



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA

**“CARACTERÍSTICAS DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES CON TRASTORNO
OPOSICIONISTA DESAFIANTE DEL CENTRO DE ORIENTACIÓN JUVENIL
“VIRGILIO GUERRERO” DE LA CIUDAD DE QUITO EN EL PERÍODO DE
OCTUBRE A DICIEMBRE DEL 2018”**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA**

AUTORA: MD. PONCE CABRERA GLENDA KATERINNE

DIRECTOR ACADÉMICO: DR. FREDDY CARRIÓN

DIRECTOR METODOLÓGICO: DR. ALEXIS RIVAS

QUITO, 2019

DEDICATORIA

A Dios por permitirme vivir esta hermosa realidad.

A mis padres, por el amor infinito que me proporcionan, por enseñarme que los sueños se cumplen con trabajo y dedicación.

A mi Baby bu por el apoyo incondicional, te amo.

AGRADECIMIENTO

A mi querido Hospital Padre Carollo “Un Canto a la Vida”, Dr. José Luis Ayala, Dra. Catalina Cueller, Dra. Daniela Cadena por formarme como Pediatra.

A mi Director de tesis Dr. Freddy Carrión por la ayuda brindada para que se elabore el presente trabajo.

A mi Asesor Metodológico, Dr. Alexis Rivas por la confianza, colaboración y por enseñarme la parte hermosa de la investigación.

Al centro de jóvenes Virgilio Guerrero y sus autoridades que permitieron llevar a cabo este trabajo.

A Isabel, Juliana, Gabriela, Francisco y Patricio por ser parte de este sueño maravilloso.

A Gabriela Jiménez por creer en mí, por recordarme siempre lo grandioso de la vida.

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
CAPÍTULO I	1
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II	3
MARCO TEÓRICO.....	3
2.1. Trastorno Opositorista Desafiante.....	3
2.1.1 Definición	3
2.1.2 Prevalencia.....	4
2.1.3 Etiología.....	4
2.1.4 Factores de riesgo	6
2.1.7 Relación entre TOD y Conducta Antisocial	8
2.1.8. Criterios Diagnósticos y Características	9
2.1.9. Evolución	11
2.2. Antropología de la juventud.....	12
2.2.1. El TOD desde la Antropología	13
2.2.2. Sociología de las Conductas Desviadas	14
2.3. Estudios realizados en el ámbito internacional	16
2.4. Estudios realizados en el país	17
CAPÍTULO III.....	20

METODOLOGÍA.....	20
JUSTIFICACIÓN	20
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	22
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	23
OBJETIVOS	23
3.1. Objetivo general.....	23
3.2. Específicos	23
3.4. Estrategias y Metodología.....	24
3.4.1 Metodología Cualitativa.....	24
3.4.1.1. Selección de los informantes	25
3.4.1.2 Entrevistas	26
3.4.1.3 Análisis Cualitativo	26
3.4.1.4 Operacionalización de categorías	27
3.4.2 Metodología Cuantitativa.....	28
3.4.2.1 Tipo y diseño de estudio.....	28
3.4.2.2 Universo, Población y Muestra	29
3.4.2.3 Criterios de inclusión.....	29
3.4.2.4 Criterios de exclusión	29
3.4.2.5. Procedimiento de recolección de información.....	29
3.5 Técnica de Investigación.....	29
3.6 Plan de Análisis Cuantitativo.....	30
3.7 Operacionalización de las variables del estudio	31
CAPÍTULO IV	32
RESULTADOS.....	32

4.1. Análisis cuantitativo. Resultados Univariados	32
4.1.1. Resultados de variables sociodemográficas	32
4.1.2. Resultados obtenidos según la Lista de Síntomas Pediátricos (PSC)	33
4.2. Resultados Bivariados.....	34
4.2. Resultados de las Historias de Vida.....	36
4.3. Indicadores cualitativos	39
4.3.1. Definición de categorías utilizadas para la integración de información	40
4.4. Características de vida de los adolescentes que presentan trastorno opositorista desafiante	41
4.4.1. <i>“YO DE NIÑO ERA SÚPER BUEN ESTUDIANTE”</i>	41
4.4.2. <i>“LOS POBRES NACEMOS PARA SUFRIR”</i>	44
4.4.3. <i>“ESTO ES UNA HERENCIA DE VIDA”</i>	47
4.4.4. <i>“CUANDO LA VIOLÉ SENTÍ ADRENALINA UN PLACER INCOMPARABLE”</i>	51
4.4.5. <i>“SAQUÉ MI CUCHILLO Y LE METÍ UNA PUÑALADA DIRECTO AL CORAZÓN”</i>	51
4.4.6. <i>“NO SÉ SI VUELVA A VIOLAR”</i>	54
4.4.7. <i>“VOLVÍA NUEVAMENTE A SER FELIZ; ESO ME MANTENÍA BIEN”</i>	57
4.4.8. <i>“YO EMPECÉ A ROBAR POR NECESIDAD, PORQUE NADIE TE REGALA UN PLATO DE COMIDA”</i>	60
4.4.9. <i>“A MÍ NO ME GUSTA QUE ME VEAN LA CARA”</i>	64
4.4.10. <i>“A MÍ NO ME GUSTA OBEDECER, NO ME GUSTA QUE ME MANDEN”</i>	66
4.4.11. <i>“CUANDO YO ME SALÍ DE LA CASA FUE PORQUE ME SENTÍA UNA CARGA PARA MI MAMÁ”</i>	68
4.4.12. <i>“NO LE QUIERO A MI PAPÁ, ÉL ERA MALO, ME HACÍA LLORAR”</i>	71
4.4.13. <i>“LO MÁXIMO QUE LLEGÁBAMOS A COMER ERA 2 VECES AL DÍA”</i>	73
4.5. Limitantes de la Investigación	76

CAPÍTULO V	77
CONCLUSIONES	77
RECOMENDACIONES	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84
ANEXOS	89
GLOSARIO	89

ÍNDICES DE TABLAS

Tabla 1. Características Sociodemográfica.....	32
Tabla 2. Distribución de puntajes obtenidos de la Lista de Síntomas Pediátricos (PSC) por los adolescentes.....	33
Tabla 3. Distribución de participantes según diagnóstico de TOP	33
Tabla 4. Relación entre Grupo Etario y TOP.....	34
Tabla 5. Relación entre Lugar de Procedencia y TOP	34

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Indicadores cualitativos	39
Figura 2. Condición Sociodemográfica	42
Figura 3. Condición Socioeconómica y Nivel Educativo de los padres	45
Figura 4. Relación familia-pares.....	48
Figura 5. Relaciones Familiares.....	50
Figura 6. Agresión Violencia.....	52
Figura 7. Abuso sexual cometido por los jóvenes reclusos en el Centro	55
Figura 8. Consumo y tráfico de Droga	58
Figura 9. Participación de los jóvenes en Robos	61
Figura 10. Conducta desviada: relaciones entre iniciación al consumo de droga y generación de violencia y acciones ilícitas	63
Figura 11. Conducta opositora: irritabilidad.....	64
Figura 12. Conducta Opositora: conducta negativa y reto a la autoridad.....	66
Figura 13. Evento traumático: Separación familiar	69
Figura 14. Evento traumático: Maltrato y Agresión Infantil	71
Figura 15. Evento traumático: pobreza extrema.....	74
Figura 16. Conducta opositora.....	75

RESUMEN

El Trastorno Oposicionista Desafiante es un problema de conducta muy frecuente en los niños y adolescentes, por lo tanto la asistencia a la consulta pediátrica es una situación común para lo cual este especialista debe estar preparado, manejando las herramientas necesarias para establecer un diagnóstico oportuno y la derivación necesaria para evitar su evolución; este trastorno se relaciona con conductas antisociales, con consecuencias graves como abuso de consumo sustancias, delincuencia, intentos de suicidio, entre otros. Los adolescentes con TOD se caracterizan por una serie de elementos claramente definidos e identificados que describen su comportamiento y su relación con su entorno, base principal para el diagnóstico.

Objetivo: Determinar las características de vida de los adolescentes que presenten Trastorno Oposicionista Desafiante que se encuentran en el Centro de Orientación Juvenil “Virgilio Guerrero”.

Metodología: Se realizó un estudio con la participación de los 93 jóvenes de 14 a 17 años que se encuentran en el Centro de Orientación “Virgilio Guerrero” entre los cuales se determinó la presencia de algunos casos de TOD a través de la aplicación de la Lista de Síntomas Pediátricos (PSC). Posteriormente a través de un estudio etnográfico con 12 de los participantes con TOD, a través de entrevistas semiestructuradas que llevaron a construir Historias de Vida, se logró establecer las características de vida de estos pacientes, agrupando categorías para su análisis y comprensión.

Resultados: Los 12 participantes proceden de hogares disfuncionales, con pobreza extrema, manifiestan TOD en el 66.7% de los casos, la conducta antisocial más frecuente es el robo propiciado por consumir drogas. Se evidenció deserción escolar, violencia y agresión, tráfico de drogas, manejo de armas.

Conclusiones: la pobreza extrema, la procedencia de hogares disfuncionales sin figura paterna, el abandono de la escuela y la violencia familiar desencadenan problemas sociales como son conductas antisociales y TOD, se agrega la huida del hogar y la relación con personas negativas que inducen al consumo y tráfico de drogas, robo, agresión física y sexual.

Palabras claves: Adolescencia, Trastorno Oposicionista Desafiante, Conducta Antisocial, Historias de Vida.

ABSTRACT

Oppositional Oppositional Disorder is a problem of behavior very frequent in children and adolescents, therefore the assistance to the pediatric consultation is a common situation for which this specialist must be prepared, handling the necessary tools to establish an opportune diagnosis and the necessary derivation to avoid its evolution; This disorder is related to antisocial behavior, with serious consequences such as substance abuse, delinquency, suicide attempts, among others. Adolescents with TOD are characterized by a series of clearly defined and identified elements that describe their behavior and their relationship with their environment, the main basis for diagnosis.

Objective: To determine the life characteristics of adolescents who present Oppositional Defiant Disorder found in the "Virgilio Guerrero" Youth Orientation Center.

Methodology: A study was conducted with the participation of 93 young people aged 14 to 17 who are in the Guidance Center "Virgilio Guerrero" among whom the presence of some cases of TOD was determined through the application of the List of Pediatric Symptoms (PSC). Subsequently, through an ethnographic study with 12 of the participants with TOD, through semi-structured interviews that led to the construction of Life Stories, it was possible to establish the life characteristics of these patients, grouping categories for their analysis and understanding.

Results: The 12 participants come from dysfunctional homes, with extreme poverty, they show TOD in 66.7% of the cases, the most frequent antisocial behavior is the theft caused by the consumption of drugs. It showed school desertion, violence and aggression, drug trafficking, weapons management.

Conclusions: extreme poverty, the origin of dysfunctional homes without a father figure, the abandonment of school and family violence trigger social problems such as antisocial behaviors and TOD, the flight from the home and the relationship with negative people that induce consumption are added. and drug trafficking, theft, physical and sexual assault.

Keywords: Adolescence, Defiant Oppositional Disorder, Antisocial Behavior, Life Stories.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La conducta de baja intensidad, desafiante e impulsiva y eventual como perder los estribos, la destrucción de propiedad y el engaño o robo en la adolescencia se consideran comportamientos normales, sin embargo, cuando se tornan extremadamente difíciles y desafiantes fuera de la norma para la edad y el nivel del desarrollo, como las rabietas impredecibles, prolongadas, destructivas y los estallidos severos de pérdida de temperamento, se reconocen como trastornos de conducta (Ogundele, 2018).

Se trata de un trastorno psiquiátrico caracterizado principalmente por dos tipos diferentes de problemas de comportamiento: la agresividad y la tendencia a molestar e irritar de forma deliberada a las demás personas, es posible definirlo a su vez como un patrón perdurable de comportamiento no cooperativo, de tipo desafiante y hostil, dirigido principalmente hacia figuras de autoridad (Comisión de Juventud del Gobierno de Virginia , 2013).

Según Rodríguez (2017), los trastornos de conducta que incluyen el Trastorno Opositor Desafiante y el Trastorno Disocial, se caracterizan por ser una de las causas de consulta que se presenta con mayor frecuencia tanto en pediatría como en las consultas de salud mental.

Los TOD suelen provocar graves daños a la convivencia familiar y escolar del niño, representa un riesgo por la comorbilidad con conductas más graves, tales como consumo de drogas y delincuencia, bajo rendimiento y deserción escolar; gracias a la atención oportuna estos pacientes podrán ser derivados a la consulta especializada, logrando minimizar el daño y evitando que progrese a situaciones que ameriten medidas extremas, tales como la reclusión y el aislamiento en los centros de orientación e incluso los de rehabilitación para farmacodependientes y reclusorios para delincuentes menores de edad; si el médico pediatra puede formar parte del equipo de salud que evita estas consecuencias, su misión estará completa.

El motivo por el cual se decidió realizar esta investigación es porque en Ecuador no hay suficientes investigaciones de tipo cuali-cuantitativo sobre las características de vida de los adolescentes que presentan TOD, estudios que permitan discernir y ahondar sobre el tema y que proporcionen herramientas para mejorar su tratamiento y mejor aún, diagnosticarlo a tiempo y hasta prevenirlo, adicionalmente los pocos estudios sobre Trastornos de Conducta infantil no son realizados por médicos pediatras, alejando la posibilidad de capacitarse y alcanzar más experiencia sobre este aspecto esencial del paciente, ante tales elementos, nos planteamos como objetivo principal: Determinar las características de vida de los adolescentes que presentan Trastorno Opositor Desafiante que se encuentran en el Centro de Orientación Juvenil “Virgilio Guerrero” de la ciudad de Quito.

La presente investigación se la abordó de la siguiente manera:

1. Capítulo I: Introducción
2. Capítulo II: Marco teórico
3. Capítulo III: Metodología
4. Capítulo IV: Análisis de Resultados
5. Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones
6. Referencias bibliográficas
7. Anexos

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Trastorno Opositorista Desafiante

2.1.1 Definición

El Trastorno Opositorista Desafiante (TOD), en conjunto con otros comportamientos disruptivos, pueden interpretarse como estrategias de afrontamiento ineficaces para una persona joven con problemas de habilidades sociales y de comunicación, tratando de controlar lo que sucede a su alrededor (Ogundele, 2018)

Los trastornos disruptivos del comportamiento son un conjunto de alteraciones conductuales definidos por la presencia persistente de conductas negativas, desafiantes o trasgresoras de reglas que influyen en el funcionamiento social, académico, familiar o personal del joven, generalmente se encuentran asociados a un patrón de comportamientos problemáticos de intensidad creciente que conducen a consecuencias negativas de la vida, entre estas se incluyen el abuso de sustancias y, potencialmente, el encarcelamiento, así como otros problemas sociales; estos trastornos incluyen el trastorno oposicional desafiante (TOD) y el trastorno de conducta (TC) (Comisión de Juventud del Gobierno de Virginia , 2013).

Los trastornos de comportamiento de tipo disruptivos residen principalmente en el control de los impulsos y de la conducta, incluyen afecciones que se manifiestan con problemas en el autocontrol de las emociones y del comportamiento, por lo general se trata de conductas que irrespetan los derechos de los demás, con manifestaciones de agresión, daño a la propiedad entre otras, que generan conflictos importantes en el individuo cuando se enfrenta a las leyes y normativas de la sociedad o cuando se encuentra ante figuras de autoridad (AAP, 2014).

2.1.2 Prevalencia

Según el DSM-5 la prevalencia del TOD a nivel mundial puede variar entre el 1 % y el 11% con una media estimada en 3,3%, las tasas de presentación de este trastorno se ve influenciada por la edad y el género del paciente, sin embargo, se ha establecido una mayor prevalencia en niños respecto a las niñas principalmente antes de la adolescencia, esta diferencia no se ha encontrado de manera sistemática en las personas adultas (AAP, 2014).

Algunos estudios indican una prevalencia global que oscila entre el 3% y el 7%, con estas cifras es posible suponer que existe una elevada probabilidad de que acudan a la consulta de pediatría, al menos uno de cada 15 pacientes con un trastorno de conducta (Rodríguez P. , 2017).

Se confirman la prevalencia señalada en los párrafos anteriores con cifras globales que rondan entre 4% y 7%. de esta patología la cual se ha incrementado en los últimos años (Javaloyes & Redondo, 2014).

El trastorno oposicionista desafiante presenta una prevalencia variable que puede llegar a oscilar entre 2% y 16%, su variabilidad puede depender de diversos elementos tales como: los métodos de evaluación utilizados, criterios diagnósticos, la fuente de la cual se obtuvo la información, así como el tipo y tamaño de la muestra (Rizo, 2014).

2.1.3 Etiología

En consenso no existe una teoría única que permita explicar la etiología del TOD, sin embargo, es posible asegurar que parece estar influenciado por una serie de múltiples elementos interrelacionados entre sí, los cuales funcionan como factores que actúan en ocasiones como causa o como efecto, existen evidencia de que este trastorno disruptivo del comportamiento se encuentra moldeado por la naturaleza de los elementos que lo influyen y a su vez depende de los intercambios recíprocos entre ellos producidos en el ambiente del niño, adicionalmente no solo lo desarrollan sino también lo mantienen en el tiempo (Rizo, 2014).

En concordancia, diversos autores como Rodríguez (2017), aseveran que la etiología del TOD es de ámbito social y que puede modularse e incluso potenciarse a través de la relación de diversas variables tales como:

- Factores sociales: La pobreza, la falta de estructura social y la violencia en la comunidad contribuyen en la etiología de este trastorno, por lo que estos niños y adolescentes experimentan múltiples factores de riesgo individuales y contextuales, que se inician en la infancia y pueden llevar a una formación adversa en la personalidad como la última manifestación del riesgo global de psicopatología externalizada.
- Factores familiares y educativos: Se ha demostrado la relación entre el desarrollo de TOD y la existencia de padres con conducta disocial o con problemas de delincuencia, modelos de crianza familiar excesivamente dura o por el contrario muy inconsistente, otros con modelos educativos con escasa o nula vigilancia o padres pobremente involucrados en la misma, amistades que presentan consumo de sustancias y las víctimas de abuso sexual.
- Factores psicológicos: Se ha asociado con el apego inseguro, así como con los cuidados parentales deficientes. Además, los niños agresivos muestran fallas en el reconocimiento de las claves sociales, tienen una atribución agresiva equivocada sobre las conductas de los pares, lo que genera pocas soluciones a los problemas y tienen la expectativa de ser recompensados por sus respuestas agresivas.
- Factores Temperamentales: la escala de cordialidad en relación a la dificultad para empatizar, así como la reactividad descrita como una respuesta disfuncional y elevada a los estímulos del entorno.
- El género: el sexo masculino debido al ámbito cultural presenta mayor prevalencia respecto al femenino en todas las edades, desarrollando este trastorno con clínica más intensa y a edades más tempranas.
- La Genética: a través de estudios se ha logrado demostrar la existencia de una relación entre aspectos genéticos y el desarrollo del TOD, aunque no se ha definido

un gen específico que esté involucrado, al parecer existe la interacción de diversos genes entre sí con alguna influencia de factores externos medioambientales.

En relación a los aspectos genéticos, Quay y Stringaris (2017), señala que existen estimaciones de heredabilidad por encima del 50%, en estos casos los factores genéticos presentaron una variabilidad más allá del 70%, sin embargo es posible que estos factores genéticos sean compartidos ante la presencia de comorbilidad con otras patologías o trastornos mentales y emocionales; respecto a la interacción de factores genéticos y elementos del medio ambiente como el maltrato infantil, existe una asociación válida y plausible, en base a los hallazgos de la relación entre el gen que metaboliza al neurotransmisor monoamino oxidasa A (MAO-A) asociado a la modelación a futuro de la conducta antisocial y del maltrato infantil, en quienes se ha determinado niveles bajos de esta sustancia.

En otro orden de ideas, los niños agresivos suelen percibir intenciones hostiles y negativas en situaciones de naturaleza neutral, por lo que generan menos soluciones a los problemas y pretenden recibir recompensa aun por sus actos agresivos, este comportamiento está relacionado con falta de estructura familiar, baja supervisión paternal, disciplina inconsistente, suelen estar expuestos a abusos de cualquier tipo incluyendo sexuales y a acciones de violencia, todos estos elementos han sido identificados como factores que contribuyen al desarrollo de TOD (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry's, 2017).

2.1.4 Factores de riesgo

Los factores de riesgo que afectan el comportamiento pueden clasificarse en factores biológicos en los que se incluye el género, la edad. El temperamento infantil, enfermedades orgánicas y trastornos del desarrollo; factores psicológicos que incluye características familiares, trastornos psicológicos de los progenitores, y la relación con los iguales; además se encuentran los factores sociales como el nivel socioeconómico, los medios de comunicación y las condiciones sociodemográficas (Moreno M. , 2015).

La importancia de conocer los factores de riesgo para estas patologías a nivel de pediatría, radica según Rodríguez (2017), en que son elementos que permite identificar la población de riesgo y de esta manera lograr un diagnóstico oportuno, señala este autor que entre los factores de riesgo más relevante se encuentran:

- a) Circunstancias inherentes a la concepción, embarazo y periodo perinatal: embarazos de riesgo por patologías médicas, productos de violaciones o no deseados, embarazo en adolescentes, consumo de drogas durante el embarazo, prematuridad, entre otros.
- b) Características Familiares: padres con edades extremas, conflictos entre la pareja, tipo de familia monoparental, patologías graves, crónicas e invalidantes en la familia, otras patologías severas de tipo psiquiátrico, trastornos de la personalidad, intentos de suicidio, dificultades en el trato cercano.
- c) Eventos traumáticos: cambios importantes en la vida del niño, muerte de seres queridos muy cercanos, separaciones y periodos de hospitalización prolongados.
- d) Tipo de patrón educativo: intolerancia de los padres, choques reiterados con violencia reiterada
- e) Factores socioeconómicos: situaciones adversas económicamente, aislamiento social
- f) Historia de trastornos mentales en el niño: incluye trastornos de alimentación, trastornos de ansiedad, satanización, patologías psiquiátricas importantes y abuso en el consumo de drogas.
- g) Problemas legales: medidas judiciales, conducta antisocial

Los patrones educativos de los padres consisten en la manera cómo se comportan los adultos respecto a la resolución de conflictos, demostrando modelos a través de los cuales se logra la regulación de las conductas de los hijos y se fijan normas y límites como referencia de comportamiento, incluyen los estilos democráticos o autoritativo, el autoritario, indulgente o permisivo y el negligente (Jimenez, 2010).

