

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

Tesis

**Factores asociados al maltrato en relación a la
consulta en salud mental en adolescentes escolares
del nivel secundario de Latinoamérica**

Alex Cutti Tello
Jhon Terry Maucaylle Quirova

Para optar el Título Profesional de
Médico Cirujano

Huancayo, 2022

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

AGRADECIMIENTO

A nuestros padres, por el apoyo incondicional, ya que son el sustento económico y moral para que hoy pueda ser posible esta tesis y así continuemos en el desarrollo tanto profesional como personal.

A nuestra Universidad Continental, a los profesores y compañeros, por ser parte de nuestro camino en esta etapa de nuestras vidas y formación, por los conocimientos otorgados y la amistad brindada, ellos hicieron posible que este camino sea más ameno.

A nuestro asesor de tesis Dr. Christian Mejia, quien nos guio en la consolidación de esta investigación.

DEDICATORIA

A Dios, por darnos las fuerzas en los momentos difíciles.

A nuestros padres, por ser nuestro gran soporte y adoración.

A nuestras familias en general.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Agradecimiento	ii
Dedicatoria	iii
Índice de contenido	iv
Índice de tablas	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
Introducción	x
CAPÍTULO I	15
PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	15
1.1. Delimitación del estudio	15
1.1.1. Delimitación territorial	15
1.1.2. Delimitación temporal	15
1.1.3. Delimitación conceptual.....	15
1.2. Planteamiento del estudio.....	15
1.3. Formulación del problema	18
1.3.1. Problema general	18
1.3.2. Problemas específicos	18
1.4. Objetivos.....	19
1.4.1. Objetivo general	19
1.4.2. Objetivos específicos.....	19
1.5. Justificación de la investigación	20
1.5.1. Justificación teórico-científica	20
1.5.2. Justificación social.....	21
1.5.3. Justificación metodológica.....	21

CAPÍTULO II.....	23
MARCO TEÓRICO	23
2.1. Antecedentes de investigación	23
2.1.1. Antecedentes nacionales	23
2.1.2. Antecedentes internacionales.....	24
2.2. Bases teóricas	34
2.2.1. Salud mental	34
2.2.2. Maltrato en etapa escolar	35
2.2.3. Percepción del maltrato en Latinoamérica.....	37
2.3. Definición de términos básicos	37
2.3.1. Maltrato infantil.....	37
2.3.2. Maltrato psicológico.....	38
2.3.3. Maltrato físico	38
2.3.4. Maltrato académico	38
2.3.5. Maltrato sexual	38
2.3.6. Violencia.....	39
CAPÍTULO III.....	40
HIPÓTESIS Y VARIABLES	40
3.1. Hipótesis de la investigación.....	40
3.1.1. Hipótesis alternativa	40
3.1.2. Hipótesis nula.....	40
3.2. Identificación de variables.....	40
3.3. Operacionalización de variables	42
CAPÍTULO IV	44
METODOLOGÍA.....	44

4.1. Método, tipo y nivel de la investigación	44
4.1.1. Método de investigación	44
4.1.2. Tipo de investigación	44
4.1.3. Nivel de investigación	45
4.2. Diseño de investigación	45
4.3. Población y muestra	45
4.3.1. Población	45
4.3.2. Muestra	45
4.4. Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de datos	46
4.4.1. Técnicas	46
4.4.2. Instrumentos de recolección de datos	46
4.4.3. Análisis de datos	47
4.5. Consideraciones éticas	48
CAPÍTULO V	49
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	49
5.1. Presentación de resultados	49
5.2. Discusión de resultados	53
Limitaciones del estudio	60
Conclusiones	61
Recomendaciones	64
Lista de referencias	65
Anexos	71

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables.....	42
Tabla 2. Análisis descriptivo de los porcentajes de los cuatro tipos de maltrato entre los escolares de Latinoamérica	49
Tabla 3. Análisis bivariado y multivariado de la consulta psicológica asociada al puntaje de los cuatro tipos de maltrato entre los escolares de Latinoamérica.....	51
Tabla 4. Análisis bivariado y multivariado de la consulta psiquiátrica asociada al puntaje de los cuatro tipos de maltrato entre los escolares de Latinoamérica.....	51
Tabla 5. Prevalencia del maltrato en adolescentes escolares del nivel secundario de Latinoamérica.....	52
Tabla 6. Matriz de consistencia.....	72

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue determinar los factores asociados al maltrato en relación a la consulta en salud mental en adolescentes escolares del nivel secundario de Latinoamérica. La metodología consiste en un tipo de investigación básica, enfoque cuantitativo, diseño no experimental y nivel de estudio descriptivo. La muestra estuvo conformada por estadísticas sobre el tema en los países de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay y Venezuela. Se empleó como instrumento el cuestionario. Los resultados obtenidos precisan que el mayor país con maltrato escolar es Paraguay y el país con menor índice de maltrato es Colombia; asimismo, existe un nivel medio predominante en los tipos de maltrato escolar. Los factores con relación significativa son las mujeres (RPa: 1,23; IC95 %: 1,13-1,33; valor $p < 0,001$), edad (RPa: 1,07, IC95 %: 0,99-1,16; valor $p = 0,078$), provenir de colegios nacionales, presencia del padre. Por lo que se comprueba la existencia de factores asociados al maltrato en el entorno de la consulta de adolescentes escolares de Latinoamérica. También se evidencia correlación entre consulta psicológica y las dimensiones de maltrato psicológico (RPa: 1,01; IC95 %: $>1,00$ -1,02; valor $p = 0,014$), físico (RPa: 1,02; IC95 %: $>1,00$ -1,05; valor $p = 0,022$) y sexual (RPa: 1,02; IC95 %: $>1,00$ -1,04; valor $p = 0,025$); Por último, existe correlación entre consulta psiquiátrica y las dimensiones de maltrato físico (RPa: 1,06; IC95 %: 1,16-1,05; valor $p < 0,001$), es decir, la percepción de maltrato escolar aumenta las consultas psicológicas y psiquiátricas. Se encuentra que, el maltrato escolar es una problemática frecuente en sus diferentes tipos, siendo muy perjudicial en los adolescentes escolares de Latinoamérica.

Palabras claves: maltrato escolar, salud mental

ABSTRACT

The objective of the research was to determine the factors associated with abuse in relation to mental health consultation in school adolescents at the secondary level in Latin America. The methodology consists of a type of basic research, quantitative approach, non-experimental design and descriptive study level. The sample consisted of statistics on the subject in the countries of Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay and Venezuela. The questionnaire was used as an instrument. The results obtained indicate that the largest country with school abuse is Paraguay and the country with the lowest rate of abuse is Colombia; Likewise, there is a predominant medium level in the types of school abuse. The factors with a significant relationship are women (PRa: 1.23; 95% CI: 1.13-1.33; $p < 0.001$), age (PRa: 1.07, 95% CI: 0.99-1.16; $p\text{-value} = 0.078$), coming from national schools, presence of the father. Therefore, the existence of factors associated with abuse in the environment of the consultation of school adolescents in Latin America is verified. There is also evidence of a correlation between psychological consultation and the dimensions of psychological abuse (RPa: 1.01; 95% CI: >1.00 -1.02; $p\text{ value} = 0.014$), physical (RPa: 1.02; 95% CI: > 1.00 -1.05; $p\text{-value} = 0.022$) and sexual (RPa: 1.02; 95% CI: >1.00 -1.04; $p\text{-value} = 0.025$); Lastly, there is a correlation between psychiatric consultation and physical abuse dimensions (RPa: 1.06; 95% CI: 1.16-1.05; $p\text{-value} < 0.001$), that is, the perception of school abuse increases psychological consultations and psychiatric. It is found that school abuse is a frequent problem in its different types, being very harmful in school adolescents in Latin America.

Keywords: school abuse, mental health

INTRODUCCIÓN

La salud mental abarca una variedad de funciones mentales, emocionales, sociales y conductuales, esto ocurre a lo largo de un continuo de bueno a malo. Investigaciones anteriores han documentado que la salud mental entre niños y adolescentes está asociada con la salud física inmediata y a largo plazo las enfermedades crónicas, los comportamientos de riesgo para la salud, las relaciones sociales, la educación y el empleo. La vigilancia de salud pública de la salud mental de los niños se puede utilizar para monitorear las tendencias en la prevalencia entre las poblaciones, aumentar el conocimiento sobre las diferencias demográficas y geográficas y apoyar la toma de decisiones sobre prevención e intervención.

Esto es motivo que parte de la idea de política de salud gubernamental, por lo que es usualmente monitoreada por los países desarrollados. Por ejemplo, en los Estados Unidos, numerosos sistemas de datos federales recopilan información sobre varios indicadores de la salud mental de los niños, en particular los trastornos mentales. Los datos de 2013–2019 de estos sistemas de información muestran que los trastornos mentales comienzan en la primera infancia y afectan al individuo con una variedad de características sociodemográficas. Durante este período, los trastornos más prevalentes diagnosticados entre los niños y adolescentes estadounidenses de 3 a 17 años fueron el trastorno por déficit de atención/hiperactividad y la ansiedad, cada uno

de los cuales afectó aproximadamente a uno de cada 11 (9,4 % – 9,8 %) niños. Entre los niños y adolescentes de 12 a 17 años, una quinta parte (20,9 %) había experimentado alguna vez un episodio depresivo mayor. Entre los estudiantes de secundaria en 2019, el 36,7 % informó sentirse persistentemente triste o desesperanzado en el último año, y el 18,8 % había considerado seriamente intentar suicidarse (1). Aproximadamente, siete de cada 100.000 personas de 10 a 19 años murieron por suicidio en 2018 y 2019. Entre los niños y adolescentes de 3 a 17 años, el 9,6 % al 10,1 % había recibido servicios de salud mental, y el 7,8 % de todos los niños y adolescentes de 3 a 17 años habían tomado medicamentos para problemas de salud mental durante el último año, según el informe de los padres. Aproximadamente, uno de cada cuatro niños y adolescentes de 12 a 17 años informó haber recibido servicios de salud mental durante el último año (2).

Bajo este enfoque, se puede notar que sistemas de salud fuertes como los europeos y los norteamericanos son propensos aún a tener fallas en la capacidad de atención a los niños y adolescentes en el ámbito de la salud mental, que, siendo una sensación intangible para un observador físico, se entiende que puede dañar, pero no es atendido en su real magnitud. A lo largo de la vida, la salud mental y los trastornos mentales se asocian con medidas inmediatas y a largo plazo de salud física, enfermedades crónicas, relaciones sociales, presencia o ausencia de delincuencia y factores que determinan el acceso a los recursos, como el nivel educativo, el nivel de ingresos y la situación laboral (3). No obstante, el enfoque de la presente investigación está dirigido a determinar los diferentes factores del entorno del adolescente que pueden ser usados como desencadenantes de maltrato, lo cual motiva a la búsqueda de

apoyo en salud mental del individuo (4).

El maltrato se manifiesta en diferentes aspectos como: físicos, emocionales, abuso sexual, entre otros; generando daños permanentes o de riesgo para la integridad de cualquier persona, causando muchas veces peligro para la supervivencia. Los estudios realizados sobre el tema mencionan que, la salud mental es un pilar muy importante para el desarrollo psicosocial del ser humano (5). Se consideran tanto el impacto a corto plazo en el niño como el impacto a largo plazo en el adolescente y el adulto. La experiencia de abuso o negligencia interfiere con el desarrollo del hombre en el momento en que se experimenta y cómo puede afectar la resolución de procesos o tareas de desarrollo posteriores, a medida que el individuo atraviesa la adolescencia y luego la edad adulta. También se presenta evidencia sobre el papel de otros factores mediadores como el género y otras variables de diferencias individuales, características del maltrato y entorno familiar (6).

A saber, que es posible proyectar una relación entre los diferentes factores o características del escolar usados como pretexto para generar maltrato por su entorno, lo cual induce un impacto lesivo dentro de los aspectos psicológicos de los adolescentes escolares. No obstante, no hay aún un análisis en Latinoamérica que relacione el maltrato con los factores del entorno de la víctima que lleve a consulta para diagnosticar y mejorar tratamientos para la salud mental (7). Y de esta forma, poder trabajar en éstos en la sociedad para poder reducir el impacto. En este sentido se busca enfatizar los diferentes factores sociales y biológicos presentes en el adolescente escolar, que pueden ser usados como desencadenantes de maltrato por su entorno y este genere impacto emocional del individuo, lo cual obliga al acceso de consulta de salud

mental, de esta forma, buscar ayuda del especialista y se encamine a sobrellevar la situación. A continuación, se detallan los capítulos y su contenido.

