación conductual (es decir fomentar conductas y acciones negativas a largo plazo) y psicológica (falta de supervisión, cuidado de los niños, aceptación, aprobación, expectativas, disciplina y estimulación), eliminación de actividades ((las actividades o

responsabilidades que pueden o no desarrollar los niños)y búsqueda de apoyo social inapropiado (estar con personas con el tipo de negligencia alto/similar y dejar al menor al cuidado de terceros) (citados en Moreno, 2006)

Los modelos de Crittenden (1993) y Milner (1995) se relacionan con las creencias, estos autores mencionan:

Las interpretaciones inadecuadas pueden ocurrir por la tendencia de los padres negligentes a sobreestimar la capacidad del menor para cuidarse a sí mismo, o por creencias erróneas sobre las formas más o menos adecuadas de cuidar a los niños (citado en Moreno, 2006, p 148).

Según el autor Crittenden (1993) desde el modelo cognitivo, afirma que existe un sesgo sistemático en los cuidadores, que impide percibir las señales indicativas de atención y cuidado del menor, ya que los padres o tutores negligentes subestiman la capacidad para auto cuidarse, finalmente existe un sesgo que colocan por encima de las necesidades de quienes tiene que cuidar.

1.9 Modelos explicativos del maltrato y abandono emocional

Un modelo sobre el maltrato y abandono emocional infantil es la teoría del apego del autor Bowlby (1983) donde nos menciona es necesario de las personas a establecer vínculos afectivos sólidos con personas determinadas a través de la vida, ya que es un papel muy importante durante el primer año de vida haciendo referencia como resultado siendo estrechas y profundas generando a largo plazo un efecto protector frente a los problemas cotidianos que se presenten, a esto se le suma que a partir de las vivencias que vaya experimentado esto lo repetirá más adelante (citado en Garrido, 2006).

Para el autor Bowlby enfatiza que *“la experiencia del niño con sus padres permite un rol fundamental en la capacidad posterior del niño de establecer vínculos afectivos y que las funciones principales de ellos serían proporcionar al niño una base segura permite al sujeto conseguir o mantener proximidad con otra persona”* (citado por Garrido, 2006, p. 154).

Es decir, el menor desarrolla un apego muy inseguro que se presentará posteriormente una cadena de incompetencia social y dificultad para establecer vínculos apropiados, generando sentimientos de inseguridad y baja autoestima.

La teoría del aprendizaje social de la investigación de los autores Youngblade y Belsky (1990) mencionan que los padres que no tienen habilidades educativas adecuadas para manejar la conducta del niño pueden desembocar en problemas de conducta y déficits en las conductas prosociales, porque ceden demasiado a las demandas del menor generando un ciclo repetitivo en la conducta agresiva que desea conseguir su objetivo y el adulto quiere escapar de la situación negativa reforzando así ambos comportamientos.

Los modelos que se han explicado sobre el maltrato infantil han ido cambiando la forma en que se conceptualiza el maltrato, a su vez cambian las variables que se consideran desde su perspectiva, esto lo podemos ver desde modelos que proponen la falta de competencia de los cuidadores, así como otras consideraciones como las psiquiátricas y psicológicas relacionadas con aspectos sociales, culturales y ambientales.

1.9.1 *Modelos de tercera generación*

Son aquellos que pretenden indagar en las causas que generan el maltrato donde se busca explicar los procesos psicológicos del maltrato.

Hillson y Kuiper (1994) realizaron una investigación donde indican que los elementos que el cuidador pone ante el estrés y las diferentes situaciones pueden llegar a determinar el

afrontamiento y las respuestas ante el menor, dependiendo del enfoque basadas en las emociones y su desahogo pueden ser no adecuadas y conducir al maltrato físico. En cuanto al autor Milner (1995), menciona una teoría del procesamiento de la información social donde señala que el maltrato físico se produce a partir de errores referidos al comportamiento del menor, la percepción inadecuada de las interpretaciones, evaluaciones, expectativas, la integración, la ejecución y el control de respuesta que tienen los padres de sus hijos.

1.9.2 Secuelas del maltrato infantil en adultos

En la investigación que realizó el autor Frías (2015), muestra que el abuso en la etapa de la infancia ocasiona desórdenes disociales y déficit de atención e hiperactividad de acuerdo al DSM-IV-TR.

Los niños que experimentaron maltrato en esa etapa son más propensos durante su vida adulta a la delincuencia y drogadicción, las víctimas tienen un fuerte efecto referente a la conducta antisocial, la violencia a temprana edad durante el desarrollo cognitivo y afectivo se ve repercutida por el bajo rendimiento escolar, algunos problemas de conducta y problemas repetitivos en las adicciones con sus diferentes presentaciones.

Del estudio que realizaron De la Vega, de la Osa, Granero y Ezpeleta (2013) citado de Frías (2015) estudiaron la acumulación de diferentes subtipos de maltrato psicológico y su impacto en la psicopatología de los niños y encontraron que cuando “los niños sufrían estos cuatro subtipos de maltrato psicológico presentaban dos veces más desórdenes comparados con los niños que sufrían únicamente un subtipo de abuso” (p. 4).

Otro estudio que realizó la autora Morelato (2011), menciona que algunas personas que sufrieron experiencias devastadoras y dificultades psicosociales, no presentan secuelas y pudieron desenvolverse con normalidad ya que para la autora existe una relación importante entre los diferentes conceptos de riesgo y protección, de vulnerabilidad y resiliencia ya que los factores de riesgo son los responsables de los resultados negativos

y son definidos como los eventos estresores, la vulnerabilidad como lo expresa tiene la predisposición en cómo el individuo se desenvuelve tomando en cuenta algunas condiciones como el temperamento y la carga genética contribuyen a la vulnerabilidad de los menores con altos índices de efectos estresores y hacen que potencien el efecto del riesgo esto se asocia a los aspectos más sensibles con ello experimentan la aparición de varios trastornos como la disminución de la autoestima, trastornos de la personalidad y depresión entre otros.

Los vestigios que deja el maltrato infantil, afectan en las diferentes etapas del ciclo vital, ya que sufrir este tipo de maltrato es una fuente de estrés permanente en algunos casos y provoca que ciertas regiones cerebrales sufran cambios que significan un descontrol en las emociones, como la disminución en la densidad neuronal y la segregación elevada de hormonas como el cortisol y la adrenalina.

De tal forma, que el cortisol (hormona tóxica), hormona asociada al estrés, a niveles elevados continuos produce efectos negativos relacionados con la atención, la memoria y la toma de decisiones adecuadas, junto a esto debemos añadir sus efectos dañinos para nuestro Sistema inmunitario (Duval et al, 2010).

Este fenómeno que se presenta en etapas muy tempranas y evoluciona a una variedad de patologías físicas y mentales que se expresan en la edad adulta. La relación entre el inicio, la duración y la frecuencia depende del momento de desarrollo evolutivo y del proceso de mielinización que hacen al cerebro más o menos vulnerable al estrés.

A nivel organismo físico el cerebro de la víctima crea la poli victimización, es decir, la reacción sobre exposición a los diferentes tipos de maltrato infantil ya que el cerebro sufre cambios fisiológicos y neurobiológicos que provocan alteraciones permanentes y actúa como un estresor grave, tensión constante, alteración bioquímica cerebral

Otra de las secuelas es la hipervigilancia, el cual es un estado mayor de sensibilidad sensorial puesto que se sobresaltan a cualquier sonido o algo que consideren como alarma detonándose como señal relacionada con el daño recibido, en este tipo de estado lo acompaña la ansiedad.

Como hemos visto serán huellas que perduraran en la vida adulta por las alteraciones Neurológicas sufridas y en consecuencia determinarán su personalidad, el modo de su comportamiento en el contexto donde se encuentre y su ciclo vital. Por ello, es importante que el adulto busque apoyo psicológico para su bienestar físico y emocional.

- Problemas o trastornos sociales y conductuales (trastornos psicológicos)

Desde una mirada retrospectiva el maltrato puede llevar a consecuencias negativas a largo plazo, en un estudio realizado por Wodarski y cols (1990), evidenciaron que los niños que habían sufrido maltrato físico presentaban problemas dentro de diferentes contextos y a su vez, exponían una conducta agresiva, delincuencia, una baja autoestima, problemas para el desarrollo de habilidades sociales y problemas de relaciones interpersonales.

Otro estudio que fue realizado por Katherine Pears y cols. (2008) evidenciaron que los niños que sufrieron abuso sexual mostraron consecuencias en la internalización de los problemas y aquellos que sufrieron negligencia mostraban retrasos serios en las funciones cognitivas y falta del desarrollo de habilidades.

Al respecto, los trastornos en la conducta se presentan como mecanismos de defensa como la negación y disociación, acciones impulsivas y agresivas ante otros o a sí mismos, exteriorizan hiperactividad y baja tolerancia, hacia ellos mismos desarrollan la apatía, conductas autodestructivas y sumisión. Según Serrano (2006), estos mecanismos de

defensa son diferentes para el hombre, puesto que ellos tienen la tendencia de realizar los actos hacia otros mientras que en las mujeres se lo harán a sí mismas.

Los diferentes trastornos cognitivos son visibles ya que esta sobre exposición genera distorsiones, lo cual abunda en familias disfuncionales ya que la mentira y los diferentes mensajes contradictorios es lo que más se maneja afectando así la lógica de los menores por la imposibilidad de integrar los elementos entre las percepciones y los sentimientos, esto afecta en la construcción de su persona y el papel que juega dentro de la familia e impide percibir al mundo que le rodea de una manera estable o adecuada, su única protección es el aislamiento y la disociación, por lo que se limitan a interactuar llegando así a un empobrecimiento personal.

Tratando de explicar desde el abordaje psicopatológico y del psicosocial, se establece un sistema clasificatorio de los efectos que más perduran como consecuencia del maltrato infantil en la etapa adulta; desde la explicación de Bancroft (2014):

1. Las consecuencias en el área conductual: los niños y niñas llegan a presentar conductas de autolesiones, conductas violentas con sus compañeros de escuela, animales o en la familia con los integrantes más débiles, ya que pueden reaccionar de manera explosiva o conductas violentas llegando a lo que denominamos como "bullying, hasta perdurar en la vida adulta siguiendo con la lógica del maltratador que dice que las mujeres son "maltratables", con ello la aparición de la violencia en la pareja a futuro y repetición del mismo patrón.
2. Las consecuencias se presentan al generalizar la violencia en otros ámbitos; aparecen conductas relacionadas con la delincuencia y violencia en ámbitos extrafamiliares, conductas criminales y antisociales y asaltos con violencia, esto puede generarse a partir de la adolescencia cuando el individuo ya puede tomar el control de sí para cubrir sus necesidades.
3. También se presentan con conductas de oposición y desafíos a la autoridad desde que son menores; con los maestros y directivos, hasta la adultez con sus jefes o encargados del lugar donde laboran, incumpliendo con las normas que estos impongan.

4. Las consecuencias en el área social se dificulta ya que los individuos expuestos al maltrato infantil se sumergen en un estado de aislamiento a donde son sometidos por el padre con el afán del control sobre toda la familia, esto implica a no sociabilizar y a perder vínculos extrafamiliares lo que va repercutiendo a lo largo de su vida con la imposibilidad de conectarse con el mundo.
 5. También para poder lidiar con su difícil situación los individuos toman una serie de roles adaptativos tanto como cuidador como maltratador dependiendo de su necesidad.
- Efectos patológicos

Los efectos patológicos van relacionados con el excesivo abuso físico donde se lesionan y desarrollan trastornos del desarrollo cerebral, el desarrollo del sistema nervioso o inmunitario, provocando síntomas que requieren hospitalización o tratamiento médico reiterado.