La disfuncionalidad en las familias es un factor de riesgo que interviene en el trastorno negativista desafiante ya que se ha encontrado que la mayoría de quienes lo presentan provienen de este tipo de entorno familiar, en este caso se evidencian síntomas de sentimiento de inferioridad complejos, dificultad para establecer contacto con el ambiente, inestabilidad y falta de apoyo (Plaza, 2014).

Tal y como se ha indicado no existe una causa única que influya en la aparición del trastorno, se ha demostrado que existen varios factores de riesgo, en este sentido se encuentra la influencia de pares ya que al ser rechazados los jóvenes se relacionan con otros que tienen problema de conducta, otro factor de riesgo es el entorno debido a que la conducta disruptiva se relaciona con la desventaja social y económica y la violencia del entorno. Otro factor tiene que ver con el comportamiento de los padres hacia los hijos relacionado con los modelos de influencia familiar en el que la conducta de los padres puede intensificar la conducta negativa de los hijos, es también conocido como modelos familiares coercitivos (Quy & Stringaris, 2017).

2.1.7 Relación entre TOD y Conducta Antisocial

El TOD se encuentra asociado comúnmente con la agresión, desarrollando un comportamiento complejo y una indicación frecuente de derivación a psiquiatras de niños y adolescentes, el comportamiento agresivo comúnmente comienza en la infancia, con más del 58% de los niños en edad preescolar que demuestran alguna conducta de este tipo, igualmente el TOD y la agresión se ha relacionado con varios factores de riesgo, incluidos los temperamentos individuales, los efectos de la dinámica familiar perturbada; malas prácticas de crianza; exposición a la violencia y la influencia de los trastornos de apego, la agresión se diagnostica comúnmente en asociación con otros problemas de salud mental, incluyendo depresión, lesión en la cabeza, retraso mental, autismo, trastorno bipolar, trastorno de estrés postraumático y dislexia (Ogundele, 2018).

Continúa asegurando Ogundele (2018), que en relación al TOD intervienen adicionalmente elementos como la educación materna baja, uno o ambos padres con depresión,

comportamiento antisocial, fumar, angustia psicológica, depresión mayor o problemas con el alcohol, personalidad antisocial, abuso de sustancias o actividades delictivas; es probable que los principiantes experimenten una trayectoria más persistente y crónica de conductas antisociales; los niños con temperamentos difíciles de manejar o que muestran un comportamiento agresivo desde una edad temprana, tienen más probabilidades de desarrollar trastornos conductuales perturbadores más adelante en la vida.

2.1.8. Criterios Diagnósticos y Características

Los trastornos de conducta como el TOD, con frecuencia son difíciles de ser reconocidos tempranamente por los padres u otros cuidadores ya que muchos niños no han desarrollado el vocabulario y la comprensión adecuados para expresar sus emociones de manera inteligible, por este motivo médicos y cuidadores también encuentran difícil distinguir entre las emociones normales del desarrollo de las angustias graves y prolongadas que deberían considerarse trastornos (Ogundele, 2018).

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) en el DSM-5 se describen los criterios diagnósticos de este trastorno en tres grandes grupos a saber:

A.- Debe existir un patrón caracterizado por estados de enfado e irritabilidad, con discusiones cargadas de una actitud de tipo desafiante, resentida y vengativa, de una duración no menor a los 6 meses, manifiesta durante la interacción con alguien diferente al hermano, donde se incluye la presencia frecuente de al menos 4 síntomas como: pérdida de la calma, facilidad para molestarte, enfado, resentimiento y molestia; discusiones frecuentes con adultos que representen la autoridad, leyes o normas, con desafíos constantes a los mismos, realiza acciones deliberadas que incomodan y molestan, evita hacerse responsable de sus errores y culpabiliza a otros de los mismos; manifestación de rencor y venganza al menos 2 veces en 6 meses.

B.- Este trastorno del comportamiento va asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (es decir, familia, grupo de amigos, compañeros

de trabajo) o tiene un impacto negativo en las áreas social, educativa, profesional u otras importantes.

C.- Los comportamientos no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno depresivo o uno bipolar. Además, no se cumplen los criterios de un trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo.

Continúa asegurando la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) que en base a estos criterios es posible clasificar al TOD en: leve cuando se presentan los síntomas de un solo entorno como la casa o la escuela; moderado cuando se manifiesta en dos entornos (social-escolar) y grave cuando trasciende a tres o más entornos (social- escolar- laboral).

Los pacientes con TOD suelen ser abiertamente hostiles, negativistas, desafiantes, poco cooperativos e irritables, suelen perder sus temperamentos fácilmente, son malos y rencorosos hacia los demás, son en su mayoría desafiantes hacia las figuras de autoridad, pero también pueden ser hostiles con sus hermanos o compañeros de escuela; este patrón de comportamiento adversarial tiene un impacto significativamente negativo en sus vidas, tanto en el hogar, la escuela y la sociedad en general, afectando seriamente todas sus relaciones (Ogundele, 2018).

El diagnóstico de trastorno oposicional desafiante (TOD) se basa ampliamente en el estado de ánimo del tipo enojado o irritable, si el mismo es frecuente y persistente, adicionalmente y si es argumentativo/desafiante y vengativo; numerosos factores de riesgo psicosociales han sido identificados, se han explorado los factores biológicos, especialmente con la ayuda de nuevas técnicas de neuroimagen y sustratos cerebrales para conductas de oposición; los hallazgos de la neuroimagen convergen para implicar a varias partes de la corteza prefrontal, la amígdala y la ínsula; por otra parte, la alteración en los niveles de cortisol también se ha demostrado de manera consistente (Ghosh, Ray, & Basu, 2017).

La pobreza, la falta de estructura social y la violencia en la comunidad contribuyen al diagnóstico del trastorno oposicional desafiante (TOD). Debe tenerse en mente que existe una alta comorbilidad entre el trastorno oposicional desafiante (TOD), el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y el trastorno disocial (TD), por lo que estos niños y adolescentes experimentan múltiples factores de riesgo intraindividuales y contextuales, que se inician en la infancia y pueden llevar a una formación adversa en la personalidad como la última manifestación del riesgo global de psicopatología externalizada. (Ogundele, 2018).

2.1.9. Evolución

Las manifestaciones más frecuentes de las conductas negativas o disruptivas en la infancia son las rabietas o pataletas, otro grupo de conductas se encuentran asociadas a estas e incluyen la oposición y la desobediencia, se agrupan en una serie de comportamientos normales durante los primeros 5 años de vida, posteriormente y según la frecuencia de aparición e intensidad, pueden llegar considerarse un problema; otras conductas desafiantes, dificultad para el control de la ira o la agresividad ante los iguales, pueden igualmente ser normales en la infancia y ser el reflejo de un intento por expresar autonomía, sin embargo, este tipo de conducta al extenderse luego de los primeros 5 años, comienza a aumentar su frecuencia y gravedad, desarrollando un problema de conducta (Moreno M. , 2015).

El curso normal del TOD no está bien definido, en este sentido, según Riley, Ahmed y Locke, (2016) un estudio logró demostrar que el 70% de las personas con este trastorno tenían resolución de sus síntomas a los 18 años de edad, sin embargo, otros casos pueden persistir en la edad adulta, la aparición más temprana de los síntomas y el sexo masculino debido a la parte cultural predice una psicopatología más severa; factores ambientales como la inestabilidad familiar, bajo nivel socioeconómico y hostilidad de los padres puede aumentar el riesgo de trastorno de conducta persistente en personas con TOD, en estos casos la intervención tiene como objetivo prevenir el desarrollo del desorden de conducta, abuso en el consumo de sustancia y delincuencia, patrones que pueden cursar de por vida,

ocasionando graves daños en los aspectos social, ocupacional y académico (Riley, Ahmed, & Locke, 2016).

No todas las conductas desadaptativas pueden catalogarse como TOD en virtud de que durante la adolescencia puede ser normal la aparición de ciertos comportamientos de tipo disruptivos sin la presencia de algún componente psicopatológico, en este sentido es importante resaltar que el TOD no inicia en la adolescencia, existe evidencia de sus comienzos en la infancia con las rabietas que al no ser tratadas de manera apropiada, se mantienen con el tiempo y se complican, estos primeros brotes pueden identificarse alrededor de los 2 a 3 años de edad y se puede aseverar que de los casos no intervenidos oportunamente, un 50% evolucionan hacia un trastorno disocial en la edad adulta (Rojas, 2012).

2.2. Antropología de la juventud

La adolescencia, definido como un periodo que inicia con la pubertad hasta la adultez, es una etapa de maduración que incluye elementos biológicos, culturales, adaptativas y evolucionista, permitiendo una especie de adiestramiento para la siguiente etapa (Miller, 2011).

Analizar la adolescencia desde la antropología social parte además de reflexionar en torno a la construcción cultural de las diferentes etapas de las edades que las diferentes culturas establecen en su jerarquización y organización social, de esta forma cambian las edades de una cultura a otra que se consideran propias de la adolescencia, del mismo modo cambian los rasgos y valores que se le atribuyen a la adolescencia, se concluye que es construida culturalmente la adolescencia y esta a su vez se redefine en función de diversos agentes, motivos y valores sociales (Téllez, 2013).

En América Latina, se inicia en la década de 1980 estudios sistemáticos sobre el rol social de los jóvenes, los cuales surgen de una visión crítica hacia el manejo tradicional e institucional que catalogaban a la juventud como una categoría social abordando el fenómeno juvenil desde una mirada crítica a la sociedad actual. Se da inicio a los estudios sectoriales relacionados con los jóvenes y el empleo, en condiciones de marginalidad y

estudios enfocados al ámbito educativo. En la última década del siglo XX surge un gran número de estudios relacionados con la población joven la cual se mantendrá en los próximos años ya que es necesario considerar que en la actualidad la mayoría no tiene condiciones óptimas de vida sino de vulnerabilidad, sobre todo en aquellos grupos sociales que no tienen oportunidades. Al mismo tiempo son actores sociales que producen y consumen cultura requiriendo espacios en los que puedan desarrollar sus potencialidades en su prácticas socioculturales (Santillan & González, 2016).

La antropología considera la edad bajo el concepto de la construcción cultural, con contenidos variados de acuerdo a las fases del ciclo vital debido a pautas y categoría diversas, por lo que es posible explicar las diferentes formas de dividir las edades según la estructura social donde se desenvuelven; en el caso de los jóvenes, se evidencia una gran heterogeneidad, enmarcados en crisis culturales y de orden religioso, siendo la edad el principal factor que permite el desarrollo de subculturas no ha sido tomado en cuenta como tal, en cambio, los elementos como género, clase social y etnias como principales influyentes en la configuración de las identidades colectivas (Feixa & Nofre, 2012).

Son escasos y recientes los estudios donde se tome en cuenta la edad como elemento de estudio de la antropología, recientemente incorporada en las investigaciones ante el surgimiento de nuevas problemáticas sociales, generalmente a raíz del crecimiento de áreas urbanas, con jóvenes como actores principales en bandas juveniles, cuyas acciones son muchas veces consideradas como manifestaciones de una forma particular de abordar sus conflictos no resueltos a nivel parental o resistencia a los medios de control desarrollados por controladores sociales (Feixa & Nofre, 2012).

2.2.1. El TOD desde la Antropología

Las agrupaciones juveniles suelen obedecer a diversas motivaciones, muchas de las cuales se encuentran contrarios a la ley y a las normas sociales, por lo que no les permite la adaptación cultural; durante su formación se crean lazos entre sus miembros y muchos hasta crean rituales de iniciación para su ingreso; las bandas callejeras se desarrollan principalmente en las zonas urbanas, se destacan por obedecer a un líder y se reconocen

por la vestimenta o por los colores y simbologías que portan, mantienen una jerarquización entre sus miembros, roles, nombre de la banda, comúnmente asociadas a actos de violencia y generalmente se caracterizan por expresar un tipo de personalidad particular, individualista, rebelde y desafiante, conductas fuera del orden institucional que constituyen un problema de orden social, destacándose por:

- Marcada competitividad
- Desconfianza
- Demostraciones de autosuficiencia
- Aislamiento en el orden social
- Instinto de supervivencia

Entre las causas que conllevan a desarrollar este tipo de personalidad se pueden incluir los problemas económicos, principalmente en las zonas urbanas, sus miembros suelen ser víctimas de graves problemas estructurales difíciles de controlar principalmente cuando se trata de obtener los medios para disfrutar de un estilo de vida al cual no pueden aspirar por vía legal (Miller, 2011).

2.2.2. Sociología de las Conductas Desviadas

La conducta desviada puede definirse como un comportamiento que quebranta las leyes y normas socialmente establecidas por un grupo de personas, sin embargo, esta conducta es considerada de manera diferente según el espacio, el tiempo y dependiendo del medio cultural, en términos generales, ante este tipo de acciones la sociedad se encarga de aplicar las sanciones específicas; es importante tener presente cuales son las reglas que se infringen y los motivos que conllevan a esta acción, en este sentido algunas teorías intentan explicar las causas que promueven la conducta delictiva a través de enfoques biológicos y psicológicos que establecen rasgos de la personalidad involucrados, capaces de predisponer a algunos individuos a comportarse de esa manera, por otra parte las teorías sociológicas apoyan la continuidad existente entre una conducta desviada y una respetable así como los contextos donde se desarrollan, resaltando lo fundamental del aprendizaje

social y la influencia del medio, finalmente es importante tomar en cuenta que las actividades grupales o de multitudes que aparentemente pueden estar fuera de la ley, tales como motines pueden ser generadas para el logro de buenos propósitos (Giddens, 2000).

Recientemente se ha enfocado el análisis sobre el análisis de los mecanismos sociales que regulan el comportamiento de los individuos sobre todo en aquellos tipificados con comportamientos desviados. Se parte de encontrar el origen de estas desviaciones, en la que para algunos estudiosos es generado por la propia estructura social, es de carácter cultural, y para otros es más importante explicar la ausencia. La sociología de la desviación es un campo amplio en la que están incluidos diferentes fenómenos sociales en los que este implícita algún tipo de ruptura de la norma. No necesariamente las normas que se rompe son leyes, siendo la reacción social la que define catalogar un comportamiento desviado, existen estrategias de abordaje de carácter científico o de sentido humanista, se considera en la actualidad que para comprender la desviación deben considerarse los sistemas de control social en los que se encuentra el autocontrol, el entorno social, y las instituciones (Riviére, 2013)

Los estudios tratan de explicar comportamientos desviados y conductas violentas que se transforman en comportamientos habituales en jóvenes limitados social, cultural y económicamente, siendo comportamientos aprendidos y que se manifiestan en los individuos ante diferentes situaciones. En esta interviene el ámbito familiar, educativo, cultural y laboral como instancias en las que coexisten los individuos. En esta realidad los programas de intervención en el ámbito de la inadaptación social se basan en dotar al individuo de los mecanismos necesarios que favorezcan un proceso de adaptación personal y social de forma tal de favorecer su desarrollo intentando modificar hasta donde sea posible el ambiente negativo donde se desenvuelve (Trujillo, 2013).

2.3. Estudios realizados en el ámbito internacional

El estudio del trastorno negativista desafiante (TND) u oposicionista desafiante (TOD) ha sido objeto de atención a través de diferentes trabajos de investigación, en ese sentido Boyano (2013) presenta un estudio llevado a cabo en España, del caso de un adolescente diagnosticado con negativismo desafiante, centrando su estudio en la relación entre los tratamientos cognitivos y los aspectos emocionales para lograr un proceso educativo emocional adaptativo canalizando los procesos cognitivos. Para ello utiliza técnicas de arte-terapia para favorecer la expresión de las emociones, mejorar el nivel de atención y concentración, reducir la irritabilidad, la impulsividad asociada a las relaciones sociales impulsando una mejor comprensión de la situación personal y el entorno. Durante el proceso de arte-terapia, el adolescente logra construir imágenes internas con mayor libertad que en otras actividades escolares, en cuanto al terapeuta favorece la construcción de un yo social, en una interacción dinámica sin imposición y cercana.

En relación a propuestas para el abordaje en el ámbito educativo en Valencia, España se llevó a cabo un trabajo dirigido a estudiantes que presentaron trastorno de conducta negativista desafiante en aula con la finalidad de generar una propuesta de intervención educativa articulada de trabajo en conjunto con todos los implicados, de forma tal de que los profesionales puedan contar con una herramienta para abordar el problema, para ello se diseñó un taller para favorecer las habilidades sociales y el apoyo conductual positivo los cuales se implementan a lo largo del curso escolar. Para afrontar las conductas disruptivas la familia ocupa un rol institucional importante por lo que deben implicarse reforzando las pautas del taller indicadas por el orientador diseñado en un espacio temporal y espacial que incluye acciones secuenciadas de aula, atención individualizada de los estudiantes apoyado por la actuación de los padres todo bajo el apoyo conductual positivo en el que en forma individual se evalúan las estrategias de apoyo para la modificación de la conducta (Bataller, 2017).

En México se adelanta una investigación en la que se involucran adolescentes tempranos cuyo objetivo fue el de evaluar la prevalencia del trastorno de conducta, trastorno negativista y trastorno explosivo. Participaron 124 estudiantes de secundaria de los cuales

124 eran hombres y 97 eran mujeres. En esta muestra el trastorno negativista desafiante tuvo como prevalencia 21.62%, la clasificación relevante corresponde al leve que mostró la mayor presencia con 12.61% y la menor en la moderada con 2.70%. En relación a la prevalencia por sexo presentando el trastorno negativista para los hombres un 12,61% y en el caso de las mujeres fue de 9.01%. Existe prevalencia en los hombres y la edad de mayor prevalencia fue de 13 años. Siendo importante realizar intervenciones tempranas en el ámbito familiar y escolar (Carrillo, 2017).

En relación a las estrategias que se utilizan para el tratamiento en niños con trastorno oposicional desafiante en España se realiza un trabajo para identificar la de mayor uso, resultando que el 50% de las publicaciones revisadas reportaron que se llevan a cabo estrategias de corte interdisciplinar siendo dirigidas a población infantil, las estrategias tienen un enfoque clínico y algunas involucran estrategias pedagógicas. Resulta como un programa ampliamente usado en el tratamiento del TND es de Russell Barkley, que tiene como finalidad mejorar la conducta, las relaciones sociales y la adaptación en el ambiente familiar del niño y en la que participan padres y maestros, en esta estrategia el juego aflora como herramienta para el uso de reglas de habilidad social que luego pueden ser usadas en otros contextos. Siendo importante promover que se reduzca la emisión de comentarios negativos, correcciones, amonestaciones que pueden provocar más trastornos (Rosario, 2017).

2.4. Estudios realizados en el país

Se realizó un trabajo de investigación en la ciudad de Cuenca sobre Trastorno Negativista Desafiante y problemas de conducta en niños y adolescentes, presentando el programa desarrollado por Rusell Barkley dirigido al entrenamiento y abordaje de los problemas de conducta, para la investigación se describen 15 casos de niños con este trastorno, proceso de diagnóstico implementado, abordaje y los cambios observados, entre los resultados se obtuvo que el 80% de los casos presentaron una disminución importante del trastorno. Para el diagnóstico se utilizaron los instrumentos *Early Childhood Inventory* (ECI), la observación, test de Familia, test Persona Bajo la Lluvia. La muestra estuvo conformada por 11 niños y 4 niñas, entre 5 y 12 años, los síntomas principales fueron agresividad,

rebeldía, oposición a las reglas impuestas por personas de autoridad, sobreprotección, falta de atención, rabietas, comportamiento hostil y conductas desafiantes, el 46,7% procedían de hogares con padres casados, un 33,3% divorciados y el 20% se trataba de familias reconstruidas; el 80% vive con sus padres y un 20% con los abuelos; el 66,7% son cuidados por la madre y el 33,3% restante por la abuela; el problema más común asociado a la presencia del trastorno fue el divorcio o separación de los padres, la mala relación entre estos, la presencia de violencia familiar y la crianza por abuelos que conlleva a la ausencia de reglas y límites; los rasgos más comunes entre los pacientes participantes fueron los problemas emocionales, como angustia, ansiedad y depresión, desvalorización hacia ellos mismos, celos hacia los hermanos, conductas agresivas e impulsividad. Se recomienda ampliamente la aplicación del programa por los resultados positivos obtenidos (Fernández & Zea, 2012).

El estudio realizado para determinar cómo incide los trastornos conductuales en el rendimiento académico en los estudiantes de octavo, noveno y décimo año de Educación General Básica de la Unidad Educativa San Juan, de la Parroquia San Juan del Cantón Pueblo viejo, se llevó a cabo con un total de 22 niños y niñas que presentaban bajo rendimiento académico, entre los cuales se determinó que el 59% presentaba síntomas que conforman el criterio de Trastorno Negativista Desafiante, tales como discutidores, desafiantes y provocadores que se enojan y pierden el control con facilidad; poseen una escasa capacidad de autocontrol en sí mismos, problemas en su autoestima, escasa tolerancia a la frustración y en ocasiones evidenciar un comportamiento depresivo (Velásquez, 2014).