El capítulo uno aborda el planteamiento y formulación del problema, los objetivos (general y específicos) y la justificación de la investigación, debido a que últimamente se está evidenciando un alto índice de consulta de salud mental en adolescentes escolares del nivel secundario a causa de diversos tipos de maltratos como el psicológico, físico, educativo y sexual; siendo más frecuente el maltrato psicológico. Por esta razón, la presente investigación determina la asociación de los factores y características presentes en la vida de los escolares que sufrieron diferentes tipos de maltrato, por lo cual acudieron a consulta de salud mental, realizado en los adolescentes escolares de seis países en Latinoamérica, con el objetivo de brindar resultados estadísticos y mostrar un panorama social actual, si bien el Perú no está dentro de los países mencionados, la realidad no es ajena; ya que Latinoamérica cuenta con casi las mismas problemáticas sociales, más aún en los jóvenes y adolescentes. De esta forma se busca resaltar en qué aspectos del entorno escolar se debe trabajar para poder reducir el impacto en salud mental del individuo.

En el capítulo dos, se desarrollaron los antecedentes de estudios nacionales e internacionales. Este capítulo también está compuesto por las bases teóricas y definición de conceptos, el cual ha sido obtenido de distintas fuentes bibliográficas relacionadas con la salud mental en adolescentes.

En el capítulo tres se observa la hipótesis general y específicas, también las variables de la investigación; por último, la operacionalización de variables, y en el capítulo cuatro se especifica la metodología a utilizar, que está compuesta por los subtemas: método general y específico, nivel o tipo de investigación,

población, muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos mediante encuestas realizadas a la población escolar, ya que en diversos países de América hay evidencia del incremento de casos en relación a la salud mental.

En el quinto capítulo se encuentra el análisis e interpretación de resultados y, finalmente, el sexto capítulo consiste en la discusión de resultados para esta investigación. Las conclusiones y recomendaciones finalizan la investigación.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1. Delimitación del estudio

1.1.1. Delimitación territorial

La investigación se realizó con 6 países de Latinoamérica: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay y Venezuela.

1.1.2. Delimitación temporal

La investigación se realizó con 6 países de Latinoamérica: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay y Venezuela en los últimos 5 años.

1.1.3. Delimitación conceptual

La investigación tuvo como delimitación conceptual dos temas principales: factores asociados al maltrato y consulta en salud mental.

1.2. Planteamiento del estudio

El maltrato se considera como parte de una problemática global que

abarca gran parte de las poblaciones a nivel mundial, desde países en vías de desarrollo hasta las naciones que son consideradas como desarrolladas a nivel socioeconómico; con diferentes causas involucradas en una variedad de aspectos biopsicosociales, que conlleva a factores de agresión física, o de falta de cuidado de quienes tienen la responsabilidad. En particular, el maltrato infantil se ha descrito como una de las causas más dañinas del deterioro de la salud infantil en los países desarrollados, que deja secuelas en los adolescentes (8).

Se define el maltrato como los abusos y la desatención que genera un impacto negativo que puede repercutir en la calidad de vida, además generar daños permanentes o incluso irreparables en la salud, en el desarrollo o en la dignidad de la persona, de esta forma se puede inducir a una alteración en el bienestar de la víctima y su entorno, poniendo así en peligro su supervivencia en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. El maltrato en general contiene diversas modalidades que incluye el de carácter físico, psicológico, sexual, académico; además de desatención, negligencia y explotación comercial, entre otros; la exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil (9).

El maltrato infantil causa alteraciones en la salud mental y física que perduran toda la vida, teniendo como consecuencias la afectación del aspecto socioafectivo, desarrollo económico y social de un país. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la cuarta parte de todos los adultos manifiestan haber sufrido maltratos físicos de niños, una de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia, siendo así que el maltrato infantil es un problema mundial con graves consecuencias. Está calculado que cada año mueren por homicidio 41 000 niños

y adolescentes. Lo cual demuestra una clara magnitud del problema, dado que una importante proporción de las muertes son debidas al maltrato infantil (10).

Según la protección infantil del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), en Latinoamérica los menores de edad están desprotegidos frente a la violencia, especialmente ante los ataques sexuales, por lo cual ningún estado ha dado realmente la prioridad que merece el problema de violencia contra las niñas, niños y adolescentes. Asimismo, Unicef estima que 1,1 millones de niñas y adolescentes en Latinoamérica han sufrido violencia en algún momento de su vida, incluyendo abuso sexual, violación, secuestro y reclutamiento forzado, por pandillas o crimen organizado, esta situación obliga muchas veces a niñas y adolescentes a dejar sus territorios (11).

En este sentido, se asume que los gobiernos buscan revertir a través de políticas de atención y consulta de salud mental los posibles malestares que se pueden dar por la exposición al maltrato. No obstante, hay un detalle que puede ser aún más perjudicial. La idea de la presente investigación es que hay factores que pueden hacer que el escolar adolescente no vaya voluntariamente a una consulta que perciba que requiere, sino que el maltrato ha hecho que el menor pueda verse cohibido a buscar un tratamiento acerca de sus problemas de salud mental. En este sentido, se puede hablar de una retroalimentación del problema de salud mental a causa de factores indirectos producto de las condiciones sociales, económicas y familiares. Por ello, se parte de la noción de que el maltrato y la salud mental tienen un efecto negativo, pero que, además, hay factores ajenos a estas dos variables que terminan recrudeciendo esta relación. Esto es fundamental de ser estudiado porque en la medida que esto sea entendido, posiblemente se puedan afinar mejor las políticas de salud mental,

mejorando la condición de vida de las personas.

1.3. Formulación del problema

La idea en particular es hacer uso de un análisis en tres enfoques, se ha observado que hay una relación entre el maltrato y los factores asociados en la sociedad que exponen al escolar a ser maltratado, principalmente las condiciones socioeconómicas y de entorno en las que se encuentra el menor, lo que falta denotar es “qué tan intensa es esta relación”. Y, por otra parte, se debe determinar la relación entre el maltrato y la opción de recibir consulta por salud mental. Por lo que se asume que lo primero que se debe demostrar es que hay al menos un aspecto socioeconómico o de entorno que genera maltrato, el cual es el foco de la presente investigación. Luego asociar dimensiones del maltrato en la decisión de recibir o no consulta en salud mental.

1.3.1. Problema general

¿Cuáles son los factores asociados al maltrato en relación a consulta en salud mental en adolescentes escolares del nivel secundario de Latinoamérica?

1.3.2. Problemas específicos

¿Cuál es la relación del maltrato psicológico en la decisión de recibir consulta de salud mental de los adolescentes escolares del nivel secundario de Latinoamérica?

¿Cuál es la relación del maltrato físico en la decisión de recibir consulta de salud mental de los adolescentes escolares del nivel

secundario de Latinoamérica?

¿Cuál es la relación del maltrato académico en la decisión de recibir consulta de salud mental de los adolescentes escolares del nivel secundario de Latinoamérica?

¿Cuál es la relación del maltrato sexual en la decisión de recibir consulta de salud mental de los adolescentes escolares del nivel secundario de Latinoamérica?

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar los factores asociados al maltrato en relación a consulta en salud mental en adolescentes escolares del nivel secundario de Latinoamérica.

1.4.2. Objetivos específicos

Determinar la relación del maltrato psicológico en la decisión de recibir consulta de salud mental de los adolescentes escolares del nivel secundario de Latinoamérica.

Determinar la relación del maltrato físico en la decisión de recibir consulta de salud mental de los adolescentes escolares del nivel secundario de Latinoamérica.

Determinar la relación del maltrato académico en la decisión de recibir consulta de salud mental de los adolescentes escolares del nivel secundario de Latinoamérica.

Determinar la relación del maltrato sexual en la decisión de recibir

consulta de salud mental de los adolescentes escolares del nivel secundario de Latinoamérica

1.5. Justificación de la investigación

1.5.1. Justificación teórico-científica

Uno de los propósitos de estudio en la presente investigación está en función a la necesidad de conocer los factores asociados al maltrato en relación a consulta en salud mental de los adolescentes en países de Latinoamérica y mostrar el panorama que se vive en la actualidad, para así poner en evidencia y trabajar en la problemática. La violencia sigue presente en la vida del hombre, en especial en Latinoamérica donde la “diferencia” social aún es muy alta y contrastada, la variedad cultural, económica, sociodemográfica, entre otros, estos acentúan muchas dificultades para varios sectores y grupos sociales, principalmente las más vulnerables como las mujeres, personas con carencia económica, comunidad LGBT, grupos étnicos marginados, entre otros (30). Mediante la consecución de los objetivos de la presente investigación, se centra principalmente en la población adolescente estudiantil de 6 países de Latinoamérica (13) (15). La adolescencia es una de las etapas más trascendentales; además el ser humano es predominantemente más vulnerable a recibir maltratos en la sociedad y que estos repercutan en el futuro (10); por ende, la decisión de trabajar con esta población. Se obtuvo información relevante que permitirá brindar conocimientos a futuras investigaciones de diferentes áreas de estudio que consideren al maltrato como una problemática importante a solucionar para el desarrollo de la

sociedad, y que, además, posiblemente sea una de las razones por la que los menores con problemas de salud mental terminen siendo mucho más asertivos a recibir consulta psicológica o psiquiátrica.

1.5.2. Justificación social

La investigación ofrece información relevante a profesionales de la salud en estudios acerca de los factores asociados al maltrato en relación a consulta en adolescentes, para que de este modo, se desarrollen diferentes estudios que aborden esta temática con la finalidad de aportar en su mejora mediante la disminución y tratamiento de casos, así como de generar conciencia social que permita a las poblaciones latinoamericanas modificar constructos adquiridos por generaciones debido a que la violencia y el maltrato han formado parte de las diferentes sociedades, familias e individuos, desde inicios de la historia hasta la actualidad. Con mucho mayor énfasis, se denota que una mayor información acerca del alcance de las consultas psicológicas y psiquiátricas, se puede esperar que los menores puedan tener una mejor condición mental, aportando esto a su futuro y a su desenvolvimiento social, además de poder detectar con mejor perspectiva, situaciones desfavorables para él y con ello reducir la probabilidad de abuso en cualquier entorno social (15).

1.5.3. Justificación metodológica

Para alcanzar los objetivos planteados en la investigación, se realizó un cuestionario, y el análisis de datos se realizó en el software de

Stata, con la finalidad de conocer la existencia de deficiencias en el estudio de los factores asociados al maltrato; este cuestionario contiene información relevante que podría ser utilizada de manera conjunta o por indicadores de manera individual, para diferentes estudios e investigaciones en relación a los factores asociados y el nivel de relación al maltrato en adolescentes en el nivel de instrucción secundario (12).

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de investigación

2.1.1. Antecedentes nacionales

García (13) en su investigación "*Caracterización de la violencia en estudiantes de la institución educativa secundaria Frías-Ayabaca en el primer semestre 2020*", teniendo como objetivo especificar la caracterización de la violencia en estudiantes de la institución educativa del nivel secundario del distrito de Frías-Ayabaca. La metodología consistió de un estudio cuantitativo, con diseño no experimental y nivel de investigación descriptiva. La muestra estuvo conformada por 120 estudiantes y el instrumento aplicado fue el cuestionario. Los resultados obtenidos precisan que existe un nivel medio de violencia en el aula, la violencia psicológica y física presenta un nivel medio; asimismo, otros aspectos de violencia son la exclusión social y interrupción en el aula. Concluye que, la violencia escolar sigue presente en algunos aspectos de la convivencia, como la exclusión social, violencia física y psicológica (13).

Pozo (14) en su investigación "*El bullying y el rendimiento académico en los estudiantes de educación secundaria de una institución educativa de la ciudad de Trujillo*", tuvo la finalidad de identificar la correlación entre las dos variables de estudio. La metodología consistió de un estudio cuantitativo, con diseño no experimental y nivel de investigación descriptivo - correlacional. La muestra estuvo conformada por 180 estudiantes y el instrumento aplicado fue el cuestionario. Los resultados obtenidos mencionan que existe un nivel medio de bullying y rendimiento académico; asimismo, existe relación entre las variables de estudio. Concluyendo que existe una relación positiva fuerte entre el bullying y rendimiento académico en los estudiantes (14).