La relación del maltrato infantil con el individuo demuestra de diferentes factores de afectación durante los primeros años de vida que determinaran los cambios a largo plazo, ya que durante la infancia son más vulnerables a cualquier contexto, el efecto que presenta en casos de abuso o negligencia se asocia con una disminución en el autorreceptor 2-alfa del *locus coeruleus* y da como resultado una reactividad noradrenérgica, es decir, un estímulo en amígdala ante un estrés inespecífico agudo ejercido mediante contención mecánica el cual actúa como inhibidor al enfrentarse con el estrés crónico genera síntomas psicóticos, problemas de memoria y aprendizaje, inatención e hipervigilia, Según Eysenck (1997), esa hipervigilancia conduciría a los individuos con alta ansiedad a atender en mayor medida a los eventos amenazantes y a interpretar los estímulos de naturaleza ambigua de manera más negativa, es decir que el sujeto presenta un estado de mayor sensibilidad sensorial acompañado de una

exageración en la intensidad de conductas cuyo objetivo primordial es detectar amenazas, lo que vuelve al sujeto más irritable de lo normal.

- Efectos orgánicos

De acuerdo con los autores Alarcón, et al. (2010) en su estudio sobre el maltrato infantil, existen diferentes consecuencias desde lesiones y daño cerebral hasta la muerte, en cuanto a que las mujeres pudieron presentar problemas gastrointestinales cuando hubo un antecedente de abuso sexual.

Por su parte, las autoras Barilari, et al. (2005), resaltan problemas en la alimentación, dolores crónicos de cabeza, de estómago, enfermedades psicosomáticas, dificultades en el control de esfínteres, etc., esto como una respuesta del cuerpo puesto que no existe una representación.

- Efectos psiquiátricos

Se han implicado diferentes factores de riesgo en cuanto al desarrollo de diferentes trastornos en la personalidad de los adultos. El abuso sexual asociado a factores como el coito (unión sexual entre dos sexos por medio de la penetración), la falta de confidente (no tener ningún vínculo de confianza o amistad con una persona cercana), familiaridad del victimario y la presencia de violencia, tiene una relación con el desarrollo de patología psiquiátrica en la adultez (Wilson et al, 2010, citado en Alarcón, 2010).

Las patologías encontradas y mejor relacionadas son: comportamientos agresivos, estrés postraumático, trastorno antisocial, ansiedad, dificultad para dormir, falla escolar, inicio temprano de las relaciones sexuales, trastornos de conductas alimentarias, bulimia nerviosa entre otras.

En el estudio que realizó Tyrka, et al. (2009), anotaron que la mayoría de los participantes que sufrieron maltrato presentaron dos tipos de síntomas; trastorno paranoide y trastorno límite de la personalidad, lo cual está relacionado con dificultades con la confianza, seguridad y flexibilidad ya que son más propensos a desempeñarse en trabajos mal remunerados.

Las familias transgresoras utilizan la negación para encubrir sus acciones y este modelo de familia es transmitido durante varias generaciones respondiendo a patrones culturales, los niños entran en funciones que no les corresponden desarrollando indicadores de pseudomadurez, dando como resultado la resistencia a crecer e involucrarse en la sociedad adulta a una determinada edad.

De acuerdo con un estudio realizado por los autores Moreno (2010) Golombok (2006) Nardote et al. (2003), Urra (1996) y Tierno (1996), mencionan que las personas que sufrieron maltrato infantil tienen baja autoestima, esto se generó ante los mensajes contradictorios, comportamientos antisociales como lo es la agresión, desarrollo de miedos o fobias, dificultades para identificar lo que sienten, actitudes desviadas, promiscuidad sexual como su única muestra de cariño, entre otras normalizando y reproduciendo ecologías familiares similares en donde repiten el patrón con sus hijos, es decir, que tienden a conductas de riesgo de los hijos según el estilo educativo de los padres.

Detectar un tipo de maltrato no es algo tan simple, por lo general el cambio de comportamiento o conducta del menor en este caso es de mucha relevancia para que observe y se produzca la sospecha, en contexto escolar puede hacerse visible, presentando el menor los cambios que hemos revisado.

1.10 Niveles de atención e intervención psicológica

En el presente apartado se aborda la importancia de la atención psicológica y se describen algunos tipos de intervención posibles para abordar el problema.

Como hemos visto en los anteriores apartados, el maltrato infantil cada día se torna alarmante, en estos tiempos vividos en los que se elaboró la presente investigación, entre los años 2020 y 2021 a raíz el confinamiento a causa por la pandemia por el COVID-19, el problema de la violencia hacia los menores puede presentarse en mayor grado, al estar en confinamiento los menores están en total desprotección, por lo cual, se considera que el maltrato infantil es un tema delicado y difícil suscitar en lo privado y en lo público.

Según un estudio realizado por los autores Morales y Costa (2001), existen modelos de prevención del maltrato infantil, uno de ellos que es más utilizable en el área de la salud, el cual establece tres principales niveles de prevención:

- La prevención primaria: Se realiza mediante las intervenciones empleadas a la población general sin distinguir el nivel de riesgo, el objetivo es reducir las causas y los factores de riesgo. Su finalidad es la eliminación de las causas que facilitan la violencia, capacitación de la pareja y desarrollar capacidad de afrontamiento en los individuos.
- La prevención secundaria: Son intervenciones dirigidas a la población de niños y jóvenes con un riesgo elevado, en el cual se busca capacitar a niños y adolescentes, además de potenciar su desarrollo emocional.
- La prevención terciaria: Son las medidas a quienes han sido víctimas del maltrato infantil

Lo anterior lo podemos apreciar resumido en la tabla 1, en descripción de los autores.

Tabla 1 Niveles de prevención y su caracterización

	PREVENCION PRIMARIA	PREVENCION SECUNDARIA	PREVENCION TERCIARIA
POBLACION DIANA	Población General	Población de Alto Riesgo	Victimas
OBJETIVOS	Reducir Incidencia de nuevos casos	Reducir la duración y gravedad (que afecta a la prevalencia)	Reducir la gravedad y las secuelas
PROCEDIMIENTOS	1.Eliminacion de factores de riesgo 2.Promoción de la salud y de la competencia de la población general	1.Detección precoz e intervención 2. Potenciación de los factores de protección y reducción de los factores de los factores de riesgos en la población de alto riesgo.	1. Tratamiento de las víctimas y de su entorno. 2. Rehabilitación y reducción de la gravedad de las secuelas producidas en las victimas y en su entorno.

Tomado de Costa y Morales (1997).

Identificar el tipo de maltrato que ha sufrido el adulto puede ser un trabajo difícil, ya que requiere de una revisión detallada de la situación, esto incluye a la comprobación de signos físicos y conductuales. Por otra parte, con respecto a la psicopatología en la edad adulta; la circunstancias y de patrones culturales convierten al adulto en una persona poco tolerante con mucho resentimiento, enojo, agresión y una carga

emocional bastante inestable puesto que el patrón del maltrato sigue persistiendo hacia los más débiles e indefensos en este caso a los menores.

Las víctimas de maltrato infantil no desarrollan adecuadamente sus habilidades básicas de interacción social, presentan problemas en la autoestima, dificultades en las relaciones interpersonales, etc. Sin embargo, cuando logran desarrollar el crecimiento del apego permitirá primordialmente a desarrollar los primeros modelos que son las relaciones sociales, la seguridad básica y la respuesta al estrés durante su ciclo vital.

La atención psicológica y el tratamiento pueden ayudar a los hijos como a los padres involucrados en las situaciones de maltrato, es posible que cuando se detecte algún daño físico se requiera atención de otro especialista o profesional de la salud. Para este abordaje existen distintas terapias que pueden resultar efectivas las cuales se abordarán a detalle más adelante y son:

- Terapia cognitivo-conductual centrado en el problema
- Psicoterapia padres e hijos
- Intervención con los modelos de maltrato de tercera generación

En cuanto a la atención del problema podemos encontrar diversos sitios e instituciones públicos y privados que puede dar seguimiento al tratante que lo requiera, se han abierto diversas páginas oficiales que ofrecen información sobre el problema y su atención, por ejemplo a nivel internacional encontramos el sitio Childhelp National Child Abuse Hotline, Prevent Child Abuse América.

Sobre sitios Nacionales, en la página “Red de derechos por la infancia en México” se comparte un conjunto de datos de contacto sobre organizaciones a nivel nacional, en el sitio se localizan teléfonos, dirección y sitios web de cada organismo público y

privado que prestan su servicio psicológico, lo anterior se localiza en el sitio con información actualizada hasta la fecha de marzo del 2019 http://www.derechosinfancia.org.mx/Red/red_esp2.htm

1.10.1 Atención psicológica con estrategias terapéuticas

Para prevenir el maltrato infantil es importante detectarlo temprano y proteger al niño maltratado, sin embargo, solamente puede llegar a ser útil en casos particulares, por lo que no influye a una gran escala en las cifras de toda la población vulnerable a esta situación.

La detección preventiva debe ser de carácter importante a nivel mundial ya que diferentes estudios establecen que el maltrato infantil tiene fuertes, largos y duraderos efectos en la arquitectura cerebral, función psicológica, salud mental, conductas de riesgo, función social, expectativa de vida y costos en el cuidado de la salud (Forero, 2010).

De acuerdo con la autora Álvarez (2018), existen estrategias donde se trabaja sobre las formas de relación de los individuos, identificando problemas de comportamiento en casa, usando técnicas de reforzamiento positivo, aplicando métodos de disciplina no violenta, supervisando los comportamientos del niño, utilizar la negociación y resolución de problemas.

- Estrategias individuales, el objetivo consiste en cambiar las actitudes del sujeto, educación en los niños para evitar situaciones de abuso.
- Estrategias en la prevención secundaria: Métodos de crianza y juego, sesiones individuales, habilidades como el adecuado estímulo para generar conductas proactivas, el correcto seguimiento de generar conductas proactivas y el correcto seguimiento de los ejercicios para la solución de problemas.

Muchos adultos que sufrieron maltrato infantil en algunos casos decidieron afrontar y normalizar la vida, sin embargo, estos adultos se forjaron con la idea de que “*lo merecían*”

y atribuyen que esa educación fue la más adecuada ya que ahora son adultos responsables, a pesar de que varias organizaciones se involucran en la protección hacia el menor, la intervención para ayudar a procesar algunas secuelas es de carácter problemático ya que nos enfrentamos a un patrón de creencias y es donde las instituciones u organizaciones no pueden intervenir.

Teniendo en cuenta esto para realizar una intervención es necesario retroceder al pasado y mover los recuerdos sobre el maltrato durante la infancia del adulto y resaltar las actitudes claves sobre la violencia hacia los niños. Al momento de entender la práctica de la violencia debemos entender que existen tres fenómenos que predominan:

- Los adultos tienen la creencia que los niños les pertenecen a manera de propiedad
- Los castigos físicos son significativos como un modo recomendado de disciplina
- La falta de derechos hacia los infantes

A continuación nos adentraremos a revisar desde los enfoques terapéuticos psicológicos formales la atención de adultos sobre la secuela por violencia durante la infancia.

- Terapia cognitiva

La terapia cognitiva se basa principalmente en la teoría del aprendizaje social, de acuerdo con el autor Bandura (1997), quien afirma que la conducta es un fenómeno dinámico y se encuentra en constante evolución. Desde este modelo se establece que las emociones y las conductas de las personas son influidas por su percepción ante los eventos, es decir, la interpretación de la situación, sin embargo, estos procesos cognitivos son condicionados por creencias que los individuos poseen acerca de sí mismos, el mundo y el futuro. Desde este punto lo que se busca estudiar es el procesamiento de la información con el fin de que el menor identifique sus pensamientos automáticos,

determinar su relación con la activación de las emociones negativas del niño, como lo señalan los autores Bunge, Gomar & Mandil (2008).

