



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

VIOLENCIA DE PAREJA Y PSICOPATOLOGÍA INFANTIL:
DETECCIÓN DE NECESIDADES EN UNA COMUNIDAD

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ÁNGEL LÓPEZ TOLENTINO

DIRECTORA DE TESIS

DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA

Ciudad Universitaria, CD. MX.

Noviembre, 2018





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis, aunque se desarrolló a lo largo de 2 años, no es el producto solo de ese tiempo, en realidad es la culminación de 18 años de escuela (sigo considerando si fueron de estudio).

Dentro de todo este recorrido he conocido personas extraordinarias, algunas que han me han acompañado desde que nací, algunas que me dieron la oportunidad de conocerlas y ahora ya no están y otras más que afortunadamente se quedaron; sin duda alguna de todas ellas algo he aprendido.

Agradezco a mi madre, que se ha parado todos los días muy temprano y ha dormido hasta tarde, quien muchas veces ha tenido las manos maltratadas por el desgaste que le ha provocado el trabajo para que pudiéramos tener algo, que para mi siempre ha sido mucho. La principal influencia para estudiar me la diste tú. Gracias por estudiar conmigo.

Padre, no tuve, sin embargo, siempre existió quien me guiara como “figura paterna” (tan aclamada en el campo de la psicología). Gracias tío Sergio, por enseñarme tantas cosas, por compartir conmigo tus experiencias, por contar chistes, hacer bromas y divertirnos tanto cuando nos vemos.

A su vez, a toda mi familia. Mis tías y tíos; Mago (por ayudarme cuando era pequeño), Pancho, Yola, Ale, Esmeralda, Juan, Isabel. A mis primos, Diego, Adán, Azucena, Angélica, Lalo, Juan, Noemi, Valeria, Mareli, Alondra, Mónica con algunos convivo más que con otros, pero con todos me he divertido cuando estoy con ustedes. Especialmente a quien originó toda esta gran familia, a mi abuela María.

A mis profesores. Principalmente a aquellos que me enseñaron como explicar las cosas, a como ser... y a como no ser. En la primaria (que es desde donde me acuerdo), al profesor Fernando y la profesora Juana, en la secundaria al profesor García, Severo y muchos otros, de quienes he olvidado su nombre. En la preparatoria (gloriosa Prepa 5), a la profesora Olivia (Matemáticas), Mario (Psicología), Miriam (Biología), Abrego (Física), Rebeca (teatro), Carlos (Matemáticas), Pompa (Morfofisiología). Y de la Universidad a Antonio Zainos, Gabriel Ospina, Corina Cuevas, Sofia Rivera, Mariana Gutiérrez, Susana Eguia, Paulina Arenas, Renata Hernández, Verónica Ruiz, Blanca Mancilla, entre otros.

Por último, a todos los amigos que he generado, a algunos aun los frecuento, a otros ya no, pero todos han sido muy relevantes, sobre todo divertidos. Giovanni, Gerardo, Brenda, Lucy, Yolo, Jetsael, Alexa, Jaz, Karla, frutero, Alo, Claudia, Isa, Kanon, Fabio, Alondra, al divertido grupo que se formó en verano.

En mención especial, a Perla, por el tiempo en el que hemos coincidido y por lo divertido que ha sido esta experiencia, por jugar 300 juegos diferentes, y por ser nuestro apoyo mutuo el que nos ha brindado tanto tiempo.

ÍNDICE

RESUMEN.....	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPÍTULO 1 VIOLENCIA DE PAREJA	10
1.1 Definición y tipos de violencia.....	10
1.2 Índices de prevalencia	14
1.3 Violencia de pareja en la familia.....	17
1.4 Aceptación y normalización de la violencia.....	19
1.4.1 Violencia de género.....	21
1.5 Consecuencias de la violencia.....	22
1.5.1 En la relación.....	22
1.5.2 En la mujer	24
1.5.3 En el hombre	25
1.5.4 En los hijos	25
1.6 Factores alrededor de la violencia.....	32
1.6.1 Factores protectores.....	32
1.6.2 Factores de riesgo.....	33
CAPÍTULO 2 PSICOPATOLOGÍA INFANTIL.....	36
2.1 Definición.....	36
2.1.1 Normalidad y anormalidad.....	36
2.2 Índices de prevalencia	38
2.3 Incidencia dentro del desarrollo	41
2.3.1 Factores de protección.....	43
2.3.2 Factores de riesgo.....	44
CAPÍTULO 3 Detección de necesidades y modelos de atención	46
3.1 Detección de necesidades.....	46
3.2 Definición y tipos de intervención/atención.....	52
3.3 Modelo ecológico.....	56
3.3.1 Consideraciones sobre la violencia de pareja y la psicopatología infantil	60
CAPÍTULO 4 MÉTODO	64
4.1 Planteamiento del problema	64

4.2 Objetivo general	64
4.3 Pregunta de investigación.....	65
4.4 Tipo de estudio	65
4.5 Tipo de diseño	65
4.6 Tipo de muestreo.....	65
4.7 Participantes	66
4.8 Criterios de inclusión	67
4.9 Instrumentos	67
4.10 Procedimiento	69
RESULTADOS	71
DISCUSIÓN	87
CONCLUSIONES	97
REFERENCIAS	107

RESUMEN

En México, la violencia ejercida hacia las mujeres ha ido en aumento hecho que ha despertado nuevos enfoques, investigaciones, legislaciones y acciones tanto institucionales como colectivas. A su vez, la psicopatología infantil es una situación altamente diagnosticada, pero poco indagada desde sus orígenes. Debido a que ambos eventos repercuten ampliamente en el desarrollo emocional, cognitivo y biológico de aquellos que viven violencia, en esta investigación se buscó hallar la correlación que existe entre la psicopatología infantil y la violencia de pareja y detectar las necesidades de atención psicológica del público que acude al Centro Comunitario “Julián MacGregor y Sánchez Navarro” así como de las colonias aledañas al mismo (Santa Úrsula, Ajusco y Ruiz Cortines). Participaron mujeres de entre 15 a 65 años que tenían bajo su responsabilidad a menores de 4 a 16 años (335 mujeres proporcionaron la información de 452; dividida en dos muestras). Es un estudio descriptivo correlacional de corte transversal y no experimental. Se realizó la aplicación de la Escala de Violencia e Índice de Severidad (Valdez-Santiago, 2006) que permitió identificar tres tipos de violencia (física, sexual y psicológica) así como su grado de severidad y se utilizó el Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (Caraveo & Soriano, 2013) para conocer los comportamientos observados en sus hijos durante el último año y si estos se habían presentado con anterioridad. Dentro de los principales resultados se encuentra que la violencia de pareja correlaciona significativamente con el consumo de alcohol, violencia durante la infancia, y el grado escolar. Se sugiere implementar acciones en escenarios comunitarios, ofrecer programas de intervención parental y de consumo del alcohol y adoptar visitas a domicilio entre otras.

Palabras clave: violencia de pareja, psicopatología infantil, riesgo, protección.

INTRODUCCIÓN

La riqueza de la teoría ecológica de Bronfenbrenner ha permitido la comprensión de fenómenos como la violencia de pareja. Heise (1994) retoma este marco para explicar los factores que, a nivel individual, familiar, comunitario y social facilitan la presencia de violencia de pareja en la mujer y colocan a niños y niñas en riesgo de desarrollar algún trastorno psicológico (Bronfenbrenner, 1994). Actualmente, una de cada tres mujeres en el mundo ha sufrido violencia física, psicológica o sexual de parte de su pareja en algún momento de su vida (OMS, 2016) por lo cual es reconocida como un problema de salud pública y un hecho que atenta contra los derechos humanos. En la “Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia” (DOF, 2007; p.2) se declaran distintos tipos de violencia como son la violencia psicológica, física, patrimonial, económica y sexual, siendo la violencia psicológica o emocional la principal en la Ciudad de México (INEGI, 2011). Esta violencia sufrida en la mujer afecta su comportamiento y repercute en el desarrollo de las familias, ya que, como lo reporta Casique (2009), contribuye como factor significativo para incrementar el riesgo de que ambos padres abusen físicamente de los hijos; además, “existe una estrecha relación entre las formas de comunicación establecidas con los padres y la manifestación de conductas violentas en los adolescentes” (Martínez, Robles, Utria & Amar, 2014, p.151). A su vez, se reconoce la importancia que tiene el ser testigo de violencia en la infancia, ya que se destaca como un factor de riesgo para ser víctima o agresor en la adultez y está relacionada con mayor probabilidad de presentar comportamientos antisociales, abuso de sustancias y delincuencia (Butchart, García-Moreno & Mikton, 2011). Cuando el menor de edad se involucra o percibe las consecuencias de las agresiones, repercute en su desarrollo integral, necesitando diferentes formas de resiliencia (Cunningham & Baker, 2004) las cuales pueden permitir que la situación sea tolerable, o de

otra manera, la violencia puede llevar a anormalidades en el desarrollo, pues la exposición recurrente altera diversos sistemas biológicos y regulatorios al estrés y origina problemas de salud y de crecimiento físico (Butchart, García-Moreno & Mikton, 2011).

En México, a través de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI, 2011) se encontró que el 44.8% de las mujeres en el país han vivido algún evento de maltrato o agresión en el desarrollo de su vida conyugal. Del total de mujeres violentadas, un 25.8% han padecido violencia física, 11.7% han sido víctimas de violencia sexual, 56.4% vivieron algún episodio de violencia económica y, finalmente, 89.2% reportaron ser víctimas de violencia psicológica o emocional.

Esta tesis forma parte del proyecto PAPIIT IN 307016 el cual busca mejorar los procesos de atención dentro del Centro Comunitario “Julián MacGregor y Sánchez Navarro” el cual esta seccionado en tres etapas; evaluación de necesidades, intervención y evaluación. Esta investigación forma parte de la primera etapa: evaluación de necesidades.

Fundamenta su relevancia a través de la necesidad que existe de conocer de mejor manera a la población tanto del centro comunitario como de las colonias aledañas para, de esta manera, sentar las bases de las intervenciones futuras, así como de otras investigaciones, ofreciendo un enfoque ecológico con sugerencias orientadas hacia la prevención a través de la recreación y el tiempo libre.

La tesis esta estructurada a partir de tres capítulos. En el primero se realiza una revisión sobre los datos recientes en cuanto a la violencia de pareja y las distintas clasificaciones estipuladas hasta el momento. También, ofrece una guía de las repercusiones

que la violencia tiene en cada uno de los integrantes de la familia a nivel biológico, social y psicológico además de los factores protectores y de riesgo.

En el segundo capítulo, se revisa la definición de la psicopatología infantil, los índices de prevalencia en el mundo y en México, las repercusiones que esta tiene en la manera de relacionarse y las afectaciones sobre el desarrollo del menor, sus factores protectores y de riesgo.

Por último, en el tercer capítulo se plantea la manera en la que se realiza una detección de necesidades en entornos comunitarios, las implicaciones que esto conlleva definición de los tipos de atención y el modelo que se implementará para la interpretación de los resultados; el modelo ecológico de Bronfenbrenner.

CAPÍTULO 1 VIOLENCIA DE PAREJA

1.1 Definición y tipos de violencia

Se define el término violencia por los grandes organismos interesados en el tema y a partir de los cuales se desarrollan múltiples estudios alrededor del mundo para estandarizar los conceptos y obtener resultados contrastables. La Organización Mundial de la Salud define la violencia como “el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte”. En este organismo desde 2012, se generó la campaña contra la violencia alrededor del mundo, que se basa en el informe realizado en ese mismo año y el cual establece pautas para mejorar las relaciones y actitudes entre las personas como una práctica para prevenirla.

Del término “violencia” se desprenden múltiples campos más de los cuales se han realizado investigaciones para determinar los índices de prevalencia, buscar factores protectores y de riesgo, así como encontrar las mejores soluciones de atención psicológica.

En la Asamblea General de las Naciones Unidas (1993) la violencia contra la mujer fue definida en su artículo 1 como:

“... Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”.

A partir de la definición de violencia hacia la mujer, se encuentra la violencia de pareja. Para el caso de esta investigación, se enfocará en la violencia de pareja ejercida hacia la mujer.