Con la finalidad de describir la prevalencia de comorbilidad psiquiátrica en pacientes pediátricos diagnosticados con trastorno de déficit de atención e hiperactividad atendidos en la consulta externa del Hospital de Especialidades Baca Ortiz en Quito durante el año 2015, se realizó un estudio cuantitativo de tipo observacional, con diseño epidemiológico, descriptivo, transversal. De las 319 historias clínicas, se evidencia que el mayor porcentaje corresponde al sexo masculino con un 82,76%, frente a un porcentaje mucho menor para

el sexo femenino con tan solo 17,24%. Atendiendo a la distribución de las comorbilidades, se identifica que el Trastorno más frecuente fue el de Aprendizaje con un 33,5%, seguido del Trastorno de Conducta/Negativista Desafiante con un 28,8%, dentro de este, el trastorno de Conducta representa un porcentaje elevado del 25,4% frente al 3,4% del Trastorno Negativista Desafiante (Quijije & Flores, 2017).

En un estudio realizado en la Fundación Médica Tierra Nueva al sur de Quito, incluyó 40 niños de 3 a 5 años con diversos trastornos de conducta, incluidos el Trastorno Oposicionista Desafiante, el objetivo de determinar la eficacia de la ludoterapia y técnicas de modificación conductual en estos niños, para lo cual se desarrolló una investigación de tipo cualitativa a través de la acción participante, con aplicación de entrevistas, se estableció una mayor prevalencia de varones con un 60%, disfunción familiar en el 62.5% de los casos, se aplicaron técnicas terapéuticas de modificación de conducta y ludoterapia evidenciando que ambas técnicas son efectivas (Tufiño, 2012).

En la ciudad de Manta, Ecuador, se realizó una investigación de tipo cualitativa, con la finalidad de describir la influencia de las algunas categorías en la conducta de jóvenes perpetradores de actividades delictivas, entre estas se evaluó la presencia de conflicto familiar, el tipo de acompañamiento familiar y la poca ocupación en el tiempo libre, el estudio incluyó un total de 20 jóvenes que participan en los programas de Justicia Restaurativa, a quienes se les aplicó una entrevista semiestructurada, los resultados permitieron evidenciar que todas las categorías evaluadas durante la investigación, presentaron una considerable influencia en la conducta delictiva de los adolescentes (Suárez & Jama, 2015).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

JUSTIFICACIÓN

Los trastornos de comportamiento perturbador, tales como los trastornos de oposición desafiante o de conducta son los problemas más comunes en los niños y adolescentes; la clínica pediátrica de rutina, y otras especialidades como la medicina familiar, presentan varias características que las hacen ideales para proporcionar servicios efectivos de salud mental a niños y adolescentes, en virtud de que el comportamiento infantil y los problemas emocionales con sus trastornos relacionados, tienen impactos negativos significativos en el individuo, la familia y la sociedad porque suelen asociarse con un funcionamiento académico, ocupacional y psicosocial deficiente, es importante que todos los profesionales de la salud, especialmente los pediatras, conozcan el rango de presentación, prevención y manejo de los problemas comunes de salud mental en la edad pediátrica. (Ogundele, 2018)

Otro aspecto importante relacionado, es que se considera el TOD como el más leve y el más común de los trastornos disruptivos, con estimaciones de prevalencia del 6% hasta el 9% para preescolares y niños, en cuanto al género, los niños superan en número a las niñas en al menos dos a uno. (Ogundele, 2018)

Respecto a las diferencias que se han señalado según el género, este trastorno generalmente se presenta con mayor frecuencia en los niños con respecto a las niñas, especialmente en edades tempranas, ese patrón cambia cuando se acerca la pubertad llegando a ser similar la proporción, se explica este hecho porque en las niñas a edades tempranas, la agresividad es menos externalizada, pudiendo llegar a ser derivadas a consulta especializada por presentar conflictos con sus padres en una proporción mayor que los niños. (Rizo, 2014)

Adicionalmente, es importante tener presente que la clínica suele ser relativamente estable entre los cinco y diez años de edad, para luego disminuir a partir de los once años; cuyo diagnóstico disminuye en frecuencia en los adolescentes ya que se toma por un patrón de

conducta normal para la edad que varía según la influencia cultural. (Quy & Stringaris, 2017)

Referente a la prevalencia por sexo y edad, estudios indican que en menores de 10 años, el desarrollo de estos trastornos oscila entre el 4% y 7% de niños y entre el 2 y el 3% de niñas, es en estas edades cuando la frecuencia del TOD se incrementa para disminuir más tarde en la adolescencia, situándose entre el 1,5% y el 3,5% y con menor diferencia entre niños y niñas; respecto a los estratos socioeconómicos, dentro de los cuales los más bajos son los más desfavorecidos, aunque en los últimos años la diferencia con otros estratos tiende a igualarse, así también, se observa con una mayor frecuencia TOD en las áreas urbanas en comparación con zonas rurales. (Rodríguez P. , 2017)

La importancia de investigar y capacitarse sobre los aspectos conductuales en la pacientes con edad para consulta pediátrica, se pone en evidencia al analizar las cifras anteriores, a través de las cuales, es posible inferir que en esta consulta pueden ser frecuentes los casos de niños y adolescentes con TOD, algunas veces acudirán por patologías físicas y el pediatra preparado en estos aspectos, podrá establecer un diagnóstico certero e integral, sin fraccionar al paciente entre lo biológico y lo psicoemocional, por el contrario, un buen especialista será capaz de obtener una visión del individuo como un todo y se esfuerza por ir más allá del signo o síntoma aparente para descubrir la raíz del verdadero problema.

Los TOD suelen provocar graves daños a la convivencia familiar y escolar del niño, representa un riesgo por la comorbilidad con conductas más graves, tales como consumo de drogas y delincuencia, bajo rendimiento y deserción escolar; gracias a la atención oportuna estos pacientes podrán ser derivados a la consulta especializada, logrando minimizar el daño y evitando que progrese a situaciones que ameriten medidas extremas, tales como la reclusión y el aislamiento en los centros de orientación e incluso los de rehabilitación para farmacodependientes y reclusorios para delincuentes menores de edad; si el médico pediatra puede formar parte del equipo de salud que evita estas consecuencias, su misión estará completa.

En Ecuador no hay suficientes investigaciones de tipo cuali-cuantitativo sobre las características de vida de los adolescentes que presentan TOD, estudios que permitan discernir y ahondar sobre el tema y que proporcionen herramientas para mejorar su tratamiento y mejor aún, diagnosticarlo a tiempo y hasta prevenirlo, adicionalmente los pocos estudios sobre Trastornos de Conducta infantil no son realizados por médicos pediatras, alejando la posibilidad de capacitarse y alcanzar más experiencia sobre este aspecto esencial del paciente, ante tales elementos, se hace notoria la necesidad de continuar indagando las características de los adolescentes que han desarrollado TOD, ahondar en los detalles que permitan el diagnóstico y abordaje oportuno para minimizar sus consecuencias, que es lo que se pretendió en este trabajo de investigación.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El Trastorno Oposicionista Desafiante es un problema de conducta muy frecuente en los niños y adolescentes, por lo tanto la asistencia a la consulta pediátrica es una situación común para lo cual el pediatra debe estar preparado, manejando las herramientas necesarias para establecer un diagnóstico oportuno y la derivación necesaria para evitar su evolución, la cual sin intervención acarrea consecuencias muy importantes para el paciente, en cuanto a su salud mental y su desarrollo emocional.

La presencia de TOD en un niño o adolescente, se relaciona con conductas antisociales, lo cual puede provocar consecuencias graves como abuso de consumo sustancias adictivas, conducta delictiva, intentos de suicidio, entre otros, adicionalmente, el curso de la enfermedad puede delimitarse solo al periodo juvenil, sin embargo, en ocasiones permanecen los síntomas hasta la edad adulta.

Los adolescentes que presentan TOD se caracterizan por una serie de elementos claramente definidos e identificados que describen su comportamiento y su relación con su entorno, lo que constituye la base principal para el diagnóstico, estas características y los factores en general presentes en los pacientes pueden detectarse de manera oportuna y aplicar la

terapéutica apropiada para prevenir el avance del trastorno y el agravamiento de la clínica, lo cual sería de gran beneficio para el paciente, su familia y la sociedad en general.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características de vida de los adolescentes que presentan Trastorno Oposicionista Desafiante que se encuentran en el Centro de Orientación Juvenil “Virgilio Guerrero” de la ciudad de Quito?

OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

Determinar las características de vida de los adolescentes que presentan Trastorno Oposicionista Desafiante que se encuentran en el Centro de Orientación Juvenil “Virgilio Guerrero” de la ciudad de Quito

3.2. Específicos

1. Establecer la prevalencia del Trastorno Oposicionista Desafiante de los adolescentes que se encuentran en el Centro de Orientación.
2. Describir las características sociodemográficas y vida de relación de estos adolescentes.
3. Describir y analizar el tipo de conducta antisocial de los adolescentes del Centro de Orientación Juvenil.
4. Identificar el recorrido de vida de las personas con Trastorno Oposicionista Desafiante y la Conducta Antisocial presentes en estos adolescentes.

3.4. Estrategias y Metodología

3.4.1 Metodología Cualitativa

Se trató de una investigación principalmente cualitativa, donde el conocimiento es un producto compartido, obtenido de la interacción entre la investigadora y los participantes, adentrándose en la realidad para mejorar su comprensión, mediante el diálogo, la vivencia de los acontecimientos; este tipo de investigación permite un mejor estudio del individuo ya que consideró su realidad humana, elemento que no puede ser reducido con categorías de análisis, en virtud de que se basa en los sentimientos, creencias, prejuicios, percepciones y actividades de los participantes, captando el sentido de lo que el actor quiere expresar a través de sus acciones, lenguaje verbal y gestual, permitiendo crear a su vez generalizaciones para poder comprender desde el individuo al colectivo (Sandoval, 2002).

El estudio etnográfico permite la comprensión del fenómeno estudiado, obteniendo mayor evidencia del mismo basado en la relevancia de las perspectivas de los actores, integrando diferentes líneas de análisis, desarrollando y verificando componentes teóricos; adicionalmente, los datos son obtenidos de diferentes y variadas fuentes para evitar que los resultados solo dependan del método o de un solo informante, luego, la triangulación permite que la información pueda ser comparada sistemáticamente (Hammersley & Atkinson, 1994).

Este diseño etnográfico de la investigación cualitativa es flexible para cumplir con la finalidad de orientar la realidad del ser humano como actor y la forma en que se establecerá la matriz de conocimientos sobre si misma; la gestión se cumplirá a través de la implementación de estrategias que permitan establecer contacto directo con la realidad, lo cual se logrará con entrevistas directa con los participantes en su propio contexto para poder conocer la dinámica de sus conflictos y opiniones acerca de la problemática que enfrentan; la información puede obtenerse al contacto con los individuos con la entrevista en profundidad, la cual será de carácter abierto, iniciada a través de una pregunta amplia, generadora, evitando sesgar la información, esta entrevista a través de su curso seguirá

profundizándose en el tema con la estructura y fluidez que permita el paciente (Sandoval, 2002).

El abordaje metodológico del enfoque cualitativo inicia con la realización de las entrevistas de los jóvenes diagnosticados con Síndrome de Trastorno Opositor Desafiante a partir del Test Lista de Síntomas Pediátricos (PSC), el cual fue aplicado a una muestra de 93 jóvenes.

En base a la encuesta se eligen los informantes claves para realizar la historia de vida, fundamentándose en hacer énfasis en recaudar información en personas comunes que permitan un acercamiento a la realidad que les acontece (Sandoval, 2002).

La información se procesa inicialmente con la organización textual de los datos obtenidos, posteriormente se procederá a una categorización y reagrupación para completar el proceso a través de la interrelación de estas categorías convirtiéndolas en axiales o de segundo orden para lograr la conceptualización de los datos; para su interpretación se identificarán patrones y temas, con análisis de causas y la elaboración de constructos de tipo teórico (Sandoval, 2002).

3.4.1.1. Selección de los informantes

Una vez que se procesaron los resultados de la Lista de Síntomas Pediátricos (PSC) fueron seleccionados aquellos individuos que obtuvieron el mayor puntaje en el Test, los que han tenido problemas de conducta dentro del centro, y los que han tenido antecedentes de drogadicción, llegando así a un total de 12 informantes a quienes se les realizó las Historias de Vida hasta llegar a la saturación de información. Los criterios de inclusión fueron todos los adolescentes de hasta 17 años los cuales firmaron el consentimiento y asentimiento informado para participar en la presente investigación; excluyendo así a los adultos jóvenes mayores de 18 años, a los que no desearon participar de manera voluntaria en la investigación y a los adolescentes que no presentaron el consentimiento y asentimiento informado.

3.4.1.2 Entrevistas

Las entrevistas se llevaron a cabo en el Centro de Orientación Juvenil institución donde son reclusos menores de edad que hayan cometido delitos desde robar, distribuir droga, cometer abuso sexual y asesinato. Previamente se elaboró un guion de entrevista orientado a la construcción de las Historias de Vida a partir del relato de los informantes. Las entrevistas se llevaron a cabo mediante escritos, notas como un diario de campo ya que debido a la logística del centro no se permitió grabar.

3.4.1.3 Análisis Cualitativo

Para el estudio cualitativo, la información obtenida de las historias de vida de los 12 jóvenes fue transcrita en formato Word sin omitir frases ni palabras que ellos expresaron; una vez concentrados se procedió a interpretar los elementos que permitieron establecer una mejor relación con los resultados, posteriormente se realizó una categorización de las respuestas con la finalidad de evidenciar elementos comunes entre los participantes y poder agruparlos, logrando establecer una aproximación a la realidad común entre los participantes que permitió alcanzar una interpretación en relación a los factores determinantes asociados a la presencia del Trastorno Opositor Desafiante. Fue utilizado el programa Atlas Ti el cual permite realizar análisis de datos cualitativos, asociar códigos o etiquetas con trozos de textos, sonidos, imágenes; mediante este recurso se identifican patrones, concurrencias y relaciones entre las categorías y subcategorías. Se complementó el análisis con el programa Word Salad el cual es un generador de nubes de palabras, desde el discurso de los informantes emergieron palabras comunes entre ellos en función de cada categoría de análisis; aquellas palabras en común unen sus historias de vida.

3.4.1.4 Operacionalización de categorías

CATEGORÍA	DEFINICIÓN	CARACTERO O SUBCATEGORÍA	FUENTE
VIDA DE RELACIÓN	Formas de comportamiento y relaciones dentro o fuera del hogar, en la comunidad (Beiza, 2012)	Relación con los pares Relación Familiar	Entrevista semiestructurada Historia de Vida
CONDUCTA DESVIADA	Comportamiento que quebranta las leyes y normas socialmente establecidas por un grupo de personas (Giddens, 2000)	Robos, hurtos, amenazas Transgresión de normas, consumo de drogas, violaciones, bandas callejeras	Entrevista semiestructurada Historia de Vida
CONDUCTA OPOSICIONISTA	Patrón perdurable de comportamiento no cooperativo, de tipo desafiante y hostil, dirigido principalmente hacia figuras de autoridad, sin grandes violaciones antisociales. (Comisión de Juventud del Gobierno de Virginia , 2013)	Agresividad, irritabilidad Molestar a terceros deliberadamente Conductas negativas Dificultad para aceptar la autoridad	Entrevista semiestructurada Historia de Vida
EVENTOS TRAUMÁTICOS	Cambios importantes en la vida del niño, muerte de seres queridos muy cercanos, separaciones y periodos de hospitalización prolongados (Rodríguez P. , 2017)	Cambios importantes, Muertes de familiares cercanos Separaciones	Entrevista semiestructurada Historia de Vida
PATRÓN EDUCATIVO	la forma de actuar de los adultos respecto a los niños, modelos que regulan la conducta (Jimenez, 2010)	Padres autoritarios, democráticos, permisivos o negligentes	Entrevista semiestructurada Historia de Vida

Elaborado por: la investigadora

3.4.2 Metodología Cuantitativa

3.4.2.1 Tipo y diseño de estudio

La presencia de TOD se determinó en una población total de los jóvenes del Centro de Orientación “Virgilio Guerrero” que incluyó a 93 individuos, a quienes se les aplicó la Lista de Síntomas Pediátricos (PSC) por parte de la investigadora, este instrumento consta de validez y confiabilidad, con un alfa de Cronbach de 0,89, de fácil aplicación, duración de 15 minutos, está conformado por 17 ítems y tres alternativas de respuesta Nunca =0, Algunas Veces = 1 y Frecuentemente =2, el punto de corte es de 12 puntos.

Este instrumento se divide en tres partes esenciales, las preguntas 1 al 5 están dirigidas a evaluar las emociones internas, estado de ánimo y sentimientos del niño: “Se siente triste, infeliz/ Se siente sin esperanzas/ Se siente mal de sí mismo(a)/ Se preocupa mucho/ Parece divertirse menos”; las preguntas 6 a 10 explorar la capacidad y nivel de atención: “Es inquieto(a), incapaz de sentarse tranquilo(a)/ Sueña despierto demasiado/ Se distrae fácilmente/ Tiene problemas para concentrarse/ Es muy activo(a), tiene mucha energía”; las preguntas 11 a 17 están destinadas a establecer las manifestaciones de conductas negativas: “/ Pelea con otros niños/ No obedece las reglas/ No comprende los sentimientos de otros/ Molesta o se burla de otros/ Culpa a otros por sus problemas/ Se niega a compartir/ Toma cosas que no le pertenecen”. Se estima como positivo los test que presenten puntuación igual o mayor a 12.

Los resultados positivos del Test se relacionaron con aspectos de los participantes como edad, procedencia, etnia, tipología familiar y aspectos socioeconómicos

Se realizaron medidas de tendencia central y dispersión en el caso de las variables cuantitativas y porcentajes en las variables cualitativas. Las medidas de asociación se establecieron mediante el OR en las variables cualitativas, con una significancia por cada valor de p menor a 0.05 y un intervalo de confianza (IC) de 95%; como medidas de significancia estadística se utilizó el chi cuadrado. Si bien el estudio tiene un componente cualitativo, se combina con el análisis cuantitativo que parte del diagnóstico del TOD.

3.4.2.2 Universo, Población y Muestra

La población objeto del presente estudio incluyó al total de adolescentes que se encontraron en el Centro de Orientación Juvenil “Virgilio Guerrero” al momento del estudio, en un total de 93 jóvenes ya que es una población flotante.

3.4.2.3 Criterios de inclusión

Se incluyeron a los adolescentes de hasta 17 años los cuales firmaron el consentimiento y asentimiento informado para participar en la presente investigación.

3.4.2.4 Criterios de exclusión

- Se excluyeron a los adultos jóvenes mayores de 18 años y a los que no desearon participar de manera voluntaria en la investigación.
- Se excluyeron a los adolescentes que no presentaron el consentimiento y asentimiento informado.

3.4.2.5. Procedimiento de recolección de información

Inicialmente se realizó un primer encuentro con los participantes para registrar, según los criterios de inclusión y exclusión, quienes formarían parte de la investigación, posteriormente se procedió a explicarles a los adolescentes seleccionados en qué consistía la investigación y se les proporcionó un asentimiento informado, luego se aplicó el instrumento para determinar quienes cumplen con los criterios de TOD, entre los cuales se seleccionó a los informantes representativos para la entrevista semiestructurada y en base a los resultados de la misma fueron realizadas las historias de vida.

3.5 Técnica de Investigación

Encuesta (Test)

Fuente de los datos

Jóvenes participantes del centro de orientación

Instrumentos a utilizar:

Pediatric Symptom Checklist-PSC

3.6 Plan de Análisis Cuantitativo

El análisis de los datos cuantitativos se realizó con el programa estadístico SPSS versión 23, obteniendo un análisis descriptivo del TOD según los distintos factores considerados, usando Chi cuadrado, el análisis de los resultados se realizó de manera univariada y bivariada según correspondió. Para las variables cuantitativas se obtuvieron Medias, porcentajes y frecuencias. Para establecer la relación de las características de vida, conducta antisocial y vida de relación con TOD se calculó el OR con IC de 95% y margen de error del 5%.

3.7 Operacionalización de las variables del estudio

VARIABLES ESPECÍFICAS	TIPO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	ESCALA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE
EDAD	Cuantitativa	Años Cumplidos desde su nacimiento hasta el momento de la evaluación	Años	Años	Media, Mediana, Moda, Desviación Estándar	Cuestionario
SEXO	Cualitativa	Características que describen a un individuo y que permiten la identidad sexual	Sexo	Femenino Masculino	Frecuencia Porcentaje Chi Cuadrado	Cuestionario
FACTORES SOCIOECONOMICOS	Cuantitativa	Medida total económica y sociológica en relación a otras personas, medida según ingreso familiar en salarios mínimos	Ingreso Familiar	< 1 SME 1 SME 2 SME 3 SME > 4 SME	Media, Mediana, Moda, Desviación Estándar	Cuestionario
TIPOLOGÍA FAMILIAR	Cualitativa	Tipo de Miembros de una familia que viven bajo el mismo techo	Tipo de Familia	Nuclear Monoparental (Madre) Monoparental (Padre) Extensa	Frecuencia Porcentaje (Chi Cuadrado)	Cuestionario
ZONA DE RESIDENCIA	Cualitativa	Lugar de residencia	Lugar donde reside	Área rural Área Urbana	Frecuencia Porcentaje (Chi Cuadrado)	Cuestionario
TRASTORNO OPOSICIONISTA DESAFIANTE	Cualitativo	Patrón perdurable de comportamiento no cooperativo, de tipo desafiante y hostil, dirigido principalmente hacia figuras de autoridad	Trastorno Oposicionista Desafiante	Presente Ausente	Frecuencia Porcentaje (Chi Cuadrado)	Cuestionario
LISTA DE SÍNTOMAS PEDIÁTRICOS (PSC)	Cualitativo	Test con preguntas sobre la conducta del niño que incluye: 5 preguntas sobre estado de ánimo y sentimientos del niño; 5 preguntas sobre nivel de atención y 7 preguntas sobre conductas negativas	Síntomas Pediátricos	Nunca Algunas Veces Frecuente	Frecuencia Porcentaje (Chi Cuadrado)	Lista de Síntomas Pediátricos (PSC)

Elaborado por: Autor, 2018

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Análisis cuantitativo. Resultados Univariados

4.1.1. Resultados de variables sociodemográficas

Entre las características sociodemográficas de los participantes, es importante señalar que todos eran del sexo masculino, destaca como la edad más frecuente la de 16 años con el 46,2% seguidos de los que tienen 15 años con 30,1% y en menor cuantía están los que presentan 17 años quienes agruparon el 23,7%. Respecto a la procedencia, el 74,2% originalmente viven en zonas urbanas mientras que el 25,8% restante en área rural. En cuanto a la tipología familiar, el 49,5% pertenecen a familias nucleares, 35,5% a familias extensas, 14% familias monoparentales con progenitor madre y 1,1% a familias monoparental con progenitor padre.