Identificar las secuelas del maltrato infantil en la vida de un adulto puede ser complejo, ya que esto requiere de una valoración, es decir, realizar el análisis minucioso de la situación incluyendo algunos signos físicos y de comportamiento. Lo primordial del tratamiento es reducir las secuelas psicológicas a largo plazo del maltrato, una de las herramientas que se puede utilizar es la Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma donde la víctima de maltrato infantil pueda manejar mejor los sentimientos de angustia o situaciones estresantes que ponen en riesgo la salud mental y/o física de la persona y poder enfrentar los recuerdos del evento vivido, esto se explica más adelante, así como otra técnica El EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por los Movimientos Oculares), que se centra en identificar el problema donde se trabajan los recuerdos, sentimientos y creencias generadas en la infancia que persiguen en la vida de un adulto.

De acuerdo con esto también depende de la gravedad del maltrato ya que este tipo de situaciones mantenidas en el tiempo generan sintomatología que no se puede incluir en los indicadores del Trastornos de Estrés Postraumático (TEPT) es por ello que existen otras investigaciones donde se habla de Trastorno por Estrés Postraumático Extremo no Especificado o DESNOS (disorders of extreme not otherwise specified, por sus siglas en inglés) como por ejemplo *“las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo” del autor López-Soler (2008) o “trastorno de estrés postraumático complejo” de los autores Hervías Higuera, Maroto Martín, Alonso (2017).*

El Abordaje desde el modelo enfoque Cognitivo-Conductual ha llegado a aplicarse desde diferentes campos como la psicología, la educación, la medicina ,entre otros no solo por desarrollarse en la psicoterapia sino también llega a tener un gran impacto en la promoción de la prevención de factores de riesgo ,estilos de vida saludable y de afrontamiento.

Este modelo se basa principalmente en respaldar y restablecer la seguridad física y emocional de la víctima, propiciando un medio eco sistémico en donde sus derechos sean respetados, el tiempo limitado es breve, es una técnica estructurada, orientada al problema y es psicoeducativa.

Uno de los enfoques considerado de primera elección es el cognitivo – conductual, por ser una forma de tratamiento breve con el objetivo fijo en el cambio sintomático, mediante la modificación de cogniciones o conductas (Fullana, Fernández, Bulbena & Toro, 2011). Se trata de un modelo terapéutico que “trabaja mediante la modificación de pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas para combatir sus problemas” (Puerta y Padilla, 2011 citado en Tamez y Rodríguez, 2017, p. 341).

Los modelos conductuales-cognitivos combinan modelos de la teoría del aprendizaje con aspectos del procesamiento de la información, en su intento de explicar cómo se instauran las conductas durante la infancia y la adolescencia. Los principios combinan elementos teóricos del modelo conductual y del modelo cognitivo (Batlle, s.f).

Las principales técnicas de modificación de conducta se pueden revisar en la tabla 2, dentro de la cual se destacan técnicas de reforzamiento positivo, reforzamiento negativo, programas de reforzamiento, las técnicas operantes de extinción y reforzamiento diferencial, las técnicas de modificación de conducta implica la aplicación para evaluar y mejorar los comportamientos de las personas y así mismo facilitar el funcionamiento favorable o en su caso la extinción del mismo.

Tabla 2. Técnicas de modificación conductual

Técnicas operantes para el incremento y mantenimiento de conducta

Reforzamiento positivo	Es un evento o respuesta que se presenta después de una conducta lo cual provoca que la frecuencia o la posibilidad de que ocurra la conducta aumenten
Reforzamiento negativo.	Es el resultado de la conducta que elimina se incrementa haciendo desaparecer el reforzamiento negativo
Programas de reforzamiento.	Se realiza para para instaurar conductas nuevas, pues generar mayor respuesta, que determina cómo y cuándo la ocurrencia de una respuesta irá seguida de un reforzador.

Técnicas operantes para la reducción o eliminación de conductas.

Reforzamiento diferencial de otras conductas.	Consiste en un tipo de aprendizaje por el cual algunas conductas se refuerzan mientras que otras conductas se van extinguiendo, se implementa en administrar un estímulo positivo o retirar un estímulo negativo cuando se realiza cierta acción.
Extinción	Es la discontinuación o eliminación del reforzador de una conducta que anteriormente se reforzaba.
Castigo (positivo/negativo)	Consiste en presentar o ejercer un estímulo para que la conducta aumente o disminuya

Fuente: Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) y Ferro (2005).

En cuanto a las estrategias terapéuticas que se pueden trabajar desde este enfoque encontramos las siguientes descritas en la tabla 3.

Tabla 3. Descripción de las técnicas operantes

Estrategia	Descripción
Técnicas de modelado	<p>El individuo realiza una conducta en una determinada situación con ello se busca que el paciente detecte y aprenda una forma de actuar y sea capaz de imitar con ello se modifica la conducta otorgándole herramientas para afrontar determinadas situaciones.</p> <p>Es una técnica operante que se basa en el aprendizaje por observación conlleva 3 principales pasos la exposición de la conducta, el ensayo y ejecución.</p>
La terapia de juego	<p>Se utiliza el modelamiento para mostrarle al niño habilidades de afrontamiento adaptadas” (Schaefer, 2012, p. 218).</p>
Técnica de reforzamiento positivo	<p>Es la probabilidad en que una conducta aumenta su frecuencia para conseguir una consecuencia agradable, es decir es más probable que repita la misma acción la próxima vez que se enfrente a la misma situación y que se puede usarse para fortalecer otros comportamientos de esa misma persona en otras situaciones.</p>
Terapia ambiental	<p>Utilizada particularmente en menores en situación de riesgo y problemas de vinculación ya que no se encuentran preparados neurológicamente para desarrollar y mantener una conversación duradera, se recomienda actividades lúdicas ya que se utiliza el uso de los sentidos para activar el apego y nuevas formas de relacionarse (Purvis, et al., 2007)</p>
Entrenamiento en autoinstrucciones	<p>Se basa en una serie de instrucciones donde se guía la propia conducta tomando interrogantes como ¿qué? y ¿vamos a lograrlo?, pasado por las expectativas hasta obtener los resultados.</p>
Entrenamiento en resolución de problemas	<p>Se trabaja aspectos en la solución del problema, la formulación del problema y los resultados, pretende que el individuo se enfoque de manera constructiva en situaciones que no pueden resolver por sí mismos.</p>
Técnicas de autocontrol	<p>Facilitan el aprendizaje de patrones de conducta requiere en primer lugar, producir un cambio en nuestra forma de pensar y de comportarnos ante las situaciones y circunstancias de la vida que provocan tensiones.</p>

Elaboración propia a partir de varios autores.

- Otras terapias de aspecto conductual

Es importante aclarar que existen otros tipos de terapias cognitivo conductuales, las cuales sirven para abordar problemas de violencia en etapa de vida infantil como las que revisamos en la presente investigación, de acuerdo a los autores Becoña y Oblitas (1997), estas son:

- A. Las terapias de reestructuración cognitiva, de donde se desprende la terapia racional emotiva conductual (TREC), el entrenamiento de autoinstrucciones, la terapia cognitiva y la reestructuración racional sistemática
- B. Las terapias de habilidades de afrontamiento, las cuales abarcan el modelo encubierto, el entrenamiento para afrontar situaciones, el entrenamiento en manejo de la ansiedad y el entrenamiento en inoculación de estrés
- C. Finalmente, las terapias de solución de problemas contemplan la terapia de solución de problemas interpersonales y la ciencia personal (Citado en Obando y Parrado, 2015, p.54).

CAPÍTULO II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La estructura del siguiente capítulo se enfoca a describir y hacer comparaciones de diferentes estudios sobre el maltrato infantil y sus consecuencias y por qué debe de ser un tema de interés social y académico. A nivel general, el maltrato en la población de niños, niñas y adolescentes ha sido uno de los problemas que está afectando en el mundo sin respetar origen, sexo, capacidades físicas, etc., existen núcleos familiares donde la raíz se caracterizan por la falta de comunicación y la dificultad en la relación con el medio exterior a la familia y a su entorno. En Oaxaca según datos del Programa de Prevención al Maltrato Infantil del Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia (DIF-PRENAM) en el 2002 se recibieron 23 mil 585 denuncias de maltrato infantil, de las cuales fueron comprobados 13 mil 332 casos y se atendió en todo el país a 22 mil 463 infantes (DIF, 2004).

“...en marzo del 2001, se presentó ante el Congreso de Oaxaca una iniciativa de ley para reformar el Código Penal y Civil del estado con objeto de reconocer la violencia familiar como un delito punible” (Azaola, 2003, citado en Cervantes, et al., 2012).

La mayor parte de la violencia o actos de violencia hacia el menor puede traer consecuencias como lesiones, trastornos mentales, problemas de cuidado y pueden durar años o ser permanentes, además puede presentarse el abandono del núcleo familiar e inclusive llegar a la muerte. Frente a esta situación no todos los juzgados que llevan este tema poseen una adecuada instalación o departamento especializado para la investigación de estos casos de una manera posible y eficaz.

2.1 Descripción del problema

Diferentes autores que realizaron investigaciones sobre este problema mundial señalan que los niños que han experimentado abuso están más en riesgo de involucrarse en delincuencia, en el consumo de drogas y alcohol durante la adolescencia y la edad adulta (Gold, Wolan Sullivan & Lewis, 2011).

Entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2013) que fueron analizados para este estudio se encontró que México junto con los Estados Unidos de América presentan el número más alto de niños muertos por maltrato. Además, México aparece entre los primeros 4 lugares de los índices de mortalidad de infantes en general (OECD, 2015).

Los autores Thornberry & Henry, en el 2013 señalan que una de las consecuencias del maltrato infantil es que las víctimas reproducen los mismos patrones de violencia; aumentando la probabilidad de que abusen o descuiden a sus hijos en la edad adulta.

De acuerdo con Monroe & Hadjiyannakis (2002) el maltrato emocional en la infancia es un factor de riesgo para la depresión y funciona como un factor de riesgo para eventos negativos en la edad adulta propiciando que el individuo sea vulnerable para los trastornos afectivos (Wingate & Joiner, 2004 como se citó en Frías, 2015).

En cuanto a las consecuencias, los autores De la Vega, De la Osa, Granero y Ezpeleta (2013), indican que el maltrato pone en riesgo de problemas cognitivos, afectivos y sociales a las víctimas y dentro de indagaciones han encontrado que los niños que sufrían 4 subtipos de maltrato psicológico presentan el doble de desórdenes comparados con niños que sólo sufrían un subtipo de abuso.

En la ciudad de Oaxaca, en el municipio del San Martín Mexicapán para ser específicos, se ve a diario problemas de drogadicción, delincuencia en todos sus tipos (vandalismo, asaltos a mano armada, violaciones, extorsiones etc...), un extremo abandono escolar, trabajos demandantemente informales, carencias, personas con pobreza en las calles, familias integradas por jóvenes entre 12 y 15 años con 2 a 4 hijos. Los golpes, la humillación, el abandono o malos tratos como un método de crianza efectivo entre comillas dejan huellas imborrables, no solo para quienes lo padecen sino también quienes lo observan y esto genera a la larga un patrón repetitivo, una mala información que nos aleja como seres evolucionados.

Como lo menciona en varias partes el periódico oficial y en la página web oficial de la ciudad de Oaxaca, en el marco del Día Naranja y del Día Internacional de la lucha contra el Maltrato Infantil, la Secretaría de las Mujeres de Oaxaca (SMO) reitera su llamado a la sociedad a impedir que el confinamiento por COVID-19 propicie abusos, desatención, negligencia o daño a la salud física y mental, o al desarrollo y dignidad de niñas, niños y adolescentes (párr.1).