Tizón (15) desarrolló una investigación acerca de la perpetuación de ciclos de violencia en los colegios, en la región de Lima, con el objetivo de presentar un diagnóstico de un colegio nacional como estudio de caso para el análisis profundo y vivencial del tema de la violencia escolar. Concluyendo que, existe evidencia de la violencia directa entre los alumnos y alumnas, mediante juegos de agresión; también, la violencia cultural, comprendida por las creencias y valores discriminatorios hacia ciertos grupos, detectando el machismo, racismo y la homofobia (15).

2.1.2. Antecedentes internacionales

Kantor et al. (16) en la investigación "*Barriers and facilitators to accessing mental health services after child maltreatment in foster care: An Austrian survivors' perspective*", tuvo como objetivo principal mejorar la comprensión de las barreras percibidas y los facilitadores para el uso

de servicios de salud mental en adultos sobrevivientes de abuso institucional (IA) en hogares de guarda. Además, tenía como objetivo explorar las sugerencias de los sobrevivientes sobre cómo aumentar el uso de los servicios de salud mental. Se realizaron entrevistas semiestructuradas con 46 sobrevivientes adultos de IA. La pauta de la entrevista comprendía preguntas sobre 1) barreras autopercibidas y 2) facilitadores de los servicios de salud mental, así como 3) sugerencias sobre cómo facilitar el uso de los servicios de salud mental. Se realizó un análisis temático para identificar los temas de las transcripciones de las entrevistas. Las barreras y los facilitadores se compararon con los hallazgos previos de una revisión sistemática sobre sobrevivientes de trauma. Los temas de barrera más destacados fueron la falta de conocimiento y las dudas relacionadas con el tratamiento, las preocupaciones relacionadas con el estigma, la vergüenza y el rechazo, y las barreras específicas del trauma. Una barrera que parecía ser característica de los sobrevivientes de IA eran las experiencias negativas previas con trabajadores de cuidado infantil u otros profesionales en instituciones de crianza temporal. Los temas clave que se identificaron a partir de las sugerencias de los sobrevivientes también se encontraron en los facilitadores percibidos, a saber, un psicoterapeuta específico recomendado por otras personas importantes, profesionales o instituciones, así como los costos del tratamiento cubiertos. Recibir apoyo social de otras personas importantes o de profesionales fue otro facilitador destacado para el uso de los servicios de salud mental. Estos hallazgos refuerzan la importancia de las estrategias multiprofesionales y las

intervenciones basadas en la evidencia para aumentar el uso de los servicios de salud mental por parte de los sobrevivientes de maltrato infantil (16).

Lawson et al. (17) realizaron la investigación "*Child maltreatment during the Covid-19 pandemic: consequences of parental job loss on psychological and physical abuse towards children*" que tuvo como principal objetivo detallar los factores asociados con el maltrato infantil durante la pandemia de Covid-19, incluida la pérdida del trabajo de los padres, y si la reformulación cognitiva moderó las asociaciones entre la pérdida del trabajo y el maltrato infantil. Una muestra comunitaria de 342 padres (62 % madres) de niños de 4 a 10 años ($M = 7.38$, $SD = 2.01$; 57.3 % hombres) que viven en los Estados Unidos completaron cuestionarios en línea sobre experiencias con Covid-19, el Parent -Escala de Tácticas de Conflicto Infantil, y Escalas de Evaluación Personal Orientadas a la Crisis Familiar. Los padres que perdieron su trabajo ($OR = 4.86$, IC 95 % [1.19, 19.91], $p = .03$), estaban más deprimidos ($OR = 1.05$, IC 95 % [1.02, 1.08], $p < .01$), y anteriormente maltrataron psicológicamente a sus hijos ($OR = 111.94$, IC 95 % [28.54, 439.01], $p < .001$) tenían más probabilidades de maltratar psicológicamente durante la pandemia. En cuanto al maltrato físico, surgió una interacción significativa entre la pérdida del trabajo y el afrontamiento reformulado ($OR = 0,76$, IC 95 % [0,59, 0,99], $p = 0,04$). Entre los padres que perdieron sus trabajos, la probabilidad de abuso físico disminuyó a medida que aumentó la reformulación del afrontamiento. Esto denota que hay abuso sobre menores de edad en situaciones donde el ámbito de trabajo se ha

considerado complicado a nivel laboral, es decir, si los padres maltrataron psicológicamente o maltrataron físicamente a sus hijos durante la pandemia controlando el historial de malos tratos, los síntomas depresivos de los padres, la estabilidad financiera, la edad de los padres, el sexo de los padres, la edad del niño y el sexo del niño (17).

Rosenthal y Ben-Arieh (18) realizaron el estudio denominado: *“Rethinking child maltreatment: children’s perceptions of physical and emotional maltreatment—initial findings”* que tuvo como principal objetivo el cuestionar el concepto de maltrato infantil y estudiar si los menores son fuente confiable al respecto de tal maltrato. La definición de maltrato infantil (CM) tiene un impacto directo en la operacionalización en la investigación, en la práctica y en la formulación de políticas. Si bien los niños son el foco principal del campo de CM, parece que sus voces rara vez se escuchan y que han sido excluidos de la investigación y el proceso de formulación de la definición de CM. El estudio se esfuerza por poner en primer plano la percepción de la población general de niños sobre el maltrato físico y emocional y obtener una comprensión de las diferencias y similitudes de las percepciones de los niños y las percepciones profesionales y académicas actuales del fenómeno. Se recogieron datos de alumnos de cuarto y sexto grado en 30 escuelas diferentes en Israel: 21 escuelas judías y 9 escuelas árabes. En total, 2.536 niños respondieron a un cuestionario compuesto únicamente por preguntas cerradas y calificaron qué comportamientos de los padres se consideran maltrato físico o emocional. Los hallazgos de la investigación indican claramente que los niños son fuentes confiables e importantes de conocimiento sobre

el fenómeno de la MC. Parece que, si bien diferencian entre la disciplina de los padres y el CM de manera similar a la visión profesional actual, ven la gravedad del CM, especialmente el maltrato emocional, de una manera que difiere de los puntos de vista profesionales comunes. Además, la investigación muestra que existen diferencias en las percepciones de gravedad entre diferentes subgrupos de niños, por ejemplo, niños y niñas árabes y judíos (18).

Burn et al. (19) realizaron la investigación "*Developing a web-based app to assess mental health difficulties in secondary school pupils: qualitative user-centered design study*", donde los objetivos de este estudio son coproducir los componentes principales de la aplicación Artemis-A con las partes interesadas para mejorar la interfaz de usuario, realizar pruebas de usabilidad y finalizar el diseño y la funcionalidad de la interfaz, y explorar la aceptabilidad y viabilidad de usar Artemis-A en escuelas. La idea era que las escuelas secundarias son un entorno ideal para identificar a los jóvenes que experimentan dificultades de salud mental, como ansiedad o depresión. Sin embargo, los métodos actuales de identificación se basan en evaluaciones engorrosas en papel, que son largas y requieren mucho tiempo para completarse y requieren muchos recursos para que las escuelas las administren. Artemis-A es una aplicación web prototipo que utiliza tecnología de prueba adaptativa computarizada para acortar la duración de la evaluación y brinda a las escuelas una solución simple y factible para la evaluación de la salud mental. Este estudio involucró 2 ciclos iterativos de retroalimentación de diseño: una consulta inicial con las partes interesadas para informar el

diseño de la aplicación y las pruebas de los usuarios. Utilizando un enfoque de diseño centrado en el usuario, se recopilaron datos cualitativos a través de grupos focales y entrevistas con alumnos de secundaria, padres, personal escolar y profesionales de la salud mental (N = 48). Todas las transcripciones fueron analizadas temáticamente (19). Las consultas iniciales con las partes interesadas proporcionaron comentarios sobre las preferencias para el diseño de la interfaz de usuario, la administración escolar de la evaluación y los informes de resultados. Los hallazgos informaron la segunda iteración del diseño y desarrollo de la aplicación. La evaluación de usabilidad no moderada indicó que los jóvenes encontraron la aplicación fácil de usar y visualmente atractiva. Sin embargo, el personal de la escuela sugirió que se deberían agregar funciones adicionales al panel de administración de la escuela, lo que les brindaría más flexibilidad para la visualización de datos. El análisis identificó cuatro temas relacionados con la implementación de Artemis-A en las escuelas, incluidos los beneficios y los inconvenientes previstos de la aplicación. También se proporcionan sugerencias prácticas para diseñar aplicaciones de evaluación de la salud mental (19).

Amick et al. (20) realizaron la investigación "*Child maltreatment-related children's emergency department visits before and during the Covid-19 pandemic in Connecticut*", donde los objetivos de este estudio fueron determinar la incidencia de visitas al servicio de urgencias relacionadas con el maltrato infantil antes y durante la pandemia de Covid-19, incluida la caracterización del tipo de maltrato, la gravedad y los informes de CPS. Con una muestra de niños menores de 18 años en dos

hospitales infantiles académicos de atención terciaria en el estado de estudio. Las visitas al servicio de urgencias relacionadas con el maltrato se identificaron mediante códigos ICD-10-CM y palabras clave en preocupaciones principales y notas del proveedor. Llevaron a cabo una revisión retrospectiva transversal de las visitas al servicio de urgencias y las consultas por abuso infantil durante los períodos anteriores a Covid (1/1/2019–15/3/2020) y Covid (16/3/2020–31/8/2020), así como informes de CPS a nivel estatal por sospecha de maltrato. Las visitas al servicio de urgencias relacionadas con el maltrato disminuyeron de 15,7/semana en el período previo a la Covid (n = 380 en total) a 12,3/semana (n = 296 en total) en el período de Covid ($p < 0,01$). Sin embargo, las visitas al servicio de urgencias ($p < 0,05$) y los informes de CPS ($p < 0,001$) por negligencia infantil aumentaron durante este período. Las notas del proveedor identificaron el 62,4 % de las visitas al servicio de urgencias por maltrato infantil, mientras que los códigos ICD-10 identificaron solo a CM capturaron el 46,8 % (20).

Tang et al. (21) realizaron la investigación “*Predictors of not receiving mental health services among people at risk of suicide: A systematic review*” donde el objetivo fue identificar predictores de no recepción de servicios de salud mental entre individuos que experimentan pensamientos o conductas suicidas. Dichos datos brindan información sobre las necesidades y preferencias de estas personas e informan sobre las mejoras a los servicios existentes. Se realizaron búsquedas sistemáticas en PsycInfo, PubMed/Medline, CINAHL y Web of Science desde el 1 de enero de 1980 hasta el 20 de septiembre de 2021. Los

estudios incluidos examinaron los predictores de no recibir servicios formales de salud mental entre personas con riesgo de suicidio. La calidad del estudio se evaluó mediante la adaptación de la lista de verificación del Instituto Joanna-Briggs para estudios transversales analíticos. Los hallazgos se presentaron con síntesis narrativa. Los estudios incluidos (n = 35, rango de muestra = 46–19 243) se realizaron predominantemente en los Estados Unidos. La no recepción de servicios en estudios representativos a nivel nacional fue variada (25,7-91,8 %). Los resultados indican que la falta de recepción de servicios de salud mental entre las personas con tendencias suicidas se asocia con etnicidad minoritaria, mejor salud general percibida, menor angustia psicológica, menor gravedad de las tendencias suicidas, ausencia de diagnóstico de salud mental, menor necesidad percibida de tratamiento y menor uso de servicios médicos. Las personas con tendencias suicidas que no son conocidas por los servicios de salud mental tienen atributos diversos. Para algunos, la falta de uso de los servicios puede deberse a un bajo nivel de angustia suicida y una necesidad percibida de tratamiento. Se necesita más investigación para comprender por qué estos predictores están asociados con la falta de uso del servicio (21).