Tabla 1. Características Sociodemográfica

Variable	No	%
Edad (n=93)		
14 años	02	2,2
15 años	26	28
16 años	43	46,2
17 años	22	23,7
Promedio (DE)	16	0,780
Mediana	16	(15-16)
Procedencia (n=93)		
Urbana	69	74,2%
Rural	24	25,8%
Tipología Familiar (n=93)		
Nuclear	46	49,5%
Extensa	33	35,5%
Monoparental (madre)	13	14%
Monoparental (padre)	1	1,1%

Fuente: Datos de la Investigación, 2018

Autor: Dra. Glenda Ponce

4.1.2. Resultados obtenidos según la Lista de Síntomas Pediátricos (PSC)

Se aplicó el test de Síntomas Pediátricos a 93 participantes, obteniendo entre estos puntajes de 0 a 11 un grupo de 31 quienes representan el 33.3% del total, entre los que obtuvieron entre 12 a 18 puntos se encuentran 55 jóvenes que agruparon el 59.1% y en menor cuantía los que presentaron entre 19-30 puntos que alcanzaron el 7.5% del total de participantes, tal como se evidencia en la tabla 2.

Tabla 2. Distribución de puntajes obtenidos de la Lista de Síntomas Pediátricos (PSC) por los adolescentes

PUNTAJE	Nro. Adolescentes	%
0-11	31	33.3
12-18	55	59.1
19-30	7	7.5
Total	93	100

Fuente: Datos de la Investigación, 2018

Autor: Dra. Glenda Ponce

El análisis de los puntajes obtenidos en el test, permitió establecer cuantos participantes presentan Trastorno Oposicionista Desafiante, contabilizando aquellos que alcanzaron puntajes iguales o mayores a 12, evidenciando que 62 jóvenes que agrupan al 66.7% del total, presentan TOD mientras 31, es decir 33.3% no lo presentan, demostrado en la tabla y gráfico 2.

Tabla 3. Distribución de participantes según diagnóstico de TOD

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Presente	62	66.7
Ausente	31	33.3
Total	93	100.0

Fuente: Datos de la Investigación, 2018

Autor: Dra. Glenda Ponce

4.2. Resultados Bivariados

Evaluando la asociación entre grupo etario y presencia de Trastorno Opositorista Desafiante, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$)

Tabla 4. Relación entre Grupo Etario y TOD

		TOD			
			Presente	Ausente	Total
Grupo Etario	Adolescencia Media (14-15 años)	Recuento	20	8	28
		% del total	21.5%	8.6%	30.1%
	Adolescencia Tardía (16-17 años)	Recuento	42	23	65
		% del total	45.2%	24.7%	69.9%
Total		Recuento	62	31	93
		% del total	66.7%	33.3%	100.0%

$p = 0.523$

Fuente: Datos de la Investigación, 2018

Autor: Dra. Glenda Ponce

En lo referente a la asociación entre lugar de procedencia y presencia de Trastorno Opositorista Desafiante, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

Tabla 5. Relación entre Lugar de Procedencia y TOD

			TOD		
			Presente	Ausente	Total
Lugar de procedencia	Urbana	Recuento	46	23	69
		% del total	49.5%	24.7%	74.2%
	Rural	Recuento	16	8	24
		% del total	17.2%	8.6%	25.8%
Total		Recuento	62	31	93
		% del total	66.7%	33.3%	100.0%

$p = 1.0$

Fuente: Datos de la Investigación, 2018

Autor: Dra. Glenda Ponce

En cuanto a la asociación entre estructura familiar y presencia de Trastorno Oposicionista Desafiante, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

Tabla 6. Relación entre Estructura Familiar y TOD

		TOD			
			Presente	Ausente	Total
Estructura Familiar	Extensa/Monoparental	Recuento	33	14	47
		% del total	35.5%	15.1%	50.5%
	Nuclear	Recuento	29	17	46
		% del total	31.2%	18.3%	49.5%
	Total	Recuento	62	31	93
		% del total	66.7%	33.3%	100.0%

$p = 0.463$

Fuente: Datos de la Investigación, 2018

Autor: Dra. Glenda Ponce

Análisis cuantitativo: La revisión de los factores sociodemográficos fue un instrumento de gran utilidad para caracterizar a los participantes de la investigación, entre estos elementos se pueden incluir: la procedencia principal es urbana y especialmente de la ciudad de Quito, con alto porcentaje de jóvenes de 16 años, un alto porcentaje tienen una familia nuclear, mientras que otro grupo en cercano porcentaje solo cuentan a su madre como único jefe de casa.

La aplicación del test *Pediatric Symptom Checklist-PSC*, fue un factor importante que permitió definir los elementos necesarios para escoger los informantes claves. Es importante resaltar que aproximadamente el 66.7 % de los participantes obtuvieron puntajes que permitieron establecer la presencia del TOD, entre los mayores puntajes obtenidos se logró establecer a quienes se les realizaría posteriormente la entrevista en profundidad.

4.2. Resultados de las Historias de Vida

Tabla 7. Historias de Vida de los Informantes

N°	Informante	Tiempo en el Centro	Perfil
1	Adolescente de 15 años, procedente de Bahía de Caráquez, ingresa por drogas.	1 Año 1 mes	Paciente procedente de Bahía Caráquez, padres separados, vive con la abuela, tío y hermana menor, robo y consumo de droga desde los 12 años. Violación en la familia, violencia familiar. Tratamiento: No se registra valoración por psiquiatría, acude 8 veces por heridas y contusiones debido a peleas. No hay registro síntomas de abstinencia. Ha ingresado múltiples veces en el calabozo por peleas y mal comportamiento.
2	Adolescente de 15 años, procedente de Esmeraldas, cómplice de violación.	1 Año	Paciente procedente de Esmeralda de San Lorenzo. Vivió con ambos padres y seis hermanos, violencia familiar, consume cocaína desde los 13 años, abuso sexual por parte de familiares, posteriormente es implicado de violación a una joven. Diagnóstico depresión leve y enuresis. Tratamiento: consumo de cocaína desde los 13 años, depresión leve, no recibe tratamiento, presenta enuresis. Ha estado una sola vez en el calabozo
3	Adolescente de 17 años, procedente de Quito, ingresa por asesinato y tráfico de drogas.	1 Año	Paciente procedente de Quito, padres separados, vive con hermano mayor el cual consume drogas, inicia consumo a los 13 años, implicado en asesinato, consume y distribuye drogas en el centro de rehabilitación. Tratamiento: Valoración y seguimiento mensual por psiquiatría. Diagnosticado de Trastorno del comportamiento y conducta antisocial. Paciente amenazante, consume clorhidrato + base + alcohol + grifa + cripy. Medicación: ácido valpróico Risperidona, Sertralina. Ha ingresado innumerable veces al calabozo.
4	Adolescente de 17 años, procedente de Quito, ingresa por robo.	11 Meses	Paciente procedente de Quito, padres separados. Padre consume alcohol frecuentemente, sufre de violencia familiar. El hermano lo inicia en la droga a los 8 años, implicado en una banda, robo y asesinato. Tratamiento:

			No valoración por psiquiatría, ha acudido a control médico y por lesiones debido a peleas. Antecedentes: consumo de sustancias: polvo y marihuana. Ha estado por varias ocasiones en el calabozo por mal comportamiento.
5	Adolescente de 14 años procedente de Quito, ingresa por cómplice de asesinato.	9 Meses	Paciente procedente de Quito, familia funcional completa, buenas relaciones familiares, buen promedio escolar, involucrado en violencia escolar y asesinato. No presenta cuadros de violencia en el centro. Tratamiento: no tiene valoración psiquiátrica, ni tratamientos, nunca ha estado en el calabozo.
6	Adolescente de 16 años, procedente de Quito ingresa por tráfico de drogas.	4 Meses	Paciente procedente de Quito, violencia familiar, delincuencia y consumo de drogas, se involucra en banda. Madre delincuente y traficante. Tratamiento: no se registran datos de importancia, consumo esporádico de drogas. Es la segunda vez que ingresa al centro por tráfico de drogas.
7	Adolescente de 17 años, procedente de Quito ingresa por robo.	5 Meses	Paciente procedente de Quito, padres separados, hermanos mayores fuera del país. Violencia familiar, padre consumidor y traficante. Involucrado en tráfico de drogas en el colegio, involucrado en robos. Consume grifa y cripy. Tratamiento: no tiene valoración psiquiátrica, ni tratamientos, por una ocasión ingresa al calabozo por una pelea con un compañero.
8	Adolescente de 14 años, procedente de Quito, ingresa por violación.	6 Meses	Paciente procedente de Quito, víctima de abuso sexual por su padre alcohólico. Presenta Hirschsprung y estenosis en la infancia, víctima de bullying en la escuela, abusa sexualmente de un menor, se declara homosexual. El diagnóstico clínico que tiene es: Dislalia, disgrafía; conducta delirante y TDAH, valorado por Psiquiatría por una ocasión, en tratamiento con metilfenidato y piracetam. No ha ido al calabozo, dentro del centro aparentemente es violado y realiza sexo oral a sus compañeros.
9	Paciente de 17 años, procedente de Quito, ingresa por violación.	1 Año	Paciente procedente de Quito, violencia familiar, madre víctima de violación, por el padrastro al huir inicia como prostituta. Padre desconocido. Consumo de licor a los doce años, consume drogas, empieza a distribuir, comportamiento agresivo que se intensifica al consumir cocaína, viola a la hermana. Diagnóstico psiquiátrico Trastorno Oposicionista Desafiante, no recibe terapia, ni medicación.

10	Adolescente de 17 años, procedente de Ibarra ingresa por Violación y asesinato	7 Meses	Paciente procedente de Ibarra. Es casado y tiene un hijo de dos años. Familia delincuente y traficante. Abandono por el padre, situación económica es crítica. Violencia escolar. Relaciones sexuales con hermana por lo que es acusado de violación, ingresa a un centro de rehabilitación en Ibarra donde asesina a un compañero. Sostiene que al salir será un narco. Presenta síntomas de abstinencia. DG: trastorno de conducta Trastorno opositor desafiante + impulsividad + conducta delictiva. Tiene 4 valoraciones por psiquiatría Tratamiento: ácido valpróico y Risperidona, se realiza cutting frecuentemente. Innumerables veces ha estado en el calabozo.
11	Adolescente de 16 años, procedente de Quito, ingresa por robo.	1 Año	Paciente procedente de Quito. Padres separados, viven en situación de pobreza. Deja la escuela a los 13 años. Un traficante lo inicia en el negocio de la venta de droga y robo. Es detenido por robo, presenta agresividad en el centro. Tratamiento: en la primera valoración psiquiátrica no diagnóstico, recibe terapia psicológica, ha estado algunas veces en el calabozo.
12	Adolescente de 15 años, procedente de Quito ingresa por robo.	3 Meses	Paciente procedente de Quito, 15 años. Familia funcional. Madre utiliza la agresión física como medida disciplinaria. Ambos padres trabajan independientes en San Roque, los hijos pasan solos en el hogar. Padre alcohólico, roba a la esposa para comprar licor. Condición de pobreza familiar. No ha consumido drogas. Es iniciado en el robo por pares del colegio. Roba a su madre y otros vendedores, para poder ir al internet, comprar un equipo de teléfono y comer. Tratamiento: Registra la primera atención a la llegada no hay antecedentes de drogas no hay antecedentes de ninguna enfermedad de importancia y no tiene ningún control médico ni psiquiátrico

Fuente: Datos de la Investigación, 2018

Autor: Dra. Glenda Ponce

4.3. Indicadores cualitativos

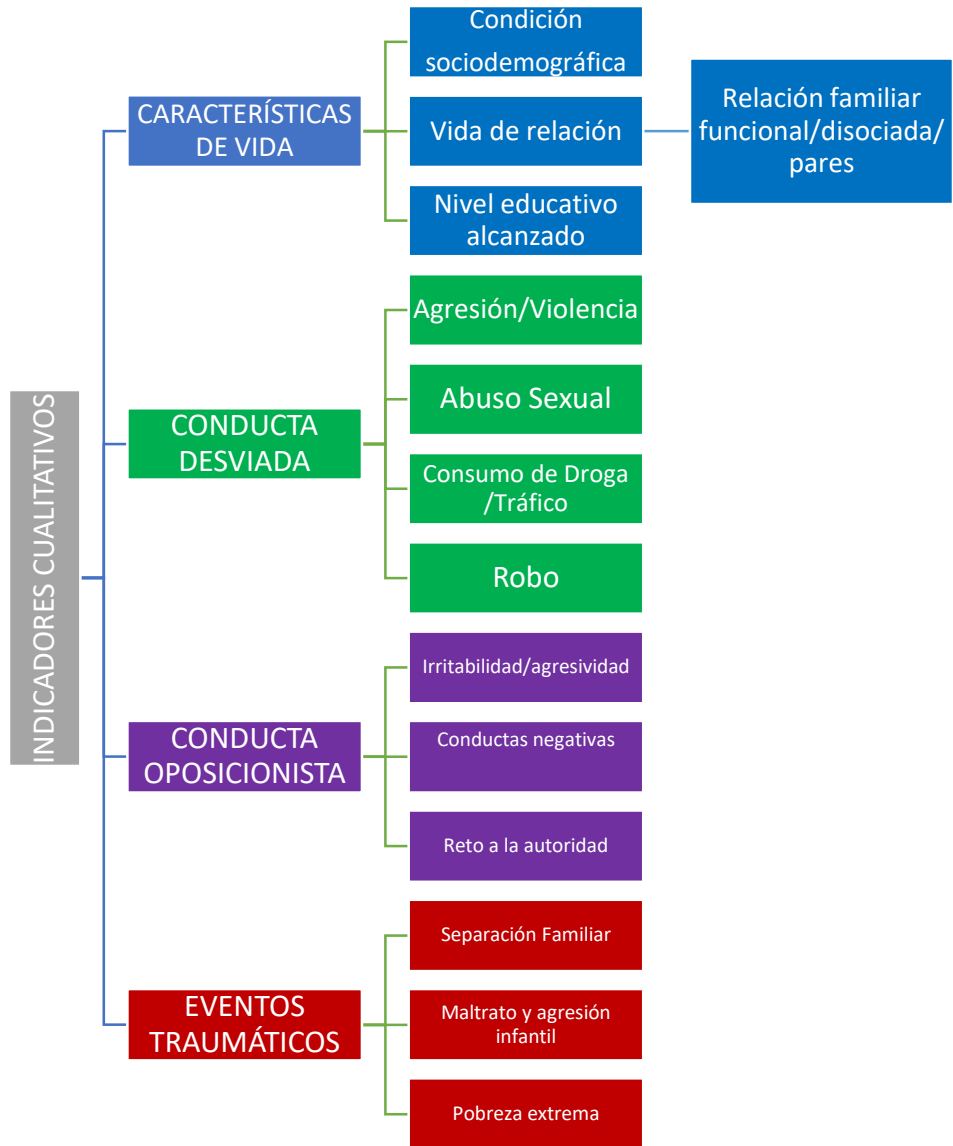


Figura 1. Indicadores cualitativos
Fuente: Datos de la Investigación, 2018
Autor: Dra. Glenda Ponce

4.3.1. Definición de categorías utilizadas para la integración de información

Tabla 8. Categorías utilizadas para la integración de información

1	Condición sociodemográfica	Lugar de nacimiento diferenciado en áreas rurales y urbanas
2	Relación familiar/pares	Existencia de conductas disociales en los padres o problemas de delincuencia, familias disfuncionales. Crianza familiar dura o inconsistente. Escasa vigilancia de los padres. Relación con pares que consumen sustancias, vínculo con agrupaciones pandillas.
3	Nivel educativo alcanzado	Grado educativo que alcanzaron
4	Agresión/Violencia	Comportamiento que inicia frecuentemente en la infancia, por efecto de la dinámica familiar perturbada y exposición a la violencia. Estados de irritabilidad, actitud desafiante, resentida y vengativa
5	Violencia sexual	Cualquier actividad o contacto sexual que ocurre sin su consentimiento.
6	Robo	Apoderamiento de bienes ajenos de otras personas sin su consentimiento
7	Irritabilidad/agresividad	Respuesta disfuncional ante la situación de vida que enfrentan, comportamiento perturbador que puede causar daño.
8	Conductas negativas	Conductas desafiantes trasgresoras de reglas, problemas en el autocontrol de las emociones.
9	Reto a la autoridad	Discusiones frecuentes con adultos que representen la autoridad, desafiándolos constantemente, con acciones que incomodan culpabilizando a otros de sus errores, manifiestan rencor y venganza
10	Separaciones	Distancia con uno de los progenitores o familiares
11	Maltrato y violencia infantil	El maltrato de menores abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia o explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder
12	Pobreza extrema	Situación adversa económica

Fuente: Datos de la Investigación, 2018

Autor: Dra. Glenda Ponce

4.4. Características de vida de los adolescentes que presentan trastorno oposicionista desafiante

En este capítulo se presenta la información más significativa recolectada a través de las historias de vida de los adolescentes, relacionada con cada una de las categorías establecidas, con el objetivo de identificar patrones que emergen a partir del relato de los informantes, y que se relacionen con las características de vida de 12 jóvenes adolescentes que han sido diagnosticados con Trastorno Oposicionista Desafiante a partir de la aplicación del Test Lista de Síntomas Pediátricos (PSC) con el mayor puntaje, los que han tenido problemas de conducta dentro del centro, y los que han tenido antecedentes de drogadicción.

A continuación, los testimonios de los informantes que se encuentran en el Centro de Orientación Juvenil “Virgilio Guerrero” en la ciudad de Quito.

4.4.1. “YO DE NIÑO ERA SÚPER BUEN ESTUDIANTE”

Condición sociodemográfica: lugar de nacimiento y nivel educativo alcanzado

El espacio territorial donde se nace forma parte de las primeras experiencias de vida de todo ser humano, las relaciones filiales, los referentes y la identidad se construye en los primeros años de vida, el entorno tanto familiar y social son los referentes para el niño y la niña que en el caso de estos jóvenes influyó significativamente en sus conductas actuales. De igual forma en la infancia los niños y niñas deberían ingresar al sistema educativo y ser apoyados para que logren desarrollar todo su potencial, sin embargo, aquellos niños y niñas que presentan problemas de conducta o dificultades de aprendizaje son etiquetados y segregados, sumado a unas condiciones familiares de conflicto son la base para que estos deserten del sistema escolar. Parte de lo que se ha expresado se lee en el relato de los jóvenes.

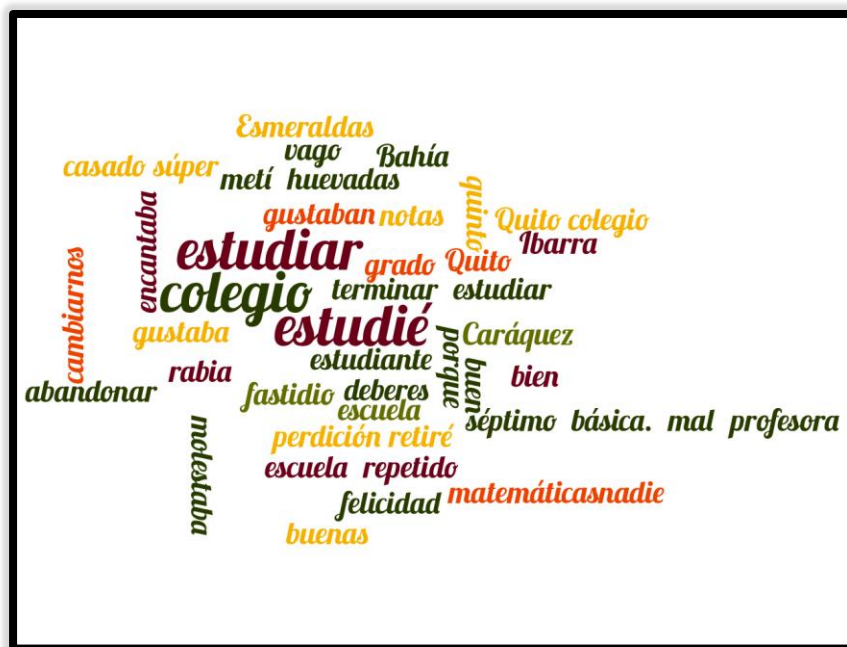


Figura 2. Condición Sociodemográfica
 Elaborado: Word Salad
 Autor: Dra. Glenda Ponce

En la figura 2 el lugar de nacimiento que prevalece es Quito, también afloran palabras relacionadas con la aversión de los jóvenes al sistema escolar, como, por ejemplo, cuando se les invita a recordar su experiencia educativa en los primeros años de vida expresan palabras como: felicidad, gustaba, abandonar, cambio, molestaba, pérdida, rabia. Estas palabras son una muestra de esas emociones subyacentes que les acompaña. Las cuales se aprecian en sus relatos:

- ✓ *“Tengo 15 años, nací en Bahía de Caráquez el 09 de enero del 2003 y viví ahí hasta que tuve 5 años, ahora vivo en Quito por Conocoto”. “A mí no me gustaba mucho estudiar era bien vago, estudié solo hasta quinto grado”. (Testimonio de adolescente de 15 años, procedente de Bahía Caráquez, ingresado por drogas).*
- ✓ *“Tengo 15 años, yo soy de Esmeraldas exactamente de San Lorenzo. “...no me gustaban las matemáticas y como en la casa nadie me ayudaba a hacer los deberes me iba mal y por eso le cogí fastidio a la escuela he repetido algunos años, estudié*

- solo hasta séptimo de básica. Pero como me iba mal y la profesora siempre me molestaba ahí fue cuando decidí abandonar la escuela*". (Testimonio de adolescente de 15 años, procedente de San Lorenzo, Esmeraldas, cómplice de violación).
- ✓ *"Tengo 14 años, nací aquí en Quito el 15 de Julio del 2004". El año pasado mi mami me cambió de colegio yo le decía mami ese colegio no me gusta, pero nada ella decidió cambiarnos porque estaba más cerca de la casa, en ese colegio si ya fue la perdición hasta que me retiré*". (Testimonio de adolescente de 14 años, procedente de Quito, cómplice de asesinato)
 - ✓ *"Tengo 17 años de edad nací en Ibarra, soy casado y tengo un hijo que va a cumplir 2 años."* *"Yo de niño era súper buen estudiante, me iba muy bien es más me encantaba estudiar tenía muy buenas notas, esos recuerdos me dan felicidad y a la vez me da rabia porque ya pues nunca pude terminar de estudiar y me metí a huevadas"*. (Testimonio de adolescente de 17 años, procedente de Ibarra, motivo violación y asesinato).