En relación con ello y dentro de los datos publicados en 2016 (OMS) se encuentra que, para el caso de la violencia de pareja orientada hacia la mujer, una de cada tres mujeres en el mundo ha sufrido violencia física y/o sexual, ya sea con la pareja actual o con otra en algún momento de su vida. Por ello es reconocido como un problema de salud pública y una violación que atenta hacia los derechos humanos de las mujeres. Este mismo organismo reconoce la violencia de pareja como “...el comportamiento de la pareja o expareja que causa daño físico, sexual o psicológico, incluidas la agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y las conductas de control” (OMS, et al, 2016).

En el marco legal mexicano a partir de la “Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia” que fue publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 1 de febrero de 2007 y en la cual se decretan todas las normas y vías por las cuales se debe realizar una intervención para prevenir, contrarrestar y erradicar la violencia hacia la mujer, el artículo tercero de dicha ley menciona lo siguiente:

“Todas las medidas que se deriven de la presente ley garantizarán la prevención, la atención, la sanción y la erradicación de todos los tipos de violencia contra las mujeres durante su ciclo de vida para promover su desarrollo integral y su plena participación en todas las esferas de la vida” (p.1).

Y para ello esclarece que la violencia contra las mujeres será “cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico,

patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público” (DOF, 2007; p.1). Posteriormente, en el artículo 6 (p. 2), se mencionan los tipos de violencia bajo los cuales se enmarca la ley. Estos son:

La violencia psicológica es cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica y que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, desamor, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, y que pueden llevar a la víctima a la depresión, el aislamiento, la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio;

La violencia física es cualquier acto que infringe daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no, lesiones internas, externas o ambas;

La violencia patrimonial es cualquier acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima. Se manifiesta en: la transformación, sustracción, destrucción, retención o detracción de los objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades y puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la víctima;

Violencia económica es toda acción u omisión del agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral;

La violencia sexual es cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la víctima y por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión

de abuso de poder que implica la supremacía de la pareja, al denigrarla y concebirla como objeto.

Bajo este marco, otros autores han utilizado la misma conceptualización para definir los términos y criterios como Tronco & Ocaña (2011) quienes realizaron una investigación con jóvenes en el Instituto Politécnico Nacional (IPN) en donde reportan los índices de violencia, acoso y hostigamiento a nivel laboral y escolar dentro de su comunidad, encontrando que son más las mujeres que viven bajo esta situación ya sea por los desequilibrios en cuanto a poder o las posiciones desiguales entre los géneros.

Sin embargo hay otras tipologías de violencia que pueden complementar la anterior y profundizar en las características como la realizada por Jhonson (2011, citado en Vivanco, Soraya, Romo, Véliz & Vargas, 2015), quien distingue cuatro tipos de violencia los cuales se mencionan a continuación:

1. Terrorismo íntimo. Es un patrón de violencia coercitiva que incluye violencia física y/o sexual además de abuso económico, uso de los hijos, amenazas e intimidación, vigilancia constante, amenazas de acusación a las autoridades.
2. Resistencia violenta. Es la contraparte del terrorismo íntimo. Puede ser vista como una respuesta instintiva o también, como una acción que solo ocurre luego de que la víctima se da cuenta de que la violencia seguirá ocurriendo.
3. Violencia situacional. Es producida cuando conflictos en la pareja derivan en una discusión que llega a agresiones violentas.
4. Control violento mutuo. Es un patrón de abuso en que ambos son controladores y violentos y se puede observar como una lucha entre poderes.

Por tanto, se debe tener en cuenta los tipos de violencia hacia la pareja ya que no es considerada únicamente aquella que pudiese dejar marcas en la piel de las víctimas sino también aquella que puede afectar en algún sentido el desarrollo y desempeño de la persona en su vida cotidiana (Agoff, Rajsbaum & Herrera, 2006).

1.2 Índices de prevalencia

Derivado de las diferentes clasificaciones se llevó a cabo la *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*, misma que permitió la apertura hacia un panorama formal sobre la violencia hacia la mujer. A partir de esta convención se han realizado múltiples investigaciones, censos y encuestas tomando en cuenta diferentes regiones del mundo. Es así que en el estudio multipaís realizado por la Organización Mundial de Salud en 2005 (citado en Organización Panamericana de la Salud, 2013) se encuentra que entre 13% y 61% de las mujeres encuestadas señalaron que alguna vez habían sufrido violencia física perpetrada por su pareja, de 4% a 49% habían sido víctimas de violencia física grave, de 6% a 59% mencionaron que en algún momento sufrieron violencia sexual de su pareja y de 20% a 75% refirieron haber sufrido uno o más actos de maltrato emocional por parte de su pareja a lo largo de su vida.

Las estadísticas a lo largo del mundo muestran una variabilidad de acuerdo a los instrumentos utilizados o los criterios de inclusión en los estudios; sin embargo, se presentan datos similares entre unos y otros. Por ejemplo, la Encuesta Nacional Juvenil (National Youth Survey, citado en Muñoz, 2016) se centró en población menor a los 25 años y se encontraron cifras altas para la prevalencia anual, las cuales se ubican entre 20-37% para la violencia del

hombre hacia la mujer y entre 28-48% para la violencia de las mujeres hacia los hombres; aspecto que muestra un comportamiento similar sin importar el género de la persona.

Castro & Casique (2008) señalan que, a pesar de las distintas clasificaciones y prevalencias reportadas en el mundo, se estima que la violencia hacia las mujeres se encuentra entre un 21.7% y 37.1%. Reconocen que la violencia física oscila entre 10.3% y 13.6%, mientras que la violencia sexual está entre 7.5% y 8.3%.

Para el caso de América Latina y el Caribe, en un análisis en el cual se compararon datos demográficos y de salud que se realizaron en 12 países se encontró que la mayoría de las mujeres, aproximadamente entre 61% a 93%, informaron de haber sufrido violencia física de pareja aunado al hecho de haber sufrido simultáneamente violencia emocional en los últimos 12 meses (OPS, 2013)

En México se han realizado algunas investigaciones y censos recientes debido al interés y la relevancia que toma este comportamiento en nuestro país. A través de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI, 2011) se encontró que el 44.8% de las mujeres en el país han vivido algún evento de maltrato o agresión en el desarrollo de su vida conyugal. Del total de mujeres violentadas, un 25.8% han padecido violencia física, 11.7% han sido víctimas de violencia sexual, 56.4% vivieron algún episodio de violencia económica y, finalmente, 89.2% reportaron ser víctimas de violencia psicológica o emocional. Respecto a los datos anteriores, dicha estadística revela que 8.1% de las mujeres violentadas han pensado en quitarse la vida y 38.8% de ellas lo han intentado al menos una ocasión. También un 16.2%

de las mujeres que han vivido episodios de violencia han sufrido agresiones de extrema gravedad.

Con respecto a esta misma encuesta, 35% de las mujeres había sufrido esos episodios de violencia en el último año a la fecha en la que se realizó y, para la Ciudad de México, el principal tipo de violencia es la emocional/psicológica siendo los rasgos que más se reportaron el que su pareja le dejase de hablar (74.1%) y ser ignoradas o no ser tomadas en cuenta (38.8%). Como segundo tipo de violencia aparece la económica, en donde se expresa principalmente a través de reclamos por la forma en que gastan el dinero (32.1%) y de tipo físico a través empujones o jalones de cabello (15.1%) y la violencia sexual en donde se le exige a la mujer tener relaciones sexuales (7.3%).

Otras investigaciones y encuestas realizadas muestran que la prevalencia de la violencia contra las mujeres varía entre el 15-41% y en el 94% de los casos de violencia intrafamiliar que ha sido denunciado tiene como “receptoras” a las mujeres (Ambriz-Mora, Zonana-Nacach & Anzaldo-Campos, 2015). En un estudio realizado por estos mismos autores en una clínica del IMSS en Tijuana, Baja California a 297 mujeres, encontraron que su pareja se había puesto celoso o sospechaba de sus amistades en un 37.4%, que su pareja le había sacudido o zarandeado un 27.5%, insultos con 26.9%, que la pareja le hubiese exigido tener relaciones sexuales en 19.2%, que le haya empujado intencionalmente 17.8%, encontrando que la violencia psicológica es la más frecuente seguida de la física, sexual y económica, números similares a los encontrados en la Ciudad de México.

En otro estudio realizado sobre la prevalencia de diferentes tipos de violencia en el sector salud (Ambriz-Mora, Zonana-Nacach & Anzaldo-Campos, 2015) encontraron que, de

una muestra de poco más de 26 mil mujeres, el 42.2% reconoció haber sufrido violencia física en la niñez, 21.4% señalaron haber sido víctimas de violencia psicológica a través de insultos y 16.5% con humillaciones. Asimismo, cuando les cuestionaron acerca de la violencia con la pareja actual, el 7.8% contestó afirmativamente, pero al aplicar el segundo cuestionario, el 20% reveló que padeció violencia psicológica en los últimos 12 meses, 10% violencia física, 7% violencia sexual y 5.1% violencia económica, teniendo una prevalencia aproximada de 21.5%. También encontraron que, las mujeres en unión libre y aquellas que se encuentran separadas son quienes presentan la mayor frecuencia de violencia de pareja.

Por lo tanto, cabe remarcar que en nuestro país una de cada dos mujeres vive al menos un evento de violencia del tipo que sea durante su vida y que estos eventos tienen repercusiones en el bienestar de la persona a nivel psicológico, físico y social como a continuación se desarrolla.

1.3 Violencia de pareja en la familia

Basándose en las encuestas y los censos a nivel mundial una cuarta parte de toda la población adulta ha sufrido maltrato físico en la infancia, así como una de cada cinco mujeres ha sido víctima de abuso sexual en la misma etapa (OMS, 2014).

La violencia impacta de múltiples maneras y en distintas esferas del desarrollo. Casique (2009) señala que tanto la violencia física como la violencia emocional, contribuyen siendo un factor relevante y significativo para incrementar el riesgo de que ambos padres abusen físicamente de los hijos; de hecho, si la mujer es violentada por parte de su pareja, genera en el 40% de estos casos que ellas golpeen a sus hijos. Sin embargo, si no es violentada, solo 24% golpea a sus hijos.

Además, aquellos niños que no son directamente agraviados por la violencia en casa; es decir, aquellos que son únicamente testigos de actos violentos entre los padres, tienen complicaciones en la estructuración de su cognición además de un mal manejo emocional que puede desencadenar una resistencia en la comunicación entre padres e hijos ya que “existe una estrecha relación entre las formas de comunicación establecidas con el padres y la manifestación de conductas violentas en los hijos” (Martínez, Robles, Utria & Amar, 2014; p:151). El hecho de ser percibida en la familia provoca un modelamiento y un refuerzo de la conducta, genera una desconexión moral e influye en la cognición del menor al ser la violencia normalizada en la forma de interacción y socialización.

Mientras la mujer está en periodo gestante aumenta la probabilidad de aborto, un ingreso tardío a los servicios de atención médica, mortinatalidad, trabajo de parto o parto prematuro, traumatismo fetal y bajo peso al nacer, esto se asocia con el estrés generado durante la gestación (OPS, et al. 2013). Los hijos pueden presentar consecuencias de salud y aspectos sociales negativos, como ansiedad, depresión o un desempeño escolar insuficiente.

Además, dentro de los significados sociales y culturales ha permitido que se les enseñe a los niños que la conducta agresiva es un medio suficientemente eficaz para la resolución de problemas y conflictos, ya sea dentro de su familia, con los amigos o en el ámbito escolar y se puede generalizar un mismo comportamiento en la sociedad o grupo en el que se desarrolle (Toldos, 2002 citado en Martínez, Robles, Utria & Amar, 2014).

1.4 Aceptación y normalización de la violencia

En Colombia, Duque, Sierra y Montoya (2011) a través de su investigación proponen tres categorías en las cuales se podía agrupar el uso de la violencia. En primer lugar, la legitimación de la violencia se puede considerar un mecanismo de protección, haciendo este hecho más llevadero tanto para la mujer como para la familia; es decir, se acepta y vuelve menos importante al racionalizarlo como un evento que sucede todos los días.

La segunda clasificación es asumirla como un método de educación hacia los hijos. Estos pueden ser violentados debido a que sus madres atraviesan por la misma situación y lo transmiten hacia los hijos como un estilo de crianza y bajo el cual se rige la convivencia intrafamiliar.