Shawar et al. (22) investigaron “*The emergence of political priority for addressing child sexual abuse in the United Kingdom*” con el principal propósito de investigar cómo el abuso sexual infantil (CSA, por sus siglas en inglés) surgió como una prioridad política nacional en el Reino Unido e identificar ideas para los proponentes que buscan promover la prioridad para abordar el problema. Se analizaron documentos y se realizaron

entrevistas semiestructuradas con actores en el Reino Unido que son fundamentales para la promoción, investigación o programación de CSA, así como con los encargados de formular políticas. El abuso sexual infantil (CSA) está muy extendido. Sin embargo, pocos países priorizan el tema. El Reino Unido es una excepción, ocupó el primer lugar en su respuesta al problema en una comparación de países de 2019. En 2015, el primer ministro David Cameron designó el problema como una de las tres amenazas nacionales. Se siguieron los compromisos de financiación y las políticas para abordar la ASAC. Basándose en el modelo de política pública de corrientes múltiples, se realizó un análisis temático de los documentos recopilados (n = 160) y 21 transcripciones de entrevistas. Este análisis delinea tres desarrollos críticos que llevaron a la priorización nacional para abordar la ASAC. Primero, los escándalos de alto perfil y la reformulación de los sobrevivientes de CSA como merecedores de apoyo aumentaron la conciencia pública sobre el problema. En segundo lugar, los campeones preocupados por la CSA desarrollaron soluciones basadas en evidencia y políticamente factibles. En tercer lugar, la preocupación del primer ministro y otros acontecimientos políticos abrieron una ventana política. El caso proporciona información para los proponentes sobre la generación de prioridad política para abordar la CSA. Los defensores deben 1) asegurarse de que los sobrevivientes no sean vistos como culpables sino más bien como merecedores de apoyo, 2) estar preparados con soluciones y 3) cultivar el apoyo político de alto nivel, de modo que cuando se abran las ventanas de políticas puedan saltar para impulsar el tema en la agenda nacional (21).

Islam et al. (23) realizaron el estudio “*The use of mental health services by Australian adolescents with mental disorders and suicidality: findings from a nationwide cross-sectional survey*” el cual tuvo como objetivo investigar los factores asociados con el uso de los servicios de salud mental entre los adolescentes australianos de 13 a 17 años con trastornos mentales o tendencias suicidas. Los trastornos mentales y las tendencias suicidas entre los adolescentes se han identificado como un importante problema de salud pública en todo el mundo; sin embargo, a menudo no reciben la atención necesaria de los padres, la escuela y el profesional de la salud y, por lo tanto, no reciben tratamiento. En este estudio se incluyeron adolescentes de 13 a 17 años (n = 2134) de *Young Minds Matter* (YMM): la segunda encuesta australiana de salud mental y bienestar para niños y adolescentes. El YMM es una encuesta transversal a nivel nacional, en la que se recopiló información tanto de padres como de adolescentes (de 13 a 17 años). Se realizaron análisis bivariados y multivariados para identificar los factores que tienen un impacto en el uso de los servicios de salud mental (variable de resultado) en dos submuestras: 1) adolescentes con trastorno mental y 2) adolescentes con tendencias suicidas. En general, 740 (34,7 %) y 168 (7,9 %) adolescentes informaron de un trastorno mental o tendencias suicidas, respectivamente. La incidencia de buscar algún servicio fue mayor entre los adolescentes con tendencias suicidas (aproximadamente el 50 %) en comparación con aquellos con un trastorno mental (alrededor del 30 %). Las niñas, el grupo de mayor edad (15–17), los adolescentes que vivían con familias desfavorecidas (padres de bajos ingresos, menos educados y

desempleados), los que tenían múltiples trastornos mentales y antecedentes de consumo de sustancias tenían más probabilidades de utilizar los servicios de salud mental independientemente de su condición, trastorno mental y tendencias suicidas. Los servicios de salud y los servicios en línea fueron el tipo de servicio de salud mental más popular entre los adolescentes de 13 a 17 años en dos subgrupos, mientras que los servicios escolares y telefónicos se utilizaron menos. Muchos adolescentes con trastornos mentales o tendencias suicidas no utilizan los servicios de salud mental. Los hallazgos indican diferencias en los factores asociados con el uso de los servicios de salud mental entre los adolescentes con trastorno mental y tendencias suicidas. Se necesita más investigación para abordar las barreras específicas que limitan el uso de los servicios (23).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Salud mental

Es un estado de bienestar en el que el individuo se da cuenta de sus propias capacidades, puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, puede trabajar de manera productiva y fructífera, y es capaz de hacer un aporte a su comunidad (24).

La salud mental y su construcción se relaciona de forma directa con el campo clínico abordando las intervenciones para llegar a un análisis de las enfermedades asociadas hasta los trastornos mentales es suma relevancia, la salud mental aun no constituye parte de las problemáticas en política de salud, que deben ser consideradas como tema de prioridad

a nivel nacional (25).

Se refiere al estado de felicidad, autoestima, confianza y la calidad de vida en general. La salud mental está en relación con el bienestar emocional y físico del individuo. Sin el apoyo de una buena salud mental, puede resultar difícil afrontar la vida. Esto se debe a que las personas tienden a buscar ayuda de psicólogos, consejeros, médicos, psiquiatras y enfermeras.

2.2.2. Maltrato en etapa escolar

Es el maltrato que se sufre en la vida estudiantil dentro de la escuela, ya sea por el entorno académico o externo que afecte al escolar, se asocia con peores resultados, incluida la salud física y mental, el funcionamiento personal y el comportamiento delictivo (27). La negligencia es una forma muy frecuente de maltrato, que se estima y afecta a casi uno de cada cinco niños y adolescentes en muestras comunitarias (28). En particular, se puede suponer que el maltrato comprende el abuso emocional, físico y sexual, así como el abandono físico y emocional perpetrado contra niños, niñas y adolescentes menores de 18 años. Daña real o potencialmente la vida, la salud, el desarrollo o la dignidad personal de los niños (29). Es un fenómeno global con graves consecuencias sociales y psicológicas, que desafía a los sistemas de salud en todo el mundo. Los adultos con antecedentes de maltrato tienen un mayor riesgo de educación, empleo y capacidad financiera deficientes en comparación con los adultos que no experimentaron violencia o negligencia en su infancia. Además, está relacionado con varios

problemas de salud física y puede conducir a una amplia gama de problemas graves de salud mental, como trastornos del estado de ánimo, ansiedad, comportamiento y abuso de sustancias (28).

Maltrato en adolescentes

El maltrato o abuso en los adolescentes son un conjunto de acciones y omisiones que son infligidas al menor, generalmente por personas del medio familiar, que interfieren con su desarrollo integral y lesionan sus derechos como persona. A saber, el modelo bioecológico (30) puede proporcionar un marco teórico a través del cual comprender cómo el maltrato infantil, el maltrato adolescente y los factores ambientales más próximos se relacionan con el desarrollo de problemas de internalización y externalización. El modelo ecológico original de Bronfenbrenner (30) proponía que los factores distales, que describen las influencias ambientales más generales sobre el niño (por ejemplo, antecedentes de maltrato infantil de los padres), solo afectan el desarrollo infantil en la medida en que influyan en factores más proximales (por ejemplo, experiencias de maltrato infantil y salud mental de los padres). El Modelo Biotecnológico enfatiza la importancia de las interacciones entre los individuos y su entorno, denominados procesos proximales. El impacto de estos procesos en el desarrollo infantil depende del individuo (incluidos los factores biológicos), sus contextos ambientales proximales y distales inmediatos y los períodos de tiempo específicos en los que tienen lugar estos procesos.

2.2.3. Percepción del maltrato en Latinoamérica

La familia y la escuela en Latinoamérica, durante muchos años, ha estado en una condición contraria a la realización del proceso de cuidado del niño y el adolescente, marcado aún por un profundo machismo que implicaba castigos sobre los menores para “formarlos fuertes”. En este sentido la violencia contra la población pediátrica es un grave problema social, de salud pública y de derechos humanos, que genera numerosas consecuencias traumáticas que impactan a las familias, las comunidades y las naciones. En Brasil, la violencia contra niños, niñas y adolescentes ocurrió en el 40 % de los casos evaluada predominantemente en atención primaria y secundaria (30).

2.3. Definición de términos básicos

2.3.1. Maltrato infantil

El concepto de maltrato infantil ha ido ensanchando progresivamente sus límites, lo que en un principio se limitaba a todos los daños físicos y las circunstancias que ponían en riesgo la seguridad de los menores, podemos ver también que se define como una conducta o actitud que implica la falta de cuidados que un niño necesita para crecer y para desarrollarse emocional y físicamente de una manera óptima (1).

Es la agresión física, emocional o sexual contra un niño (menor de 18 años) o la falta en proporcionar los cuidados necesarios para la expresión de su potencial de crecimiento y desarrollo, contando con los elementos mínimos para ello, que excedan los límites culturalmente aceptables para esa comunidad o que transgrede el respeto a los

derechos del niño (2).

2.3.2. Maltrato psicológico

Es el uso premeditado del poder, amenazas verbales e intimidación que pueden generar afectación negativa en la esfera mental, espiritual o social de la víctima (3).

Las formas de maltrato psicológico constan de conductas activas (rechazar, ignorar, aterrorizar, aislar, corromper o implicar a un niño en actividades antisociales) o por omisión / negligencia (privación efectiva), no atender las necesidades afectivas del niño (cariño, estabilidad, seguridad, estimulación, apoyo, protección, rol en la familia, etc.) (4).

2.3.3. Maltrato físico

Es el uso de la fuerza física contra una persona o un conjunto de personas, que puede generar daños físicos, psicológicos o sexuales (3).

2.3.4. Maltrato académico

Son comportamientos inapropiados por parte del profesor hacia el alumno, en el contexto del proceso enseñanza- aprendizaje, que puede afectar el rendimiento de la víctima (3).

2.3.5. Maltrato sexual

Es un comportamiento de carácter sexual, no aprobado por la víctima, que resulta denigrante para la otra persona lo cual causa sensación de amenaza, humillación o vergüenza (3).

2.3.6. Violencia

La violencia está directamente en relación con la utilización de la fuerza física o de la coacción psíquica o moral por parte de un individuo o grupo de sujetos en su contra, de objetos, o de otra persona o grupo de personas víctimas; por lo que se constituye una amenaza o negación de las condiciones de posibilidad de realización de la vida y de la supervivencia (5).

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis de la investigación

3.1.1. Hipótesis alternativa

H₁: existen factores asociados al maltrato en relación a la consulta en adolescentes escolares del nivel secundario de Latinoamérica.

3.1.2. Hipótesis nula

H₀: no existen factores asociados al maltrato en relación a la consulta en adolescentes escolares del nivel secundario de Latinoamérica.

3.2. Identificación de variables

Variable independiente

Definición conceptual

Es la agresión física, emocional o sexual contra un niño (menor de 18 años) o la falta en proporcionar los cuidados necesarios para la expresión de su

potencial de crecimiento y desarrollo, contando con los elementos mínimos para ello, que excedan los límites culturalmente aceptables para esa comunidad o que transgreda el respeto a los derechos del niño (16).

Definición operacional

La variable independiente sobre factores asociados al maltrato será medida a través de sus dimensiones e ítems.

Variable dependiente

Definición conceptual

Es la atención primaria de salud mental (consulta psicológica o psiquiátrica) que se encarga de la evaluación, diagnóstico, tratamiento, donde la salud mental es un estado de bienestar en el que el individuo se da cuenta de sus propias capacidades, puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, puede trabajar de manera productiva y fructífera, y es capaz de hacer un aporte a su comunidad (28).

Definición operacional

La variable dependiente sobre consulta en salud mental será medida a través de sus dimensiones e ítems.