En relación al lugar de nacimiento tres de los informantes provienen de la Región Litoral de Ecuador y uno de Ibarra de áreas rurales. Mientras que nueve tienen por lugar de nacimiento la ciudad de Quito. En cuanto a las edades en el caso específico de estos adolescentes oscilan entre 14, 15, 16 y 17 años. Los adolescentes mayoritariamente manifiestan desavenencia para asistir a la escuela, solamente un adolescente lo recuerda como una experiencia positiva.

Con respecto al nivel educativo que alcanzaron se debe considerar que los rangos de edades oscilan entre 14 y 17 años, los jóvenes con edad de 14 años no logran culminar la primaria, el resto alcanza a ingresar a la secundaria, sin embargo se observa que para la mayor parte de los informantes la escuela o colegio no significó el espacio donde pudieran encontrar apoyo, todo lo contrario, sintieron rechazo ante las dificultades de aprendizaje que estuvieron presentes, los propios traumas generados por la violencia y el abuso en la

familia, así como las propias condiciones económicas de estos jóvenes, son factores de riesgo presentes en la vida de cada uno de los informantes.

En el discurso de los informantes la mayoría recuerda relaciones desfavorables con respecto a su desarrollo en el ciclo educativo, rechazo de los docentes y de los compañeros, así como dificultad para desarrollar las tareas propias del proceso educativo, en ningún caso refieren que recibieron ayuda ante las dificultades que encontraron lo que les conduce a abandonar la escolarización.

La edad de los participantes no sobrepasa los 17 años y el abandono temprano de los estudios es un denominador común entre ellos, en el centro todos los jóvenes continúan con su escolaridad a pesar de no estar de acuerdo, principalmente en el aprendizaje de actividades manuales.

4.4.2. “LOS POBRES NACEMOS PARA SUFRIR”

Expresiones en relación a la condición socioeconómica y nivel educativo de los padres

La condición socioeconómica y el nivel educativo de los padres son considerados factores de riesgo que si bien forman parte de una complejidad inciden en la aparición de conductas asociadas al TOD, el pertenecer a una clase social de niveles económicos bajos, la ausencia de vivienda o vivienda en malas condiciones, la pobreza, y el aislamiento social en conjunto interactúan como un factor de riesgo. En cuanto al nivel educativo este influye en la capacidad de resolución de los padres supliendo las necesidades materiales y aunque no es determinante en la relación que establecen con los jóvenes (Javaloyes & Redondo, 2014).

En el caso de la investigación la figura 3 que se presenta a continuación muestra a través de las palabras coincidentes que tipo de nivel socioeconómico tuvieron estos jóvenes desde la infancia y cuál es el nivel educativo de sus padres.



Figura 3. Condición Socioeconómica y Nivel Educativo de los padres
 Elaborado: Word Salad
 Autor: Dra. Glenda Ponce

En la Figura 3, la estudió aparece como centro, seguido de la palabra primaria, la palabra padre aparece en un segundo plano, y como medio de vida se identifican las palabras: escaperos, guardia, almacén, cargador, presa, chongo, robaba, limpieza. Lo que denota que los padres y madres de estos jóvenes laboran en diferentes oficios y algunos cometieron actos delictivos como robar. Los fragmentos de las historias relacionados con esta categoría representan el nivel socioeconómico de donde provienen estos jóvenes, así como el nivel educativo de sus padres.

- ✓ *“Mi mamá tiene 46 años, ella trabaja en limpieza, es hipertensa, ella es bien buena es mujer de la casa, estudió solo hasta segundo curso. Mi papá tiene 38 años es menor que mi mamá, él es guardia tiene diabetes. (Testimonio de adolescente de 14 años, procedente de Quito, motivo droga y asesinato).*
- ✓ *“Mi mami tiene 37 años, ella estudió solo la primaria, tiene un almacén de blusas por la Pulida. Mi mami antes robaba junto con mi papá, ellos eran escaperos, ella*

estuvo presa como 2 años”. (Testimonio de adolescente de 16 años, procedente de Quito, motivo drogas).

- ✓ *“Mi mami tiene como 60 años, ya es cuchita, ella tiene un taller de costura, mi papi no vivió con nosotros, de vez en cuando iba a visitarnos, hace 5 años él se fue de la casa, el man nunca nos paró bola a nosotros, no nos daba de comer ni nada”*. (Testimonio de adolescente de 17 años, procedente de Quito, implicado en robo).

- ✓ *“Mi mamá tiene 35 años, la vida de ella ha sido más dura que la mía a veces la odio a veces la amo, De mi papá no tengo ni idea como podrá ver mi mamá trabajaba en chongos y yo solo soy medio hermano con mis hermanos menores, cada uno tiene su padre diferente, yo no sé quién también será mi papá mi mamá dice que ni ella sabe”* (Testimonio de adolescente de 17 años, procedente de Quito, motivo violación)

- ✓ *“Mi mamá tiene 44 años de edad ella estudió sólo la primaria y tiene un puesto de verduras en San Roque, ella sale a su trabajo a las 4 de la mañana a veces a las 3 de la mañana. Mi papá tiene 48 años de edad él no estudio, es cargador en San Roque”*. (Testimonio de adolescente de 15 años, procedente de Quito, motivo robo).

Sobre el nivel educativo de la madre y padre, así como la situación económica es posible afirmar que la madre de la mayoría de los adolescentes no logra culminar la primaria, incluso algunas no saben leer ni escribir. Dada la situación económica, todas deben trabajar desempeñando oficios de limpieza, costurera, cocinera, prostituta, vendedoras ambulantes de verduras y frutas. Otro de los aspectos que se aprecian tiene que ver con la declaración de los informantes en cuanto a la situación de pobreza, incluso llegan a pasar hambre en su núcleo familiar, generado por el abandono del padre.

En los relatos previos se encuentra relaciones familiares donde la figura paterna está ausente del núcleo familiar, la mayoría sin culminar la educación primaria, desempeñando

oficios de cargadores y trabajadores independientes. El abandono del hogar o el comportamiento adictivo de alcohol y drogas se suma a la pobreza económica del grupo familiar, en cuyo caso la madre analfabeta, o en algunos casos sin lograr culminar la educación primaria, debe afrontar la situación desempeñando múltiples tareas lo que la coloca en una posición de proveedora, estando ausente en el día a día en sus hogares, teniendo que dejar a los hijos menores al cuidado de los mayores en el mejor de los casos, o llevándolos a la venta en la calle en las jornadas diarias.

Los informantes de las historias restantes tienen rasgos en común, los padres no logran alcanzar la educación primaria, la madre se desempeña en oficios cuya remuneración es insuficiente para sostener el núcleo familiar, existe abandono del hogar por parte del padre, colocando en vulnerabilidad al grupo familiar.

4.4.3. “ESTO ES UNA HERENCIA DE VIDA”

Vida de relación

Vida de relación son aquellas formas de comportamiento y relaciones dentro o fuera del hogar, en la comunidad (Beiza, 2012). Para el análisis de esta categoría fueron estructuradas las siguientes subcategorías: familia y pares. En cuanto a familia esta se clasifica a su vez en funcional, familia disfuncional, familia disociada. Los pares, hace referencia a las relaciones que establecen los adolescentes fuera del grupo familiar pudiendo ser otros adolescentes o adultos inclusive que se convierten en sus compañeros o especies de protectores al introducirlos al mundo del consumo y venta de droga.

Las historias de los 12 adolescentes confluyen y se entrecruzan en el origen de las relaciones familiares a partir de las cuales se produce el desenlace de las acciones seguidas por estos.

- ✓ *“Mi mami antes robaba junto con mi papá, ellos eran escaperos, ella estuvo presa como 2 años, ahí nosotros pasamos cuidados por una tía”. “Yo tomé las riendas de la casa, me llevaba bien con mi mami, pero luego tuvimos peleas cuando ya me fui de la casa”. “Mi papá desde que yo me acuerdo él se dedica al robo pues no aprendió nada más todos sus hermanos son escaperos. “Toda la familia de mi mami, los hermanos se dedican al mismo negocio (drogas y robo de ropa) y tiene sus locales en El Tejar, dos tíos han estado en cana el uno por muerte y el otro por droga”. (Testimonio de adolescente de 16 años, procedente de Quito, motivo droga).*
- ✓ *“Yo vivía en el Panecillo con mi abuelito, mi mamá y mi hermana pequeña”. “Mi papá, de el no quiero hablar no me gusta yo no le quiero y no quiero que me pregunten nada de él, ya se fue hace algún tiempo separándose de mi mamá...es que yo recuerdo cuando era niño mi papá llegaba borracho y yo estaba dormido el me acariciaba varias veces, y me metía... Mi mami nunca dijo nada (hay mucho llanto), ella decía que hay que obedecer porque él nos da de comer, yo por eso no le quiero a mi papá él era malo, me hacía llorar”. (Testimonio de adolescente de 14 años, procedente de Quito, motivo violación).*
- ✓ *“Mi mamá tiene 35 años, la vida de ella ha sido más dura que la mía a veces la odio a veces la amo, nos hemos sacado la p. con mi vieja, hemos chupado, nos hemos pegado nos hemos puteado y ahí estábamos juntos...mi vieja tenía que quedarse con el padrastro en alguna ocasión mientras chupábamos con mi cucha me cuenta que ese hijo de p. tomaba bastante que era un borracho y que se la agarro y la violó. Mi mamá es prostituta, hasta ahora sigue trabajando en bar por el sur de Quito cerca de la Magdalena, De mi papá no tengo ni idea como podrá ver mi mamá trabajaba en chongos”. (Testimonio de adolescente de 17 años, procedente de Quito, motivo violación).*
- ✓ *“Ahí siempre estaban mis tíos que son delincuentes igual, son una lacra mi abuelo está detenido por drogas, pero bueno hay algo que se quedó marcado en mi vida*

la frase que usan mis tíos: esto es “UNA HERENCIA DE VIDA”, porque “LOS BUENOS SIEMPRE SUFREN” (Testimonio de adolescente de 17 años, procedente de Ibarra, motivo violación y asesinato).

En el relato de los informantes se aprecia la existencia de relaciones familiares disfuncionales, donde están presentes procesos de separación, prevalecen relaciones de padres o familiares cercanos con conductas disociadas tales como robo, drogadicción, tráfico y violación. Dentro de este grupo se encontró una sola familia funcional y un solo padre que no utilizaba la fuerza física y violencia. A continuación, se presenta el diagrama donde puede observarse la recurrencia del fenómeno:

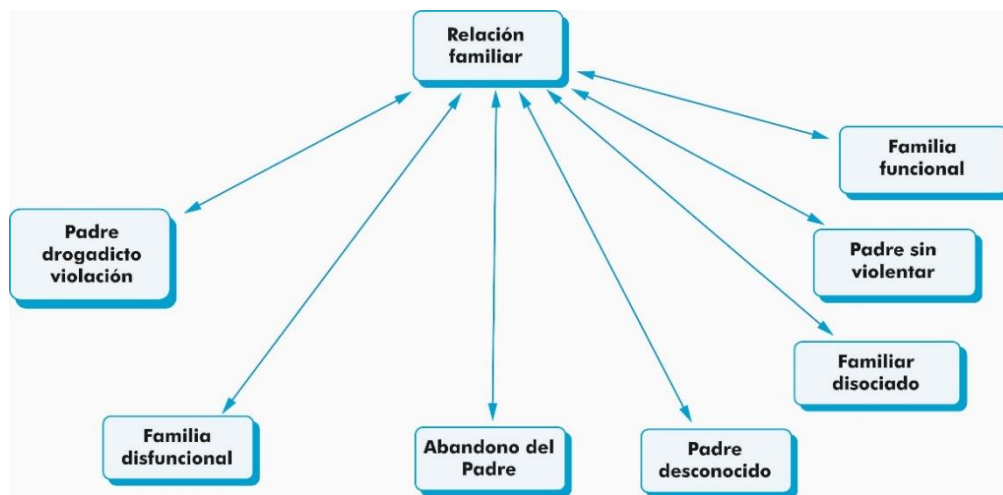


Figura 5. Relaciones Familiares
Elaborado: Atlas Ti
Autor: Dra. Glenda Ponce

Se aprecia en la figura 5, en cuanto a la relación familiar que solo un joven tuvo una familia funcional, el resto proviene de familias disfuncionales, donde se evidencia abandono por parte del padre del núcleo familiar, padres desconocidos, o aquellos que tuvieron padres drogadictos con conductas de violencia sexual. Se incorporó la sub categoría familiar disociado ya que en el caso de estos jóvenes algunos fueron violados a temprana edad por sus propios familiares incluyendo el padre o los tíos.

Dentro del grupo de informantes solo uno declara que tiene una familia nuclear, en la que los padres mantienen relaciones filiales armónicas, ambos aportan en el sostenimiento del hogar, los cinco informantes restantes tienen un núcleo familiar disfuncional o disociado, caracterizado por patrones de agresión infantil, desatención del núcleo familiar debido a las condiciones de trabajo que debe asumir principalmente la madre ante la ausencia del padre.

4.4.4. “CUANDO LA VIOLÉ SENTÍ ADRENALINA, UN PLACER INCOMPARABLE”

Conducta desviada

Las conductas desviadas están asociadas a comportamientos de personas las cuales irrumpen las leyes y normas establecidas en la sociedad. Son comportamientos que quebrantan las leyes y normas socialmente establecidas por un grupo de personas (Giddens, 2000). Dentro de las conductas desviadas fueron consideradas las siguientes: agresión, violencia que ejercen sobre otra persona, abuso sexual, consumo de droga y tráfico, robo, conductas que los adolescentes informantes han experimentado.

4.4.5. “SAQUÉ MI CUCHILLO Y LE METÍ UNA PUÑALADA DIRECTO AL CORAZÓN”

Agresión – Violencia

La agresividad es una reacción fisiológica en el ser humano que puede transformarse en violencia si no es canalizada. Dentro de las conductas violentas se encuentran aquellas a en los que se puede causar daño físico a otra persona o que conducen a daño mental o físico a otros. Puede ir desde empujar, agarrar, abofetear, patear, golpear con el puño o un objeto, incluso a amenazar con armas cortante o de fuego para herir a alguien. Sus consecuencias son daño físico de gravedad, trauma psicológico e incluso la muerte (Josep & Canals, 2014).

las quebró y al ver eso yo de pronto lo boté al piso y saqué mi cuchillo y le metí una puñalada directo al corazón y me emputé, ese rato vi la gloria me sentía ganador porque conmigo nadie se mete ni mucho menos me ve la cara, así que le metí tres puñaladas más, y el man estaba agonizando yo me le reí en la cara le metí unas patadas para que no se pueda levantar y me fui al bar donde estaba mi hermano. Esa noche me sentía a lo bien era la sensación más buena que había tenido luego de matar a ese perro, pero ya pues los chapas hicieron el operativo y me cogen por los zapatos, no me acordé de cambiármelos y estaban llenos de sangre”. (Testimonio de adolescente de 17 años, procedente de Quito, motivo droga y asesinato).

- ✓ *“Él se quedó picado quería irle a sacar la puta al man y le digo si quieres yo tengo un cuchillo en mi mochila, anda asústalo y ya pues Chalo se regresa y como estaba metido polvo no le importó nada le apuñaló al man. Llega la policía y nos llevó presos a mi hermano y a mí para investigarnos, mi hermano estuvo un mes y medio aquí pero ya salió libre porque él no tenía nada que ver, yo si me quedé, debo cumplir 15 meses de pena, yo si me arrepiento de haberme juntado con malas amistades, yo era buen estudiante es más siempre nos decían que éramos quedados, mecos, y por ser aceptados hicimos cosas que no están bien”. (Testimonio de adolescente de 14 años, procedente de Quito, cómplice de asesinato).*

- ✓ *“Dayanna al ver mi angustia, al verme también golpeado, le pedí que me vaya metiendo cosas me metió un celular luego me metió un cuchillo me metió una fosforera con eso incendié el centro ja ja ja malditos para que aprendan, también apuñale a un huevón entonces mi condena es de 8 malditos años de los cuales cada día hago que se arrepientan estos manes de tenerme aquí. Hace 7 meses me trasladaron para acá”. (Testimonio de adolescente de 17 años, procedente de Ibarra, motivo violación y asesinato).*

Es posible afirmar que las manifestaciones de violencia que presentan estos jóvenes son intensas, la agresión propinada a sus víctimas es de tal magnitud que llegan al asesinato,

sin embargo lo más resaltante es la actitud de disfrute de algunos de ellos, la total indiferencia en otros y la falta de arrepentimiento, es decir, no existe en ellos la apreciación por la vida del otro, se expresan con total insensibilidad, solo uno de los entrevistados alcanza a reconocer que la agresión y violencia son aspectos negativos y expresa palabras de arrepentimiento. Los informantes restantes no mencionaron durante el desarrollo de la entrevista, hechos de violencia de esta magnitud generados por sus acciones o asociados al uso de armas, al contrario, se referían únicamente a peleas o riñas callejeras.

4.4.6. “NO SÉ SI VUELVA A VIOLAR”

Abuso sexual

Generalmente, quienes cometen actos de abuso sexual pertenecen al género masculino, aunque también existe una proporción minoritaria de mujeres agresoras, que se diferencian de los varones por su falta de empleo de violencia física (Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), 2016). En este mismo informe se señala lo siguiente:

El abuso sexual ocurre cuando un niño es utilizado para la estimulación sexual de su agresor (un adulto conocido o desconocido, un pariente u otro) o la gratificación de un observador. Implica toda interacción sexual en la que el consentimiento no existe o no puede ser dado, independientemente de si el niño entiende la naturaleza sexual de la actividad e incluso cuando no muestre signos de rechazo. El contacto sexual entre un adolescente y un niño o una niña más pequeños también puede ser abusivo si hay una significativa disparidad en la edad, el desarrollo, el tamaño o si existe un aprovechamiento intencionado de esas diferencias (Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), 2016).



Figura 7. Abuso sexual cometido por los jóvenes recluidos en el Centro
 Elaborado: Word Salad
 Autor: Dra. Glenda Ponce

La figura 7 presenta la subcategoría analizada Abuso Sexual, en esta las palabras en el relato de los informantes son: hermana, violación, compañero, juego, golpes, puñete, calabozo, abusé, volé, homosexual. Detrás de cada una de esas palabras yace escondida la violencia estimulada en muchos casos por el consumo de drogas y la implicación de familiares cercanos.

Dentro del grupo de informantes cuatro de los jóvenes relatan experiencias en las cuales han sido victimarios participando en abuso sexual:

- ✓ *“En el centro estuve metido en peleas, problemas por no hacer caso, también estuve metido en un lío de violación, yo ayudé a que otros quieran abusar de un compañero que es homosexual, pero no pasó nada ya luego me arrepentí y lo solté al man para que se vaya”* (Testimonio de adolescente de 15 años, procedente de Bahía Caráquez, motivo droga).

- ✓ *“Solo he pasado en el calabozo 2 veces, una vez por una pelea y la otra por ayudar a unos chicos que le violen a un compañero yo le metí un patazo en el pecho, pero no le llegaron a violar”*. (Testimonio de adolescente de 15 años, procedente de San Lorenzo, Esmeraldas, motivo cómplice de violación).
- ✓ *“Estoy por violación, pero se lo juro que fue un juego yo nunca quise que nadie se entere, pero hasta en las noticias salió, era un día que yo en la tarde debía bajar al negocio de mi mami una olla, atrás del Panecillo, yo me encontré con un chico del barrio es menor a mi (no quiere decir la edad ni cuenta detalles; solo dice que la cámara del ecu 911 les cachó teniendo relaciones) estábamos jugando y yo le baje la ropa rapidito y se lo empecé a meter pero solo fue juego, el nunca lloro ni dijo nada yo pensé que él también quería, pero como nos enfoca la cámara del Ecu ahí rapidito vino la policía y me encontró sobre él, ahí si fue cuando el empezó a llorar y ya pues a mí me esposaron y de una me trajeron para acá”* . (Testimonio de adolescente de 14 años procedente de Quito, motivo violación).
- ✓ *“Un día yo andaba voladazo, cuando llego a la casa y me la encuentro a mi mamá con mi hermana Sofía discutiendo mi mama le dejo metiendo un puñete y se fue al trabajo, entonces yo pregunté que pasó y me dice mi mamá que le encontró tirando con el novio, utá ahí se me metió el diablo pero como todos somos rebeldes la man se puso pico a pico y nos caímos a golpes, pero yo no iba a dejar que ninguno nos vea la cara, y ya pues realmente yo me volé ese momento no pensé, mis hermanos como siempre que había pito se encerraban en el cuarto, yo me quede en la sala con mi hermana y de una la tumbe al piso ahí le saque la puta, para que aprenda y yo abusé de ella. No sé si vuelva a violar nuevamente porque a mí no me gusta que me desobedezcan”*. (Testimonio de adolescente de 17 años, procedente de Quito, motivo violación).
- ✓ *“Esa es una historia de amor más no un crimen como quieren verlo, yo estoy aquí porque mi mamá me denunció al verme tener relaciones sexuales con mi hermana; mi vida con mi hermana Kerly es diferente, con ella nos queremos se puede decir*

que nos amamos, si me entiende; con ella nunca me he peleado siempre hemos estado juntos en cualquier momento con ella es la única persona que yo encuentro paz, un día cuando yo tenía unos 14 años estábamos jugando haciéndonos cosquillas cuando sin querer nos acercamos y fue la carne lo que nos unió y nos dimos el primer beso desde ese momento nunca pudimos dejar de hacerlo luego vinieron cosas más serias hasta tener relaciones ella se entregó a mí por amor yo lo sé; yo por ella daría la vida y ella por mí” (Testimonio de adolescente de 17 años, procedente de Ibarra, motivo violación y asesinato).