Como tercera clasificación, la violencia se usa como defensa de la familia y la sociedad; de ser enseñada en casa se aprenderá como un modelo a seguir y que no afecta a la sociedad, pues puede transmitirse y reforzarse entre la comunidad en la que viven.

Estas tres clasificaciones provocan y generan que “una vez que la persona se ha convencido de que su comportamiento no es censurable o no es tan negativo, tiene pocas probabilidades de enmendar, de reparar el daño, de sentir vergüenza, culpa y aprender de sus acciones” (Martínez et al., 2014; p:152).

Algunas de las correlaciones que se han hecho de la exposición a la violencia en la sociedad son, por ejemplo, los medios de comunicación masiva en donde se acepta que hay una cantidad excesiva de exposición y aumentan en su facilidad de accesibilidad a partir de las nuevas tecnologías de la información, además de los medios clásicos como los diarios,

los noticieros e inclusive los discursos políticos (Galdames & Arón, 2007 citado en Martínez et al., 2014)

Entre las justificaciones recurrentes para el uso de la violencia están reportados en el informe “Comprender y abordar la violencia contra las mujeres” (OPS, 2013) y giran en torno al temor a represalias, es decir, que existan reproches dentro de la familia, los amigos o los hijos. Por ejemplo, la falta de otros medios de apoyo económico en donde, la mujer depende directamente del ingreso de su pareja y piensa que al abandonarlo perderá el mucho o poco sustento que se tenga. La preocupación por los hijos figura como otro punto relevante a detallar. Aquí se prioriza que los hijos tengan una figura paterna y evitar causarles sufrimiento en el caso de una separación. Otro de los puntos encontrados es la falta de apoyo por parte de familiares y amigos. A ello, se ha visto que entre menor sean las redes de apoyo de una mujer, ésta tendrá menos opciones tanto de socializar como de encontrar un nuevo modo de vivir; además, en caso de querer cambiar su situación, probablemente tendrá menos apoyo por parte de estos.

Un punto más es la estigmatización o posible pérdida de la custodia de los hijos. Ya no solo es el temor a que los hijos pierdan su figura paterna, sino que se relaciona con posibles amenazas por parte del padre en caso de que se separen; por ejemplo, amenazar con llevarse a los hijos o hacerlo mediante trámites legales. Por último, la mujer permanece en la relación de violencia con el deseo o esperanza de que su pareja cambie; sin embargo, probablemente su pareja ya mostraba conductas violentas mucho antes de que se convirtiera en una relación en donde se compartieran más lazos.

1.4.1 Violencia de género

La violencia de género se define como todo acto u omisión intencional basada en desigualdades por razones de género, lo cual provoca daños físicos, psicológicos, económicos, patrimoniales y/o sexuales, y causa irrespeto a los derechos individuales (Díaz, 2014).

Dentro de las repercusiones que tiene la violencia de género encontramos secuelas en la personalidad de la mujer que pueden ser expresadas mediante inseguridad, baja autoestima o poca motivación hacia el futuro. También puede generar depresión, angustia, ansiedad, miedo y trastornos de la alimentación, mismos que impactan tanto a nivel fisiológico como a nivel psicológico y emocional. Podrá existir marginación social de las víctimas con sus congéneres, inclusive frente a las autoridades. En algunos casos, existe enajenación de los espacios vitales que se manifiesta mediante el aislamiento de las áreas en las cuales generalmente se suele convivir. Decaimiento en la salud, ya sea a través de anemia por la mala alimentación, fallas cardíacas, infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados o abortos y en algunos casos, lesiones físicas o muerte.

De hecho, reportes recientes indican que 67% de la población femenina en nuestro país ha sido víctima de violencia de género y en muchos casos no son denunciados debido a que hace falta que las autoridades correspondientes sean capaces de dar una respuesta oportuna a los eventos, para lo cual puede que no estén capacitados o interesados (Velasco, 2017).

En cuanto a los roles de género, en un estudio realizado en Tijuana, Baja California, el 53.2% de mujeres encuestadas indicó estar de acuerdo con la obediencia al esposo, un

11.9% mencionó que un hombre tiene derecho a pegarle a su pareja si es que éste descubre una infidelidad (Ambriz-Mora, Zonana-Nacach & Anzaldo-Campos, 2015). Además, el 50.8% contestó que es obligación del hombre responsabilizarse de todos los gastos económicos de la familia. Por lo tanto:

“Es importante valorar no sólo las especificidades personales de víctimas y agresores sino también la dinámica relacional, los diferentes microsistemas implicados y su relación entre ellos” (Collins, 2008 citado en Boira, Carbajosa & Marcuello, 2013, pp.132).

1.5 Consecuencias de la violencia

Debido a que los actos de violencia tienen diferentes orígenes y a su vez impactan en diferentes niveles de la vida tanto de quienes la viven personalmente y se enfrentan a esta situación, como aquellos que comparten las experiencias con la persona agraviada como pueden ser los familiares, amigos o pareja. Estas consecuencias se pueden clasificar en biofisiológicas, físicas, psicológicas, emocionales y legales. A continuación, se describirán bajo esta concepción y haciendo referencia a cada una de las situaciones en las que, desde el mesosistema, se interactúa con otras personas.

1.5.1 En la relación

En la relación hombre-mujer, la percepción de la violencia será distinta a partir del sexo al que pertenezca la persona y dependerá de quién sea la víctima y quién sea el agresor; aquí, se centrará en un ambiente donde el hombre es el agresor y la mujer la víctima debido a los objetivos de esta investigación.

En una relación violenta observaremos dominio del hombre y la sumisión de la mujer, quien podrá mostrar una alta dependencia de su pareja y que expondrá, inclusive, su vida por mantenerse a su lado (Boira, 2013). El tipo de comportamiento se puede expresar mediante bofetadas, golpes con los puños o cualquier otra parte del cuerpo, empujones o estrangulamiento y puede llegar al grado de forzar a su pareja a tener relaciones sexuales (Butchart, García-Moreno & Mikton, 2011). A nivel psicológico, se expresará por medio de las ofensas, intimidaciones, denigraciones y humillaciones de las que se pueda ser víctima, además de gritos e insultos y en algunas ocasiones la indiferencia con la que se vive puede generar que la mujer se desvalore y/o sea rechazada por otras personas al no ser tomada en cuenta.

Para el hombre, puede buscar aislar a su pareja de su familia y amistades, hacer un seguimiento de las acciones que realiza durante el día y restringir el acceso a la información o asistencia, ya sea médica, legal o educativa y puede conllevar a que la mujer no tenga acceso a nuevas posibilidades o a generar redes sociales de apoyo que le permitan salir de la situación, por lo que pareciera que la mujer se vuelve un objeto del hombre (Aiquipa, 2015).

Sin embargo, en el contexto legal, existe un reconocimiento hacia la importancia de atender todos los casos de violencia de género y la violencia de pareja en sí. No obstante, una vez que se ha detectado como violencia alguna de las actitudes o comportamientos que se viven, existen ciertas limitantes al establecer una denuncia. Generalmente, se acude a un centro de salud o se pide apoyo a alguna institución gubernamental y todo va a depender de factores como la intensidad en la hostilidad, la presencia de hijos, la presencia de alguna psicopatología o los deseos a futuro de cada uno de los miembros de la familia (Boira, 2013). También, por parte de las mujeres que quieren denunciar, en ocasiones, ya sea por

desconocimiento o porque la víctima perjudicará “en exceso” al agresor (es decir, al denunciar, podría volver a la cárcel, perder el amor de sus hijos, entre otras) se confía poco en las autoridades y no se busca la intervención de estas (Boira, Cabrajosa & Méndez, 2015).

1.5.2 En la mujer

En la mujer las secuelas aparecerán casi inmediatamente al primer acto. Podrán modificar las actitudes y comportamientos que creen son la causa para ser violentadas, por ejemplo, hablar con un amigo o ir a una fiesta y esto también afectará a otras personas, principalmente aquellos con los que se mantenía una relación más estrecha, como su círculo de amigos, familiares o hijos e inclusive puede continuar este distanciamiento a pesar de haber concluido la relación (Bermúdez, Matud & Navarro, 2009 citado en Atenciano, 2015).

Entre los problemas presentados ya sea durante la relación o póstumo a ésta, se encuentran el trastorno de estrés postraumático, depresión, ansiedad y un deterioro en la autoestima que acarreará sentimientos de culpa al sentirse responsable de lo sucedido durante la relación ya sea por la falta de la pareja, o por el hecho de infravalorarse y permitir que sufriera eso. En cuanto al aspecto físico, el daño que puede tener se expresa en moretones, torceduras, fracturas y demás marcas que puedan quedar en la piel u otros órganos. En ocasiones, también existirá sintomatología somática mediante dolores de cabeza o espalda, dolores crónicos, pérdidas ocasionales de memoria (asociados a los niveles de cortisol) y problemas ginecológicos, como el Virus del Papiloma Humano. También ha existido gran asociación con embarazos no deseados (relacionados principalmente con la violencia sexual) y déficits en el sistema inmunológico (OPS, 2013).

1.5.3 En el hombre

Los varones maltratadores suelen estar afectados por numerosos sesgos cognitivos, entre ellos, los relacionados con creencias equivocadas sobre los roles sexuales (aquellas actividades que se definen como específicas de los hombres y de las mujeres) conceptualizaciones realizadas a partir de la consideración de la mujer como “inferior” y los relacionados con ideas distorsionadas sobre la legitimización de la violencia; es decir, pensamientos e ideas que justifican la violencia hacia la mujer como pueden ser “le pego porque solo así entiende” (Boira, 2013).

También, los hombres mantienen la premisa de que la mujer volverá sin importar el daño causado y, en caso de que se les sugiera o mencione que necesitan atención de algún tipo, se remiten a que es “habitual” y es un “asunto privado”. Esto, también parece contagiarse entre los vecinos, quienes, en ocasiones, prefieren no intervenir o hacerlo de manera poco frecuente.

Para aquellos hombres de los cuales se sabe que son violentos con su pareja, pueden llegar a ser segregados por la misma comunidad mediante la remisión de los derechos en votaciones locales o falta de confianza para tratos futuros.

1.5.4 En los hijos

Los niños desarrollarán múltiples estrategias que les permitan hacer frente a lo que están viviendo ya sea como víctimas directas de la violencia sufrida en casa o como testigos. Dichas estrategias podrán ser vistas como adaptativas o no; sin embargo, habrá que considerar que por la situación, le permiten al niño sortear las adversidades a las que se

enfrente. Algunas de éstas son descritas por Cunningham y Baker (2004) y se presentan a continuación.

a) Existe la necesidad de escapar mentalmente. Pueden recurrir al uso de medios de entretenimiento como andar en bicicleta, lectura o dibujo y en ocasiones pueden elegir actividades escolares o aceptar mayor carga de tareas como actividades que los mantengan distraídos y alejados de lo que están viviendo.

b) Ausentarse (huida). Si se encuentran durante el evento, buscarán ir a otro cuarto (encerrarse) o buscar refugio con familiares y vecinos, o simplemente abandonar la casa y permanecer al margen de la situación. En otros casos pueden buscar no llegar a casa después de las actividades escolares o ir de visita con compañeros.

c) Buscar ayuda. En el caso de ausentarse, pueden hacer referencia de lo sucedido en casa y solicitar ayuda de los vecinos, amigos, policía y/o profesores.

d) Ser mediadores. Intervienen y buscan calmar, cuidan a los adultos e intentan distraerlos para que la violencia no continúe. Inclusive llegan a ser tan buenos mediadores que pueden lograr canalizar las emociones de los padres.

e) Intento de controlar la situación. Generan ideas para poder predecir, explicar e incluso impedir el comportamiento violento. Buscan a través de estas ideas, poder aconsejar a la madre acerca de las actitudes y actividades que pueden desencadenar las conductas de la pareja, por ejemplo, ir de compras a ciertas horas, hablar a algunas personas o no tener listas las tareas de la casa, como la comida o el aseo de ésta.

f) Disociación. Aunque están enterados y en algún momento fueron conscientes de lo sucedido, generan pensamiento que les permitan negarlo todo y que sirvan como aspectos protectores para su integridad.

g) Fantasía. Historias que estén asociadas a alguna película, cuento, historia teatral y que generalmente se relacionan con la expresión mediante el juego. Son ideas fantasiosas que parecieran lejanas pero que en algunas ocasiones pueden llegar a ser ejecutadas por los menores, por ejemplo, el deseo de volar, dormir mucho o desaparecer.