Oaxaca se encuentra dentro de los nueve estados del país con mayor incidencia por maltrato infantil. De acuerdo con datos del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia, en 2018 una de cada 5 mujeres y uno de cada 13 hombres declararon haber sufrido abusos sexuales en la infancia (Gobierno de Oaxaca, 2020, párr. 8)

La normalización social es un problema que como sociedad lo estamos integrando a nuestra cultura, dentro de las escuelas y colonias, faltan más programas de intervención que atiendan problemas relacionados con la planificación familiar, el maltrato intrafamiliar, abuso de sustancias nocivas, fomento a la alfabetización, escuela para padres, entre otras. Algunos autores mencionan que un acontecimiento traumático puede provocar estrés postraumático entre otras consecuencias o secuelas psicológicas, en este sentido la víctima suele revivir intensamente el suceso traumático esto puede ser grave incluso hacerse crónico, el maltrato infantil se ha convertido en un problema de salud actual y

atraer problemas o consecuencias a largo plazo, los adultos que sufrieron maltrato en la infancia tienen más riesgo de sufrir problemas conductuales, físicos y mentales, por lo cual este es un problema que se hace sentir no solo en sus víctimas, sino también en toda la sociedad (Flores, 2017).

El maltrato psicológico es más difícil de identificar que el maltrato físico ya que las huellas no son visibles pero quedan dentro del psiquismo muchas de las veces la persona no sabe que está sufriendo maltrato o qué clase de violencia puede recibir. Existen autores que coinciden en cuanto a los síntomas y cuadros psicopatológicos ante esta situación de violencia o maltrato: depresión, ansiedad, angustia, desconfianza, ideación e intento suicida, trastornos alimentarios y psicosomáticos, estrés postraumático, alteración del sueño, abuso o dependencia de las drogas, trastorno obsesivo compulsivo y problemas de conducta, entre otros (Rodríguez et al., 2016).

2.2 Justificación

A partir del problema antes expuesto, se ha considerado que ha prestado atención a esta circunstancia en la población Oaxaqueña, puesto que los derechos del menor y adolescente deben ser respetados de forma prioritaria en todos los extractos sociales, la población de nuestro país debería de tomar conciencia y poder frenar este tipo de violación a un grupo tan vulnerable.

A su vez es importante detectar las secuelas del maltrato infantil en la vida adulta, para romper con la continuidad cíclica del problema, por ello, se pretende no solo conocer el número total de casos en un periodo de tiempo, sino también los factores de riesgo asociados y las necesidades de prevención y atención que nuestra población posee.

Esta investigación es útil ya que brindará un panorama nuevo sobre el problema planteado, nos dará una idea de los inicios tempranos de la violencia ejercida hacia los

menores y su posterior secuela en la vida adulta con lo cual se podrá considerar algunas medidas o recomendaciones para evitar su aparición.

Se considera que esta indagación es viable, ya que es de fácil acceso a las fuentes y es factible por no generar un gran costo, además al ser un abordaje psicológico se considera podrá ofrecer datos que favorezcan el conocer los patrones de crianza y establecer algunas recomendaciones para su atención psicoeducativa como ya se ha sugerido.

2.3 Preguntas de investigación

Hemos visto que la violencia vivida durante la etapa infantil llega a afectar la vida del adolescente y en la etapa adulta, considerando esto se plantean las siguientes interrogantes: ¿Cuáles son las secuelas más notorias en la vida de un adulto que ha sufrido maltrato infantil en la ciudad de Oaxaca? ¿Podrá romperse el ciclo del problema con la educación?

A través de las preguntas se buscará dar una posible sugerencia como propuesta psicológica para dar atención al problema desde el ámbito educativo y desde la atención psicológica.

2.4 Objetivos de investigación

- Objetivo general

Describir las secuelas del maltrato infantil en los adultos de la Ciudad de Oaxaca

- Objetivos específicos

- a) Describir las secuelas del maltrato a nivel cognitivo, fisiológico y conductual
- b) Establecer sugerencias de atención psicoeducativas para prevención y atención al maltrato.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1 Participantes

Para la presente indagación se contempló 7 participantes entre hombres y mujeres con un rango de edad de los 27 a los 59 años de la ciudad de Oaxaca, los cuales mencionaron que saben leer y escribir, son empleados en el ámbito formal e informal, padres y madres solteros, amas de casa y personas casadas con un nivel socioeconómico medio bajo-alto.

3.2 Selección de la muestra

La selección de la muestra estudiada que pertenece a la población general fue un muestreo no probabilístico por conveniencia ya que se seleccionan las unidades muestrales de acuerdo a la accesibilidad del investigador, este tipo de muestreo se utiliza ya que se obtiene la información sobre la población de manera rápida y económica (Tamayo, 2001, p.13).

3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Para ser considerados dentro del estudio los participantes cubren como criterios de inclusión el que fueron mayores de edad, fueron ser padres de familia o no serlo, con o sin actividad laboral al momento de la indagación, hombres y mujeres sin distinción, el muestreo fue por conveniencia

3.4 Escenario

Se implementó a través de cuestionario físico a las personas previamente contactadas en un espacio cómodo contando con todas las medidas de seguridad sanitaria

3.5 Tipo y diseño de la investigación

El estudio cuantitativo, ya que se busca especificar las propiedades dentro de nuestra población, es transversal y estudio a nivel descriptivo donde se aplica la descripción de las dimensiones, los datos y características de la población y fenómeno en estudio y se recolectan datos en un solo momento, lo que tiene como finalidad estimar la magnitud del maltrato infantil y las secuelas de este problema.

3.6 Instrumento de medición

El instrumento que se empleo es la Escala de gravedad de Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R) (Versión clínica) (Echeburúa, Amor, Sarasua, Zubizarreta, Holgado-Tello y Muñoz, 2016).

Es una escala heteroaplicada es decir que de manera oral se llevó a cabo la prueba y el sujeto respondió de acuerdo a la estructura, es un formato tipo Likert de 0 (cero) tiene un valor a Nada y 3 (tres) equivale cinco o más veces por semana/Mucho, tomando como referencia según la frecuencia e intensidad de los síntomas del evento sufrido. Consto de 21 ítems: 5 ítems hacen referencia a los síntomas de re experimentación (rango de 0 a 15 puntos, según la frecuencia e intensidad de los síntomas del evento sufrido.), 3 ítems a los de evitación conductual/cognitiva (rango de 0 a 9 puntos, según la frecuencia e intensidad de los síntomas del evento sufrido.), 7 ítems a las alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo (rango de 0 a 21 puntos, según la frecuencia e intensidad de los síntomas del evento sufrido.) y 6 ítems a los síntomas de aumento de la activación y

reactividad psicofisiológica (rango de 0 a 18 puntos, según la frecuencia e intensidad de los síntomas del evento sufrido).

De forma complementaria a la escala se han añadido cuatro ítems destinados a evaluar la presencia de síntomas disociativos por la importancia que se concede a estos síntomas en el DSM-5 y seis ítems para valorar el grado de afectación o disfuncionalidad relacionado con el suceso traumático, se considera un síntoma presente cuando se puntúa, al menos, con dos puntos en el ítem correspondiente.

El rango de la escala global oscila de 0 a 63 puntos. Además de los síntomas nucleares del TEPT (trastorno de estrés postraumático), Esta escala supone una versión modificada y actualizada de la EGS (Echeburúa et al., 1997), que mostraba unas buenas propiedades psicométricas (ver en anexo).

3.7 Variables del estudio

En la siguiente tabla 4, se describen de forma conceptual cada una de las variables del estudio, además se establecen las dimensiones que se consideraron dentro de cada una de estas y se identifican los indicadores que recopilarán dichos datos dentro del instrumento de evaluación.

Tabla 4. Descripción de las categorías y variables del estudio

Variable de estudio	Categorías	Definición	Indicadores de evaluación
Núcleos sintomáticos			
Secuelas de maltrato infantil	Reexperimentación	Recuerdo de Vivencias anteriores o pasadas	Items:1,2,3,4,5
	Evitación conductual/cognitiva	La evitación cognitiva son estrategias donde la persona realiza para no pensar en recuerdos y/o imágenes referidas al suceso donde tiende a sentirse incómodo y la evitación conductual es la estrategia de evitar lugares, personas y/o actividades cotidianas	Items:6,7,8
	Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	Las alteraciones cognitivas se refiere a deterioro e inciden sobre el funcionamiento de las funciones cognitivas como memoria, lenguaje, aprendizaje, la atención entre otros. Mientras que las alteraciones de estado de ánimo es el humor o sentir de una persona que se mantiene por algún tiempo este al menos es activado por un estímulo o evento y se refiere al cambio brusco la insatisfacción de diversas necesidades instintivas de un estado de ánimo a otro que fomentan una consecuencia negativa en la vida de una persona por ejemplo la falta de sueño su resultado negativo es el cansancio, el exceso de trabajo genera estrés, etc.	Items:9,10,11,12,13,14,15
	Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	Se refiere a la alteración de la conducta o comportamiento en algunas situaciones positivas o negativas sospechan de que son observados, esto dependerá de la situación donde se encuentren y su capacidad de reaccionar ante ello.	Ítems : 16,17,18,19,20,21
	Síntomas disociativos	Son todas aquellas condiciones patológicas es decir un conjunto de síntomas de una enfermedad donde existen fallos tanto en la memoria como en la percepción, identidad, pensamientos, conciencia, recuerdos, acciones	Área del apartado 3 Ítems del 1 al 4

que suponen una desconexión y falta de continuidad en forma de escape de la realidad de forma involuntaria causando problemas en el funcionamiento diario.

Disfuncionalidad en la vida cotidiana

Áreas afectadas por el suceso traumático	Información complementaria del instrumento, retoma deterioro en la vida de pareja, familiar, laboral, social, tiempo de ocio y disfuncionalidad global.	Áreas del apartado 4 Ítems: 1,2,3,4,5 y 6
--	---	---

Violencia

Tipos de violencia

vivida en la infancia

Abandono	Se considera la falta de atención en las necesidades del menor en los aspectos de la salud, la educación y parentesco obteniendo un desarrollo físico y emocional excesivamente escaso.
Agresión física	Se considera dentro de esta categoría los actos de golpes, empujones, pellizcos, mordiscos, etc., con la capacidad de generar por cualquier medio daños corporales
Abuso físico	Se refiere a los castigos excesivos que utilicen la fuerza física con el fin de causar dolor que un adulto ejerza contra el menor y que ponga en riesgo su vida por ejemplo cargar el triple del peso corporal, también se considera incluir la restricción de la libertad contra la voluntad, amarrando o encerrando en un espacio al menor.
Maltrato emocional	Son todas las actitudes que involucran sus acciones, palabras, insultos, humillación verbal, descalificación, gestos de desaprobación y un excesivo uso de insultos de una persona a otra.

3.8 Procedimiento

Fase preparatoria

1. Se describió explícitamente cada uno de los pasos para llevar a cabo en la investigación ya sea en línea o de forma presencial.
2. Se realizó la investigación de forma presencial siguiendo el protocolo de sanidad actual.
3. Las personas fueron seleccionados de manera aleatoria y que cumplen con las características de inclusión, se les indica la finalidad y el alcance de la investigación así como mediante un consentimiento informado se les rectifica lo dicho anterior para poder llevar a cabo la aplicación (*Ver anexo 2*), su participación fue voluntaria y anónima.

Fase de campo

4. Tiempo y condiciones de aplicación:

La aplicación se realizó de manera presencial siguiendo el protocolo sanitario actualmente, desde el sábado 24 de abril al 30 de abril en una sola sesión que duró aproximadamente de 20 minutos, un día fechado para cada participante, cabe señalar que se estableció este periodo procurando no interrumpir el horario laboral de los partícipes, se acordó la cita vía telefónica, la fecha y hora de la primera visita.