3.3. Operacionalización de variables

Tabla 1. Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Categorías
Sexo	Sexo biológico al que pertenece	Basada en características anatómicas.	Cualitativa	Dicotómica	1. Femenino 2. Masculino
Edad	Edad cronológica desde el día de nacimiento.	En años	Cuantitativa	Discreta	1. Menores de 18 (años cumplidos a la fecha)
Institución educativa	Tipo de escuela a la cual asiste.	Institución educativa a la que asiste a clases.	cualitativa	Dicotómica	1. Pública/nacional 2. Privada/particular
Año de estudio	Grado más alto de estudios cursados.	Grado académico que cursa.	Cualitativa	Ordinal	1. 1r grado 2. 2do grado 3. 3er grado 4. 4to grado 5. 5to grado
Etnia	Grupo étnico al cual pertenece.	Grupo étnico	Cualitativa	nominal	1. Mestiza 2. Negra 3. asiática 4. Blanca
Expulsión /suspensión de la institución	Haber sido separado de la escuela	Separación de la institución	Cuantitativa	Discreta	Número de expulsiones o suspensiones
Promedio de notas	Resultado obtenido al promediar las calificaciones.	Promedio aritmético de notas.	Cuantitativa	Continua	Nota que obtuvo en el año de estudio
Repitió años en la institución	No haber superado satisfactoriamente un año escolar.	Año escolar repetido	Cualitativa	Dicotómica	1. Sí 2. No
Consumo de sustancias nocivas	Tener conducta repetida del consumo de sustancias dañinas para la salud.	Basado en la afirmación o rechazo del consumo.	Cualitativa	Dicotómica	1. Sí 2. No
Personas con las que convive	Individuos con quienes vive en su hogar	Personas que habitan en el hogar.	Cualitativa	Nominal	Parentesco
Consulta	Haber acudido a consulta médica con un	Basado en mención de	Cualitativa	Dicotómico	1. Sí

psiquiátrica	médico psiquiatra.	asistencia a consulta psiquiátrica.			2. No
Consulta psicológica	Relación basada en el diálogo y la colaboración con un psicólogo autorizado para ejercer y capacitado para ayudar a las personas a entender	Basado en mención de asistencia a consulta psicológica.	Cualitativa	Dicotómico	1. Sí 2. No
Maltrato psicológico	Uso premeditado del poder, amenazas verbales e intimidación genera afectación negativa en la esfera mental, espiritual o social de la víctima.	Basado en testimonio del encuestado.	Cualitativa	Ordinal	0. Nunca 1-2. Pocas veces 3-5. Algunas veces 6-10. Varias veces +10. Siempre
Maltrato físico	Uso de la fuerza física contra una persona o un conjunto de personas, que puede generar daños físicos.	Basado en testimonio del encuestado.	Cualitativa	Ordinal	0. Nunca 1-3. Pocas veces 3-6. Algunas veces 6-11. Varias veces +10. Siempre
Maltrato académico	Comportamientos inapropiados por parte del profesor hacia el alumno, en el contexto del proceso enseñanza-aprendizaje.	Basado en testimonio del encuestado.	Cualitativa	Ordinal	0. Nunca 1-3. Pocas veces 3-6. Algunas veces 6-11. Varias veces +10. Siempre
Maltrato sexual	Comportamiento de carácter sexual, no aprobado por la víctima.	Basado en testimonio del encuestado.	Cualitativa	Ordinal	0. Nunca 1-3. Pocas veces 3-6. Algunas veces 6-11. Varias veces +10. Siempre

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Método, tipo y nivel de la investigación

4.1.1. Método de investigación

El trabajo fue de enfoque cuantitativo debido a que emplea datos numéricos y pruebas estadísticas para la recolección de datos, así mismo el proceso es sistemático permitiendo medir y cuantificar las dimensiones o variables con un objetivo principal de analizar los factores estudiados (12).

4.1.2. Tipo de investigación

La investigación fue de tipo básica o también conocida como pura, tiene como característica enmarcarse únicamente en bases teóricas, sin tener en cuenta algún fin práctico, cuya finalidad es la de aportar nuevos conocimientos (12).

4.1.3. Nivel de investigación

De alcance descriptivo correlacional, porque se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis relacionando sus ítems; y, de corte transversal, porque se va a tomar información de un determinado momento (31).

4.2. Diseño de investigación

El diseño no experimental consiste en evitar la manipulación de las variables de la investigación; es decir, es el estudio que no varía de forma intencional la variable independiente para causar efecto en la variable dependiente (12).

4.3. Población y muestra

4.3.1. Población

El dato poblacional está compuesto por los alumnos de educación secundaria de seis países de Latinoamérica: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay y Venezuela. A estos se accedió a través de un muestreo no aleatorio (por conveniencia). Esta información poblacional fue recopilada por la Federación Latinoamericana de Estudiantes de Medicina y a su vez también tuvo el aporte de varios autores e investigadores de cada país ya nombrado.

4.3.2. Muestra

La muestra fue de 4014 alumnos de educación secundaria de seis

países de Latinoamérica: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay y Venezuela.

4.3.2.1. Criterios de inclusión

- Encuestas de escolares de nivel secundario de Latinoamérica.
- Encuestas donde las variables de interés han sido completamente llenadas.

4.3.2.2. Criterios de exclusión

- Encuestas incompletas e ilegibles.
- Encuestas que tengan patrones que puedan ser considerados como de mal llenado.

4.4. Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de datos

4.4.1. Técnicas

La técnica de recopilación de datos en esta investigación se realizó mediante una encuesta, la que obtuvo información confiable de los participantes, siendo esta investigación de tipo de análisis secundario de datos (12).

4.4.2. Instrumentos de recolección de datos

La herramienta que se utilizó fue el cuestionario y la observación realizada respecto a las estadísticas de los informes emitidos por las organizaciones y se aplicó cuestionarios para obtener los porcentajes en los resultados (12).

Validación y Confiabilidad del Instrumento

El proceso de validación se da mediante el análisis de confiabilidad del instrumento de “salud mental en escolares de secundaria de colegios de Latinoamérica” realizado por el autor principal, Dr. Christian Mejía Álvarez y colaboradores. Se llegó a analizar mediante la herramienta de un diagnóstico guía con 4014 escolares, se realizó un análisis orientado a un examen estadístico dirigido por Alfa de Cronbach. El fin de esta prueba ha sido realizar un cálculo del índice de consistencia interna obteniendo dicho índice de Alfa de Cronbach mayor a 0.70 (obteniendo un test de escala con un valor referido de 0.7143); este dato genera viabilidad respecto a la herramienta utilizada que se aplicó en el muestreo de análisis (31).

4.4.3. Análisis de datos

Para el análisis se usó el programa Excel para MS Windows (licencia para uso en la computadora para el análisis) para el pasado de datos desde las encuestas, así mismo, posterior a esto se realizó el análisis de los datos con el programa estadístico Stata versión 11.1. Para la estadística descriptiva de las variables cuantitativas se representó por medidas de tendencia central (media o mediana) y medidas de dispersión (desviación estándar o rango intercuartílico) previa evaluación de la distribución de los valores. Para las variables cualitativas se usaron medidas de distribución de frecuencia.

Para la estadística analítica se utilizaron pruebas paramétricas (Chi cuadrado o T de Student, según sea el caso) y no paramétricas (exacta

de Fisher o U de Mann-Whitney, según sea el caso), dependiendo de la naturaleza de las variables. Se describió la razón de prevalencia (PRc) crudos, se utilizó un $p < 0,05$ como significativo y un intervalo de confianza (IC) del 95 %.

4.5. Consideraciones éticas

Se obtuvo el permiso correspondiente de las autoridades de los institutos educativos y se les pidió un consentimiento verbal a los encuestados, esto debido a que se pretendió guardar la anonimidad absoluta. El llenado de la ficha de datos fue de carácter anónimo y se respetó la confidencialidad de los datos. En casos de problemas en la esfera mental se reportó esto a las autoridades de la institución respectiva, esto de forma global (por el tipo de encuestado anónimo); con esto se pretendió que las autoridades escolares estén informadas y puedan generar programas de control y mejora de su situación particular. Al momento de la recepción de la base de datos no existió forma alguna de identificar a los participantes. La investigación fue aprobada por el comité de ética e investigación con número de expediente 09761-17.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1. Presentación de resultados

Tabla 1. Análisis descriptivo de los porcentajes de los cuatro tipos de maltrato entre los escolares de Latinoamérica

Tipos de maltrato		Nunca (0)	Pocas veces (1-2)	Algunas veces (3-5)	Varias veces (6-10)	Siempre (más de 10)
Tipo psicológico						
1	Me han gritado.	36 %	32 %	17 %	11 %	4 %
2	He recibido comentarios negativos o despectivos	36 %	29 %	21 %	11 %	3 %
3	Me han humillado	56 %	23 %	13 %	6 %	2 %
4	Me han insultado.	41 %	29 %	17 %	11 %	3 %
5	He recibido críticas injustificadas	48 %	25 %	15 %	9 %	3 %
6	Se han burlado respecto a mi género	80 %	11 %	5 %	2 %	1 %
7	Se han burlado respecto a mi etnia (raza o color de piel)	79 %	12 %	5 %	3 %	2 %
8	He recibido amenazas verbales	67 %	19 %	9 %	4 %	1 %
Tipo físico						
1	Me han golpeado.	72 %	18 %	6 %	4 %	1 %
2	Me han expuesto a riegos innecesarios.	78 %	13 %	6 %	2 %	1 %
3	Me han asignado trabajos excesivos	69 %	18 %	8 %	4 %	2 %
Tipo académico						
1	Me han asignado tareas como castigo	67 %	18 %	8 %	4 %	3 %
2	Me han amenazado con desaprobar en un curso	77 %	12 %	6 %	3 %	2 %
3	He experimentado una competencia desleal de	68 %	19 %	7 %	4 %	2 %

mis compañeros						
4	Otros han tomado el crédito de mi trabajo	57 %	21 %	11 %	7 %	3 %
Tipo sexual						
1	Me han discriminado por mi género	88 %	7 %	2 %	2 %	1 %
2	Me han hecho insinuaciones verbales sexuales o comentarios obscenos.	72 %	16 %	6 %	5 %	2 %

De los 4014 encuestados, en cuanto al maltrato psicológico, el más frecuente fue el que le gritaran (4 % refirió que pasaba siempre), seguido de haber recibido comentarios negativos, que le han insultado y que ha recibido críticas injustificadas (cada uno con 3 %), se han burlado respecto a su etnia (2 %). También se observa que de los 4014 encuestados, en cuanto al maltrato físico, el más frecuente fue que le asignaran trabajos excesivos (2 % refirió que pasaba siempre), seguido de haberle golpeado, que les han expuesto a riesgos innecesarios (cada uno con 1 %). Asimismo, de los 4014 encuestados, en cuanto al maltrato académico, el más frecuente fue que le hayan asignado tareas como castigo, que se hayan tomado crédito de su trabajo (cada uno con 3 % refirió que pasaba siempre), seguido de haber recibido amenazas con desaprobarle el curso, haber experimentado una competencia desleal entre sus compañeros (cada uno con 3 %). Por último, del total de encuestados, en cuanto al maltrato sexual, el más frecuente fue que le hayan mostrado imágenes ofensivas de tipo sexual, haberle mostrado un lenguaje corporal ofensivo de tipo sexual (cada uno con 3 % refirió que pasaba siempre), seguido de haberle hecho propuestas indecentes, insinuaciones verbales sexuales o comentarios obscenos.

Tabla 2. Análisis bivariado y multivariado de la consulta psicológica asociada al puntaje de los cuatro tipos de maltrato entre los escolares de Latinoamérica

Variables	Análisis bivariado	Análisis multivariado
Maltrato psicológico (puntaje)	1,03 (1,01-1,06) 0,003	1,01 (>1,00-1,02) 0,014
Maltrato físico (puntaje)	1,07 (1,03-1,11) 0,001	1,02 (>1,00-1,05) 0,022
Maltrato académico (puntaje)	1,06 (1,02-1,11) 0,003	1,02 (0,99-1,05) 0,168
Maltrato sexual (puntaje)	1,04 (1,01-1,07) <0,001	1,02 (>1,00-1,04) 0,025
Sexo femenino	1,15 (1,04-1,27) 0,008	1,23 (1,13-1,33) <0,001
Edad (años)	1,10 (0,99-1,20) 0,053	1,07 (0,99-1,16) 0,078
Estudia en colegio público	0,67 (0,51-0,89) 0,006	0,73 (0,60-0,88) 0,001
Vive con el padre	0,93 (0,70-1,23) 0,611	0,95 (0,75-1,20) 0,670
Vive con la madre	0,93 (0,64-1,34) 0,682	1,07 (0,74-1,53) 0,728
Vive con hermano(s)	0,96 (0,65-1,41) 0,824	0,96 (0,74-1,24) 0,750

* Las razones de prevalencia crudas (izquierda), intervalos de confianza al 95 % (dentro del paréntesis) y valores p (derecha) se obtuvieron con los modelos lineales generalizados (familia Poisson), función de enlace log, ajustes para varianzas robustas y por el país de residencia).