Todas estas actitudes, ideaciones y comportamientos, pueden generar en el menor un estatus de control, aunque sea fantasioso, acerca de lo sucedido; sin embargo, a largo plazo podrían desarrollar roles que estarán influenciados por su experiencia y cercanía con la violencia y no desaparecerán con el fin de la convivencia de la pareja (aunque éstos se separen o mejore la relación). A lo largo del desarrollo podrán ser manifestadas en la edad adulta, ya sea en las relaciones de pareja, o el estilo de crianza que realicen con sus hijos (Cunningham, 2011).

En las implicaciones a nivel cognitivo Graham-Bermann, Howell, Miller, Kwek & Lilli (2011, citado en Alvarado, 2015) encuentran en 1700 niños con edades entre los 4 y 6 años que han sido expuestos a violencia de género, puntuaciones más bajas en las escalas de habilidad verbal comparados con aquellos que no han estado expuestos. En una revisión de la literatura (Holt, Buckley & Whelan, 2008) encuentran las múltiples consecuencias que conllevan en el desarrollo de la relación con sus padres; por ejemplo, algunos pueden tener una justificación del comportamiento violento que parte de la creencia de culpabilizar al alcohol por altos niveles de estrés o por la mala conducta de él (hijo) o de alguno de sus

hermanos y que están en búsqueda de mantener íntegra la concepción de la figura paterna. También encontraron variados artículos que señalan el impacto negativo que tendrá sobre el desempeño académico y las complicaciones en el establecimiento o adherencia a reglas escolares o sociales y también en el desarrollo de los roles sociales.

En búsqueda del establecimiento de una concepción a través del desarrollo, Holt (2008) puntualiza los efectos encontrados en los adolescentes. Es importante mencionarlo debido a que en muchas ocasiones existen familias reorganizadas, en donde la madre puede buscar otra pareja, convirtiéndose esta nueva persona en la parte violenta de la conformación familiar. Esta exposición creará dificultades en el establecimiento de relaciones cercanas y/o éstas difícilmente podrán ser positivas al desarrollo, además de la falta de confianza en las mismas. Si los niños que enfrentan la violencia tienen hermanos, llegarán a hacerse responsables de ellos en su cuidado, limpieza, y protección, desarrollando roles que no son los correspondientes para su edad.

Debido al crecimiento físico, las actitudes y conductas que en la infancia podían ser únicamente fantasiosas o limitadas a su intervención, ahora, podrán atentar directamente en la búsqueda de la prevención o evitación de dichos actos, al grado de poder atacar físicamente, y, tomando como referencia la situación actual de nuestro país, estudios longitudinales han demostrado que los jóvenes en esta situación tienen mayor probabilidad de presentar comportamientos antisociales, abuso de sustancias y delincuencia (Butchart, 2011).

Caer en la creencia o idea de que la violencia solo afectará a aquellos que estén presentes durante los actos violentos llevaría a una limitación en la perspectiva, así como una

problemática para ofrecer los servicios de ayuda que beneficien a los menores. Por ello, Holden (2003) recupera las diferentes definiciones obtenidas de otros libros y propone una taxonomía que permita entender y diferenciar los tipos de exposiciones a la violencia, buscando unificar la terminología en futuros artículos y determinar el grado de severidad que esta implica. La taxonomía se presenta a continuación.

a) Exposición prenatal. Se refiere al acto de ser una mujer violentada por su pareja mientras ésta se encuentre gestando ya que altera los niveles de sustancias químicas y hormonales en el cuerpo de la mujer, como son el cortisol (Atenciano, 2015) el cual es un agente toxico si se encuentra en cantidades excesivas durante el desarrollo fetal. Aunado a lo anterior, pudiesen existir golpes directos al vientre materno por parte de la pareja, así como también se considera violencia todas aquellas acciones que no permitan la atención a tiempo por parte de la madre, el no permitir o facilitar que ésta acuda a sus citas médicas o se le violente al agredir al futuro hijo.

b) Intervenciones por parte del niño. Cuando ocurran los actos violentos, entonces el niño intervendrá en el conflicto, ya sea mediante la verbalización pidiendo a los padres que se detengan o por medio de acciones que simbolicen la protección de la madre, por ejemplo, en niños muy pequeños, el hecho de abrazar la pierna simbolizaría un acto de protección hacia su progenitora.

c) Victimización. Las acciones van dirigidas hacia los menores, de manera física o psicológica, por ejemplo, degradando a los hijos, negando su paternidad o haciendo mención a que su comportamiento es debido a ellos.

d) Participación. Los niños son presionados o aconsejados para que participen en la violencia generada hacia la madre, en ocasiones pueden ser utilizados como espías si

es que la mujer sale de casa o para mencionar frases que culpabilicen a la mujer y justifiquen el maltrato que recibe. En ocasiones, puede hacer tan propia la justificación de la violencia, que puede participar en los actos mediante agresiones físicas o apoyo al maltratador.

e) Testigo. El niño se encuentra presente en la agresión sin embargo no participa en ella, solo es un observador y escucha lo que pasa.

f) Escucha. Algunas de las acciones que llevan a cabo los padres en búsqueda de que los niños no estén al tanto de lo sucedido entre ellos, es pedirles que cambien de habitación, salgan a jugar, o vean la televisión. Sin embargo, los niños pueden alcanzar a escuchar las discusiones entre sus padres; aunque no lo estén observando, la capacidad imaginativa en los primeros años permite crear una imagen lo suficientemente cercana a la realidad.

g) Observación de consecuencias iniciales o inmediatas. Si no lo presenciaron durante el momento, probablemente puedan observar golpes en la madre, nerviosismo o algún malestar anímico. También, pueden notar la posible ausencia del padre o que éste se encuentre de “mal humor”.

h) Experimentación de secuelas. Aquí se pueden considerar como consecuencias a largo plazo, en caso de que la mujer haya optado por la separación, es probable que le tome algún tiempo establecer un control sobre sus emociones y recuerdos, además de un posible cambio de domicilio, disputas legales por la custodia y en ocasiones vivir con la ausencia de la madre debido a su asesinato.

i) Escuchar sobre eventos pasados. En caso de que no existan muestras fehacientes de lo sucedido, ya sea porque no se encontraban en el momento (o inclusive porque

aún no habían nacido), pueden llegar a ser de su conocimiento a través de los propios padres o de los familiares por distintos medios.

j) Ignorancia acerca de lo sucedido. Es un punto complicado, aún más considerando nuestra cultura; sin embargo, se engloban aquí hechos que sucedieron fuera de casa, en algún viaje o mientras el niño dormía. Considerando que en ninguna ocasión posterior se hizo mención de estos hechos.

La consideración de los menores testigos de violencia se plantea desde el marco legal y universal de los derechos de los niños (Orjuela, 2015) ya que es parte del reconocimiento necesario a su derecho de protección y de justicia. Reconocer el daño que produce desarrollarse en un ambiente permeado por la violencia y la desigualdad dará como resultado niños que son aterrorizados en algún sentido. Por ello, la UNICEF, en la observación general número 13 (2011), señala “el papel central de la familia en las diferentes estrategias de cuidado y protección de los niños” (p.28) mencionan así que las familias, familias ampliadas y de acogida, serán las mayormente indicadas para proteger a los niños y buscar la prevención de la violencia. Ellos, deberán prestar apoyo a los niños y podrán proporcionarles aquellos medios para su protección mediante el fortalecimiento de la vida familiar y participarán activamente desde la prevención; sin embargo, el mismo comité señala que gran parte de la violencia de la cual son víctimas los niños (como anteriormente vimos) e incluido el abuso sexual se desarrollan en el contexto familiar y menciona la necesidad de intervenir en dichas familias.

El resguardo de los derechos de los niños no se extralimita a sus cuidadores primarios únicamente, sino también a instituciones creadas y fundadas para la asistencia de este, secretarías educativas y de salud, en resumen, al gobierno mismo y una sociedad que debe exigir dicha demanda.

1.6 Factores alrededor de la violencia

Para mencionar los factores que existen acerca de la violencia, se pondera el punto de vista desde el modelo ecológico, a partir del cual se puede entender que es resultado de factores que operan en distintos estratos de la vida y que están interrelacionados entre sí; por ello, se consideran cuatro niveles: individual, relacional, comunitario y social.

1.6.1 Factores protectores

Para el término de factor protector, tomaremos como marco de referencia lo mencionado por Fernández & Gómez (2007), quienes lo utilizan para referirse a las distintas variables que están relacionados con una reducción en la probabilidad de ocurrencia de algún problema y que se encuentran asociados con la disminución de la vulnerabilidad de las personas ante factores de riesgo (o ante la presencia de problemas).

Dentro de los factores protectores individuales se encuentran, una mayor edad de la mujer y una madurez cognitiva, nivel elevado de escolaridad, un mayor número de hijos, haber tenido uniones o relaciones previas, que sea la mujer la administradora y que ésta trabaje o tenga un sustento económico mediante el cual no sea completamente dependiente de su pareja, no haber vivido episodios de violencia durante la infancia (Casique, 2010).

Dentro de los aspectos relacionales, que exista mayor comunicación entre la pareja, que alguno de los dos, o los dos, asistan al psicólogo (o hayan asistido), el hecho de que ambos compartan las responsabilidad y decisiones sobre los hijos.

Por último, pertenecer a un ambiente o zona urbana, tener acceso a servicios básicos de salud y educación así como buenas redes de apoyo social dentro de la comunidad en la que se desarrollan, apoyo por parte de los sistemas legales en caso de ser requerido, y también para el caso de realizar normas y leyes que permitan la sana convivencia entre hombres y mujeres a través del reconocimiento de derechos equitativos para cada uno.

Uno de los factores de protección para la violencia de pareja es la red de apoyo social con la que cada mujer puede contar, ya que en un estudio realizado por Plazaola-Castaño, Ruiz-Pérez & Montero-Piñar (2008) demuestran que aquellas mujeres que cuentan con una sólida red presentaban una probabilidad 89% menor de sufrir maltrato de la pareja que aquellas mujeres que no contaban con una; y en caso de aquellas que contaban con red social pero sí fueron maltratadas, mostraron una probabilidad 86% menor de volver a ser maltratadas por la pareja actual. Debemos entender que esta red de apoyo no se restringe a solo contar con amigos y familiares, sino también con vecinos y a ser proactivo a mejorar su entorno. Esta red será más sólida en la medida que la persona se interrelacione con dichas personas en las actividades que se pueden llevar a cabo en su vecindario, comunidad o colonia.

1.6.2 Factores de riesgo

Se define como factor de riesgo la conceptualización realizada por Fernández (2007) quienes mencionan que son las variables que anteceden o están siendo producidas de manera simultánea con algún problema y que están relacionadas con un incremento en cuanto a la probabilidad con la que éste llegue a manifestarse, por lo tanto, están asociadas por espacio y tiempo, aunque no signifiquen una relación causal. Los factores de riesgo pueden verse como acumulativos; entre más cercanos estén en una relación de temporalidad, mayor será

entonces la probabilidad de que el problema aparezca e incluso pueden generar más de uno a la vez.

Describiendo los cuatro aspectos en los que impacta (OPS, 2013), se puede observar que se dividen tanto para hombres como para mujeres, uno como agresor y el otro como víctima. Para el caso de que el hombre cometa un acto de violencia dirigido hacia su pareja están la juventud (asociada con un menor control de emociones), un bajo nivel de instrucción (relacionado con la escolaridad del agresor), haber sido testigo o víctima de violencia durante la infancia, consumo nocivo de alguna droga, que el hombre tenga un trastorno de personalidad, aceptación de la violencia y su normalización, y antecedentes de maltrato de alguna pareja anterior a la actual. Para el caso de las mujeres víctimas de violencia, el bajo nivel educativo, ser víctima de violencia o testigo de esta en la infancia, haber sido abusada sexualmente en la niñez, una aceptación y normalización de la violencia y ser expuesta con anterioridad a otra forma de maltrato.