Durante la entrevista se logra entender que los actos de abuso sexual realizados por los informantes parecen formar parte de su vida cotidiana, son indiferentes al dolor de sus víctimas y ejecutan actos de esta naturaleza para sentir poder sobre el otro, una especie de juego morboso o simplemente complicidad de otros, no manifiestan consideración ni respeto por el otro, violar para ellos no parece ser considerado como un delito, es una demostración de señorío y poder ejercido sobre sus víctimas para exigir respeto, o a su vez lo ven como un juego. El resto de los informantes no presentan en sus historias de vida hechos asociados con abuso sexual.

4.4.7. “VOLVÍA NUEVAMENTE A SER FELIZ; ESO ME MANTENÍA BIEN”

Consumo de droga/tráfico

Mediante diferentes estudios de tipo epidemiológicos, se ha demostrado que los jóvenes se vuelven dependientes al iniciar en el consumo de alcohol y marihuana, factores adictivos de mayor popularidad entre estos (Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC) , 2013).

- ✓ *“Bueno poco a poco yo ya me fugaba del colegio, ya seguía tomando y como todos mis compañeros se drogaban yo también quería hacer lo mismo para que no me digan que soy marica y me acepten como su amigo, primero me metí cripy, luego empecé a salir con los de los cursos más grandes entonces los manes eran ya cosa seria se metían polvo y yo también probé pero esa nota si me daba miedo así que de vez en cuando nomas fumaba eso, cripy si unas dos veces por semana.”.* (Testimonio de adolescente de 14 años, procedente de Quito, motivo cómplice de asesinato).
- ✓ *“En el colegio conocí a un pana que me enseñó a fumar grifa y cripy. yo como borreguito para que no me digan marica hacia lo mismo que ellos al inicio fumaba poco pero después si ya me pegaba mis tacos 4 veces al día por lo menos, pero eso si nunca tomé trago.”* (Testimonio de adolescente de 17 años, procedente de Quito, motivo robo).
- ✓ *“Mis propios tíos fueron los que me dieron a probar por primera vez cripy y marihuana, así estuve como unos meses nomas ya de ahí esas mierdas no me hacían nada entonces decidí meterme éxtasis. Ya cuando tenía 15 años, esa pendejada de cripy o éxtasis ya no me calmaba cada vez quería más y más y fue cuando me ofrecieron unos panas clorhidrato + base de cocaína me sabía meter con alcohol para que me dope, ahí volvía nuevamente a ser feliz eso me mantenía bien.* (Testimonio de adolescente de 17 años, procedente de Ibarra, motivo violación y asesinato).
- ✓ *“Conforme fui creciendo ya pues a uno en la calle lo enduran y me fui haciendo pana de los que la pasaban y la vendían y la consumía también. Para los 13 años yo empecé a probar pepas y me metía cocaína de vez en cuando eso fue lo primero que yo probé igual por estos panas, entonces ellos querían que yo compre, lo que a ellos les interesaba era que yo pruebe para luego todo lo que yo venda gustarlo. El que nace pobre se queda pobre. El que nace para robar, como es el caso mío,*

sigue robando. Yo no creo en los arrepentimientos”. (Testimonio de adolescente de 16 años, procedente de Quito, motivo robo).

Las primeras experiencias con las drogas fueron generalmente en el colegio, en algunos casos por curiosidad, en otros por incitación de compañeros y en la mayoría para buscar aceptación entre sus pares. La iniciación en el consumo de droga puede ser a través de algún familiar cercano donde era rutinario para estos jóvenes presenciar escenas de adultos drogados en situación de violencia asociada. Otro aspecto a resaltar es la resistencia que se presenta entre las llamadas drogas suaves, lo que conlleva a probar dosis más fuertes o cambiar a sustancias que les permitan obtener mayor satisfacción. Se relaciona el consumo de drogas con el robo, así como el daño propiciado por bandas de traficantes que capturan y envuelven a jóvenes de corta edad para iniciarlos en el consumo y manejarlos para que trafiquen igualmente.

Los informantes restantes presentan en sus historias de vida patrones similares, iniciación de consumo antes de los 12 años, incitación al consumo por parte de compañeros de la misma edad o de un familiar cercano, luego de iniciado el consumo persisten en esto y aumenta la intensidad del mismo o por el tipo de droga o por la frecuencia, adicionalmente en muchos de los casos el consumo de drogas se relacionó con el robo para poder adquirir la sustancia, es importante resaltar que en sus familias hay patrones de consumo que fueron ejemplo a seguir.

4.4.8. “YO EMPECÉ A ROBAR POR NECESIDAD, PORQUE NADIE TE REGALA UN PLATO DE COMIDA”

Robo

Se ha determinado que el robo en adolescente está relacionado con baja tolerancia al fracaso, que lo asume como injusto, también la omnipresencia puede estar presente al trasgredir las normas establecidas. En el robo existe la intención de apropiarse de algo

importante, el adolescente percibe que le ha sido negado el dinero que simboliza poder, producto de la mezquindad (Comité de Adolescencia de la Sociedad Uruguaya de Pediatría, 2016).

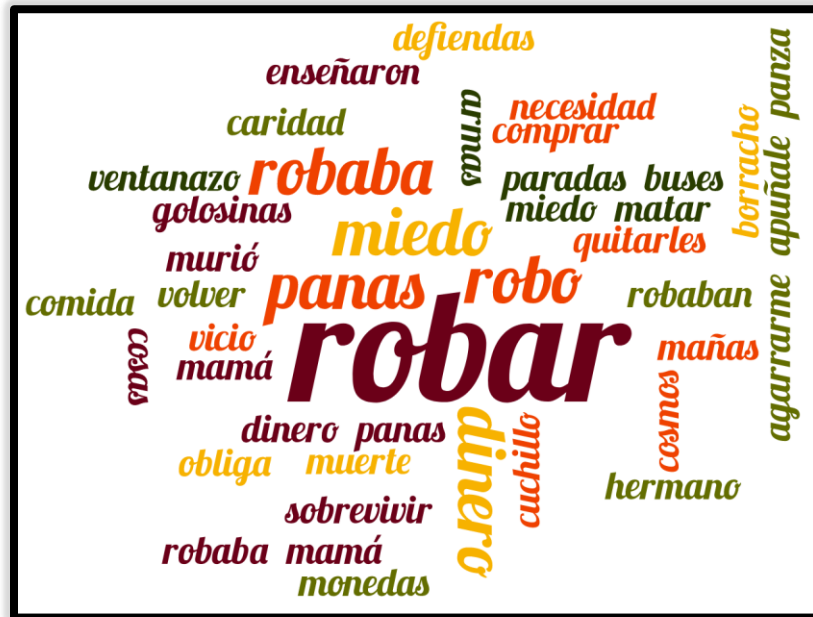


Figura 9. Participación de los jóvenes en Robos
 Elaborado: Word Salad
 Autor: Dra. Glenda Ponce

En la figura 9, se aprecia que las coincidencias en los discursos de los informantes en esta subcategoría hacen referencia a: robar, ventanazo, miedo, man, dinero, sobrevivir, abarcando sectores, panas, mamá, en estas los sujetos comparten estos códigos que son comunes en su discurso que proviene de su propia experiencia reflejada en cada uno de los siguientes relatos:

- ✓ “Sabía robar cualquier cosa para el vicio. Ahí aprendí todas las mañas, robaba, eso me gustaba porque tenía dinero. Hasta el momento no he usado armas, le tengo miedo a la muerte, tengo miedo a matar”. (Testimonio de adolescente de 15 años, procedente de Bahía Caráquez, motivo droga).

- ✓ *“Solo a veces le robaba a mi mamá monedas para ir a comprar golosinas, (Testimonio de adolescente de 15 años, procedente de San Lorenzo de Esmeraldas, motivo cómplice de violación).*
- ✓ *“Una vez mi hermano estaba borracho y me dijo que empiece a robar para tener dinero, empecé a quitarles cosas a mis compañeros, me gustaba llamar la atención siempre me gustó que me tengan miedo. Y también robaba, pero ya pues a uno le toca defenderse y tenía mi cuchillo, una vez fui a robar con mis panas en una panadería y un man por sapo quería agarrarme yo le apuñale la panza y no sé si murió, pero yo mejor prefiero no saber nada de él” (Testimonio de adolescente de 17 años, procedente de Quito, motivo robo).*
- ✓ *“Mis panas robaban para tener para los cosmos, como mi mamá no me daba dinero mis panas dijeron que empecemos a robar entonces ellos me enseñaron el ventanazo” (Testimonio de adolescente de 17 años, procedente de Quito, motivo robo).*
- ✓ *“Ahí si el robo era mayor porque hay más gente más despistados, más paradas de buses y nosotros hacíamos de las nuestras. Se va adquiriendo más experiencia en el robo y así fue mi vida cada vez íbamos abarcando más sectores ya llegué al Trébol, ya llegamos inclusive hasta los puentes de la Simón Bolívar, yo empecé a robar por necesidad porque nadie te regala un plato de comida, nadie te da alguna caridad cuando tú pides en la calle, entonces eso te obliga a que tú te defiendas como puedas y yo empecé a robar para poder sobrevivir y cuando yo salga de aquí si yo no tengo otro trabajo voy a volver a hacer lo mismo” (Testimonio de adolescente de 15 años, procedente de Bahía Caráquez, motivo drogas).*

Estos jóvenes inician su vida delictiva con robos menores en sus casas y con compañeros de escuela, algunos incitados por sus propios compañeros y familiares cercanos, inicialmente para tener dinero y poder comprar cosas como drogas y en pocos casos comida, por lo tanto, la pobreza y el consumo de drogas vienen a ser los dos grandes

motivadores para robar. Una vez vencido el miedo y al probar que puede ser fácil y rentable robar a sus conocidos, van más allá y sus robos comienzan a ser en mayor escala, salen a robar en negocios y en la vía pública sin presentar al parecer, algún tipo de miedo al castigo. Adicionalmente, el robo se relaciona con el consumo de drogas, uso de armas y agresión a sus víctimas.

En las historias de los otros informantes se aprecia la presencia del robo con menor intensidad que los señalados en los relatos anteriores, en algunos casos la motivación principal es la pobreza, carencias materiales y necesidades básicas no cubiertas que los impulsan a conseguir dinero de esta forma, igualmente se mantiene la relación en una especie de triada entre robo, consumo de drogas y agresión.

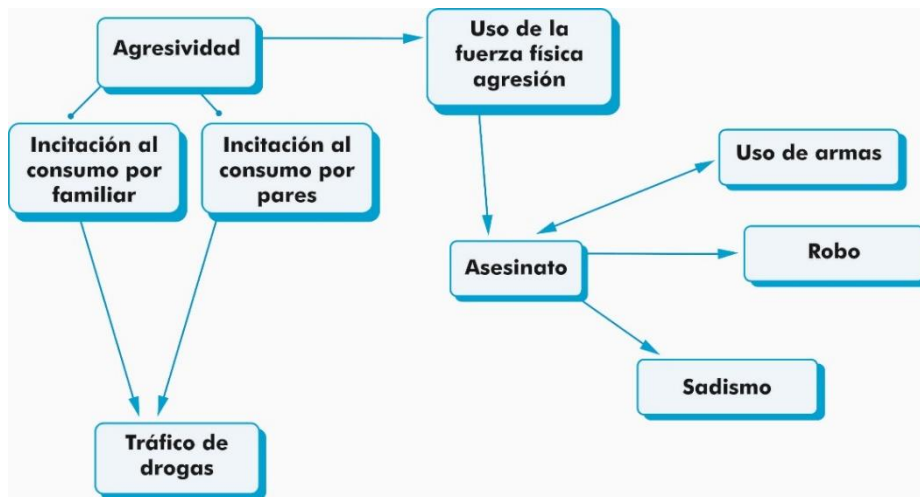


Figura 10. Conducta desviada: relaciones entre iniciación al consumo de droga y generación de violencia y acciones ilícitas

Elaborado: Atlas Ti

Autor: Dra. Glenda Ponce

En la figura anterior se observa la relación encontrada entre la agresividad generada por el consumo de droga, en general los informantes han sido incitados o bien sea por un familiar o por los propios pares, al hacerse dependientes, el siguiente paso es el tráfico de droga y la venta como medio para acceder a bienes materiales a los cuales no tuvieron acceso dada las circunstancias familiares en este caso en particular. Ambos factores el consumo y tráfico puede originar desenlaces fatales tal y como se aprecia en el diagrama.

- ✓ *“Me enoja mucho que mi mamá no venga a visitarme; ahí me quiero desquitar con otras personas”*. (Testimonio de adolescente de 15 años, procedente de Bahía Caráquez, motivo droga).

- ✓ *“Lo que más odio es que me griten porque soy fosforito, no sé qué pase afuera en la calle ya cuando salga, esa parte tengo miedo si alguien me grita capaz y termino peleándome”*. (Testimonio de adolescente de 17 años, procedente de Quito, motivo asesinato).

- ✓ *“Yo aquí adentro me volví más rebelde, más respondón, no me gustan las órdenes, porque siento que uno necesita estar alerta y pilas para que nadie le joda”*. (Testimonio de adolescente de 17 años, procedente de Quito, motivo robo).

Las palabras expresas describen acciones y conductas de rebeldía, con intensa dificultad de acatar órdenes o de reconocer la autoridad, no logran aceptar el fracaso y requieren ser el centro de atención de los otros, parecen necesitar constantemente ser el líder y demostrar que no se les puede causar algún daño sin tener consecuencia, demuestran una falta total de tolerancia hacia el otro y se convierte este factor en una gran amenaza para los que se encuentren en su entorno. La irritabilidad se relacionó con agresión y conductas delictivas.

En otros participantes igualmente fue posible evidenciar conductas con rasgos de irritabilidad, poca tolerancia al fracaso y la agresión como forma de manifestar su molestia o descontento, sin embargo, otras historias señalan a individuos que por el contrario fueron víctimas de sus agresores y no manifestaron conductas con rasgos de irritabilidad.

4.4.10. “A MÍ NO ME GUSTA OBEDECER, NO ME GUSTA QUE ME MANDEN”

Conductas Negativas y Reto a la Autoridad

Uno de los aspectos que caracteriza el Trastorno Oposicionista Desafiante tiene que ver con la resistencia que expresa el individuo a la autoridad por lo que es capaz de enfrentarlo negativamente, ya que no tolera pautas y lineamientos a seguir.



Figura 12. Conducta Oposicionista: conducta negativa y reto a la autoridad
Elaborado: Word Salad
Autor: Dra. Glenda Ponce

En la figura 12 existen signos de reto a la autoridad a través de palabras coincidentes entre los jóvenes, tales como: rebelde, hacer caso, golpes, pelearme, amotinamiento, palabras que demuestran la relación que tienen estos individuos y la presencia de signos de conductas negativas. Expresada además en el relato de los jóvenes como se presenta:

- ✓ *“Con él no me llevo bien porque me sabía pegar por no hacer caso, yo nunca le obedecía cuando me decía que estudie, yo sabía ser rebelde”* (Testimonio de

adolescente de 15 años, procedente de San Lorenzo, Esmeraldas, motivo cómplice de violación).

- ✓ *“Yo era un niño rebelde me acuerdo, no me gustaba hacer caso me sabía fugar de la escuela, nunca le hice caso a mi mamá hasta que terminé yéndome de la casa”* (Testimonio de adolescente de 17 años, procedente de Quito, motivo asesinato).
- ✓ *“Yo siempre fui rebelde no me gustaba que me mande, no le hacía caso, conforme fui creciendo le sabía contestar más y ahí fue cuando me metía mis palizas que me dejaba sin poder caminar, pero sabe que esa sensación de los golpes era rica nunca me dolía, una vez hasta quebró un palo en mi espalda pero no me importó, al inicio aquí en el centro era relajoso, no me gustaba hacer caso hasta formé parte de un amotinamiento, estuve en la quema de colchones del centro y en la fuga de unos manes”* (Testimonio de adolescente de 17 años, procedente de Quito, motivo robo).
- ✓ *“No me llevaba tan bien con ella ya que ella siempre me corregía porque me portaba mal, entonces yo le sabía tener rabia, me molestaba que me joda yo era necio, siempre quise experimentar cosas nuevas mi mamá me empezó a joder que estudie que no salga de la casa, hasta que una vez decidí irme de la casa luego de pelearme con mi mamá por rebelde, a mí no me gusta obedecer no me gusta que me manden”* (Testimonio de adolescente de 15 años, procedente de Bahía Caráquez, motivo droga).

Como parte de su conducta oposicionista, demuestran a través de sus palabras la gran dificultad para reconocer la autoridad, las manifestaciones de rebeldía y las acciones cargadas con sentimientos de rabia y descontento con la humanidad son comunes en estos relatos, algunas de sus madres intentaron colocar normas y límites a sus acciones, sin embargo, según comentan los informantes, la agresividad marcó la relación principal entre los miembros de sus familias, sembrando en ellos sentimientos de rechazo y odio hacia quien intentara imponer normas o condiciones, esta conducta negativa sumada al rechazo

a la autoridad, fue el motor que en muchos casos propició la huida del hogar y con esto el inicio de la vida en la calle con las consecuencias que trajo esta condición posteriormente.

En las historias restantes es posible apreciar de igual manera rechazo a la autoridad y conductas negativas con menor intensidad que las anteriormente seleccionadas, incluso aún en el centro donde se encuentran reclusos persisten este tipo de conductas.

Eventos traumáticos

Está asociado con cambios importantes en la vida del niño, muerte de seres queridos muy cercanos, separaciones y periodos de hospitalización prolongados, se incluye además eventos de maltrato y violencia infantil, y la pobreza extrema.

4.4.11. “CUANDO YO ME SALÍ DE LA CASA FUE PORQUE ME SENTÍA UNA CARGA PARA MI MAMÁ”

Separación familiar

Se relaciona con la ausencia de padre o madre en el núcleo familiar, bien sea por ausencia, o abandono. También se relaciona con la separación del joven de su núcleo familiar porque se aleja por no acatar órdenes, por pobreza, por agresión etc. Llegando incluso a sustituir a los progenitores con otros pares o adultos. La separación es acompañada por eventos violentos que genera traumas en el individuo.



Figura 13. Evento traumático: Separación familiar

Elaborado: Word Salad

Autor: Dra. Glenda Ponce

La figura 13 presenta palabras que están asociadas a procesos de separación experimentados por los adolescentes desde sus primeros años de vida, recae en las figuras paternas y maternas, hogares, miedo, hambre, carga, palizas, son las palabras a las que hacen referencia los jóvenes en sus relatos de vida. En cada uno de los fragmentos de la entrevista que a continuación se reseña, se muestra una aproximación a los que esos jóvenes han vivido y lo que han tendido que asumir desde que eran niños.

- ✓ *“Cuando tenía 10 años mi mamá se separó de mi papá porque él le pegaba y tenía otra mujer, mi papá era bien violento, aún recuerdo que a mi mamá le metía unas palizas, era bien agresivo yo no le podía decir nada porque si no me pegaba. Mi papá tenía sexo con la hijastra y la mamá no decía nada, ella tenía miedo que mi papá le dejé por eso nunca le reclamaba que estaba con la hija, yo veía como tenían relaciones, pero como me daba miedo ya no dije nada. La mujer de mi papá se puso a tomar con mi papá y esa vez se drogaron estaban voladotes y mi papá tenía relaciones con Clara hasta que la mamá empezó a pegarse con mi papá y ella sacó un cuchillo y le apuñaló por la espalda a mi papi le llevé al Hospital de Yaruquí”* (Testimonio de adolescente de 15 años, procedente de Bahía Caráquez, motivo droga).

- ✓ *“El man se fue con otra cuando yo tenía unos 6 años, no sé nada de él, era malo con nosotros, no nos compraba nada, nos veía pasar hambre y no le importaba, pero a sus otros hijos, a ellos si les daba todo les compraba ropa de marca”* (Testimonio de adolescente de 17 años, procedente de Quito, motivo droga y asesinato).
- ✓ *“Quien se salió primero de la casa fue mi hermano cuando tenía 11 años porque como se fue mi papá de la casa y mi mamá no tenía para darnos de comer, él se sentía una carga para ella y decidió irse. Cuando yo me salí de la casa fue porque me sentía una carga para mi mamá y como vi que mi hermano estaba a lo bien, yo también quería comer bien, vestirme con ropa de marca”.* (Testimonio de adolescente de 17 años, procedente de Quito, motivo droga y asesinato).
- ✓ *“Mi papi él no vivió con nosotros, de vez en cuando iba a visitarnos, hace 5 años él se fue de la casa, porque él desde que yo me acuerdo tenía dos hogares uno con mi mami y otro con otra señora donde tenía 3 hermanos”* (Testimonio de adolescente de 17 años, procedente de Quito, motivo robo).
- ✓ *“De mi papá no tengo ni idea como podrá ver mi mamá trabajaba en chongos y yo solo soy medio hermano con mis hermanos menores, cada uno tiene su padre diferente, yo no sé quién también será mi papá; mi mamá dice que ni ella sabe”.* (Testimonio de adolescente de 17 años, procedente de Quito, motivo violación).