5. Para poder contestar la escala se les dio como instrucción de manera verbal que recordaran durante su infancia el tipo de maltrato que más sufrieron durante esa etapa, seguido se cuidó la forma de explicar de manera oral en qué consistía el cuestionario, con el propósito de que respondieran lo que consideraran de forma escrita, si tenían alguna duda en algún pregunta (ítem) se resolviera en el momento.

6. Se llevó a cabo en un lugar espaciado sin interrupciones con ello se evitó de que se presentara algunas variables extrañas o sesgos en resultados

Fase analítica

7. Con la información recolectada se crearon bases de datos en Excel (Microsoft), ya que es capaz de crear gráficos estadísticos, mediante el coeficiente alfa de Cronbach, la prueba presentó una buena consistencia interna para el instrumento global, mostró una alta consistencia interna ($\alpha = 0,96$) y una Varianza de 611.83 se empleó graficas representando los datos de una manera visual de tal modo que facilitan la interpretación y la comprensión de la dimensión dada.
8. Se llevó a cabo el análisis de la suma como puntuación donde se tomó la intensidad de la experiencia y tablas de contingencia para hallar la prevalencia de las dimensiones, estrés postraumático, por sexo y rangos de edad. También se han hallado las medias de los diferentes rangos de edad para obtener las puntuaciones totales.

Fase informativa

Los resultados se presentan de acuerdo a las siguientes dimensiones o categorías analíticas: reexperimentación, evitación conductual/cognitiva, alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo, activación y reactividad psicofisiológica, gravedad del TEPT, dos complementarios: La presencia de al menos dos síntomas disociativos y del cuadro clínico (al menos 6 meses después del suceso).

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este capítulo se analizará los resultados obtenidos en las diferentes áreas aplicadas, en las cuales se analizará las secuelas de la violencia vivida durante la infancia en adultos de la ciudad de Oaxaca.

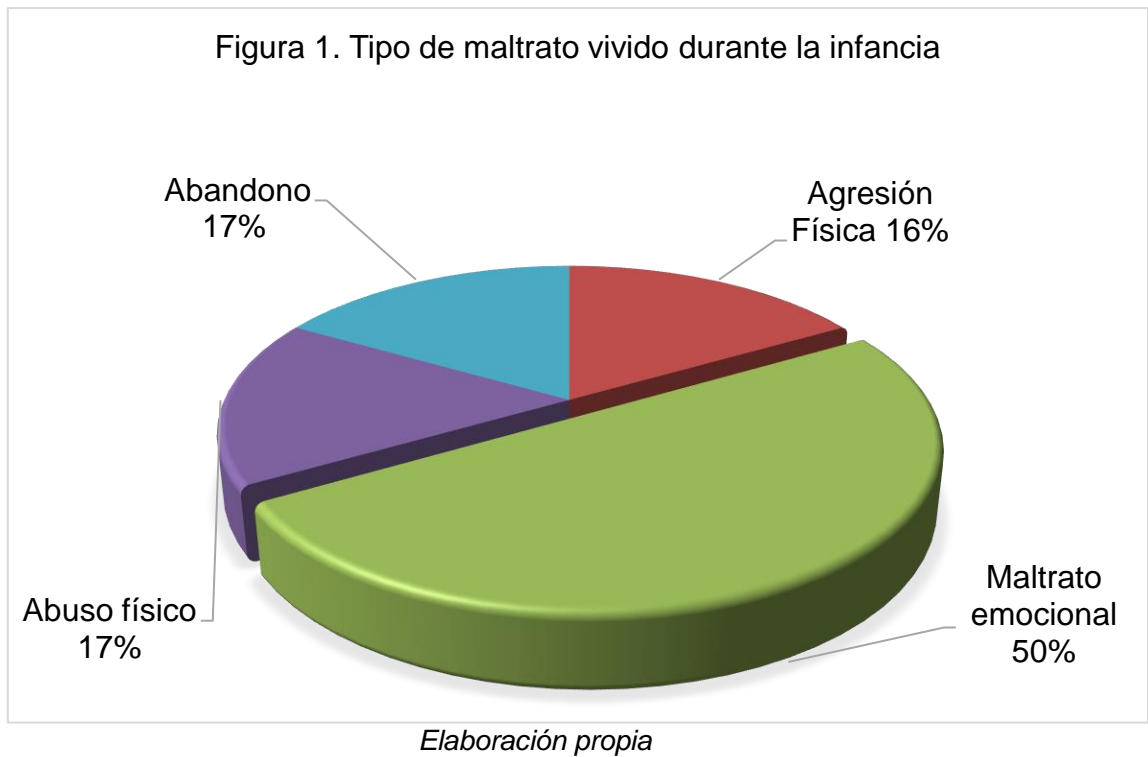
En el estudio participaron un total de 7 adultos de edades comprendidas entre los 27 a 59 años, de los cuales 3 (43%) son mujeres y 4 (57%) hombres, los participantes cumplieron con los criterios de inclusión, durante la investigación se tomó en cuenta cada uno de los principios éticos y profesionales atendiendo así la privacidad y el anonimato de los participantes tomando en cuenta el alcance de este estudio y por el bienestar de los participantes por ello no se colocará ningún nombre.

4.1 Descripción del tipo de maltrato vivido en la infancia

De forma general se integran a continuación en la figura 1, los datos sobre el tipo de maltrato que presenta la población, se encontró que el “*maltrato emocional*” con un 50% fue el tipo con mayor porcentaje presentado.

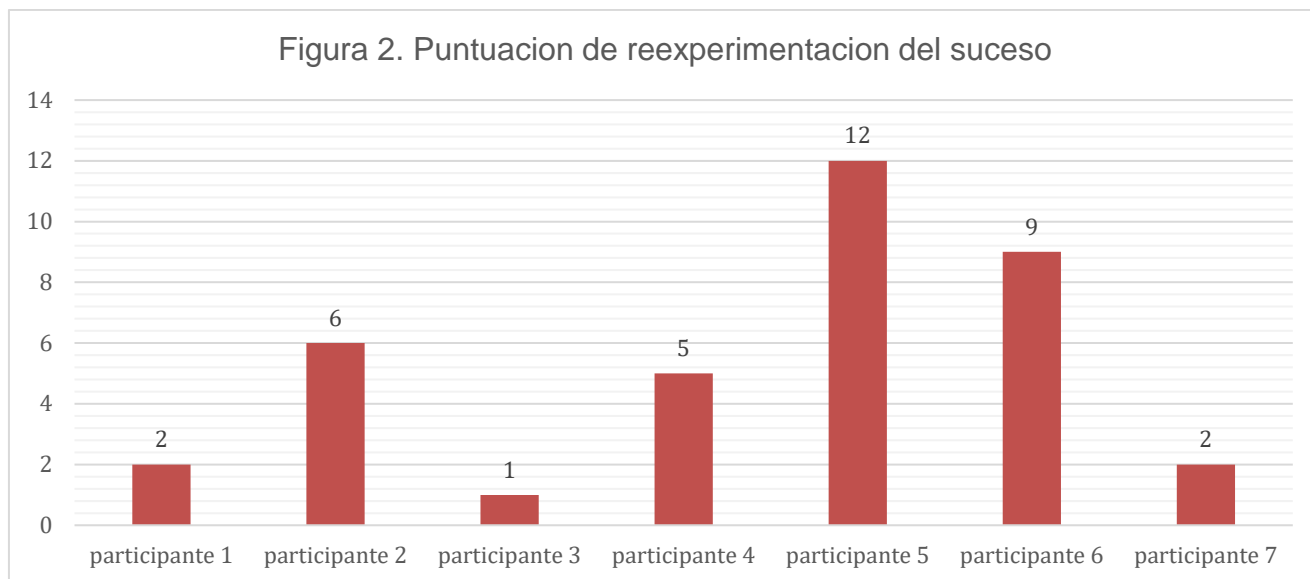
Mientras que el “*abuso físico*” y el “*abandono*” presentaron un 17% respectivamente, donde se identifica que los participantes habían vivido situaciones difíciles de exceso de trabajo por parte de sus familiares entre ellos destaca más el parentesco de los “tíos” y por parte de sus padres el abandono por días continuados.

Finalmente la “*agresión física*” fue el tipo de violencia que presento un 16% de la población, con lo cual se muestra que los participantes vivieron en su infancia eventos como empujones, pellizcos, mordiscos entre lo más destacado por los participantes, pudiendo resaltar que también fue por personas con parentesco sanguíneo.



4.2 Análisis de la reexperimentación del suceso

Los resultados obtenidos de los eventos vividos que han generado como algo que ocurre de pronto y resultando en reacciones angustiosas denominado dimensión de *reexperimentación*, los datos arrojaron de mayor a menor: el resultado del participante 5 fue de una puntuación 12 siendo el sujeto con mayor revivencia del suceso ante un estímulo similar, seguido del participante 6 con un puntaje de 9 al reexperimentar el suceso de violencia vivido durante la infancia más significativa, mientras que los participantes 1, 2, 4 y 7 presentaron un rango entre el 6 al 1 sobre el puntaje de reexperimentar del evento vivido de violencia, (*ver la figura 2*).



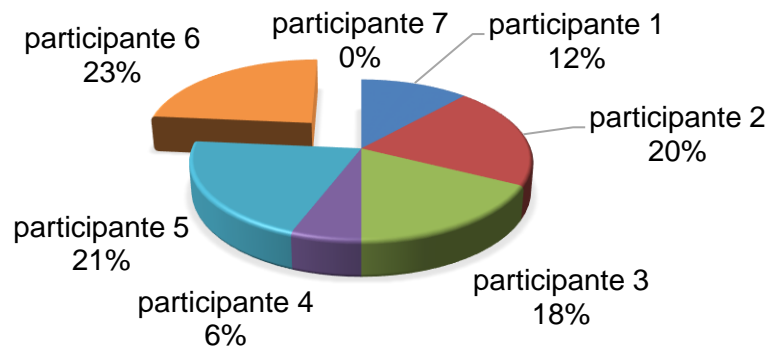
Elaboración propia

4.3 Análisis de la evitación conductual/cognitiva

Los resultados obtenidos en la dimensión de *Evitación conductual/cognitiva* dentro de la población el participante 7 con el 0% , el participante 1 con 12% , el participante 4 con el 6% dentro del puntaje del instrumento presentan una mayor estrategia para poder enfrentar a un estímulo evitar pensar en recuerdos y/o lugares referidas al suceso.

Mientras que los participantes 2, 3, 5 y 6 dentro de un rango entre el 18% y 23% tienden a no evitar recuerdos e imágenes del suceso vivido durante la infancia, asumiendo así por ellos mismos una menor estrategia en cuanto a estímulos en el presente (*ver la figura 3*).

Figura 3. Puntuación en la dimensión Evitación Conductual/Cognitiva

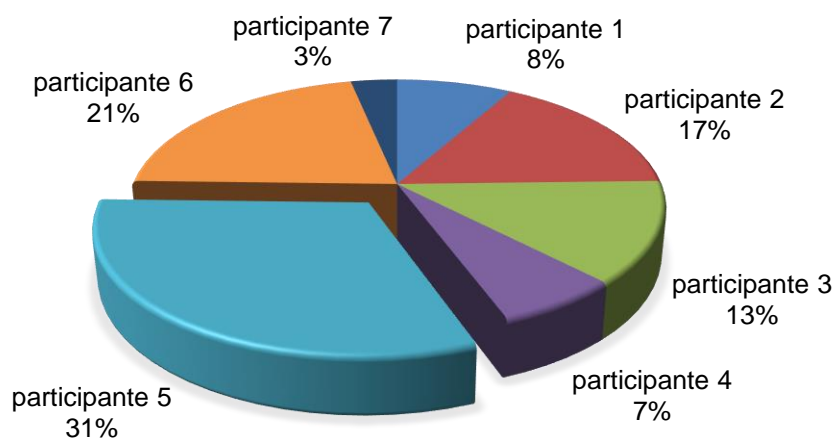


Elaboración propia

4.4 Análisis de las alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo

Los resultados obtenidos en la dimensión de *alteraciones cognitivas /estado de ánimo negativo* describiendo de mayor a menor 5 ,6 y 2 presentan dentro del rango 31% al 17% experimentadas desde el evento vivido durante la infancia y mientras que los participantes 3,1, 4 y 7 presentan entre el 13% y el 3% de *alteraciones cognitivas /estado de ánimo negativo* experimentadas desde el evento vivido durante la infancia (ver figura 4).