Para los factores relacionales se encuentra el conflicto o insatisfacción dentro de la relación, el hecho de tener dificultades económicas, tener dominio de los varones dentro de la familia a la cual se pertenece, que el hombre tenga múltiples compañeras sexuales y el existir una disparidad de logros educativos; en este caso, que la mujer tenga un nivel escolar más alto que el del hombre.

Para los factores comunitarios y sociales, el hecho de la inexistencia de normas sociales equitativas entre los géneros, la pobreza en la comunidad y la falta de acceso a servicios básicos, baja posición social y económica de la mujer, sanciones jurídicas débiles,

conflictos armados y altos niveles generales de violencia y aceptación social de la misma como una manera para resolver conflictos.

A su vez, dentro de los factores de riesgo se pueden encontrar de dos tipos. Los que son concernientes a una mujer maltratada y los respectivos a un hombre maltratador. Odriozola y del Corral (2004) mencionan que existen señales de alerta que orientan hacia la detección temprana de un varón potencialmente violento en el hogar y delimitan un perfil mediante las siguientes características: es excesivamente celoso, posesivo, se irrita fácilmente, no controla sus impulsos, bebe alcohol en exceso, culpa a otros de sus problemas, experimenta cambios de humor bruscos, comete actos de violencia y rompe cosas cuando se enfada, cree que la mujer debe estar subordinada al varón, ha maltratado a otras mujeres, tiene una baja autoestima.

Como se puede observar, la violencia en general y, específicamente la violencia de pareja orientada hacia la mujer impacta en distintas áreas como pueden ser la socioafectiva, laboral, educativa, económica o biológica. Además del impacto que puede tener en las distintas áreas, puede influir o no en el desarrollo de las personas quienes pertenecen a la familia, específicamente en el desarrollo de la psicopatología infantil en los hijos. A continuación, se revisan las definiciones, orígenes, así como los factores de riesgo y protección.

CAPÍTULO 2 PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

2.1 Definición

Para obtener una definición que busque acercarse al enfoque utilizado en esta tesis, se ocupará el término de psicopatología del desarrollo, el cual se enfoca principalmente en el estudio de la psicopatología en relación (y considerando la perspectiva) a los cambios comunes que ocurren en el ciclo vital. Por ello, es importante tomar en cuenta los aspectos físicos, cognitivos, socio-emocionales y educativos (Gómez-Maqueo, 2013). Se debe considerar los factores de riesgo que, en el inicio de dicho concepto, fueron revisados y tomados en cuenta para entender lo anterior. Dentro de estos factores de riesgo, esencialmente para la población infantil fueron 1) la enfermedad mental y ansiedad por parte de la madre, 2) malos estilos de educación hacia el hijo, 3) falta de educación en las figuras parentales, 4) pertenecer a un grupo minoritario, 5) estilo de interacción inadecuado, 6) falta de apoyo familiar, 7) sucesos de vida estresantes, 8) maltrato de padres o cuidadores y 9) bajo nivel socioeconómico.

2.1.1 Normalidad y anormalidad

Los conceptos de normalidad y anormalidad han sido definidos a través del tiempo y de la cultura. A partir de cada cultura se ha obtenido una concepción distinta, aunque a nivel internacional se busca la unificación de términos para facilitar de difusión y el intercambio de información. Por ejemplo, en la cultura nahua describían tres entidades anímicas que conformaban al ser humano. Ellos mencionaban que el *tonalli* estaba concentrado en la cabeza y su función primordial era relacionar al hombre con el cosmos ya que mediante éste se generaba el pensamiento. La *teyolía*, se concentraba en el corazón y vinculaba las emociones, la voluntad y la memoria. Por último, el *ihíyotl* el cual se concentraba en el hígado

y se relacionaba con la fuerza pasional, ya fuese el valor o el deseo (Solloa, 2016). Y sí, a lo largo de la historia se pueden encontrar distintas explicaciones que han logrado formar los conceptos de hoy en día.

Para obtener las definiciones Canguilhem (1996 citado en Solloa, 2016) menciona que hay dos maneras de aproximación hacia lo patológico. La primera es el punto de vista ontológico, el cual conforma una visión excluyente donde la salud y la patología no pueden existir al mismo tiempo y sitúa al ser humano enfermo como una entidad que ha perdido algo y que le puede ser restituido. Por otro lado, el punto de vista dinámico contempla a la enfermedad como algo natural y que tiene la función de recuperar el equilibrio por lo que la enfermedad no tiene una localización exacta, sino que se encuentra en todo el cuerpo.

Tomando a consideración los diferentes ambientes que pueden ser influyentes para que se desarrolle la psicopatología infantil y a su vez, que estos ambientes pueden ser impactados a causa de la psicopatología, para esta investigación se optó por la postura dinámica donde se aceptan los procesos como naturales y orientados hacia un punto de equilibrio para la persona. Además de la postura dinámica, se complementó utilizando el modelo estadístico ya que da la facilidad de contrastar un caso contra la muestra misma.

También fue considerado el modelo sociocultural en donde tiene que ver lo deseable por la sociedad (lo aceptado culturalmente, la deseabilidad social) y debe verse inclusive, dentro de la región en donde se realiza la investigación. Sin embargo, dentro de este modelo se debe considerar que una sociedad o pueblo puede seguir tradiciones que en otros lugares son considerados como patológicos o anormales (Solloa, 2016).

Al menos durante los dos últimos siglos la postura tomada con respecto a la psicopatología infantil se ha visto modificada de acuerdo con la corriente teórica desde la cual se aproxime (Wenar & Kerig, 2005). A continuación, se mencionaran las más relevantes:

1. Modelo médico. En este modelo se asume que la salud y la enfermedad son determinadas por agentes orgánicos, produciéndose a través de desequilibrios en las sustancias o estructuras corporales.
2. Modelo conductista. Contiene tres conceptos fundamentales; el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y la imitación. En este modelo únicamente se consideran lo comprobable a través de la conducta, por lo tanto, la psicopatología se expresa a través del exceso o ausencia del comportamiento.
3. Modelos cognitivos. Su perspectiva tiene que ver con los niveles de procesamiento de cada persona, concibiendo que para llegar a un nivel superior debe superarse otros niveles inferiores. Los conceptos de asimilación, acomodación y equilibrio son fundamentales en esta perspectiva.
4. Modelos psicoanalíticos. Parten de la teoría de que se tienen estructuras como el id, el ego y el superego las cuales contienen a los instintos primitivos, la sociedad y la mediación entre ambos. La psicopatología esta relacionada con el desequilibrio de estas estructuras mentales y contenida en los mecanismos de defensa.

2.2 Índices de prevalencia

Para comprender los índices de prevalencia que se muestran a continuación, se debe tener en claro que pueden variar según el tipo de estudio, el manual diagnóstico que se haya utilizado ya sea CIE-10 o DSM IV (o DSM V) o desde alguna otra perspectiva distinta.

Además, puede existir una gran varianza a partir de la institución en la que se realiza la investigación ya sea por los fines que persigue, o por la muestra con base en la cual se realizó la recolección de datos.

A nivel mundial se calcula que 20% de los niños y adolescentes presentan trastornos o problemas mentales (OMS, s.f.) y coincide con los datos encontrados por Orgilés, Méndez, Espada, Carballo & Piqueras (2012) quienes estiman que entre un 15% y 20% de una muestra de 2522 niños y niñas entre 8 y 17 años presentan algún tipo de trastorno por estrés, siendo el más frecuente el trastorno de ansiedad por separación, seguido por síntomas asociados a miedos físicos.

En un estudio realizado por Leija, Jiménez y Macías (2015) en Jalisco, encontraron que existe una media de cuatro en el número de diagnósticos presentes al mismo tiempo en niños y adolescentes; es decir, existe una alta comorbilidad de trastornos. Además, encontraron una correlación entre el bajo ajuste conyugal (ellos lo medían con una escala que apuntaba hacia cuatro factores distintos como consenso, satisfacción, cohesión y expresión de afectos) y las complicaciones que presentaban sus hijos, por tanto, si la percepción de este bajo ajuste conyugal era presentada por la madre, pero no por el padre (es decir, el padre reportaba un buen ajuste con su pareja, pero la madre no) aumentaba aún más la cantidad de diagnósticos del menor. A su vez señalan que esto puede ser indicador de patología por parte de la pareja; es decir, que ambas entidades (padres e hijos) se encuentran en un proceso que merece atención.

Heredia (2013) menciona las principales causas de demanda de servicios de salud pública en consulta externa para menores de quince años en la Ciudad de México y, de acuerdo con el CIE-10 son:

- Trastornos hipercinéticos 25.5%
- Trastorno mental sin especificación 11.95%
- Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación 7.41%
- Trastornos disociales 7.29%
- Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar 4.9%
- Trastornos del comportamiento social 4.38%
- Trastorno de las emociones 3.73%
- Trastornos generalizados del desarrollo 3.38%
- Trastornos mentales debidos a lesión, disfunción cerebral o a enfermedad 3.19%
- Retraso mental 2.98%

Actualmente, mediante los datos proporcionado por el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”, se encuentra que en los últimos 5 años se han atendido, ya sea en consulta externa o mediante el servicio de urgencias, un total de 20,238 menores entre 0 y 18 años. En este mismo lapso, 16,274 menores (80.4%) han sido atendidos en consulta externa, mientras que 3,964 (19.6%) en el servicio de urgencias. De la totalidad de los casos de hombres, el principal diagnóstico fue perturbaciones de la actividad y a la atención, seguido del trastorno general del desarrollo no especificado y otros trastornos hipercinéticos. Para el caso de las mujeres, el principal diagnóstico fue depresión moderada, seguido de perturbaciones de la actividad y la atención y el trastorno depresivo grave sin síntoma psicótico. Al respecto, Medina-Mora (2016) señala que existen catorce

años de diferencia entre el tiempo en el que inicia el problema y el primer contacto con algún tratamiento, lo que puede llevar a que el problema se agrave.

2.3 Incidencia dentro del desarrollo

Para retomar el enfoque que se aborda aquí, nos sirve como marco de referencia lo establecido por Wenar & Kerig (2006 citado en Caraveo & Soriano, 2013) quienes enfocan el desarrollo en relación con cinco contextos.

El primero de ellos es el contexto biológico e involucra un número de influencias orgánicas, como lo son los aspectos genéticos, neuropsicológicos y el temperamento que se dimensiona dentro de la personalidad y sus características; es decir, la forma de ser de cada individuo.

El segundo es el contexto individual y se refiere las variables psicológicas, el desarrollo cognitivo, emocional y las expectativas interiorizadas acerca de las relaciones con los demás, como el apego y el desarrollo moral.

El contexto familiar aparece en el tercer nivel y contiene la estructura familiar, estilos de crianza y tipo de relación con los padres. También incluye los límites parentales, conflictos interpersonales entre los padres, el maltrato y la violencia intrafamiliar. Ellos mencionan que se deben poner en relieve las cualidades de la familia que influyen en el desarrollo.

Posteriormente se menciona el contexto social en donde se ponderan las relaciones positivas e involucramiento que se tiene entre pares, como la amistad, así como considerar el papel que juegan los adultos que no pertenecen a la familia, como profesores o entrenadores deportivos.

Por último, el contexto cultural que se refiere a factores como son la clase social, la raza, etnia, así como las normas culturales y las expectativas.

Dentro del marco anterior se analizan las repercusiones de la violencia de pareja en la psicopatología infantil. Así Ramírez y cols. (2014) mencionan que una de las consecuencias de la violencia de pareja es que puede incidir en una baja autoestima por parte del niño y puede ser reflejada en problemáticas para establecer contacto social con otros niños, inclusive al grado de sufrir acoso escolar, ya que estos niños pueden ser inseguros e incapaces de resolver conflictos por si mismos de manera positiva.

El hecho de vivir con violencia en los primeros años de vida hace que la percepción de ésta se modifique. En un estudio realizado por Vega y Moro (2013) con una muestra de 263 participantes encontraron que la percepción de la violencia está sesgada conforme a la edad, el número de hijos, el nivel de estudios y si se había sufrido de violencia en la infancia o no. Por ejemplo, las personas que consideraban haber sido maltratadas en su infancia, comparándose con aquellas que no lo habían sido, perciben que el hecho de ser hijo no deseado es la causa más relevante del maltrato. A su vez, los participantes que tenían hijos daban a la figura paterna una puntuación más alta como responsable del maltrato en las relaciones familiares que los que no tenían hijos.