Al realizar el análisis multivariado para determinar los factores asociados a la consulta psicológica, existe asociación estadísticamente significativa entre la consulta psicológica y los que habían tenido más maltrato psicológico (RPa: 1,01; IC95 %: >1,00-1,02; valor p = 0,014), físico (RPa: 1,02; IC95 %: >1,00-1,05; valor p = 0,022), sexual (RPa: 1,02; IC95 %: >1,00-1,04; valor p = 0,025) y entre las mujeres (RPa: 1,23; IC95 %: 1,13-1,33; valor p < 0,001); además, hubo menor frecuencia de consulta psicológica entre los que estudiaban en colegios públicos (RPa: 0,73; IC95 %: 0,60-0,88; valor p = 0,001).

Tabla 3. Análisis bivariado y multivariado de la consulta psiquiátrica asociada al puntaje de los cuatro tipos de maltrato entre los escolares de Latinoamérica

Variables	Análisis bivariado	Análisis multivariado
Maltrato psicológico (puntaje)	1,03 (1,01-1,05) 0,007	1,01 (0,99-1,03) 0,311
Maltrato físico (puntaje)	1,09 (1,04-1,13) <0,001	1,11 (1,06-1,16) <0,001
Maltrato académico (puntaje)	1,06 (1,01-1,12) 0,031	1,03 (0,94-1,13) 0,469
Maltrato sexual (puntaje)	1,02 (0,99-1,05) 0,127	0,99 (0,96-1,02) 0,510
Sexo femenino	1,13 (0,90-1,42) 0,279	1,25 (1,10-1,42) <0,001
Edad (años)	0,87 (0,79-0,96) 0,004	0,84 (0,76-0,95) 0,003
Estudia en colegio público	1,02 (0,61-1,69) 0,949	0,96 (0,67-1,38) 0,837
Vive con el padre	0,70 (0,53-0,92) 0,010	0,71 (0,56-0,90) 0,004
Vive con la madre	1,17 (0,46-2,97) 0,746	1,19 (0,48-2,96) 0,707

Vive con hermano(s) 1,02 (0,75-1,37) 0,918 1,08 (0,87-1,33) 0,475

* Las razones de prevalencia crudas (izquierda), intervalos de confianza al 95 % (dentro del paréntesis) y valores p (derecha) se obtuvieron con los modelos lineales generalizados (familia Poisson), función de enlace log, ajustes para varianzas robustas y por el país de residencia).

Al realizar el análisis multivariado para determinar los factores asociados a la consulta psiquiátrica, existe asociación estadísticamente significativa entre los que habían tenido más maltrato físico (RPa: 1,06; IC95 %: 1,16-1,05; valor p < 0,001) y entre las mujeres (RPa: 1,25; IC95 %: 1,10-1,42; valor p < 0,001); además, hubo menor frecuencia de consulta psiquiátrica según tenía más edad (RPa: 0,84; IC95 %: 0,76-0,95; valor p = 0,003) y entre los que vivían con sus padres (RPa: 0,71; IC95 %: 0,56-0,90; valor p = 0,004).

Tabla 4. Prevalencia por países de maltrato en adolescentes escolares del nivel secundario de Latinoamérica

Países	Encuestados	f maltrato	%
Paraguay	1149	329	28.6
Venezuela	737	136	18.4
Chile	719	129	17.9
Bolivia	700	122	17.4
Ecuador	358	32	8.9
Colombia	351	31	8.8
Total	4014	779	19.40

Nota: A la izquierda se observan los 6 países de Latinoamérica, seguido de la cantidad de encuestados, frecuencia de maltrato, finalmente el porcentaje de la frecuencia de maltrato.

Interpretación

Al realizar la tabla de frecuencia por países podemos evidenciar que, de 4014 encuestados, 729 estudiantes percibieron maltrato siendo 19.40 % de prevalencia acumulada. El país con más índice de maltrato en adolescentes escolares del nivel secundario de Latinoamérica es Paraguay (28.6 %), el segundo país con más presencia de casos es Venezuela (18.4 %), y los demás países en orden de con mayor número de casos de maltratos son: Chile (17.9

%), Bolivia (17.4%), Ecuador (8.9 %) y Colombia (8.8%).

5.2. Discusión de resultados

El objetivo general de este estudio sirvió para evidenciar los diferentes factores asociados al maltrato en relación a la consulta en salud mental en adolescentes escolares de 6 países en Latinoamérica (Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay y Venezuela). En todos estos países se reportó diferente frecuencia de consulta respecto a los tipos de maltrato que manifestaron los encuestados, asociado a factores que los rodean, por ejemplo, en el sexo femenino la frecuencia de acudir por consulta de salud mental era más evidente comparado con varones (30). Este tipo de factores se puede relacionar altamente a que se vive en una sociedad machista donde los roles de género podrían estar causando aún limitación en acudir a consulta en salud mental. Por ende, se evidencia una baja incidencia de acudir a consulta. Así mismo, se sigue normalizando los diferentes tipos de maltrato que experimentan en la etapa escolar (15). También se evidencia que los escolares de colegios nacionales acudían con menor frecuencia a consulta, esto se debería a que en estas instituciones hay carencia de psicólogos y personal educativo capacitado para abordar el tema en todas sus dimensiones (15). Al situarse en un ambiente constante de maltrato de cualquier índole genera varios problemas que repercutirán e incidirán en los diferentes escenarios de la vida de la persona, sin importar su edad, sexo, condición social o costumbres.

Ahora bien, respecto de la hipótesis general, se ha podido denotar factores asociados a la consulta psicológica donde hubo mayor frecuencia de consulta entre los que habían tenido más maltrato psicológico (RPa: 1,01;

IC95 %: >1,00-1,02; valor $p = 0,014$), físico (RPa: 1,02; IC95 %: >1,00-1,05; valor $p = 0,022$), sexual (RPa: 1,02; IC95 %: >1,00-1,04; valor $p = 0,025$) y entre las mujeres (RPa: 1,23; IC95 %: 1,13-1,33; valor $p < 0,001$); además, hubo menor frecuencia de consulta psicológica entre los que estudiaban en colegios públicos (RPa: 0,73; IC95 %: 0,60-0,88; valor $p = 0,001$), ajustado por el maltrato académico, la edad, el que viva con el padre, la madre, hermanos y por el país de residencia.

En cuanto a los factores asociados a la consulta psiquiátrica, hubo mayor frecuencia de consulta entre los que habían tenido más maltrato físico (RPa: 1,06; IC95 %: 1,16-1,05; valor $p < 0,001$) y entre las mujeres (RPa: 1,25; IC95 %: 1,10-1,42; valor $p < 0,001$); además, hubo menor frecuencia de consulta psicológica según tenía más edad (RPa: 0,84; IC95 %: 0,76-0,95; valor $p = 0,003$) y entre los que vivían con sus padres (RPa: 0,71; IC95 %: 0,56-0,90; valor $p = 0,004$), ajustado por el maltrato psicológico, académico, sexual, el tipo de colegio, el que viva con la madre, hermanos y por el país de residencia.

Respecto del objetivo específico 1, se encuentra que existe una relación positiva entre el maltrato psicológico y la consulta de salud mental (basado en las consultas con el psicólogo). Esto no debe ser interpretado como que las consultas aumentan el maltrato, sino que debe ser entendido desde la noción que, si la percepción del menor acerca del maltrato psicológico es alto, entonces la probabilidad de que el mismo acuda por apoyo de salud mental se eleva. Dentro de los parámetros de maltrato psicológico se evidencia que de los 4014 encuestados, 4 % indican que reciben gritos frecuentemente, y críticas injustificadas; así mismo, el 2 % refiere que se han burlado de su etnia (raza o color de piel), el 3 % de encuestados indica que recibieron insultos y comentarios

negativos, además el 2 % indica haber recibido humillaciones, esto es avalado por el estudio de Tizón (26) donde se evidencia que el 73 %, en su mayoría mujeres, recibieron humillaciones en la modalidad de apodos, y, la problemática se acentúa más al ser justificado de forma indirecta por parte de los docentes, mencionando que las características de los alumnos o los malos hábitos generaba los diferentes apelativos, muestra además que, el haber sido rechazado por “ser provinciano”, ya sea por parte de alumnos y profesores de un colegio de la capital peruana, jugaba un papel muy resaltante como maltrato psicológico y esto se evidencia que el 5 % de los estudiantes estaban totalmente de acuerdo que tener la piel más oscura era sinónimo de inferioridad, lo cual acentuaba más el maltrato psicológico por etnia. Se menciona un tipo de maltrato cultural que engloba el racismo, machismo y homofobia causando directamente violencia psicológica en el ambiente estudiantil, este panorama no es muy ajeno a la investigación actual, donde se evidencia que el 2 % de la población de la muestra recibe siempre burlas por la etnia (raza o color) y el 1 % de los encuestados refieren haber sufrido burlas respecto al género. Es aquí que la estructura multivariada del estudio apoya el análisis de estudio, puesto que no es solamente la noción del maltrato psicológico, sino que se asocia fundamentalmente a los criterios de etnia, ambientes escolares nocivos (como los encontrados en los colegios públicos) y género. Al respecto se ha detallado, los ambientes escolares con una mayor generación de posibilidades de abuso, estos pueden ser discutidos en el apartado de maltrato académico, tal como hace Burn et al. (19), mientras que los aspectos de género y maltrato psicológico han sido tratados en el caso de Lawson et al. (17), quienes especifican que este tipo de maltrato por género lleva a su vez una carga emocional de los padres, por lo

que aspectos traumáticos como la aparición de la pandemia provocada por el Covid-19, son causantes de posibles problemas psicológicos de los padres por asuntos laborales, es decir, aspectos de estrés familiar, abriendo un nuevo camino de análisis sobre esta problemática, afectando también en que un mayor tiempo de convivencia con los padres no necesariamente se puede asociar positivamente ante un cambio estructural como el sucedido en la pandemia (17). Más aún, se encuentra evidencia en Rosenthal y Ben-Arieh (18) que los menores de edad son conscientes entre la diferencia de lo que es la disciplina de los padres al abuso psicológico aplicado por estos (18).

Respecto del objetivo específico 2, se encuentra que existe una relación positiva entre el maltrato físico y la consulta de salud mental (basado en las consultas con el psicólogo). Denotándose la percepción del menor acerca del maltrato físico es alto, entonces la probabilidad de que vaya a buscar apoyo de salud mental es también alta, dentro de sus parámetros se resalta el hecho de que le asignaran trabajos excesivos (2 % refirió que pasaba siempre), seguido de haberle golpeado, que les han expuesto a riesgos innecesarios (cada uno con 1 %). Tizón et al. (15) muestra que el 43 % de los estudiantes fueron víctimas de maltrato físico, siendo destacado por los varones en un 8 % más que las mujeres, el tipo de maltrato descrito son los empujones, patadas y manotazos, predominantemente en la hora del recreo o en ausencia de alguna autoridad institucional, también se muestra la presencia de juegos violentos justificados por el agresor como una forma de expresar mayor fuerza ante su entorno, se manifiesta además que la recurrencia a consulta de salud mental se limita a que los adolescentes prefieren callar por temor a ser minimizados, y en casos más complejos resolverlo a golpes entre ellos antes que acudir a la autoridad (15).

García (13) muestra que el maltrato físico tuvo un porcentaje de 42.5 % en su estudio realizado, donde los golpes o cachetadas son enmascarados como bromas entre compañeros (13). Con lo que se concluye que aún se sigue normalizando este tipo de maltratos, siendo uno de los limitantes para buscar apoyo en consulta de salud mental. Aun en estos días existe una suerte de pensamiento que los padres deben hacer “fuertes” a sus hijos en función a abusarlos físicamente, de forma tal que estén preparados para poder estar preparados contra posibles abusos físicos, no obstante, este tipo de “estrategia” no es lógica, toda vez que el menor no tiene consciencia completa de lo “práctico” de este tipo de acciones. En particular, los menores tienden a asumir que no son preparados, sino que son expuestos a un castigo de acciones que tal vez ellos no tengan ni culpa, tal como se ha explicado en Rosenthal y Ben-Arieh (18) que los menores de edad se dan ahora cuenta de cuándo es que el proceso de castigo se encuentra justificado, por lo que este tipo de acciones, lejos de ayudar a tener una personalidad fuerte, lo que terminan haciendo es mellar sobre su autoestima (18). Y ello es notorio también, en la mayor presencia de casos de urgencia por abuso en menores reportados durante la pandemia, donde un factor importante es el estrés familiar causado por este fenómeno, es decir, que un incremento del estrés familiar ha causado una mayor cantidad de casos de menores que han recurrido a urgencias según indica Amick et al. (20).