Figura 4. Puntuacion en alteraciones cognitivas/estado de animo negativo



Elaboración propia

4.5 Análisis de la activación y reactividad psicofisiológica

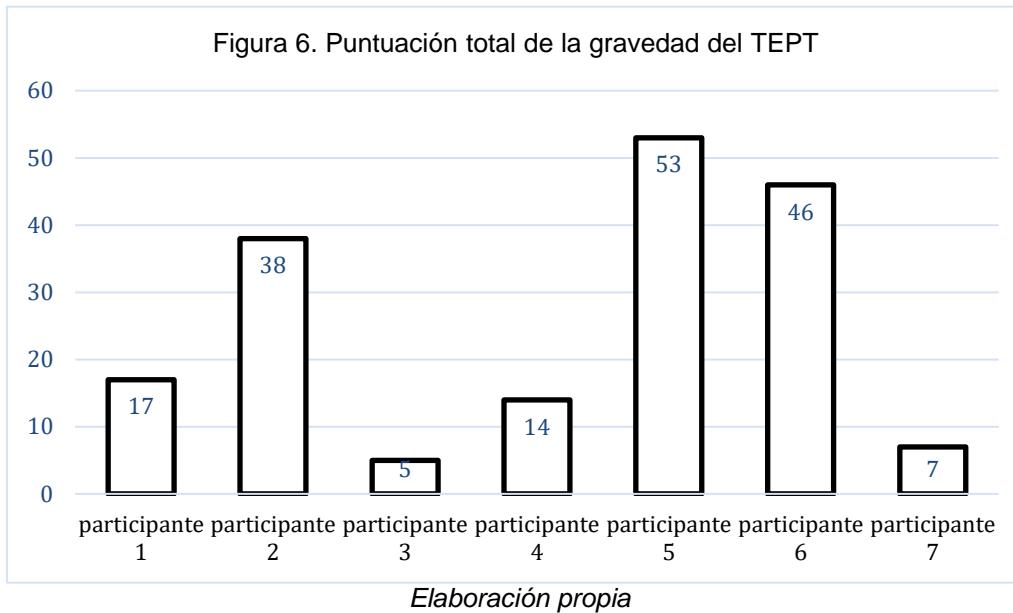
Los resultados obtenidos en la dimensión de Activación /reactividad psicofisiológica los participantes 7 y 4 presentaron el 5% desde el suceso de su infancia, mientras que los participantes 1 y 3 dentro de un rango de 9% al 13% desde el suceso de su infancia, los participantes 5 y 2 presentaron el 22% de activación y reactividad psicofisiológica desde el suceso presentado de la infancia, por último el participante 6 obtuvo el 24% desde el suceso de su infancia (*ver figura 5*).



Elaboración propia

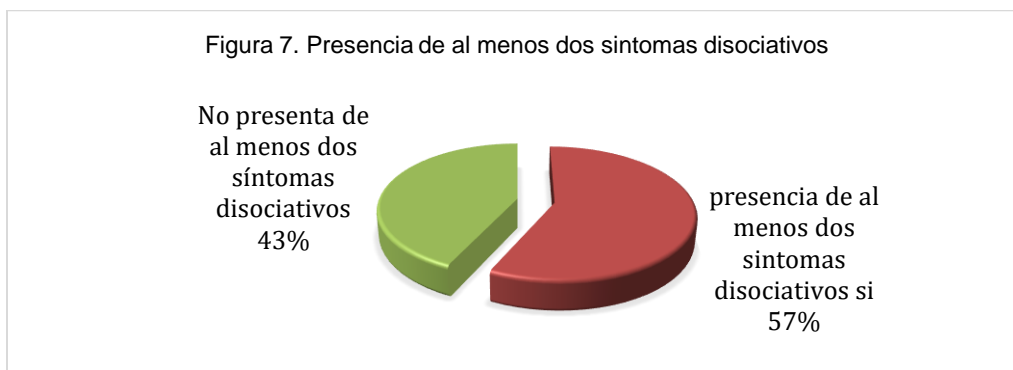
4.6 Análisis gravedad del TEPT

Los resultados obtenidos en la puntuación total de la gravedad del TEPT (trastorno de estrés postraumático) describiendo de menor a mayor los participantes 3,7, 4 y 1 dentro de un rango de 5 a 17 puntos como un índice bajo de gravedad de los sucesos vividos durante su infancia, los participantes 2,6 y 5 presentaron entre 38 y 53 un mayor puntaje como resultado de la gravedad de los sucesos vividos durante su infancia el alcance del daño psicológico está mediado por la gravedad del suceso, la mayor o menor vulnerabilidad de la víctima de acuerdo con el puntaje arrojado por la escala (ver Figura 6).



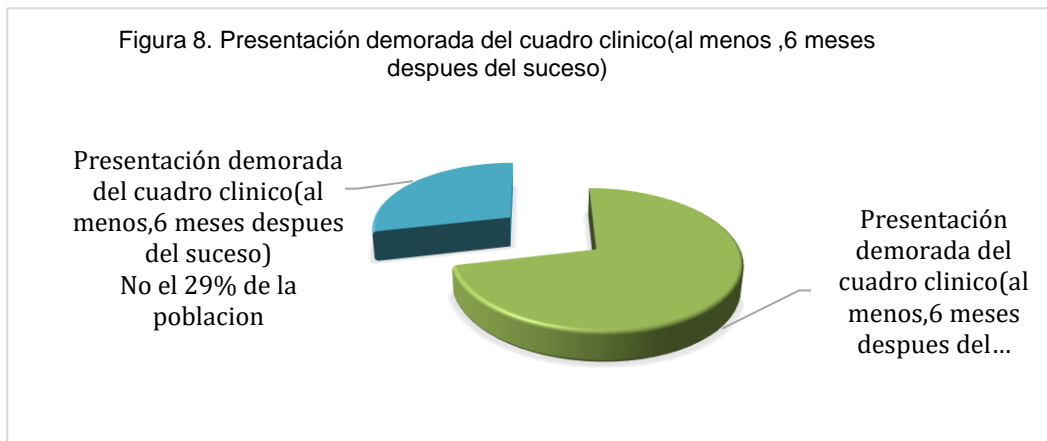
4.7 Análisis de síntomas disociativos

Los resultados obtenidos en la dimensión de la presencia de al menos dos síntomas disociativos el 43 % de la población no lo presenta, sin embargo, el 57% de la población presenta al menos dos síntomas disociativos es decir fallos tanto en la memoria como en la percepción, identidad, pensamientos, conciencia, recuerdos, acciones que suponen una desconexión y falta de continuidad además cumplieron criterios de TEPT (ver Figura 7).



4.8 Análisis de la presencia demorada del cuadro clínico (al menos, 6 meses después del suceso).

De los resultados obtenidos dentro la población estudiada el 29% no presentaron un cuadro clínico después de al menos 6 meses de suceso vivido durante su infancia, sin embargo, el 71 % de la presentó un cuadro clínico después al menos 6 meses del suceso vivido durante su infancia (ver Figura 8).



Elaboración propia

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

En el plano internacional existen diferentes y numerosos estudios que se desarrollan en el enfoque sobre el maltrato infantil y sus consecuencias en la vida adulta, sin embargo, no se ha podido encontrar ningún estudio que analice las secuelas del maltrato infantil en adultos del estado de Oaxaca.

El objetivo general de la investigación consistió en determinar las secuelas o consecuencias del maltrato infantil en los adultos de la Ciudad de Oaxaca tres áreas específicas a nivel cognitivo, fisiológico y conductual. En este capítulo, se describen los resultados generales encontrados y en ello se realiza una conclusión de los mismos.

Para el primer análisis, el tipo de maltrato sufrido durante la infancia en la población estudiada fue el maltrato emocional con un 50% en el intervalo de edad 27 a los 59 años cuyo acto fue directamente con personas del entorno familiar, al no contar con un

instrumento que describiera significativamente las secuelas se utilizó la Escala de gravedad de Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R) (Versión clínica) (Echeburúa, Amor, Sarasua, Zubizarreta, Holgado-Tello y Muñoz, 2016), los resultados obtenidos en la primera dimensión de esta escala fue la reexperimentación (recuerdos de los sucesos vividos durante la infancia) por los participantes encontrando un 27% alto en la población ya que de manera involuntaria tienden a volver a revivir el evento siempre y cuando exista un estímulo que relacione y se transforman en, pesadillas, imágenes o sensaciones angustiantes repetitivas también se puede determinar el grado de intensidad a depender del plazo de tiempo que el sujeto este expuesto a dicho estímulo. Siguiendo con la descripción, dentro de la dimensión de evitación conductual/cognitiva se presentó 23% es decir que casi una cuarta parte de los sujetos tiende a no tener el deseo de tener una relación estable en el aspecto laboral y sentirse estresado durante el trabajo, un bajo malestar subjetivo evitando las reglas, buscan la seguridad y tienden a ser intolerantes, en la dimensión de alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo se presentó el 31% de la población encontrándose gran parte dificultades en la alteración emocional que consisten en períodos prolongados de tristeza y júbilo excesivos esto deterioran significativamente la capacidad funcional de la persona, en la dimensión de la activación/reactividad psicofisiológica los resultados obtenidos fue del 24% conlleva a que parte de la población estudiada a actuar con facilidad e interviene al tener un contacto funcional a los factores disposicionales en una circunstancia respecto a una determinada contingencia y acontecimientos que estimulan el componente inicial llevando al individuo a reactividad general de sus estados prolongados como el de sueño-vigilia y llevando la activación reactiva de lo que podemos denominar "humores" a medida que sea bruscamente la activación no solo afecta la intensidad sino que también se relaciona con cambios dificultosos con respecto de las condiciones de estímulo en el ambiente, la puntuación global fue de 26% el más alto, aunque la escala complementaria de síntomas disociativos presentó el 57% es decir que parte de la población siente desconexión con pensamientos, una inadecuada continuidad en torno a recuerdos, entornos, acciones e identidad puesto que esto sucede también existe la presentación demorada del cuadro clínico (al menos, 6 meses después del suceso) donde presentó un

71% dentro de la población es sin duda una magnitud alta de este modo el estímulo que se relacione con el evento puede ser períodos de estrés donde se puede empeorar temporalmente los síntomas, haciéndolos más evidentes , se prioriza la sensibilidad, dado que conviene detectar a los pacientes que sufren un TEPT

Cabe resaltar que contar con la escala para adultos resulta oportuno presentada en esta investigación, sirve para futuras investigaciones ya que dispone de propiedades psicométricas adecuadas al permitir cuantificar la frecuencia así como su intensidad tomando en cuenta la escala global como en las diferentes dimensiones y complementarias, la consistencia interna de la escala global y de los diferentes núcleos sintomáticos es alta, a nivel del área cognitiva los adultos se muestran más impulsivos y la persistencia en actividades de enseñanza-aprendizaje es menor, a nivel del área conductual tienen a llevar problemas de comportamiento como conductas agresivas y a nivel fisiológico la relación que tiene a interactuar con los demás y la percepción que tienen de ellos mismos, en la investigación realizada permite ver una población donde los participantes presentan un TEPT (TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO) y aquellas que tiene un alto grado de afectación en su vida cotidiana, si bien el ser humano es sensible ante el estrés los efectos que produce llegan a tener dificultades en su vida diaria y las diferencias significativas se notan en los resultados obtenidos al maltrato emocional seguido a las alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo, es decir, que en la vida del adulto la secuela más "*afectada*" fue en el área "*emocional*".