En todos los relatos anteriores se evidencia la ausencia de la figura paterna, el abandono y la desconfiguración del núcleo familiar, siendo el padre de familia quien por lo general es el que aporta ingresos a la casa, su salida implica mayor pobreza y la intensificación de las carencias básicas, la madre debe salir a buscar el sustento y los hijos permanecen mucho tiempo sin supervisión de una autoridad, en otras ocasiones los padres de estos jóvenes, en el caso de llegar a conocerlos, demuestra carencia de valores, agresividad y conductas sexuales inapropiadas presenciadas por estos. Es posible percibir la carencia de afectos hacia la figura paterna, hacia la madre o ambos.

Esta subcategoría Maltrato Infantil ha sido una de las que han tenido que afrontar estos jóvenes desde la infancia, padres o tíos abusivos, golpes y atropello es un flagelo con el que les ha tocado vivir y que a través de su relato se evidencia el nivel de sufrimiento y trauma que persiste en sus mundos.

- ✓ *“Mi niñez era jugar con mi hermana, ver como mi papá le pegaba a mi mami”*. (Testimonio de adolescente de 17 años, procedente de Quito, motivo robo).
- ✓ *“Es que yo recuerdo cuando era niño mi papá llegaba borracho y yo sabía estar dormido el me acariciaba varias veces, y si me metía su....., por eso una vez de niño me dio hasta infección y me fui al hospital, mi mami nunca dijo nada (hay mucho llanto), ella decía que hay que obedecer porque él nos da de comer, yo por eso no le quiero a mi papá, él era malo, me hacía llorar”*. (Testimonio de adolescente de 14 años, procedente de Quito, motivo cómplice de violación).
- ✓ *“Yo me crie sólo prácticamente ya que mi mamá trabajaba, algunas veces me acuerdo que mi mama nos dejaba amarrados para ella irse a trabajar. Yo a mi cucha le he visto hacer de todo, a la man le importa un culo que le vean tirar sus hijos por eso es que a veces me entra un odio hacia ella”*. (Testimonio de adolescente de 17 años, procedente de Quito, motivo violación).
- ✓ *“Algo que recuerdo de mi infancia (hay llanto excesivo) es que cuando yo dormía unos tíos míos me violaron (no dice cuántos fueron ni quienes) pero por miedo nunca dije nada, ellos estaban borrachos, me lastimaron mucho pero ya no quiero hablar de ese tema”*. (Testimonio de adolescente de 15 años, procedente de San Lorenzo, Esmeraldas, motivo cómplice de violación).
- ✓ *“Mi papá es plomero, la relación con él es más o menos, desde que yo me acuerdo él siempre me pegaba con lo que encuentre con palos, cables con puñetes porque yo era rebelde. Él toma trago todas las semanas y cuando llegaba borracho ahí sí era la cosa seria uno a uno nos caía a golpes, primero a mi mami y luego a mí porque yo intentaba defenderla. Conforme fui creciendo le sabía contestar más y*

más no le hacía caso y ahí fue cuando me metía mis palizas que me dejaba sin poder caminar, pero sabe que esa sensación de los golpes era rica nunca me dolían los golpes, una vez hasta quebró un palo en mi espalda, pero no me importó”.
(Testimonio de adolescente de 17 años, procedente de Quito, motivo robo).

Los relatos antes señalados están marcados con mucha agresividad, violencia verbal y física, principalmente por parte de los padres, la agresión física llegó a extremos en ocasiones y en algunos casos se hace mención al abuso sexual por parte del padre o familiares cercanos, los informantes suelen describir sentimientos de rechazo y odio hacia el progenitor agresor. El alcoholismo es frecuente en el padre, esto genera muchas veces el maltrato hacia los hijos tanto físico como emocional, incluso el abandono es catalogado como otra forma de maltrato.

La mayoría de los jóvenes participantes fueron de alguna manera víctimas de maltrato infantil, sea por uno o ambos padres, familiares cercanos, compañeros de la escuela o las personas que se encargaron de adentrarlos en el mundo de la delincuencia y las drogas, la agresión y maltrato infantil en cualesquiera de sus formas está presente en casi todas las historias, desde el abandono y la indiferencia hasta el maltrato físico intenso, abuso sexual y la incitación a la delincuencia.

4.4.13. “LO MÁXIMO QUE LLEGÁBAMOS A COMER ERA 2 VECES AL DÍA”

Pobreza extrema

La carencia de bienes materiales unido a los procesos de violencia crea las condiciones para que los jóvenes deban abandonar sus hogares, el hambre, la falta de oportunidades; es otro factor de riesgo que predispone a los jóvenes al consumo y tráfico de droga.



Figura 15. *Eventos traumáticos: pobreza extrema*
 Elaborado: Word Salad
 Autor: Dra. Glenda Ponce

En esta imagen se aprecia que la dificultad económica, pobreza, falta de comida, limita el desarrollo de los individuos y crea la labilidad para que los jóvenes sean presa fácil de mafias y traficantes. Se aprecia esta situación en cada uno de los textos resultantes de las entrevistas que fueron realizadas a este grupo de jóvenes.

- ✓ *“Antes que yo empiece a trabajar no teníamos para comer, nos querían botar de la casa donde arrendábamos porque no teníamos para pagar, sí que pasábamos tristezas y hambre”.* (Testimonio de adolescente de 16 años, procedente de Quito, motivo droga).
- ✓ *“Sí jugábamos un poco pero cómo éramos tan pobres que no teníamos ni con que jugar, nunca tuvimos ni una sola pelota, nada para jugar”.* (Testimonio de adolescente de 15 años, procedente de Quito, motivo robo).
- ✓ *“Cualquier cosa me ponía a vender, entonces con eso yo le ayudaba para que ella pueda pagar el arriendo y tengamos algo que comer; nosotros éramos bien pobres a veces comíamos una vez al día otras veces lo máximo que llegábamos a comer*

era 2 veces al día”. (Testimonio de adolescente de 16 años, procedente de Quito, motivo robo).

Las palabras expresadas demuestran la pobreza extrema que vivieron desde su infancia, sin lograr cubrir las necesidades básicas de todo ser humano, la comida y el alquiler son los aspectos más nombrados, conllevando a la necesidad de que el joven informante tenga que salir a trabajar a su corta edad para poder colaborar con los gastos de la casa. Señalan una estrecha relación entre estas carencias económicas y la tristeza con que vivían.

Todas las historias revisadas pertenecen a hogares de muy escasos recursos, unos con más carencias respecto a otros, los bajos ingresos y el abandono del padre marcan la mayoría de las historias, las necesidades básicas no cubiertas o poco satisfechas fue la pauta en casi todos los casos, lo que propicio la salida a la calle, el consumo de drogas, robo y otras conductas negativas.

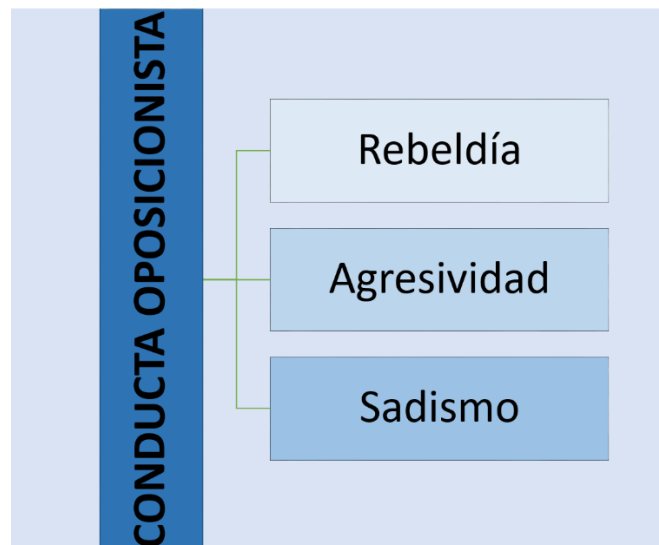


Figura 16. Conducta oposicionista

Elaborado: Atlas Ti

Autor: Dra. Glenda Ponce

Finalmente se encontró en el análisis que en el caso de estos jóvenes hay una clara tendencia entre la presencia de la Conducta Oposicionista acompañada por la agresividad, rebeldía y una especie de sadismo asociado a lo que manifiestan como un placer algunos de los informantes representado en la figura 16.

4.5. Limitantes de la Investigación

- ✓ La realización de una investigación desde un enfoque cualitativo genera un cierto grado de preocupación en el investigador médico ya que no está familiarizado con esta metodología tan particular para profundizar en estos temas.
- ✓ En el centro de rehabilitación no obtuve la colaboración necesaria por parte del servicio de psicología, puesto que no se me permitió revisar las historias clínicas, igualmente no me dieron información de los jóvenes, tipos de terapias o programas que estén realizando para su rehabilitación.
- ✓ Los jóvenes que se encuentran en este centro tienen antecedentes de violencia, crímenes y consumo de drogas, las veces que acudí al centro estuve sola con ellos, sin resguardo y me sentí amenaza, intimidada e incluso con temor a ser agredida, solo después que percibí que podían agredirme, contacté con la enfermera y muy amablemente me permitió los espacios del consultorio para entrevistarlos, pero de igual manera no contaba con el resguardo de un guía ni un educador.
- ✓ Este tipo de situaciones, donde mi vida pudo haber estado en riesgo son limitantes para acudir a estos sitios, principalmente cuando no cuentas con la ayuda ni el interés por parte de sus autoridades sobre cómo abordar a estos jóvenes.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

- ✓ Partiendo del hecho de que la investigación realizada tuvo un enfoque predominantemente cualitativo el trabajo de campo, permitió que la investigadora pudiera adentrarse en un espacio en el que son reclusos jóvenes que han cometido delitos percibiendo una realidad que es ajena a gran parte de la sociedad ecuatoriana, y que tiene que ver con los factores psicosociales desfavorables como lo son la pobreza, el hambre, las conductas disociadas de sus propios familiares en los cuales estos jóvenes crecieron, amoldándose a esta realidad y generando sus propios mecanismos para su sobrevivencia, implicados en la violencia y la agresión que sufrieron y que ellos también replican.

- ✓ Los jóvenes que son considerados en el estudio como informantes, son una fracción de una parte de la población que se encuentran en una situación social y económica desfavorable que ante carencias materiales y emocionales afrontan situaciones de violencia que los agrede y los convierte en adultos antes de tiempo. Dentro de este grupo de jóvenes algunos han cruzado la brecha del asesinato y el incumplimiento de las normas, sin embargo, también existen aquellos que pueden ser recuperados a través de la atención oportuna y el reconocimiento que se merecen como parte de la sociedad. Los Centros de adolescentes infractores (CAI) ubicados en varias provincias del país como Loja, El Oro, Azuay, Chimborazo, Tungurahua, Imbabura, Esmeraldas, Guayaquil y Quito (CAI de Conocoto de mujeres y Virgilio Guerrero de varones) deberían contar con programas de atención necesarios para una reinserción social adecuada, es lamentable que los adolescentes que se encuentran reclusos en el centro no tengan un programa adecuado ni la vigilancia necesaria para que se pueda llevar a cabo la reinserción y sobre todo el manejo de drogodependencia ya que todos los jóvenes parte de esta investigación han presentado síntomas de abstinencia y no han recibido tratamiento adecuado por lo

que prima en ellos el deseo de salir para poder seguir en el consumo de sustancias de manera libre.

- ✓ El ser humano es transformado en el proceso de socialización a lo largo de su desarrollo, y es el medio social y los referentes que tiene lo que lo construye, los niños y las niñas merecen tener oportunidades, mejores entornos familiares y sociales, así como recibir la protección que requieren; es la sociedad a través del Estado quien debe ser garante de la construcción de esta realidad, garantizando el cumplimiento de los derechos que todo niño y adolescente posee.
- ✓ Específicamente en la investigación se determinaron características de vida de los adolescentes que presentan Trastorno Oposicionista Desafiante, estableciendo como categorías principales las condiciones sociodemográficas, la vida de relación, la conducta desviada, la conducta oposicionista desafiante y eventos traumáticos.
- ✓ El 66.7% de los adolescentes del Centro de rehabilitación Virgilio Guerrero presentó Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD), y de éstos el 59.1% obtuvieron puntajes entre 12 y 30 puntos en el test de Síntomas Pediátricos; de este grupo de población se seleccionaron los informantes claves y se colectaron sus historias de vida. Este subgrupo de participantes procede de zonas urbanas y rurales, son de muy bajos recursos económicos, abandonaron los estudios en etapas tempranas, siendo la escuela un espacio que no logró proporcionar una experiencia significativa en el sentido positivo. Algunas madres trabajan bajo relación de dependencia o en la economía informal y sus actividades generan recursos insuficientes, el nivel educativo de sus padres es bajo con analfabetismo en muchos casos y abandono del hogar por parte del padre.
- ✓ En cuanto a sus relaciones sociales, inicia desde su hogar con malas relaciones con la madre, en ocasiones esta es prostituta o se encuentra fuera de casa para lograr el sustento, el padre abandona el hogar o es extremadamente agresivo y maltratador.

En ocasiones fueron abusados sexualmente por familiares cercanos, o ellos a su vez abusaron sexualmente a alguien. Se expresa la conducta opositora con rebeldía y desafío a la autoridad fugándose del hogar para iniciar una vida en la calle, relacionándose con personas que los incitan al robo y consumo de drogas.

- ✓ La conducta antisocial prevalente es el robo, la agresión, el abuso sexual, asesinato o intento del mismo, desafío a la autoridad y tráfico de drogas, comportamiento rebelde en el centro donde se encuentran, participan en actos de violencia y continúan traficando y consumiendo drogas aun estando reclusos, incluso abusando sexualmente de sus compañeros.
- ✓ Las personas con Trastorno Opositor Desafiante (TOD) han sido maltratados desde edades muy tempranas, violentados sexualmente por familiares cercanos, viven con grandes carencias materiales y afectivas por la extrema pobreza, disfunción familiar severa, aislamiento social y adhesión a grupos de personas que inducen a comportamiento negativo, incluyendo robo, agresión, consumo y tráfico de drogas, con el agravante de la insensibilidad que manifiestan hacia el daño y dolor al otro, el deseo de venganza hacia una sociedad que los excluyó y no les proporcionó la oportunidad de rehabilitarse, hace que reine en ellos la necesidad de seguir con esta conducta, continuar haciendo lo único que han aprendido, robar y traficar, agredir a quien los agrede, desafiando todo aquello que represente autoridad e intente inculcar normas y límites, fomentando un CIRCULO VICIOSO QUE NO FAVORECE NI SU SALUD NI SU INSERCIÓN SOCIAL.
- ✓ Los profesionales en educación, psicólogos y médicos deben conocer el Trastorno Opositor Desafiante y los factores de riesgo, a lo largo de la presente investigación se evidenció que en estos casos las escuelas fueron los lugares donde los niños y niñas fueron incitados por sus pares al consumo de alcohol y drogas inicialmente en la búsqueda de ser aceptados por el grupo, al no haber sido atendidos por su grupo familiar ni por especialistas orientadores la dependencia en

el consumo siguió su curso hasta llegar a niveles de desacato a la autoridad y a las normas de convivencia sociales.

- ✓ En lo que concierne a salud, estos jóvenes no cuentan con una valoración pediátrica adecuada, ya que los médicos familiares que acuden al Centro Virgilio Guerrero constantemente están rotando lo que impide que se haga un seguimiento adecuado de los adolescentes, lo ideal sería que se cuente con un pediatra de planta en cada centro para que fomente normas de higiene, hábitos alimentarios adecuados, incentive a realizar actividad física regularmente, brindar charlas acerca de los efectos negativos del alcohol, tabaco y otras drogas, asesoría sobre conducta sexual protegida, estos son unos de los temas de los cuales los jóvenes que se encuentran recluidos desconocen, no se debe dejar de lado también el manejo psiquiátrico para los jóvenes que necesiten, ya que como hemos visto muchos de ellos tiene problemas de drogodependencia, intento autolítico, trastornos del comportamiento.
- ✓ Cuando a los niños y adolescentes con Trastorno Opositor Desafiante no se les proporciona la oportunidad de obtener el tratamiento adecuado y el apoyo que necesitan, experimentan una serie de efectos negativos en sus vidas tales como aislamiento social, fracaso escolar, incapacidad para desenvolverse en el campo laboral, trastornos de conducta, pensamiento y comportamiento suicidas, etc.; es por ello que este trastorno se convierte en una patología de ámbito social no solo por los efectos a largo plazo sino también por la etiología por lo que no puede estar desapercibida.
- ✓ En nuestro país es la primera investigación que se hace en este grupo social, se estudió de manera exclusiva las características de vida de los jóvenes que tienen Trastorno Opositor Desafiante por lo que aún nos quedan grandes incógnitas por resolver tales como: ¿Qué pasa con estos adolescentes cuando salen de los centros de rehabilitación?, ¿Alguna institución les hace seguimiento?, ¿El Estado garantiza el derecho a la salud física y emocional de estos jóvenes?, ¿Cómo es su reinserción social? Por lo que estamos seguros que muchos investigadores se personalizarán con esta gran realidad que vive nuestra sociedad.

RECOMENDACIONES

- ✓ Cada individuo con manifestaciones tempranas de Trastorno Oposicionista Desafiante debe ser evaluado por un equipo interdisciplinario para su tratamiento temprano, principalmente aquellos provenientes de hogares disfuncionales y de escasos recursos.
- ✓ La familia como ente principal en la formación del ciudadano debe recibir apoyo integral por parte del Estado, la sociedad y las instituciones pertinentes, dado que cada individuo con Trastorno Oposicionista Desafiante y conducta antisocial representa un grave peligro para sí mismo y la comunidad; por lo que se recomienda establecer programas de prevención en la familia a cargo de los Centros de Adolescentes Infractores (CAI), ya que el núcleo familiar está inmiscuido en la problemática actual de los jóvenes, generar espacios de reflexión y aprendizaje de grupos de familias, establecer herramientas de apoyo para padres, madres y apoderados que estén interesados en abordar el tema de las drogas con sus hijos y familiares, de tal manera potenciar su labor educativa hacia el desarrollo de habilidades personales y sociales que permitan evitar el consumo.
- ✓ El ámbito educativo debe ser privilegiado para evitar el consumo y tráfico de drogas ya que la educación es, en sí misma, preventiva: ella forma valores, actitudes, habilidades y conductas que permiten al niño, niña y adolescente desarrollarse en forma integral, anticiparse a la aparición de problemas y aprender a enfrentar los riesgos del medio social donde se desenvuelve; esto significa, entre otras cosas, que procure ambientes saludables, que los centros educativos sean lugares de acogida y refugio para personas en riesgo.
- ✓ Los centros de rehabilitación de jóvenes con problemas de conducta, Trastorno Oposicionista desafiante (TOD) y Conducta Antisocial (CA) deben cumplir el objetivo primordial por el cual fueron creados en lugar de ser simples reclusorios para alejar de la sociedad a los individuos perturbadores, perdiéndose así una

oportunidad de realizar una verdadera rehabilitación que garantice la reinserción a la sociedad de individuos restablecidos y aptos para la vida en comunidad.