Dentro de la conformación de la personalidad, en la edad adulta la información muestra que aquellas mujeres víctimas de violencia doméstica tendrán mayores probabilidades de que sus hijas sufran algún tipo de agresiones en sus relaciones, mientras que los hijos pueden ser probables perpetradores de violencia (González-Alexander, 2013).

2.3.1 Factores de protección

Dentro de los factores protectores individuales, el tener padres que sean capaces de demostrar afecto y cariño, con buenas prácticas parentales (estilos de crianza que favorezcan el desarrollo del menor) y se pueda desarrollar una estimulación acorde a las necesidades de los niños, es decir, que se interactúe con el niño a través de diferentes medios posibles (juego libre, lectura, actividades al aire libre) favorecerá el desarrollo inicial de los menores que puede considerarse desde el periodo prenatal hasta finalizada la etapa preescolar. Además, se deben incluir los cuidados de salud tanto del menor como de los padres (Pérez-Escamilla, Rizzoli-Córdoba, Alonso-Cuevas & Reyes-Morales, 2017).

Como otro factor protector individual contra los problemas en la salud mental, así como el uso de sustancias nocivas, es una correcta autorregulación positiva (Mason y cols., 2010). Sin embargo, dicha autorregulación está asociada a lugares favoritos en donde se pueden desarrollar ciertas actividades (como lectura, actividades deportivas o reflexiones) que puedan disminuir el estrés y mejorar el autoconcepto. Por ejemplo, el que un niño tenga algún lugar donde refugiarse, como la casa de un amigo o una actividad deportiva, significará un factor de protección en la medida que esto le permita canalizar sus emociones.

Dentro de los aspectos familiares, tener buena relación con los papás, así como el que ellos se lleven bien entre sí y tengan una función contenedora a las emociones del niño, facilitará que el menor se pueda adaptar de mejor manera a su entorno, es decir, al lugar donde vive, la escuela y las relaciones entre pares que genere.

Para los aspectos comunitarios, el sistema legislativo debe ponderar el bienestar del niño por encima de otros intereses, colocando aspectos como que la salud y la educación se

mantengan dentro de los derechos básicos universales de los niños (UNICEF, 1989) por lo cual se deben ofrecer la mayor cantidad de servicios que favorezcan el desarrollo; un sistema legal bien organizado que apoye desde la prevención estableciendo programas adecuados y pertinentes a las diferentes etapas de desarrollo logrará satisfacer las demandas de su población.

2.3.2 Factores de riesgo

Al igual que los factores protectores, los factores de riesgo se pueden dar inclusive antes del nacimiento del niño. En un estudio realizado por O'Connor (2002) con 7448 mujeres gestantes, encontró una correlación entre el estrés materno durante su periodo y los problemas comportamentales y emocionales de niños y niñas, siendo estos evaluados al año y medio del nacimiento; se encontraron diferencias significativas entre el comportamiento problemático del menor (problemas para dormir, berrinches) y si la mujer sufría de estrés durante el embarazo, siendo más probable que, mujeres que sufrían estrés tuvieran hijos con alguna problemática en su desarrollo. Además, en lo mencionado por Bogat, Levendosky, von Eye & Davidson II, (2011, citado en Alvarado, 2015), dicha exposición a la violencia afectará la relación madre-hijo, ya sea aquella que se establece durante el embarazo y la cual estará comprometida por la representación maternal, así como el apego establecido con el neonato, cuando estas mujeres ya no se encuentran expuestas y hasta los cuatro años de vida del niño. Sin embargo, estos autores también señalan que dicha relación podrá ser reestablecida (o establecida por primera vez) con los cuidados y atenciones necesarias.

Dentro de los factores de riesgo familiares encontramos; embarazos a temprana edad por parte de los padres; es decir, que el menor sea hijo de padres adolescentes puede

desfavorecer su desarrollo al carecer de personas con suficiente experiencia en diferentes ámbitos de la vida (Secretaría de Salud, 2012).

El abuso de drogas ya sea alcohol, cigarro, u otras, puede llevar al infante a ver la drogadicción como algo normal, facilitando el acercamiento hacia ellas. Vega-Arce & Núñez-Ulloa (2017) realizaron una revisión sobre las experiencias que son adversas en la infancia y ante las cuales se puede desarrollar una psicopatología. Entre ellas se encuentran las siguientes; maltrato de algún tipo (ya sea emocional, físico o sexual), tener una madre o madrastra que es tratada con violencia, abuso de sustancias en el hogar, tener algún familiar con edad mental menor a su edad biológica, separación de los padres por distanciamiento o por divorcio, que algún miembro de la familia sea encarcelado, abuso sexual, negligencia física o emocional, ser testigo de violencia, discriminación, tener un vecindario inseguro, amenazas, haber vivido en una casa-hogar, bajo nivel socioeconómico, victimización por pares, aislamiento o rechazo de pares y exposición a violencia en la comunidad.

Por lo anterior, cada individuo está rodeado de múltiples circunstancias que pueden favorecer o reducir el desarrollo de la psicopatología en general. Sin embargo, durante la infancia se está bajo la tutela de una o más personas quienes pueden ser los padres o no. Este hecho, conlleva a indagar acerca de si los padres o tutores con sus problemáticas, pueden aumentar el índice de prevalencia de la psicopatología infantil. A su vez permite preguntarse sobre los factores que pueden ser protectores de acuerdo con el lugar en el que se desarrolla o las personas con quienes se interactúa.

A continuación, se revisarán los modelos de intervención/atención, así como las estrategias viables para una detección de necesidades en una comunidad.

CAPÍTULO 3 Detección de necesidades y modelos de atención

3.1 Detección de necesidades

Rodríguez, Giménez, Netto, Bagnato & Marotta (2001) señalan que se debe tomar en cuenta la noción de necesidad buscando la identificación de aquellas que pueden existir en una comunidad y por medio de la asignación que le es atribuido por la comunidad para sí misma y poder establecer un orden jerárquico que permita la intervención a partir de la priorización, es decir, atender aquello que resalta como importante.

Montero (1991, citado en Rodríguez et al. 2001) plantea dos orígenes de necesidades. Primero, menciona aquellas que son normativas o inferidas y que son encontradas por un agente externo quien generalmente realiza el estudio y que analiza la realidad comparándolo con un canon preestablecido. Por otra parte, señala aquellas que son sentidas; es decir, las que son expresadas a partir de la comunidad (de sus propios integrantes).

Para realizar una evaluación en un contexto social, Fals Borda sugiere que “es necesario descubrir esa base para entender los vínculos que existen entre el desarrollo del pensamiento científico, el contexto cultural y la estructura de poder de la sociedad” (1980; p.72 citado en Borjas & Ortiz, 2008).

Aunado a lo anterior, Max Neef (1986, citado en Rodríguez et al. 2001) diferencia otros dos aspectos en cuanto a las necesidades y satisfactores, aclarando que, mientras las necesidades serán de carácter universal, podrán ser cuantificadas limitadamente y podrán ser clasificadas; los satisfactores serán objeto de múltiples variaciones de tipo histórico y cultural, es decir, pertenecerán mayormente a un espacio-tiempo en la que se esté desarrollando la intervención. También, deberá existir una articulación, un punto que logre

unificar los resultados del trabajo teórico con el práctico y asociarlo a su vez con lo que realmente quiere la comunidad, es decir, establecer un proceso de demanda que permita a los participantes sentirse afiliados a los objetivos del proyecto y que requerirá un análisis permanente para no desviarse de los objetivos.

A partir de lo anterior se retomaron los modelos planteados por Hombrados (2013) para la evaluación de las necesidades en una comunidad.

- a) Modelo de marketing.
- b) Modelo de discrepancia.
- c) Modelo de toma de decisiones.

Cada uno de ellos permite un enfoque distinto. Para el caso del modelo de marketing, se busca recabar información para conocer la población y así ofrecer los servicios necesarios, abierta a múltiples organizaciones interesadas en mantener a la población y satisfacerlos a través del diseño y prestación de servicios y programas.

En cuanto al modelo de discrepancia parte de la definición de objetivos a través de “lo que debería ser” preguntándose acerca de la situación actual “lo que es” y, por último, contrastando e identificando las discrepancias entre “lo que es y lo que debería ser”.

Para el caso del modelo de toma de decisiones, este permite un marco amplio ya que los participantes aportan más información sobre lo que pasa, así como optar y opinar sobre las mejores rutas que puedan existir. Por lo anterior, mediante las técnicas que se elijan, se puede obtener información, establecer puntos importantes en cuanto a las necesidades y procurar métodos adecuados para la intervención.

de Paul, Arruabarrena & Indias (2015) realizaron la implementación de un par de programas de protección al menor en España en los cuales se consideró realizarlos por etapas y la primera fue la exploración. En ella se analizaban los recursos con los que contaba la población, así como una detección de necesidades y las posibilidades de desarrollo que requería el mismo centro que impartiría estos proyectos.

Posteriormente existió una preparación por parte de los profesionales que permitiera entender los límites de ellos (grupo de trabajo) y los límites de la población misma, además de los alcances de cada uno y aquellos focos de atención. Por último, una aplicación que llevara incluidas revisiones constantes y evaluaciones tanto del equipo de trabajo como de la comunidad que participaba en el programa.

Shernoff, Hill, Danis, Leventhal & Wakschlag, (2014), proponen que la evaluación debe ser integral considerando (y estando presente) la casa, escuela y actividades extras, como lo puede ser un deporte. A partir de la teoría ecológica, que será revisada más adelante, se puede comprender que las personas verán modificados otros sistemas a partir de lo que puedan vivir en uno de ellos, es decir, los problemas de conducta que se presenten en la escuela pueden ser reflejo de las actividades realizadas en casa, así como el impacto que tenga la escuela en el menor, podrá modificar su conducta en el hogar.

Se debe optar por diferentes medios que permitan a la persona expresar sus pensamientos y emociones, como lo pueden ser; comics, audiovisuales, documentos descriptivos y explicativos dependiendo del nivel de desarrollo cognitivo del participante (Borjas & Ortiz, 2008) y se sugiere optar por la utilización de un diario de campo y/o recopilar

evidencias físicas como cuadernos, documentos, fotografías, filmaciones, registros de entrevista, entre otros.

Posteriormente, una vez que se ha obtenido un listado de las necesidades, se debe proponer una intervención y que debe contemplar según Mori (2008), los siguientes 8 pasos:

1. Un diagnóstico en el que se busca conocer a la comunidad desde sus antecedentes históricos y considerar su estructuración, es decir, que contiene en cuanto a servicios como escuelas, mercados, tiendas, áreas comunes.

2. Características del grupo que mostrarán cuáles pueden ser las rutas de incidencia conociendo y entendiendo que el grupo generalmente no es homogéneo y que los diversos actores en el proceso tendrán formas distintas de incidir en éste.

3. Evaluación de las necesidades del grupo, encontrar los problemas que acusan varios actores sociales y buscar evitar el sesgo mediante la confrontación de distintos métodos de investigación (por ejemplo, grupos focales contrastadas con entrevistas o instrumentos).

4. Diseño y planificación de la intervención en el cual se consideran todos los aspectos relacionados, desde el tiempo, los objetivos y metas, contrastados con lo que pasará en el momento (es decir, lo que quiero o espero que suceda comparado con lo que sucedió durante la sesión), así como los materiales utilizados.

5. Evaluación inicial mediante la detección del problema o los problemas centrales.

6. Ejecución e implementación que se lleva a cabo mediante la monitorización de las sesiones, haciendo uso de matrices que permiten relacionar las ventajas y desventajas del grupo.

7. Evaluación final, se recomienda elaborar lo mismo que en la fase de evaluación inicial, bajo parámetros idénticos que permitan contrastar antes y después que se haya finalizado el programa.

8. Diseminación y presentación ante la comunidad en donde se mencionarán los puntos relevantes, las complicaciones que se presentaron y aquellos puntos que faltó tratar, así como la participación de cada uno de los involucrados.