Estos resultados tienen importantes implicaciones sociales, clínicas y educativas. En primer lugar da un gran aporte hacia los factores socio ambientales que pueden influir en torno del contexto para el afrontamiento de los eventos. En segundo lugar permite ver los efectos a largo plazo negativos del maltrato infantil en el área cognitiva, conductual y psicológica del adulto para tomar en cuenta que en la mayoría de los casos la secuela del maltrato sigue existiendo. Se respondió a las preguntas de estudio en la investigación ya que si existen secuelas notorias en la vida de un adulto que han afectado a largo plazo las relaciones sociales y emocionales en la ciudad de Oaxaca se evidencian y se puede ver en el puntaje escala global del TEPT.

Nuestra tercera pregunta ¿Podrá romperse el ciclo del problema con la educación? Desde un enfoque psicoeducativo, la investigación sobre las secuelas del maltrato infantil en los adultos de Oaxaca fue importante para las participantes, como lo externaron en sus comentarios al término de la prueba, pues recapitularon de manera significativa los eventos de una forma práctica y un pensamiento flexible, sin embargo, es necesario que las instituciones en los diferentes niveles educativos coloquen áreas donde se funja el psicólogo como una materia primordial para los niños, niñas, hombres y mujeres para una intervención oportuna ya que a exactitud no podemos demostrar que se pueda romper correctamente o totalmente este problema desde el área de la educación.

- Se hace una contrastación o confrontación de nuestros resultados con el marco teórico recabado, cabe señalar el estudio que realizaron los autores De la Vega, De la Osa, Granero y Ezpeleta (2013), donde indican que el maltrato pone en riesgo de problemas cognitivos, afectivos y sociales a las víctimas y dentro de indagaciones han encontrado que los niños que sufrían 4 subtipos de maltrato psicológico presentan el doble de desórdenes comparados con niños que sólo sufrían un subtipo de abuso en cuanto a las consecuencias y se concuerda con los autores Monroe & Hadjiyannakis (2002), donde exponen que maltrato emocional en la infancia es un factor de riesgo para la depresión y funciona como un factor de riesgo para eventos negativos en la edad adulta propiciando que el individuo sea vulnerable para los trastornos afectivos (Wingate & Joiner, 2004 como se citó en Frías, 2015).
- Se propone trabajar con grupos de padres de familia y los menores como una nueva línea de investigación a partir de los resultados obtenidos con variables trabajadas para identificar el alcance y sus secuelas del maltrato infantil en adultos, así mismo trabajar en la implementación de una intervención a largo plazo por medio de diversos contextos donde se permita el acceso puesto que también se toma en cuenta la ideología y la idiosincrasia de la población a investigar, no se deja de lado pues si bien es cierto en esta época presente la pandemia COVID-19, limita la convivencia presencial, probablemente puede ser una buena oportunidad para utilizar las herramientas que brinda la tecnología y así romper dicha brecha.

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES

6.1 Reflexiones

En la ciudad de Oaxaca de manera general la postura al tema de la crianza y estilos parentales dejan muy en claro la promoción de algunos valores con referencia a los tipos de roles y funciones de acuerdo con el género y la sexo del individuo que se ha construido con la cultura y las experiencias previas dado así que el aprendizaje de la educación sobre los hijos es primordial, sin embargo la visión no es la misma para las diferentes etnias que existen en la ciudad ya que algunas son regidas por tradiciones y costumbres esto nos lleva a obtener una información rica sobre los patrones de crianza pero al mismo tiempo destructiva, puesto que aunque son conscientes de que las normas y reglas son elementos importantes para mantener el orden, respeto y armonía familiar y social, la mayoría encuentran dificultad al aterrizarlo con acciones concretas en la vida cotidiana y poder prevenir el maltrato infantil en todos los contextos donde se desarrolle el sujeto, llevando la violencia a la normalización que es un factor primordial que permite la existencia permanente del maltrato infantil.

A consecuencia de esta diversidad la función del psicólogo tiene limitantes, no podemos abordar políticamente este tema puesto que nuestra investigación solo abarca a una población en particular, pero también sería importante saber qué están haciendo nuestras autoridades de acuerdo con esta área de salud mental.

Como reflexión se coloca entre las consecuencias psicológicas negativas más inquietantes de desarrollo en un individuo la influencia que tienen los patrones de crianza y los estilos parentales puesto que juegan un rol fundamental en el desarrollo cognitivo, emocional y social de los hijos. Sin embargo no hay que dejar de lado que existen muchas perspectivas tanto la influencia de las costumbres, creencias, ideologías, contexto etc. entre una comunidad y otra donde se enfatiza que las pautas de crianza son válidas para un grupo social, dependiendo de quien defina lo que es normal o valorado, el ejercicio del maltrato infantil tendrá género, un lazo por afinidad o consanguíneo donde las personas más vulnerables repetirán esta conducta inadecuada a futuro si no se logra una intervención a tiempo y la construcción del grupo denominado "*familia*" se verá afectada ya que la clave para prevenir problemáticas en los aspectos ya mencionados es lograr promoción de salud mental basada en los derechos humanos de manera que no afecte la integridad y el desarrollo vital de los integrantes .

El maltrato infantil deja secuelas en algunos casos temporales y en otros permanentes sobre la persona "*afectada*" deja muy en claro la presente investigación es solo una vía para descubrir que hace falta mucho por hacer en el área de la psicología educativa en la Ciudad de Oaxaca, si bien es cierto no se puede lograr una educación completa si del lado de la persona "*afectada*" no se existe un contexto adecuado o sus condiciones de vida no cubren sus necesidades básicas y complementarias, la educación de los cuidados parentales y una serie de factores ambientales pueden llegar a determinar el índice de gravedad por ellos es imprescindible que los patrones de este tipo de "*educación*" de adultos "*nuevos*" no se siga repitiendo solo así la probabilidad de que el maltrato infantil pueda disminuir significativamente.

Objetivamente no se puede erradicar el maltrato infantil en pocos años pero el psicólogo educativo puede llegar a transmitir parte de la prevención.

6.2 Sugerencias

Se ha sugerido que en la recomendación de asistencia y tratamientos para los adultos que han sufrido maltrato, es necesario que los sujetos profesionales reconozcan el perfil de maltrato infantil recibido para ajustar la intervención a las necesidades de los adultos y poder prevenir este tipo de maltrato en su contexto familiar, la prevalencia de maltrato infantil es muy variable, dependiendo de la población estudiada, los instrumentos usados, el entrevistador, tipos de maltrato que estamos buscando y si es recuerdo retrospectivo o situación actual

Otra sugerencia es poder realizarnos estas preguntas para investigar a fondo: En momentos de pandemia ¿Cómo se puede "proteger" o "prevenir" el maltrato infantil dentro del hogar si la escuela de manera presencial es un desahogo para el individuo? ¿Cómo puede identificar al agresor? y el sujeto que ha padecido este tipo de maltrato ¿Es apto para poder implementar cuidados de crianza? ¿Cómo psicólogos en la rama de educación hasta donde podemos intervenir en el cuidado de la salud mental para la población infantil?

Finalmente sería oportuno transformar la idea de que el vínculo familiar "es *lo más importante*" si implica la autodestrucción del sujeto puesto normalizar la violencia y aceptar los patrones inadecuados desde la niñez es una problemática social.

Una limitación potencial es que los tipos de maltratos infantiles se basaron en lo aportado por cada sujeto, lo que probablemente limita su veracidad. Para indicar el antecedente, más cercano de maltrato infantil es necesario contar con estudios futuros que aclaren la relación entre maltrato infantil y TEPT con ello darle el seguimiento a largo plazo de los adultos maltratados.

REFERENCIAS

- Arias, M., M. (2014). De la Psicología Clínica: su historia, definición y conceptos. *Psyconex. Psicología, psicoanálisis y conexiones*. 6(9).
- Aparicio, Alexander (2008). Hacia un sistema de clasificación nosológico de maltrato infantil. *Anales de Psicología*, 24(1), 77-8
<https://www.redalyc.org/pdf/167/16724110.pdf>
- Battle, S. (s.f). Clasificación en paidopsiquiatría. Conceptos y enfoques: Enfoque Cognitivo-conductual. Colegio Oficial de Psicólogos de Catalunya, Universidad Autónoma de Barcelona
- Bohannan, P. (1996). *Para raros nosotros. Introducción a la antropología cultural*. Ariel S. A.
- Boutin, G. y Durning, P. (1997). Intervenciones socioeducativas en el medio familiar. Narcea.
- Caballo, V. E. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, Vol. 2: Formulación clínica, medicina Conductual y trastornos de relación. Siglo XXI. Pp.602-605.

- Cantoni-Rabolini, N. M. (2009). Técnicas de muestreo y determinación del tamaño de la muestra en investigación cuantitativa. *Revista Argentina de Humanidades y Ciencias Sociales*, 7(2).
- Cervantes, G (2012). Características psicopatológicas en niños con violencia familiar en Oaxaca. *Alternativas en Psicología*, 16(26), 3-15. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2012000100001&lng=pt&tlng=es.
- CONAPO (Consejo Nacional de Población) (2012). 4 de Marzo, Día de la familia. http://www.conapo.gob.mx/CONAPO/Marzo_Un_Dato
- Duval, Fabrice, González, Félix, & Rabia, Hassen. (2010). Neurobiología del estrés. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(4), 307-318. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000500006>
- DIF. (2004). "Datos estadísticos del programa de prevención al maltrato infantil del Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia (DIF-PRENAM) <http://www.DIF.gob.mx/inegi/nino2004.pdf>
- Forero, L. C. (2010). *Maltrato infantil y sus consecuencias a largo plazo*. Editorial: MedUNAB
- Ferro, T. J. (2005). Técnicas de modificación conductual aplicables en la Clínica Odontológica. *Acta Odontológica Venezolana*, 43(2), 205-209 http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652005000200018&lng=es&tlng=es.
- Félix. M. V. (s.f.) Conceptualización del comportamiento disruptivo en niños y adolescentes. Dirección Territorial de Educación de Valencia, Universidad de Valencia. <https://www.uv.es/femavi/Elda2.pdf>
- Frías Armenta, M. (2015). Repercusiones del maltrato infantil en una población de riesgo. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 49(1), 108-116. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=284/28446018010>

- Fullana, M., A., Fernández, C., L., Bulbena, A., & Toro, J. (2011). Eficacia de la terapia cognitivo – conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*. 20(10). [http://www.acmcb.es/files/425-5425 DOCUMENT/2011%20Med%20Cli%20Eficacia%20TCC-2.pdf](http://www.acmcb.es/files/425-5425_DOCUMENT/2011%20Med%20Cli%20Eficacia%20TCC-2.pdf)
- Gutiérrez, C. R., Díaz, O. K. Y. y Román, R. R. P. (2016). El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. *CIENCIA ergosum, Revista Científica Multidisciplinaria de Prospectiva*, 23(3), 219-228 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=104/10448076002>
- Gold, J., Wolan Sullivan, M. & Lewis, M. (2011). The relation between abuse and violent delinquency: The conversion of shame to blame in juvenile offenders. *Child Abuse & Neglect*, 35(7), 459–467.
- Garrido-Rojas, Lusmenia (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 493-507 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=805/80538304>
- Gobierno de Oaxaca (2020). Día Naranja en confinamiento y sin maltrato infantil: SMO. Gobierno del Estado. <https://www.oaxaca.gob.mx/smo/dia-naranja-en-confinamiento-y-sin-maltrato-infantil>
- Gutiérrez, L y Gutiérrez, S. (2016) El síndrome del maltrato infantil y su diagnóstico en el consultorio estomatológico. Volumen 22
- Gutiérrez, B.A., Perea y D.L Vega (2019). ABUSO SEXUAL INFANTIL “*Características psicosociales del agresor sexual infantil*” Universidad Cooperativa de Colombia Facultad de Ciencias Humanas Programa de Psicología, Bogotá D.C
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (1997). *Capítulo 6 "Diseños experimentales de investigación: preexperimentos, experimentos "verdaderos" y cuasiexperimentos*. Mc Graw Hill.
- INEGI (2011). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2011

<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/familia0.pdf>

INEGI (2013). "Estadísticas a propósito del día mundial de la familia" 28 de febrero de 2013

<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/familia0.pdf>

INEGI (2013). "Estadísticas a propósito del 14 de febrero, matrimonios y divorcios en México"

<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/matrimonios0.pdf>

INEGI (2013). Estadísticas a propósito del 14 de febrero, Matrimonio y divorcio en México. <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/matrimonios0.pdf>

Jiménez, D y Hernández, I. (2011). Intervención clínica a díadas madre-hijo para mejorar la conducta social y el aprovechamiento escolar en nivel básico. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 14, (2). www.revistas.unam.mx/index.php/rep

INEGI (2013). Estadísticas a propósito del día de la familia. <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/familia0.pdf>

Kerlinger, F. & Lee, H. (2001). Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales. McGraw-Hill.