- ✓ Los estudios cuantitativos permiten abarcar una población mayor extrapolando los resultados y encontrando tendencias, sin embargo, el estudio cualitativo como en el caso de las historias de vida permite conocer al ser humano en aquellas experiencias que determinaron sus actuaciones y decisiones, por lo que en el proceso investigativo de trastornos como el TOD se recomienda utilizar una investigación de tipo mixta.
- ✓ La atención en Centros de Reclusión no necesariamente es una medida efectiva para que los jóvenes puedan ser recuperados, todo lo contrario, pueden ser espacios para que sus conductas se agraven al no contar con el presupuesto y equipos especializado en la atención por lo que es evidente que los planes deben ser preventivos, el Estado debe generar los programas e invertir en la edad temprana y adolescencia, además deben ser atendidas las familias en mayor nivel de riesgo social económico.
- ✓ Se debe establecer un protocolo de manejo y guía por parte de las autoridades de los centros de rehabilitación para las personas que acudan con objetivos de estudio y trabajos de investigación en dichos centros ya que deben proporcionar la seguridad adecuada, debido a que la población en estudio es de riesgo.
- ✓ El pediatra juega un papel primordial en el tratamiento y rehabilitación por el uso de alcohol y drogas en niños, niñas y adolescentes, abarcando problemas de salud física de los mismos, tales como: reacciones a los productos químicos contenidos en las drogas, efectos tóxicos agudos, síntomas de abstinencia, infección por VIH u otras infecciones de transmisión sexual, intentos de suicidio, trastornos de salud mental, problemas y deficiencias nutricionales, trastornos alimentarios, necesidades derivadas de los cambios relativos al desarrollo, necesidades interpersonales importantes (relacionadas con la familia y el grupo) por lo que es

necesario que cada centro cuente con un Pediatra que garantice condiciones óptimas de salud en este grupo social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AAP. (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (5ta ed.). España: Editorial Médica Panamericana.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry's. (octubre de 2017). *Oppositional Defiant Disorder Resource Center*. Obtenido de https://www.aacap.org/aacap/Families_and_Youth/Resource_Centers/Oppositional_Defiant_Disorder_Resource_Center/Home.aspx

American Psychiatric Association. (septiembre de 2016). *Actualización del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Obtenido de https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf

Bataller, A. (2017). *El Trastorno Negativista Desafiante en el alumnado de Educación Secundaria: propuesta de intervención educativa*. Universidad Internacional de la Rioja. Recuperado el 5 de noviembre de 2018, de <https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/6166/ANAYA%20BATALLER%2C%20ROSA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Beiza, A. (julio de 2012). *Las relaciones interpersonales como herramienta esencial para optimizar el clima organizacional en la escuela básica nacional "Creacion Chauaramos II"*. Obtenido de <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/956/abeiza.pdf>

Boyano, J. (2013). Las imágenes de Juan. Análisis de un caso de negativismo desafiante. (U. d. Malaga, Ed.) *Revista Científica Complutenses*, 8, 71-82. doi:http://dx.doi.org/10.5209/rev_ARTE.2013.v8.44437

Carrillo, D. (julio-diciembre de 2017). Prevalencia del trastorno de la conducta, trastorno negativista desafiante y trastorno explosivo intermitente en adolescentes tempranos. *Rev. de Ciencias Académica de la Educación. Academicus*. Recuperado el 5 de noviembre de 2018, de http://www.ice.uabjo.mx/media/15/2018/05/Academicus_11_4.pdf

Comisión de Juventud del Gobierno de Virginia . (mayo de 2013). Obtenido de *Oppositional Defiant & Conduct Disorders* : http://vcoy.virginia.gov/pdf/OppositionalDefiant_ConductDisorders0513docx.pdf

- Comité de Adolescencia de la Sociedad Uruguaya de Pediatría, 2016. Robo en adolescentes
Obtenido de http://www.sup.org.uy/web2/wp-content/uploads/2016/07/Bolet%C3%ADn_1-2017.pdf
- Feixa, C., & Nofre, J. (2012). *Culturas Juveniles*. Arrangement of Sociopedia. ISA. Obtenido de <http://www.sagepub.net/isa/resources/pdf/Youth%20Cultures%20-%20Spanish.pdf>
- Fernández, A., & Zea, W. (2012). *Aplicacion del programa de entrenamiento a padres de niños desafiantes desarrollado por RusellBarkley a 15 niños de la escuela La Asunción de la ciudad de Cuenca*. Obtenido de <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/1789/1/09251.pdf>
- Ghosh, A., Ray, A., & Basu, A. (noviembre de 2017). Oppositional defiant disorder: current insight. (1. A. Abhishek Ghosh, Ed.) *Psychol Research and Behavior Management*. 2017; 10: 353–367, 353-367. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5716335/>
- Giddens, A. (2000). *Sociología* (4ta ed.). Madrid, España: Alianza. Obtenido de <https://es.slideshare.net/heae2002/anthony-giddens-sociologia-7364054>
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (1994). *Etnografía: métodos de investigación*. Barcelona, Iberica: Paidós. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/31647819_Etnografia_metodos_de_investigacion_M_Hammersley_Paul_Atkinson_tr_de_Mikel_Aramburu_Otazu
- Javaloyes, M., & Redondo, A. (2014). *Trastorno del comportamiento: trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y otros problemas de comportamiento*. Unidad de Salud Mental Infantil de Alicante. Recuperado el 14 de noviembre de 2018
- Jimenez, M. (2010). *Estilos Educativos Parentales y su implicación en diferentes trastornos*. Obtenido de <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/ishare-servlet/content/bfbb12cc-abc8-489e-8876-dd5de0551052>
- Josep & Canals, 2014 i Agresividad y violencia en el niño y en el adolescente. Obtenido de https://sepeap.org/wp-content/uploads/2014/02/Ps_inf_agresividad_violencia.pdf

- Miller, B. (2011). *Antropología Cultural*. Madrid, España: Pearson Educación SA. Obtenido de https://drive.google.com/file/d/1OeV9_zYgg93U5Upev8QY_SxvKCKhfrTa/view
- Moreno, M. (2015). *Estudio Transversal y Longitudinal del comportamiento en infancia temprana e interacción parental*. Obtenido de <https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/39847/TESIS%20DOCTORAL.%20MARIA%20DOLORES%20MORENO%20LOPEZ.pdf;sequence=1>
- Moreno, M. (2015). *Estudio Transversal y Longitudinal del Comportamiento en Infancia Temprana e Interacción Parental*. Universidad de Sevilla, Sevilla. Recuperado el 15 de noviembre de 2018
- Ogundele, M. (Febrero de 2018). Behavioural and emotional disorders in childhood: A brief overview for paediatricians. *World Journal of Clinical Pediatrics*, 7(1), 9-26. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5803568/#B13>
- Plaza, L. (2014). *Influencia de la familia en el Trastorno Negativista Desafiante en los niños entre 5 a 11 años que asisten a la consulta psicológica en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso (IESS) de la ciudad de Loja en el periodo mayo-noviembre 2013*. Obtenido de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/14207/1/TESIS.pdf>
- Quijije, D., & Flores, M. (Quijije Valencia Diana Vanessa Flores Escobar María Cristina de 2017). *Comorbilidad psiquiátrica en el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en pacientes pediátricos atendidos en la consulta externa del Hospital de Especialidades Baca Ortiz, en Quito, durante el año 2015*. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/10672/1/T-UCE-0006-003.pdf>
- Quy, K., & Stringaris, A. (2017). Trastorno Negativista Desafiante. En M. Irarrázabal, & A. Martín, *Manual de salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP* (pág. 16). Ginebra: Rey JM. Obtenido de <http://iacapap.org/wp-content/uploads/D.2-Oppositional-Defiant-Dis-Spanish-2017.pdf>
- Quy, K., & Stringaris, A. (2017). Trastorno Negativista Desafiante. En *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP* (págs. 1-16). Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines. Recuperado el 15 de noviembre de 2018, de <http://iacapap.org/wp-content/uploads/D.2-Oppositional-Defiant-Dis-Spanish-2017.pdf>

- Riley, M., Ahmed, S., & Locke, A. (Abril MARGARET RILEY, MD; SANA AHMED, MD; and AMY LOCKE de 2016). Common Questions About Oppositional Defiant Disorder. *American Family Physician*, 93(7), 586-591. Obtenido de <https://www.aafp.org/afp/2016/0401/p586.pdf>
- Riviére, J. (2013). *Interpretaciones del comportamiento desviado y control social*. Universidad Oberta de Cataluña. Recuperado el 13 de noviembre de 2018
- Rizo, A. (2014). Intervención cognitivo-conductual en un. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(1), 89-100. Obtenido de http://www.revistapcna.com/sites/default/files/14_10.pdf
- Rodríguez, F., & Paíno, S. (1994). Violencia y Desviación Social: bases y análisis para la intervención. *Psicothema*, 6(2), 229-244. Obtenido de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=919>
- Rodríguez, P. (2017). Trastornos del Comportamiento. *Pediatría Integral*, 21(2), 73-81. Obtenido de <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Trastornos%20del%20comportamiento.pdf>
- Rojas, G. (2012). *Cambios en las interacciones oposicionales y desafiantes entre padres militares y sus hijos adolescentes, a partir de un proceso psicoterapéutico de enfoque sistémico*. Obtenido de <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/3246>
- Rosario, U. d. (Ed.). (2017). *Revista Ciencia de la Salud*, 15(1). doi: 10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.5384
- Sandoval, C. (2002). *Programa de Especialización en Teorías, Métodos y Técnicas de Investigación Social. Investigación Cualitativa*. Bogotá, Colombia: Instituto Colombiano para el fomento de la educación superior (ICFES). Obtenido de <https://panel.inkuba.com/sites/2/archivos/manual%20colombia%20cualitativo.pdf>
- Santillan, E., & González, E. (2016). Nociones de juventud: aproximaciones teóricas desde las ciencias sociales. *Culturales*, 4(1), 113-136. Recuperado el 12 de noviembre de 2018, de <http://www.scielo.org.mx/pdf/cultural/v4n1/2448-539X-cultural-4-01-00113.pdf>
- Segovia, C. (2012). *La disfunción familiar y su incidencia en el Trastorno Negativista Desafiante en los niños comprendidos entre las edades de 4 a 8 años que asisten a la Fundación de Niños Especiales San Miguel de Salcedo en el periodo Enero a*

- Julio 2011. Obtenido de <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/3898/1/Segovia%20Sandoval%20Consuelo%20del%20Roci%C3%B3.pdf>
- Suárez, H., & Jama, V. (junio de 2015). Contexto sociofamiliar de adolescentes ecuatorianos perpetradores de actividades delictivas. *Medisan*, 19(6). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000600007
- Téllez, A. (2013). El Análisis de la Adolescencia desde la Antropología y la Perspectiva de Género. *INTERACCIONES*(25), 52-73. Recuperado el 13 de noviembre de 2018, de <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:GhNMeq-wK14J:https://revistas.rcaap.pt/interaccoes/article/view/2851/2356+&cd=1&hl=en&ct=clnk&gl=ec>
- Trujillo, J. (2013). *Menores en Riesgo: la violencia de los menores en diferentes contextos socioeducativos*. Universidad Pablo Dolavide, Sevilla. Recuperado el 16 de noviembre de 2018
- Tufiño, A. (2012). *Eficacia de la ludoterapia versus la aplicación de técnicas de modificación conductual en niños de 3 a 5 años diagnosticados con trastornos de conducta*. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/3696/1/T-UCE-0007-47.pdf>
- UNICEF, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia 2016, Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos. Obtenido de [https://www.unicef.org/ecuador/proteccion-AbusoSexual_contra_NNyA-2016_\(1\).pdf](https://www.unicef.org/ecuador/proteccion-AbusoSexual_contra_NNyA-2016_(1).pdf)
- UNODC 2013, Oficina de las Naciones unidas contra la droga y el delito; Informe Mundial sobre las Drogas. Obtenido de https://www.unodc.org/doc/wdr2013/World_Drug_Report_2013_Spanish.pdf
- Velásquez, A. (2014). *Trastornos conductuales y su incidencia en el rendimiento académico de los estudiantes de octavo, noveno y décimo de la Unidad Educativa San Juan de la Parroquia San Juan del cantón Pueblo Viejo*. Obtenido de <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/49000/1687/1/T-UTB-CEPOS-MDC-0000034.pdf>

ANEXOS

GLOSARIO

Términos usados por los informantes en las historias de vida.

CHATO: Tranquilo

CHONGO: Burdel

CRIPY: Marihuana alterada con mayor porcentaje de THC.

CACHAR: Entender

CUCHITA: Viejita

ESCAPERO: Persona que se dedica al robo de ropa en almacenes de marca

GARA: Término empleado para referirse a una cosa bonita.

GRIFA: Polvo elaborado con hojas de marihuana que se fuma mezclado con tabaco.

MAN: Hombre

MÁQUINA: Celular

MECO: Homosexual

NEGOCIO: Tráfico de drogas

PEPAS: Droga LSD (dietilamina de ácido lisérgico)

PITO: Pelea o riña

PLEITO: Problema o pelea

TRIQUIADO: Bajo efectos de alguna droga

VENTANAZO: Forma de robo, mediante la cual el ladrón adquiere pertenencias ajenas de los vehículos que mantienen las ventanas abiertas.

VOLADAZO: Bajo efectos de alguna droga



ASENTIMIENTO INFORMADO Y DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE

Este Formulario de Asentimiento Informado está dirigido a los adolescentes del centro de orientación juvenil “Virgilio Guerrero”

Investigadores:

Dra. Glenda Ponce Cabrera

Nombre de la Organización

Postgrado de Pediatría

Facultad de Medicina

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Nombre de la Propuesta:

CARACTERISTICAS DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES CON TRASTORNO OPOSICIONISTA DESAFIANTE DEL CENTRO DE ORIENTACIÓN JUVENIL “VIRGILIO GUERRERO” DE LA CIUDAD DE QUITO EN EL PERIODO DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2018

PARTE I: Información

Introducción

La investigadora es estudiante del Postgrado de Pediatría de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Se está investigando sobre las características del Trastorno Oposicionista Desafiante y los factores que se encuentren asociados. Se le proporcionará información y lo invitamos a participar en este estudio. No tiene que decidir inmediatamente si quiere participar. Antes de decidirse, puede hablar con alguien con quien se sienta cómodo sobre la investigación. Por favor, deténgame según le informo para darme tiempo para explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntar cuando crea más conveniente.

Propósitos

El propósito de este estudio es determinar la presencia de trastorno oposicionista desafiante que pueda estar presente en los jóvenes del centro de orientación Virgilio Guerrero

Tipo de Intervención de Investigación

Esta investigación se realizará a través de una entrevista directa a los jóvenes que se encuentran en las instalaciones del Centro de Orientación Juvenil “Virgilio Guerrero”.

Selección de participantes

Están invitados a participar los adolescentes del Centro de Orientación Juvenil “Virgilio Guerrero”. De esta forma recopilaremos la información sobre la presencia del Trastorno Opositor Desafiante y sus factores asociados.

Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en esta institución y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Procedimientos

Si desean participar en este estudio deben contestar todas las preguntas que están en la encuesta sobre: sobre edad, sexo, edad, aspectos socios familiares y demográficos, así como lo concerniente a los cuestionarios de temas específicos sobre Trastorno Opositor Desafiante. Las respuestas serán ingresadas en una base de datos, la cual será analizada por los autores y posteriormente escribirán un informe final exponiendo los resultados del trabajo.

Duración

Estas preguntas tomarán aproximadamente 15 minutos de su tiempo.

Confidencialidad

La información que se recoja en este proyecto de investigación se mantendrá confidencial y será puesta fuera de alcance de personas ajenas a la institución y solo los investigadores tendrán acceso a verla. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre. Solo la investigadora sabrá cuál es su número y se mantendrá la información bajo seguridad. No será compartida ni entregada a nadie.

Compartiendo los Resultados

La información será presentada en la disertación del trabajo final de tesis de la investigadora. Si los resultados de este estudio se publican o presentan no utilizaremos el nombre de los participantes.

Derecho a negarse o retirarse

Usted no tiene por qué formar parte en esta investigación si no desea hacerlo. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

A Quién Contactar

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar a:

Dra. Glenda Ponce 0997109065



FORMULARIO DE ASENTIMIENTO

He sido invitado (a) a participar en la investigación **CARACTERISTICAS DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES CON TRASTORNO OPOSICIONISTA DESAFIANTE DEL CENTRO DE ORIENTACIÓN JUVENIL “VIRGILIO GUERRERO” DE LA CIUDAD DE QUITO EN EL PERÍODO DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2018**

Entiendo que se me realizarán un test psicológico y una entrevista. He sido informado (a) que los riesgos son mínimos. Sé que es posible que no me beneficie directamente al participar en el estudio; sin embargo, los resultados pueden ayudar a documentar mejor los aspectos relacionados con el Trastorno Oposicionista Desafiante. Se me ha proporcionado el nombre y dirección de la investigadora y puede ser fácilmente contactada.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte de ninguna manera.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____
Día/mes/año

Si es analfabeto/a

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo _____ Huella dactilar del participante

Firma del testigo _____

Fecha _____
Día/mes/año

(Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Asentimiento Informado)



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Este formulario se dirige a los padres o apoderados los adolescentes que se encuentran en el Centro de Orientación Juvenil “Virgilio Guerrero”

He sido invitado para que mi hijo/a participe en una investigación sobre:
CARACTERISTICAS DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES CON TRASTORNO OPOSICIONISTA DESAFIANTE DEL CENTRO DE ORIENTACIÓN JUVENIL “VIRGILIO GUERRERO” DE LA CIUDAD DE QUITO EN EL PERÍODO DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2018

Entiendo que ello significa que será entrevistado y se le harán una serie de preguntas respecto a las características de su vida y su conducta. He sido informado de que los riesgos son mínimos y no representa peligro para él. Soy consciente de que puede que no haya beneficio personal para mí o mi hijo/a y que no seré compensado. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser contactado fácilmente usando el número que se me dio. He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento voluntariamente que mi hijo/a participe en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirar del estudio mi hijo/a en cualquier momento sin que afecte de ninguna forma mi atención médica ni la de mi hijo/a.

Nombre del Participante _____
Nombre del Padre/Madre o Apoderado _____
Firma del Padre/Madre o Apoderado _____
Fecha _____ Día/mes/año

Si es analfabeto un testigo que sepa leer y escribir debe firmar:
Los participantes analfabetos deben incluir su huella dactilar.
He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento al potencial participante, y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo _____
E impreso de la huella dactilar del padre/madre
Firma del testigo _____ Fecha _____
Día/mes/año

Nombre del Investigador _____
Firma del Investigador _____
Fecha _____ Día/mes/año
Se ha proporcionado una copia de este documento de Consentimiento Informado al padre/madre o apoderado del participante _____



**LISTA DE SÍNTOMAS PEDIÁTRICOS
(PEDIATRIC SYMPTOM CHECKLIST-PSC)**

Indique cuál síntoma lo describe mejor, marque con un X donde corresponda en cada pregunta.

	NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE
	(0)	(1)	(2)
1. Se siente triste, infeliz	1. _____	_____	_____
2. Se siente sin esperanzas.....	2. _____	_____	_____
3. Se siente mal de sí mismo(a).....	3. _____	_____	_____
4. Se preocupa mucho.....	4. _____	_____	_____
5. Parece divertirse menos	5. _____	_____	_____
6. Es inquieto(a), incapaz de sentarse tranquilo(a).....	6. _____	_____	_____
7. Sueña despierto demasiado.....	7. _____	_____	_____
8. Se distrae fácilmente.....	8. _____	_____	_____
9. Tiene problemas para concentrarse.....	9. _____	_____	_____
10. Es muy activo(a), tiene mucha energía.....	10. _____	_____	_____
11. Pelea con otros niños.....	11. _____	_____	_____
12. No obedece las reglas	12. _____	_____	_____
13. No comprende los sentimientos de otros	13. _____	_____	_____
14. Molesta o se burla de otros	14. _____	_____	_____
15. Culpa a otros por sus problemas	15. _____	_____	_____
16. Se niega a compartir	16. _____	_____	_____
17. Toma cosas que no le pertenecen	17. _____	_____	_____
		Total	_____

FECHA:
CÓDIGO:



GUIA PARA LA ENTREVISTA

Lea cuidadosamente este cuestionario, por favor responda todas las preguntas con una breve explicación lo más específica posible, si no comprende la pregunta con gusto se la explicaremos.

Nombre y Apellido _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad: _____
Precedencia (Provincia): _____
Antecedentes de enfermedades importantes: _____
Hospitalizaciones _____
Tratamientos anteriores y actuales: _____

1.- Antecedentes sobre tu Padre, Madre y Hermanos:

- ¿Alguno ha tenido problemas de consumo de alcohol o drogas?
- ¿Han estado presos o procesados legalmente por algún delito?
- ¿Hasta qué grado han estudiado tus padres y hermanos?

2.- Acerca de los miembros de tu familia que viven contigo:

- Nombra todos los miembros de tu familia que viven contigo en la misma casa
- Cuando hay algún problema de qué manera buscan una solución
- Describe con quien te la llevas mejor y con quien no te relacionas bien y ¿por qué?

3.- Respecto a la casa donde vives:

- ¿Te has fugado alguna vez de tu casa?
- ¿Le mientes a tus padres con frecuencia?
- ¿Has robado cosas en tu casa o en algún otra parte?
- ¿Sientes dificultad en seguir instrucciones o cumplir normas en tu casa?
- ¿Quién sostiene el hogar económicamente?
- ¿Cuántas comidas realizan al día? ¿Comen todos juntos reunidos?

4.- En relación a tu vida escolar:

- En términos generales, ¿Cómo es tu rendimiento académico? ¿Cuáles son tus materias favoritas y cuales las que se te hacen más difíciles?
- ¿Sientes dificultad para concentrarte cuando estas estudiando o cometes errores por no tener cuidado?
- ¿Tienes dificultad para seguir instrucciones? ¿Terminas los deberes asignados?
- ¿Te distraes fácilmente? ¿Te consideras olvidadizo?
- ¿Tienes dificultades para estar calmado, esperar tu turno o realizar actividades que requieran quietud?
- ¿Cómo te la llevas con tus compañeros de clases? ¿Tienes amigos en tu escuela?
- ¿Cuáles son tus planes para el futuro? ¿Cuáles son las metas principales que te gustaría lograr?

5.- Respecto a tu vida social:

- ¿Interrumpes con frecuencia a los demás cuando hablan?
- ¿Sientes dificultad en seguir instrucciones o cumplir normas en tu casa?
- ¿Sueles discutir con las personas adultas? ¿Las desafías abiertamente o peleas con frecuencia?
- ¿Sueles hacer cosas para molestar a los demás? ¿Les rompes o dañas sus cosas intencionalmente?
- ¿Sientes que las demás personas tienen la culpa por las cosas que tú haces?
- ¿Te enojas con frecuencia y fácilmente?
- ¿Qué haces para divertirte?
- ¿Cuáles son tus hobbies y pasatiempos favoritos?
- ¿Alguna vez has consumido alcohol y/o drogas? ¿Cuáles? ¿Con quién te iniciaste?

6.- En cuanto a tu vida actual:

- ¿Cuánto tiempo tienes en este centro? ¿Cuánto te falta por salir?
- ¿Has estado antes aquí o en algún centro similar?
- ¿Por qué estás aquí?
- ¿Qué piensas hacer cuando salgas?

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN



GUÍA PARA HISTORIA DE VIDA

FECHA:

CÓDIGO:

I. Hablemos de tú infancia, (puntos claves):

Fecha de nacimiento

Lugar de nacimiento

Descripción de los padres

Mención de hermanos y hermanas

Circunstancias del nacimiento: familiares y externas

Juegos, tradiciones familiares, espacio físico.

II. Hablemos de tú adolescencia, (puntos claves):

Cambios en el paso de una etapa a otra: cambios físicos, afectivos, cambios externos al protagonista (mudanza, cambio de colegio, cambios en la ciudad o país).

Juegos, gustos, amistades, amores.

Relación con los adultos: padres, familia, profesores.

Anécdotas.

Trabajo: relaciones laborales, lugar del primer trabajo, trabajo más importante, problemas, y aciertos

Relaciones amorosas: pareja, matrimonio, hijos.

III. Hablemos de la vida en general:

Acontecimientos más importantes de tú vida personal.

Grandes y pequeños logros significativos en tú vida.

Éxitos y fracasos, pérdidas de seres queridos.

El día de hoy.

¿Qué te gustaría hacer en el futuro?