Respecto del objetivo específico 3, se encuentra que existe una relación positiva entre el maltrato académico y la consulta de salud mental (basado en las consultas con el psicólogo). Denotándose la percepción del menor acerca del maltrato académico es alto, entonces la probabilidad de que vaya a buscar apoyo de salud mental es también alta, el 3 % indicó que reciben castigos en forma de

tareas, el 2 % percibió amenazas con desaprobación, el 2 % indica competencia desleal entre compañeros y el 3 % menciona que otros se tomaron crédito por su trabajo. Ello es compartido por el análisis de Pozo (14) y Tizón (15) que como se ha explicado en el maltrato físico, denotan el *bullying*, el cual es un tipo de violencia claramente basado en maltrato físico y psicológico. García et al. (13) indica que las interrupciones en el aula dificultan con su comportamiento la explicación de los profesores o no se desarrollan las actividades académicas correctamente (13), esto genera que se cree trabajo extra y dificultades de aprendizaje para los estudiantes. Del mismo modo, Burn et al. (19) añaden que este tipo de problema a nivel escolar es posible de amplificar con la aparición de ansiedad y presión social, además de depresión.

Respecto del objetivo específico 4, se encuentra que existe una relación positiva entre el maltrato sexual y la consulta de salud mental (basado en las consultas con el psicólogo). Siendo que el 1 % manifiesta haber sido discriminado siempre por su género, así mismo el 2 % ha recibido insinuaciones verbales sexuales o comentarios obscenos. Del mismo modo Burn et al. (19) e Islam et al. (23) explican que hay una demanda de consulta psicológica en este tipo de situaciones, a pesar de la vergüenza que esta pueda generar en los adolescentes. En particular, se asume que ello aumenta la probabilidad de trastorno mental y tendencias suicidas posteriores, no obstante, ahora bien, respecto de este tipo de aspecto es claro que sigue siendo un tema tabú en muchos lugares, por lo que se puede usar lo encontrado en Shawaar et al. (22) donde precisa cómo se han priorizado en el Reino Unido las políticas acerca del maltrato sexual, principalmente especificado en asegurarse de que los sobrevivientes no sean vistos como culpables sino más bien como merecedores

de apoyo (22); entonces, para poder luchar contra el entorno social latinoamericano aún hay una alta presencia de machismo, lo que juega un papel importante en el maltrato sexual, siendo las mujeres las más vulnerables, esto es confirmado por Tizón et al. (15); donde evidencia que los varones son en mayor parte los maltratadores mediante acoso verbal e insinuaciones con la excusa de que las mujeres “se dejan” molestar, por ende ellas fomentan este tipo de accionar, e incluso en algunos casos se asociaron a maltratos físicos. Así misma, evidencia que se sexualiza y ridiculiza aún más a los estudiantes pertenecientes a la comunidad LGBT, siendo aún un tema tabú, lo cual causa más maltrato (15).

Por todo ello, se puede asumir que la investigación está en línea con la literatura del tema, por lo que, los hallazgos encontrados refuerzan la noción de mejora de los problemas mentales con consultas psicológicas y factores asociados a estas consultas.

LIMITACIÓN DE ESTUDIO

Es importante reconocer que la principal limitación del estudio fue que no se pudo encontrar prevalencias o frecuencias específicas de maltrato por cada país, esto debido a que el objetivo inicial de la investigación fue encontrar asociaciones del maltrato en general versus la consulta psicológica y consulta psiquiátrica (consulta en salud mental). Esto fue una limitación parcial debido a que se sabía que el diseño desde el inicio permitiría encontrar el objetivo principal, pero se muestran aun así resultados por cada país para mostrar lo que podría estar pasando en un aproximado. Estos resultados deben ser tomados con cuidado ya que no fueron planteados desde el inicio de la investigación. Sin embargo, esto no les quita valor a los resultados encontrados, ya que provienen de una investigación en media docena de países latinoamericanos, con más de 4000 encuestados en total y que ha realizado un análisis bivariado y multivariado muy específico para el objetivo general. Lo que nos muestra una gran investigación latinoamericana que cumple su objetivo según lo planteado al inicio, lo que genera que esta investigación pueda tener un impacto para realizar futuras indagaciones de la realidad por cada colegio, cada región, cada país e inclusive en algún momento realizar un esfuerzo multicéntrico para generar un gran trabajo que permita generar estadísticas descriptivas (para poder extrapolar los datos y conocer el tipo de maltrato por cada lugar) y para poder también tener la parte de asociación. Esto deberá ser realizado por instituciones educativas e investigadores en el tema.

CONCLUSIONES

Dados los resultados encontrados y las hipótesis planteadas, se puede concluir lo siguiente:

1. De los encuestados, el tipo de maltrato más frecuente es el psicológico en donde los adolescente habían recibido gritos; en cuanto al maltrato físico, el más frecuente fue que le asignaran trabajos; en cuanto al maltrato académico, el más frecuente fue que le hayan asignado tareas como castigo, que se hayan tomado crédito de su trabajo; en cuanto al maltrato sexual, el más frecuente fue que le hayan mostrado imágenes ofensivas de tipo sexual, haberle mostrado un lenguaje corporal ofensivo de tipo sexual. El país con más índice de maltrato en adolescentes escolares del nivel secundario de Latinoamérica es Paraguay y el país con menor índice es Colombia. Asimismo, se ha podido denotar que los factores con relación significativa es el sexo femenino, edad menor, si estudia en colegio nacional con menor significancia y si vive con el padre. Por lo que se comprueba la existencia de factores asociados al maltrato en el entorno de la consulta de adolescentes escolares en Latinoamérica.
2. En relación al maltrato psicológico y la frecuencia de consultas psicológicas en adolescentes escolares de seis países de Latinoamérica, se tiene una relación significativa entre estos dos aspectos. Esto se puede conocer en base a la idea de que se tiene los indicadores bajo el análisis multivariado realizado con RPa: 1,01; IC95 %: >1,00-1,02; valor p = 0,014, lo cual indica que en la medida que haya un mayor maltrato psicológico, los encuestados tendrán una

mayor disposición a hacer uso frecuente de las consultas psicológicas. Es importante denotar que el maltrato psicológico es uno de las recurrentes dentro de la muestra estudiada, a saber, ello es más difícil de prevenir en la medida que no deja ningún tipo de señal física, sino más bien mental, por lo que es importante el hallazgo detallado, puesto que implica que la posibilidad de ser atendido por este tipo de situación implica una capacidad de resiliencia por parte de los encuestados.

3. Sobre el maltrato físico y la frecuencia de consultas psicológicas en adolescentes escolares de seis países de Latinoamérica, se tiene una relación significativa entre estos dos aspectos. Esto se puede conocer en base a la idea de que se tiene los indicadores bajo el análisis multivariado realizado para la consulta psicológica con RPa: 1,02; IC95 %: >1,00-1,05; valor $p = 0,022$ y para la consulta psiquiátrica con RPa: 1,06; IC95 %: 1,16-1,05; valor $p < 0,001$, lo cual corrobora que, ante un mayor maltrato físico, los encuestados tendrán una mayor disposición a hacer uso frecuente de las consultas psicológicas y psiquiátricas, atendiéndose eficazmente al respecto. En este sentido, se asume que este, además de ser un abuso que no debe ser permitido, implica también un cambio de paradigma a nivel familiar y social, puesto que usualmente se asume una similitud entre golpear para educar y el abuso como tal. Por este motivo, se debe tener en cuenta que los menores saben detallar bien la diferencia y, por tanto, hacerlos conscientes de que pueden ser atendidos implica un punto de inflexión para el cambio al respecto.
4. En base al maltrato académico y la frecuencia de consultas psicológicas en adolescentes escolares de seis países de Latinoamérica, se tiene una relación

significativa entre estos dos aspectos a nivel bivariado. Esto se puede conocer en base a la idea que se tiene en los indicadores bajo el análisis bivariado realizado para la consulta psicológica con RPa: 1,06; IC95 %: 1,02-1,11; valor $p = 0,003$ y para la consulta psiquiátrica con RPa: 1,06; IC95 %: 1,01-1,12; valor $p = 0,031$, lo cual corrobora que ante sujeto a condiciones específicas, sí existe abuso en el entorno escolar / académico, los encuestados tendrán una mayor probabilidad de recurrir a consultas psicológicas y psiquiátricas, atendiéndose y manteniendo una salud mental en el proceso.

5. Ahora bien, sobre el maltrato sexual y la frecuencia de consultas psicológicas en adolescentes escolares de seis países de Latinoamérica, se tiene una relación significativa entre estos dos aspectos. Esto se puede conocer en base a la idea de que se tiene los indicadores bajo el análisis multivariado realizado para la consulta psicológica con RPa: 1,02; IC95 %: >1,00-1,04; valor $p = 0,025$, lo cual corrobora que, sí existe abuso en el entorno sexual, los encuestados optarán por dirigirse a ser atendidos a través de consultas psicológicas, atendiéndose y manteniendo una salud mental en el proceso. Ciertamente, este proceso es importante para poder establecer el entorno de vergüenza que se aplica a esta situación y, por tanto, es posible que los datos mostrados terminen teniendo sesgo de aquellos encuestados que han omitido posibles abusos, no obstante, este tipo de resultados demuestran que hay posibilidad de que los menores abusados sexualmente puedan ir a atención especializada y puedan ser acompañados en la reestructuración de su salud mental, luego de ese hecho traumático.

RECOMENDACIONES

1. Las instituciones educativas de Latinoamérica que participaron en este estudio deben tener una política de control del maltrato y ofrecer soporte a las víctimas del mismo.
2. Las instituciones educativas de Latinoamérica que participaron en este estudio deben implementar programas exclusivos para el seguimiento de los casos de maltrato identificados la cual debe ser sostenible.
3. Se recomienda contar con la presencia de un psicólogo o una persona capacitada en el tema en cada institución educativa de Latinoamérica, para así poder abordar con certeza la problemática.
4. Se recomienda; además, incluir en las estrategias de prevención y control de maltrato al núcleo familiar y entorno social de los estudiantes en Latinoamérica para que así, sea parte de las políticas educativas.
5. Ya que, no se cuenta con un estudio en Latinoamérica en general donde se pueda evidenciar el incremento de consultas en salud mental por maltrato, se insta a la comunidad investigadora que se continúe realizando estudios en las diferentes realidades sociales.