León, M. (1995). La Familia Nuclear: Origen de identidades Hegemónicas Femenina y Masculina. Arango, et al (1997). *Género e Identidad. Ensayo sobre lo femenino y lo masculino*. Tercer Mundo Editores.

Medianero, B. D. (S.F). Metodología de estudios de línea base. *Pensamiento Crítico* 15,61-82

<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/econo/article/viewFile/8994/7822>

Moreno, R. (2010). Estilos de apego en el profesorado y percepción de sus relaciones con el alumnado. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid. España.

- Palacios, D.J. (2005). Estilos parentales y conductas de riesgo en los adolescentes. Tesis de licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. https://repositorio.unam.mx/contenidos/estilos-parentales-y-conductas-de-riesgo-en-adolescentes-192561?c=rVq08l&d=false&q=*&i=1&v=1&t=search_0&as=0
- Palacios, J. y Andrade, P. (2008). Influencia de las prácticas parentales en las conductas problemáticas en adolescentes. *Ciencias Sociales y Humanidades*, 7(7), 7-18. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2986557>
- Peras, K.C., Kim, H.K., Philip, A.F. (2008). Funcionamiento psicosocial y cognitivo de niños con perfiles específicos de maltrato. *Child Abuse Negl* 32: 958-71
- Periódico oficial del gobierno del estado de Oaxaca <https://www.oaxaca.gob.mx/smo/periodico-oficial/>
- Ramírez, M. A. (2005). *Padres y desarrollo de los hijos. Prácticas de crianza*. Universidad de Granada.
- Raya, A. F. (2008). Estudio sobre los estilos educativos parentales y su relación con los trastornos de conducta en la infancia. (Tesis inédita de Doctorado). Universidad de Córdoba https://helvia.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/2351/abre_fichero.pdf?sequence=1&iAllowed=y
- Ruiz, A., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales Biblioteca de Psicología, UNED
- Rosales, R. C., Sánchez, B. K., Riverí, E. J. M. (2016). Experiencia traumática por violación en un adolescente. *MEDISAN*. 2016; 20(10). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016001000012&lng=es
- Romero, C. y Frías A. M. (2005). Las consecuencias del maltrato infantil: Un estudio con madres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 22(2), 363-374. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243020634001>
- Martin, G. y Pear, J. (1999). Modificación de Conducta. Qué es y cómo aplicarla. Prentice Hall. <https://cideps.com/wp-content/uploads/2015/04/Martin-G.-Pear-J.-Modificaci%C3%B3n-de-conducta-ebook.pdf>

- Moreno, M. M. (2006). Revisión de los principales modelos teóricos explicativos del maltrato infantil. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11(2), 271-292
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=292/29211205>
- Monroe, S. M. & Hadjiyannakis, K. (2002). The social environment and depression focusing on severe life stress. In H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression*. Guilford Press
- Nardote, G., Giannotti, E., y Rocchi, R. (2003). Modelos de familia. Conocer y resolverlos problemas entre padres e hijos. Barcelona: Herder.
- Ruiz, A., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales Biblioteca de Psicología*, UNED
- Straus, M., Hamby, S.h., Finkelhor, D., Moore, D. y Runyan, D. (1998). Identificación del maltrato infantil con las escalas de tácticas de conflicto entre padres e hijos: desarrollo y datos psicométricos para una muestra nacional de padres estadounidenses. *Abuso y negligencia infantil*, 22 (4), 249-270.
- Silva, R.A. (1992). Lógica de la inferencia estadística. *En Métodos Cuantitativos en Psicología*. Trillas. pp. 369-393.
- Serrano, Á. (2006). Acoso y violencia en la escuela ¿Cómo detectar, prevenir y resolver el bullying? Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. Ariel Editorial
- Tierno, B. (1996). Las dificultades escolares. Ediciones Aguilar
- Tyrka AR, Wyche MC, Kelly MM, Price LH, Carpintero LC. (2009) maltrato y trastornos de la personalidad del adulto síntomas: influencia del tipo de maltrato.
- Quintana, J., Máiquez, M., López, M., Byme, S., Rodríguez, B. y Rodríguez, G. (2009). *Programas de Educación Parental*.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592009000200004
- Hidalgo, M.V. (1998). Transición a la maternidad y a la paternidad, En M.J. Rodrigo y J. Palacios (coords.), *Familia y Desarrollo Humano*. Alianza Editorial.
- Martín, J.C., (2005). Evaluación del programa de apoyo personal y familiar para familias en situación de riesgo psicosocial. Universidad de La Laguna: Tesis doctoral no publicada.

- Tabera, V. y Rodríguez, M. (2010). *Intervención con familias y atención a menores*. Editex.
- Thornberry, T. P. y Henry, K. L. (2013). Continuidad intergeneracional en el maltrato. *Revista de psicología infantil anormal*, 41, 555–569
- Tamayo, B. (2001). Diseños muestrales en la investigación. Semestre económico. 4 (7), <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5262273>
- Urra, J. (1996). Ética, razón y empatía en el proceso de socialización. *Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología*, (10), 213-228.
- Wingate, L. R. y Joiner, T. E. (2004). Generación de estrés relacionado con la depresión: un estudio longitudinal de adolescentes negros. *Terapia de comportamiento*, 35, 247-261.
- Wodarski, J.S, Kurtz, P.D., Gaudin, J.M. & Howing, P.T. (1990). El maltrato y el niño en edad escolar: principales resultados académicos, socioemocionales y adaptativos. *SocWork* 35: 506-13.

ANEXOS

Anexo 1. Escala de gravedad de Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R) (Versión clínica) (Echeburúa, Amor, Sarasua, Zubizarreta, Holgado-Tello y Muñoz, 2016).

**ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO-REVISADA (EGS-R)
(Versión clínica)
(Echeburúa, Amor, Sarasua, Zubizarreta, Holgado-Tello y Muñoz, 2016)**

N°:	Fecha:	Sexo:	Edad:
Estado civil:	Profesión:	Situación laboral:	

1. SUCESO TRAUMÁTICO

Descripción: _____

Tipo de exposición al suceso traumático

___	Exposición directa
___	Testigo directo
___	Otras situaciones
___	Testigo por referencia (la víctima es una persona significativa para el sujeto)
___	Interviniente (profesional/particular que ha ayudado en las tareas de emergencias)

Frecuencia del suceso traumático

___	Episodio único
___	Episodios continuados (por ej., maltrato, abuso sexual)

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió?: _____ (meses) / _____ (años)

¿Ocurre actualmente? ___ No ___ Sí (indíquese el tiempo transcurrido desde el último episodio): _____ (meses) / _____ (años)

¿Ha recibido algún tratamiento por el suceso sufrido? ___ No ___ Sí (especificar):

Tipo de tratamiento	Duración	¿Continúa en la actualidad?
___ Psicológico	___ (meses) / ___ (años)	___ No ___ Sí
___ Farmacológico	___ (meses) / ___ (años)	___ No ___ Sí

Exposición al suceso traumático en la infancia/adolescencia: ___ No ___ Sí

Revictimización a otro suceso traumático: ___ No ___ Sí

Secuelas físicas experimentadas: ___ No ___ Sí (especificar):

2. NÚCLEOS SINTOMÁTICOS

Colóquese en cada síntoma la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la duración e intensidad del síntoma.

0	1	2	3
Nada	Una vez por semana o menos/Poco	De 2 a 4 veces por semana/ Bastante	5 o más veces por semana/ Mucho

Reexperimentación	
Ítems	Valoración
1. ¿Experimenta recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del suceso de forma involuntaria?	0 1 2 3
2. ¿Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso?	0 1 2 3
3. ¿Hay momentos en los que realiza conductas o experimenta sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?	0 1 2 3
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/ imágenes que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3
5. ¿Siente reacciones fisiológicas intensas (sobresaltos, sudoración, mareos, etc.) al tener presentes pensamientos/imágenes o situaciones reales que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3

Puntuación en reexperimentación: ____ (Rango: 0-15)

Evitación conductual/cognitiva	
Ítems	Valoración
6. ¿Suele evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
7. ¿Evita o hace esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
8. ¿Procura evitar hablar de determinados temas que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3

Puntuación en evitación: ____ (Rango: 0-9)

Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	
Ítems	Valoración
9. ¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?	0 1 2 3
10. ¿Tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro?	0 1 2 3
11. ¿Suele culparse a sí mismo o culpar a otras personas sobre las causas o consecuencias del suceso traumático?	0 1 2 3
12. ¿Experimenta un estado de ánimo negativo de modo continuado en forma de terror, ira, culpa o vergüenza?	0 1 2 3
13. ¿Se ha reducido su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana?	0 1 2 3
14. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean?	0 1 2 3
15. ¿Se nota limitado para sentir o expresar emociones positivas (por ejemplo, alegría, satisfacción o sentimientos amorosos)?	0 1 2 3

Puntuación en alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo: ____ (Rango: 0-21)

Anexo 2 Consentimiento informado



Consentimiento Informado

“CONSECUENCIAS DEL
MALTRATO INFANTIL EN
ADULTOS DEL ESTADO DE
OAXACA”

Nombre del estúdiante / Abigail Juárez Hernandez

A través de este documento queremos hacerle la invitación para que usted conteste de manera voluntaria un cuestionario de Escala de Gravedad de Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático-Revisada(EGS-R) (VERSION CLINICA) ((Echeburúa, Amor, Sarasua, Zubizarreta, Holgado-Tello y Muñoz, 2016) la cual tiene como objetivo conocer las consecuencias y secuelas del maltrato infantil con la finalidad de ser meramente académica

Antes de que usted acepte que usted conteste el cuestionario, se le presenta este documento de nombre “Consentimiento Informado”, que tiene como objetivo comunicarle sobre la aplicación de la prueba y recolección de la información que se está llevando a cabo dentro de la materia 0903 SEM.TITULAC.PROCES.DRROLLO.HUM.EDUC licenciatura en psicología de la UNAM a distancia. Manuscrito Recepcional / Programa de Profundización en Educación a cargo de la Directora: Dra. Brenda Estela Hernández Lima

Así mismo se le informa que sus datos e información proporcionada serán tratados de forma confidencial.

Nombre y firma