Con respecto a la violencia de pareja, la psicopatología infantil y la importancia de realizar una detección de necesidades se encuentra que, en Chile, existe un programa de atención comunitaria nombrado “Viviendo en Familia” (Gomez, Cifuentes & Ortún, 2012) y reportaron buenos resultados, pasando de un 19-31% de familias ubicadas en un rango fortalecido (en cuanto a la interacción familiar positiva) a un 66-76%, considerando un plazo de 3 años en una muestra de 543 casos. También se observó que en un inicio el 75% de todos los casos intervenidos mostraron problemas de protección (maltrato, negligencia, niños testigos de violencia intrafamiliar) y al momento de la evaluación final, se redujo al 26%.

Gómez, Cifuentes & Ortún (2012) encontraron que las mejores intervenciones propuestas en el programa “Viviendo en familia” fueron con más de 6 sesiones de terapia, más de 13 sesiones de entrevistas /consejerías en el centro, entre 6 y 12 sesiones de entrevistas/ consejerías en el domicilio y más de 13 sesiones de diferentes talleres psicoeducativos. En el caso de los talleres, Czalbowski (2015) explica las implicaciones necesarias como la pertinencia del tipo de atención, los materiales distribuidos entre el grupo solicitante, así como segmentación de acuerdo con edades y grados de maduración. Además, menciona como factor importante el hecho de que los menores puedan rescatar a través del

grupo; es decir, aspectos sobre su propio sistema de funcionamiento en múltiples situaciones, de las distintas tareas que se llevarán a cabo en el taller y éstas permitirán la incorporación de conocimientos nuevos y específicos en su vida cotidiana.

Existen evidencias empíricas que indican que la existencia de actividades extraescolares o de ocio (considerar un ocio bien dirigido, es decir, productivo y/o reflexivo) estructuradas a las que los adolescentes puedan ocupar su tiempo libre, se ve directamente relacionada con la competencia académica (mejores notas, mejor desempeño) y con el desarrollo tanto personal como social (Oliva, Antolín, Estévez & García, 2012) y mencionan que para tener una buena intervención deberán reunir una serie de características y son: una continuidad en el tiempo, estar acompañado de monitores preparados y capacitados para la resolución de dudas y evitación de conflictos, proporcionar una estructura predecible de normas que permitan la sana convivencia y establecimiento de rutinas o pasos a seguir lo suficientemente claros, facilitar el proceso de apoyo y aportar experiencias relevantes que desafíen las capacidades de los jóvenes.

Dentro de la segmentación por edades antes mencionada, aclara que es preferible hacerlo por rangos de dos o tres años, así como entender el proceso por el que cada uno puede estar pasando en su ciclo vital; es decir, no considerar como iguales ni con las mismas características a menores de seis años que aquellos quienes tienen catorce. También, sugiere la participación en grupos diádicos en los que puedan estar incluidos las madres y sus hijos, en los que puedan compartir sus experiencias y contrastarlas con los procesos por los que otras familias también estuvieron pasando. A través de ello, podrán identificar y deconstruir mitos dañinos en torno a las relaciones de pareja, los cuidados parentales y la violencia de

género, además de poder explorar sus emociones y resolver los conflictos generados en esa etapa.

3.2 Definición y tipos de intervención/atención

Los conceptos de intervención y atención se mencionan de manera conjunta debido a que existen complicaciones para lograr hacer una distinción entre ambas, sin embargo, algunos autores consideran que la intervención es un tipo de atención y no conceptos similares.

Moreno (2008, citado en Montero, 2012) señala que, a pesar de la complejidad para definir estos conceptos, se pueden generalizar en la siguiente expresión: “actuar y ejercer una acción sobre algo. Un sujeto activo que, viniendo de fuera, entra con su acción en una realidad externa a él y la transforma (...) supone un sujeto fuente de la acción, y un objeto, paciente de ésta” (p. 9).

De acuerdo con la definición anterior, podemos adoptar los niveles de intervención propuestos por Bardos (2008) y son los siguientes:

a) Nivel individual. Es uno de los más solicitados y al que se le ha dado mayor priorización pero muestra una atención limitada con respecto a la cantidad de personas en las que se impacta. En este nivel, el psicólogo trabaja con una sola persona buscando reducir o superar alguna problemática, buscando eliminar o modificar comportamientos que pongan en riesgo la integridad de esta, adquirir o potenciar hábitos saludables y afrontar alguna enfermedad (como alguna drogodependencia).

b) En pareja o familia. A ella asisten cuando están implicados dos o más miembros de la familia en alguna problemática, para reconocer aquellos puntos que les generan

conflicto y una manera sana de resolverlos a través de cambios positivos que cada individuo pueda realizar. También, permite promover pautas de comunicación e interacción para mejorar el ambiente en el hogar. Generalmente, es acompañada por un proceso individual para cada miembro involucrado.

c) En grupo: principalmente se usa cuando varias personas presentan un problema (o problemas similares) o se tenga un objetivo en común, esperando que se muestren participativos en la resolución de este. Tiene un amplio espectro de incidencia ya que el tiempo del tratamiento generalmente es el mismo que para la intervención individual. A su vez permite contrastar ideas y opiniones con pares, generando cohesión y facilitando el proceso de aprendizaje, tanto en lo social como en lo cognitivo.

Estos niveles de intervención podrán ser aplicados desde distintos modelos utilizados en la psicología y permiten establecer las pautas en la toma de decisiones con respecto al tratamiento. Los modelos más seguidos o utilizados de acuerdo con Solloa (2016) son los siguientes:

a) El modelo médico u orgánico. En él, se clasifican en tres vertientes de trastornos o enfermedades las cuales son de tipo infeccioso (causado por bacterias o virus), traumático (causado por golpes o sustancias tóxicas) y sistémico (causado por distintas alteraciones de un órgano o un sistema de órganos).

b) El modelo comunitario. Parte de la teorización de que la conducta humana depende de la interacción de la persona con su medio ambiente, además, incluye aspectos ambientales, interpersonales y sociales. Considera que la persona puede requerir la creación de nuevos recursos y/o alternativas sociales y tiene el potencial de desarrollar las propias competencias

personales y se enfoca principalmente en la prevención primaria que interviene en la evitación del surgimiento de futuros problemas. El papel del psicólogo parte desde la función psicoeducativa que permita formar a otras personas y se enfatiza en el primer contacto en los casos de crisis (ya sea por catástrofes naturales o procesos de duelo y tentativa de suicidio).

c) Modelos psicodinámicos. En ellos existe un determinismo ya que el comportamiento está influido por factores intrapsíquicos y existe un énfasis en el papel que juega el conflicto en el desarrollo, tanto en el progreso a etapas posteriores como en el retroceso o estancamiento y, en general, se consideran los primeros años de vida como fundamentales, inclusive para que se contemple el desarrollo de la personalidad solo hasta la adolescencia.

d) Modelos fenomenológicos. Como principales exponentes tendremos la terapia centrada en el cliente, la terapia gestáltica, el análisis transaccional, psicodrama y la terapia existencial y, en general, mencionan la existencia de una autonomía personal y una responsabilidad social ya que el ser humano es capaz de dirigir su propio desarrollo y tiene la posibilidad de tomar sus propias decisiones; por lo tanto, serán ellos mismos los responsables de sus actos. También, buscan un actuar en el aquí y ahora, por lo cual se acentúan sobre la experiencia inmediata y la liberación de emociones durante dicho proceso.

e) Modelos conductuales y cognitivo-conductuales. Supone que la mayor parte de las conductas consideradas inadecuadas se adquieren, son mantenidas y cambian según los mismos mecanismos que regulan las conductas consideradas como adecuadas. Busca la modificación de conducta a través de principios psicológicos, especialmente aquellos

relacionados con el aprendizaje y están más apegados a un modelo médico al apoyarse en una metodología científica lo más rígida posible.

f) Modelos sistémicos. Toma especial relevancia el papel que le otorgan a los sistemas interpersonales, es decir, la conducta y experiencia de un miembro de cierto sistema y las consideraciones del resto de los miembros. Existen una serie de procesos que permiten comprender la naturaleza y el comportamiento del sistema. Dentro de esta orientación, los trastornos psicológicos surgen cuando, en la búsqueda de adaptación interpone un pensamiento, sentimiento o manera de actuar que resulta perjudicial para una persona y cuando ella intenta cambiar sus funciones o pautas de interacción dentro del sistema sin tener la capacidad y/o poder suficiente para sortear.

Una vez revisado lo anterior, se considera el modelo ecológico dentro de los modelos sistémicos y los modelos comunitarios. Se retoma lo postulado por Hombrados (2013, p. 106) quien considera que para la metodología dentro de la acción comunitaria se deben tener en cuenta los siguientes elementos:

- a) Centrarse en colectivos y/o grupos de personas.
- b) Buscar objetivos de potenciación, desarrollo, competencia y prevención.
- c) Ser desarrollado y pertinente al contexto en el cual es generada la problemática.
- d) Analizar tanto las necesidades como los recursos del grupo.
- e) Optar por la utilización de modelos conceptuales supraindividuales.
- f) Maximizar la iniciativa y buscar la participación del propio colectivo o comunidad para poder realizar la intervención.
- g) Considerar una perspectiva multidisciplinar.

3.3 Modelo ecológico

Urie Bronfenbrenner, quien propone la teoría ecológica, nació en la ex Unión Soviética el 29 de abril de 1917 y a los 6 años, él y su familia, emigraron a Estados Unidos. Sin embargo, en este cambio, que significó una “transición ecológica” (es decir, un suceso que supone un cambio de rol o de entorno) provocó que su madre estuviese melancólica y promoviendo en su hijo, Urie, el conocimiento de la literatura rusa para que éste no olvidara los orígenes de su familia (Gifre & Guitart, 2012).

Debido a que su padre se volvió investigador en la “Institución del Estado de Nueva York para el Retraso Mental”, Urie creció cercano al ambiente psiquiátrico y comprendió el efecto que tiene el contexto ecológico en la arquitectura psicológica y el desarrollo de las personas. Una vez graduado como doctor, fue enviado a lo que actualmente es la C.I.A. y conoció a psicólogos reconocidos como Tolman, Newcomb, Lewin y Hoffman. De ahí parte la especial influencia que tuvo Kurt Lewin en Urie para el desarrollo de su teoría. Posteriormente, desde 1948 y hasta su muerte en 2005, perteneció como catedrático e investigador a la Universidad de Cornell (Sepúlveda, Henríquez & Godoy, s.f).

Entre algunas de sus aportaciones, se encuentran sus múltiples libros y artículos publicados, algunos en colaboración con otros autores y de haber sido el co-fundador de uno de los programas educativos comunitarios más significativos de Estados Unidos de América, conocido como “Head Start” (Gifre, et al. 2012) y que fungió como un programa de intervención multinivel para personas de bajos recursos.

Bajo la propuesta del modelo ecológico cada agente se percibe en desarrollo y con dinamismo, viendo a cada individuo como perteneciente a distintos entornos que pueden

modificar su conducta pero que, a su vez, el individuo puede tener una alta influencia en su medio ambiente. Lo anterior significa y requiere de una acomodación mutua entre el ambiente y la persona (Garcia, 2001) formando una relación recíproca. Así, Bronfenbrenner (1987) propone lo siguiente (ver diagrama 1):

- Microsistema que corresponde a todas las actividades en las cuales interviene la persona en un entorno determinado en el que participa, por ejemplo, la familia.
- Mesosistema incluye las interrelaciones de dos o más entornos (microsistemas) en los que la personas en desarrollo participa.
- Exosistema en donde se agrupan aquellos entornos en donde la persona no está directamente incluida, pero en los que se producen circunstancias que pueden afectar a lo que ocurre en el entorno de la persona, por ejemplo, la construcción de un centro deportivo o una vialidad.
- Macrosistema el cual engloba los marcos culturales e ideológicos y que permean transversalmente a los sistemas de menor orden.
- Cronosistema entendido como el momento en el que sucede el desarrollo, la periodicidad de éste y la interrelación con los otros sistemas. No puede ser visto como uno más, sino como parte del dinamismo de los otros (García et al. 2001).