LISTA DE REFERENCIAS

1. National Academies of Sciences Engineering and Medicine. Fostering Healthy Mental, Emotional, and Behavioral Development in Children and Youth [Internet]. Washington, D.C.: National Academies Press; 2019. Available from: <https://www.nap.edu/catalog/25201>
2. Bitsko RH, Claussen AH, Lichstein J, Black LI, Jones SE, Danielson ML, et al. Mental Health Surveillance Among Children — United States, 2013–2019. MMWR Suppl [Internet]. 2022 Feb 25; 71(2):1–42. Available from: http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/71/su/su7102a1.htm?s_cid=su7102a1_w
3. Patalay P, Fitzsimons E. Correlates of mental illness and wellbeing in children: are they the same? Results from the UK Millennium Cohort Study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 2016 Sep; 55(9):771–83. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0890856716302842>
3. US Department of Health and Human Services. Healthy people 2030: social determinants of health [Internet]. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 2021. Available from: <https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/social-determinants-health>
4. Yoon D, Shipe SL, Park J, Yoon M. Bullying patterns and their associations with child maltreatment and adolescent psychosocial problems. Child Youth Serv Rev [Internet]. 2021 Oct; 129:106178. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0190740921002541>
5. Hong S, Rhee TG, Piescher KN. Longitudinal association of child

- maltreatment and cognitive functioning: Implications for child development. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2018 Oct; 84:64–73. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0145213418303028>
6. Geoffroy MC, Pinto Pereira S, Li L, Power C. Child neglect, maltreatment, childhood-to-adulthood cognition, and mental health in a prospective birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2016 Jan; 55(1):33-40.e3. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0890856715006954>
 7. Haslam Z, Taylor EP. The relationship between child neglect and adolescent interpersonal functioning: A systematic review. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2022 Mar; 125:105510. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0145213422000291>
 8. Dimitropoulos G, Lindenbach D, Devoe DJ, Gunn E, Cullen O, Bhattarai A, et al. Experiences of Canadian mental health providers in identifying and responding to online and in-person sexual abuse and exploitation of their child and adolescent clients. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2022 Feb; 124:105448. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0145213421005172>
 9. Soriano Faura F. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de salud [Internet]. PAPPS [En Recomendaciones PrevInfad. 2015. Available from:
<http://www.aepap.org/previnfad/Maltrato.htm>
 10. Unicef. Panorama estadístico de la violencia contra niñas, niños y adolescentes en México. Fondo las Nac Unidas para la Infanc [Internet]. 2019;106. Available from:

<https://www.unicef.org/mexico/media/1731/file/UNICEF>

PanoramaEstadistico.pdf

12. Hernández Sampieri R, Mendoza Torres C. Metodología de la investigación - Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta [Internet]. Mc Graw Hill, editor. Ciudad de Mexico; 2018. 775 p. Available from: <https://www.ebooks7-24.com:443/?il=6443>,
13. García R. Caracterización de la violencia en estudiantes de institución educativa secundaria Frías - Ayabaca en el primer semestre 2020. Tesis Piura Univ Nac Piura, Fac ciencias la salud. 2020;
14. Pozo Vera P. El bullying y el rendimiento académico en los estudiantes de educación secundaria de una institución educativa de la ciudad de Trujillo. Tesis. Trujillo, Perú: Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina Humana; 2019.
15. Tizon ML. Perpetuando ciclos de violencia en los colegios: Diagnóstico sobre violencia escolar en el centro educativo nacional Max Uhle, de Villa El Salvador. Lima: Universidad Católica del Perú; 2018.
16. Kantor V, Verginer L, Glück TM, Knefel M, Lueger-Schuster B. Barriers and facilitators to accessing mental health services after child maltreatment in foster care: An Austrian survivors' perspective. Eur J Trauma Dissociation [Internet]. 2022 Feb; 6(1):100228. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2468749921000284>
17. Lawson M, Piel MH, Simon M. Child Maltreatment during the Covid-19 Pandemic: Consequences of parental job loss on psychological and physical abuse towards children. Child Abuse Negl [Internet]. 2020 Dec; 110:104709. Available from:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0145213420303641>

18. Rosenthal A, Ben-Arieh A. Rethinking child maltreatment: children's perceptions of physical and emotional maltreatment—initial findings. *Int J Child Maltreatment Res Policy Pract* [Internet]. 2022 Jan 13; Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s42448-021-00108-3>
19. Burn AM, Ford TJ, Stochl J, Jones PB, Perez J, Anderson JK. Developing a web-based app to assess mental health difficulties in secondary school pupils: qualitative user-centered design study. *JMIR Form Res* [Internet]. 2022 Jan 10; 6(1):e30565. Available from: <https://formative.jmir.org/2022/1/e30565>
20. Amick M, Bentivegna K, Hunter AA, Leventhal JM, Livingston N, Bechtel K, et al. Child maltreatment-related children's emergency department visits before and during the Covid-19 pandemic in Connecticut. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2022 Jun; 128:105619. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0145213422001399>
21. Tang S, Reily NM, Arena AF, Sheanoda V, Han J, Draper B, et al. Predictors of not receiving mental health services among people at risk of suicide: A systematic review. *J Affect Disord* [Internet]. 2022 Mar; 301:172–88. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032722000623>
22. Shawar YR, Truong PP, Shiffman J. The emergence of political priority for addressing child sexual abuse in the United Kingdom. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2022 Jun; 128:105601. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0145213422001211>
23. Islam MI, Khanam R, Kabir E. The use of mental health services by Australian

- adolescents with mental disorders and suicidality: Findings from a nationwide cross-sectional survey. Rahman M, editor. PLoS One [Internet]. 2020 Apr 10; 15(4):e0231180. Available from:
<https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0231180>
24. OMS. WHOQOL: Measuring Quality of Life, Health statistics and information systems. [Internet]. 2018. Available from:
<https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>
25. Restrepo DA, Jaramillo JC. Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2012; 30:202–11. Available from:
<http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/10764/11759>
26. Tizón H. Perpetuando ciclos de violencia en los colegios: diagnóstico sobre violencia escolar en el centro educativo nacional. Pontif Univ Católica del Perú. :1.
27. Badr HE, Naser J, Al-Zaabi A, Al-Saeedi A, Al-Munefi K, Al-Houli S, et al. Childhood maltreatment: A predictor of mental health problems among adolescents and young adults. Child Abuse Negl [Internet]. 2018 Jun; 80:161–71. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0145213418301157>
28. Cohen JR, Menon SV, Shorey RC, Le VD, Temple JR. The distal consequences of physical and emotional neglect in emerging adults: A person-centered, multi-wave, longitudinal study. Child Abuse Negl [Internet]. 2017 Jan; 63:151–61. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0145213416302940>

29. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra los niños [Internet]. 2020.
Available from:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>
30. Bronfenbrenner U, Morris PA. The bioecological model of human development. *Handb child Psychol*. 2007; 1.
31. Campos RT, Martiniano LVM, Lirio AKS, Souza KE de A, Rose N, Dias JMM, et al. Nonsexual violence against children and adolescents: a study in a Latin American tertiary and university hospital. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2022; 40. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822022000100435&tlng=en
32. Artiles L, Otero J, Barrios I. Metodología de la investigación para las Ciencias de la Salud [Internet]. *Metodología de la investigación*. 2008. 1–355 p.
Available from: <http://files.sld.cu/ortopedia/files/2017/12/Metodología-de-la-investigación.pdf>

ANEXOS

Anexo 1

Tabla 2. Matriz de consistencia

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
<p>Problema general</p> <p>¿Cuáles son los factores asociados al maltrato en adolescentes escolares del nivel secundario de Latinoamérica?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar los factores asociados al maltrato en adolescentes escolares del nivel secundario de Latinoamérica.</p>		Factores asociados al maltrato	<p>Tipo de investigación: Básica</p>
<p>Problemas específicos</p> <p>¿Cuál es la relación del maltrato psicológico en la decisión de recibir consulta de salud mental de los adolescentes escolares del nivel secundario de Latinoamérica?</p> <p>¿Cuál es la relación del maltrato físico en la decisión de recibir consulta de salud mental de los adolescentes escolares del nivel secundario de Latinoamérica?</p> <p>¿Cuál es la relación del maltrato académico en la decisión de recibir consulta de salud mental de los adolescentes escolares del nivel secundario de Latinoamérica?</p> <p>¿Cuál es la relación del maltrato sexual en la decisión de recibir consulta de salud mental de los adolescentes escolares del nivel secundario de Latinoamérica?</p>	<p>Objetivos específicos</p> <p>Determinar la relación del maltrato psicológico en la decisión de recibir consulta de salud mental de los adolescentes escolares del nivel secundario de Latinoamérica.</p> <p>Determinar la relación del maltrato físico en la decisión de recibir consulta de salud mental de los adolescentes escolares del nivel secundario de Latinoamérica.</p> <p>Determinar la relación del maltrato académico en la decisión de recibir consulta de salud mental de los adolescentes escolares del nivel secundario de Latinoamérica.</p> <p>Determinar la relación del maltrato sexual en la decisión de recibir consulta de salud mental de los adolescentes escolares del nivel secundario de Latinoamérica.</p>	<p>Hipótesis alternativa</p> <p>H1: existe al menos un factor asociado al maltrato en relación a la consulta en adolescentes escolares del nivel secundario de Latinoamérica.</p> <p>Hipótesis nula</p> <p>H0: no existen factores asociados al maltrato en relación a la consulta en adolescentes escolares del nivel secundario de Latinoamérica.</p>	Consulta en salud mental	<p>Enfoque de investigación: Cuantitativa</p> <p>Diseño de investigación: No experimental</p> <p>Nivel de investigación: Descriptivo</p> <p>Muestra: Países de Latinoamérica: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Venezuela.</p> <p>Instrumentos: Guía de cuestionario.</p>

Anexo 2

Documento de aprobación por el Comité de Ética



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Huancayo, 18 de octubre del 2021

OFICIO N°015-2021-VI-UC

Señores:

Alex Cutti Tello

Jhon Terry Maucaylle Quirova

Presente-

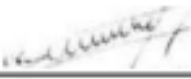

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlos cordialmente y a la vez manifestarle que el estudio de investigación titulado: **"FACTORES ASOCIADOS AL MALTRATO EN RELACIÓN A LA CONSULTA EN SALUD MENTAL EN ADOLESCENTES ESCOLARES DEL NIVEL SECUNDARIO DE LATINOAMÉRICA"**.

Ha sido **APROBADO** por el Comité de Ética en Investigación, bajo las siguientes observaciones:

- El Comité de Ética puede en cualquier momento de la ejecución del trabajo solicitar información y confirmar el cumplimiento de las normas éticas (mantener la confidencialidad de datos personales de los individuos entrevistados).
- El Comité puede solicitar el informe final para revisión final.

Aprovechamos la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.

Atentamente,

Walter Calderón Gerstein
Presidente del Comité de Ética

Arequipa
Av. Los Incas 516,

Cusco
Urb. Manuel Prado - Lote B, N°7 Av. Collesuyo

Anexo 3

Instrumentos de recolección de datos

Encuesta de la salud mental en escolares de secundaria de colegios de Latinoamérica.

Estimado(a) encuestado: La siguiente encuesta desea conocer algunos aspectos de tu vida cotidiana, responde con total confianza, no podemos saber su identidad, así que lo que coloque en esta encuesta no lo en ningún aspecto. Pero a nosotros nos ayudará a conocer tu realidad, para proponer cambios. Al llenar la encuesta entendemos que nos brindas tu consentimiento. Los resultados globales serán publicados en una revista científica.

1. Sexo: Masculino () Femenino ()
2. Edad: _ (años cumplidos)
3. Estudias en una institución:
Pública/nacional () Privada/particular ()
4. ¿En qué año de estudios estás?:
1ro () 2do () 3ro () 4to () 5to ()
5. ¿Cuál es tu etnia?:
Mestiza () Negra () Asiática () Blanca () Otra () cuál.....
6. ¿Cuántas veces te han expulsado/suspendido del colegio en toda tu secundaria?
.....
7. ¿Cuál fue tu promedio de notas del año pasado?
.....
8. ¿Has repetido algún año desde que estás en secundaria? No () Sí ()
9. ¿Tu familia consume tabaco/fuma cerca de ti? No () Sí ()
¿Quién?:
10. Has ido a consulta con un(a) psicólogo(a): No () Sí (),
cuántas veces:
11. Has ido a consulta con un(a) psiquiatra: No () Sí ()
cuántas veces:
12. Responde acerca de las personas con las que vives:
.....

13. ¿Has vivido alguna de las siguientes situaciones en el colegio en el último año?

Tipos de maltrato		Nunca (0)	Pocas veces (1-2)	Algunas veces (3-5)	Varias veces (6-10)	Siempre (más de 10)
Tipo psicológico						
1	Me han gritado.					
2	He recibido comentarios negativos o despectivos					
3	Me han humillado					
4	Me han insultado.					
5	He recibido críticas injustificadas					
6	Se han burlado respecto a mi género					
7	Se han burlado respecto a mi etnia (raza o color de piel)					
8	He recibido amenazas verbales					
Tipo físico						
1	Me han golpeado.					
2	Me han expuesto a riegos innecesarios.					
3	Me han asignado trabajos excesivos					
Tipo académico						
1	Me han asignado tareas como castigo					
2	Me han amenazado con desaprobar en un curso					
3	He experimentado una competencia desleal de mis compañeros					
4	Otros han tomado el crédito de mi trabajo					
Tipo sexual						
1	Me han discriminado por mi género					
2	Me han hecho insinuaciones verbales sexuales o comentarios obscenos.					

	Padre		Madre		Hermano(a) mayor		Otro
¿Vive contigo?	No ()	Sí ()	No ()	Sí ()	No ()	Sí ()	Quien
¿Qué ocupación/profesión tiene?							
Horas al día que pasas con él/ella							