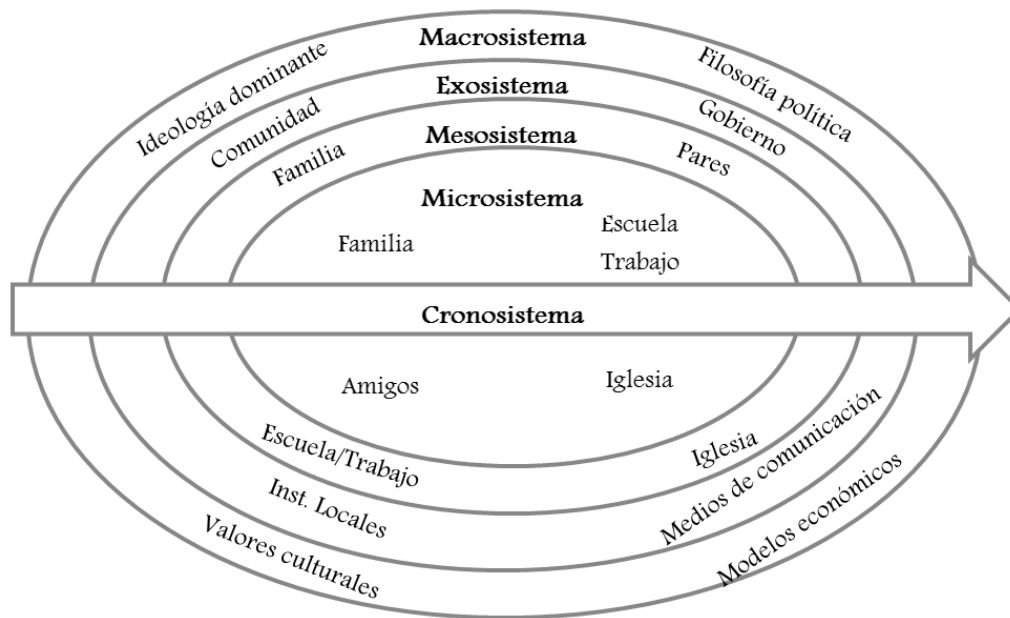


Diagrama 1. Orden de los sistemas establecidos en el modelo de Bronfenbrenner recuperado de Hombrados (2013, p. 33).

En este modelo toma gran importancia las relaciones que el niño establece en sus primeros años pues se consideran como aquellas que le nutrirán para el desarrollo en un futuro próximo, dotándole de herramientas para la convivencia entre diferentes sistemas.

El modelo ecológico ha sido parte de múltiples propuestas de intervención en ambientes que han requerido variadas herramientas para lograr solucionar una problemática, principalmente en aquellos de tipo hospitalario o de atención y servicios comunitarios.

Entre ellos, y como lo señala Hombrados (2013), analizar la situación mediante el modelo ecológico, permitirá dar una panorámica en cuanto a la comprensión de una problemática en la que todos los sistemas descritos se encuentran comprometidos. Por ello ha sido utilizado para analizar comunidades e impactar en la prevención en familias en situación de riesgo, prevención del consumo de drogas en población juvenil, inmigración o las relaciones que se establecen entre pueblos interculturales.

Un ejemplo de ello es la propuesta de intervención y atención en psicooncología realizada por Torrico, Santín, Andrés, Menéndez & López (2002) en donde se plantean los niveles de intervención en ambiente hospitalario y ambulatorio para lograr una red de apoyo que atendiera las necesidades de los pacientes, la cual brinde el apoyo necesario durante el transcurso de la enfermedad, buscando reducir en la mayor parte las afectaciones en su vida cotidiana. Estos autores consideran al paciente como una persona en progresiva acomodación a sus entornos inmediatos (también cambiantes) como lo son la familia, amigos y hospital, y se ve influida por las relaciones que se establecen en dichos contextos.

También, se realizó una investigación para conocer la cultura sexual de los adolescentes en Colima (Uribe, Covarrubias & Andrade, 2008) considerando cómo vivían su sexualidad en diferentes ambientes como la familia, los amigos o su pareja y que arrojó importantes datos cualitativos. Sin embargo, los autores reconocen la limitación del modelo por el tipo de pruebas que se utilizan para la investigación (como lo son los cuestionarios o las entrevistas) mencionando que, en algún momento, puede existir un sesgo por parte de los investigadores.

Considerando que el modelo ecológico permite la comprensión del desarrollo estaremos entonces orientados a la existencia de la necesidad de articular apoyos funcionales, sociales, políticos y culturales que las familias puedan requerir para poder desarrollarse y ser orientados hacia metas positivas (García, 2001). En la detección y establecimiento de metas, deberán ser las familias quienes planteen éstas, así podrán tener mayor apropiación de ellas.

3.3.1 Consideraciones sobre la violencia de pareja y la psicopatología infantil

Desde el modelo ecológico, la violencia se observa como un fenómeno relacional en el cual convergen distintas variables que van desde el microsistema hasta el macrosistema, adquiriendo mayor relevancia aquellas acciones que facilitan, permiten, justifican y aumentan la violencia (Martínez, Robles, Utria & Amar, 2014).

Con el modelo planteado se puede dilucidar los alcances y los factores que se encuentran en juego tanto para el desarrollo de la psicopatología infantil como para la violencia de pareja. Para ambos, es importante realizar un análisis de los factores que se encuentran en interacción, detectando cuales son los primordiales y que juegan el papel de un factor de riesgo o un factor protector.

Para el caso de la violencia de pareja, podemos encontrar los siguientes aspectos importantes a mencionar.

En su microsistema. Para la madre se podrán observar conflictos a nivel familiar, en el desarrollo con sus padres y sus hijos, así como en la propia seguridad y autoestima con la que dicha persona cuenta. Puede tomar decisiones y comportamientos que busquen la evitación, así como culpabilizarse por lo que pasa y sentirse insuficiente en la protección ofrecida a los hijos (Gómez, Cifuentes y Ortún, 2012).

En el mesosistema, donde se centran las relaciones entre varios sistemas, si la mujer tiene un trabajo, podrá verse afectado en el desempeño de esta debido a las faltas por lesiones (o por los problemas generados en la rutina familiar), por la falta económica para lograr asistir a él, así como las quejas psicósomáticas que muchas mujeres llegan a desarrollar (Duque, 2011) y que pueden causar no asistir. Para el caso de los círculos sociales, como lo pueden

ser los familiares o amigos, podrá existir un distanciamiento por las ideas que la mujer maltratada mantiene sobre su relación, podrán no concordar con las contrapuestas por sus círculos. Por ejemplo, una mujer violentada puede mencionar “me pega porque me quiere y así nos hemos llevado siempre”; sin embargo, su círculo de amigos podrá decirle una opinión opuesta, generando el distanciamiento antes mencionado. A su vez, la violencia física o verbal, la mayoría de las veces es evidente y puede ser detectada por los vecinos al notar que está viviendo esa pareja. Los primeros centros de contacto son las unidades de atención médica (pública o particular y tomadas en cuenta como centros de contacto a nivel institucional) o por algún líder religioso. En caso de ser referida al sistema legislativo, se tiene conocimiento de que estas denuncias poco prosperan y dificultan la atención de la violencia (Muñoz et al, 2016). Como lo reportan Boira et al. (2013) existirá una exclusión por parte de la comunidad hacia la persona que sea violenta con su pareja y que puede afectar directamente al agresor, ya que se obstaculizarán el establecimiento de redes de apoyo y limitarán los recursos con los que el agresor contará.

En el macrosistema. Desde el punto de vista cultural hay una permisividad y justificación de la violencia en sus diferentes modalidades de expresión asociada a una necesidad y búsqueda de preservar la familia a pesar de las repercusiones en la salud y el bienestar (Boira, Carbajosa & Marcuello, 2013).

Siguiendo la misma línea, para el caso de la psicopatología infantil encontramos que en el microsistema, el proceso por el que pasa el menor de edad durante el desarrollo de alguna psicopatología no es fácil de entender por la falta de estudios dirigidos hacia los menores, ya que solo se recupera información de los padres o profesores. En México existe una importante prevalencia de diagnósticos hipercinéticos y es relevante mencionar el

aumento que existe en el diagnóstico de trastorno disocial y aquellos asociados a la ansiedad (Gómez-Maqueo et al, 2013). Por tanto, hay que tomar en cuenta entonces cómo estos niños empiezan a establecer relaciones a partir de lo que se le permite por la familia y de lo que su medio ambiente le exige.

En el mesosistema. Algunos profesores y/o escuelas buscan la inclusión de todos sus alumnos mediante la información y la concientización de los procesos que vive cada uno, lo que facilita la interacción y el establecimiento de redes sociales. Sin embargo, en otros casos, pueden ser señalados o vistos como “un niño problema”; rechazándolos en algún grado en su grupo de pares.

En el exosistema. Actualmente no existen métodos de prevención suficientes hacia alguna psicopatología o generales hacia toda la población de menores. El sistema legislativo tampoco ayuda en la implementación de más soluciones en materia de prevención y atención.

En el macrosistema. Se han premiado culturalmente actitudes y actividades que van en contra de medios adaptativos, como muestras exacerbadas de violencia y agresión, además de una diferencia en la expresión emocional de hombres y mujeres, siendo las mujeres percibidas como “sentimentales” y los varones como “duros/fuertes”; ante las situaciones complicadas.

Dentro de los sistemas establecidos por Bronfenbrenner, pueden existir otros subsistemas que son pertenecientes a los roles establecidos por la situación; es decir, que requieren diferentes subsistemas en donde aprendan y desarrollen habilidades diferenciadas, y que jerárquicamente, se ejercerán diferentes niveles de poder y responsabilidad. En general,

existen tres subsistemas dentro del familiar: el subsistema conyugal, el parental y el fraterno (Euiluz & Minuchin, 2004 citado en Ángeles, 2014).

Revisado lo anterior, se considera importante indagar acerca de los factores de riesgo y de protección que rodean a una comunidad, sea cual fuese. Esto permite un primer acercamiento para indagar aquellas necesidades de atención psicológica de primera importancia, conocer las características de la población, así como los recursos con los que se cuenta. Esto, además de ser un estudio exploratorio, puede sentar las bases para futuras investigaciones.

CAPÍTULO 4 MÉTODO

4.1 Planteamiento del problema

La violencia de pareja es uno de los principales problemas a nivel nacional por las múltiples repercusiones que tiene en todos los integrantes de la familia y todos aquellos que rodean a dicha pareja. Esto puede tener un impacto en el desarrollo de la población infantil, quienes viven situaciones estresantes al presenciar la violencia o ser partícipes de ella. Sin embargo, para lograr un cambio en la perspectiva que permita a la población entender la relevancia del problema se debe realizar una detección de necesidades, la cual permita reconocer las fortalezas y los recursos con los cuales cuenta la comunidad y así ofrecer programas lo más pertinentes posible, tanto para la violencia de pareja como la psicopatología infantil.

A su vez, esta investigación forma parte del Programa UNAM-DGAPA-PAPIIT IN 307016, realizado en tres etapas y donde este forma parte de la primera etapa; detección de necesidades de la comunidad y en el cuál se busca mejorar los servicios de atención psicológica en cuanto a temas como la violencia de pareja y la psicopatología infantil, mismos de los que se tiene poca información con respecto a la comunidad aledaña al Centro Comunitario.

4.2 Objetivo general

Detectar las necesidades de atención psicológica relacionados a psicopatología infantil y violencia de pareja, de los pobladores de las colonias Ajusco, Santa Úrsula y Ruíz Cortines, en la delegación Coyoacán, así como de la población que acude al Centro Comunitario de Servicios Psicológicos “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”.

4.3 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las necesidades de atención psicológica, relacionados a psicopatología infantil y violencia de pareja, de los pobladores de las colonias Ajusco, Santa Úrsula y Ruíz Cortines, en la delegación Coyoacán, así como de la población que acude al Centro Comunitario de Servicios Psicológicos “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”?

4.4 Tipo de estudio

Es un estudio descriptivo correlacional en el que se realizó la detección de necesidades obteniendo las características de la población para así proponer distintas líneas de investigación y atención en las cuales se debe trabajar. También se realizaron correlaciones entre los factores sociodemográficos y los índices de violencia obtenidos en los instrumentos.

4.5 Tipo de diseño

Es de corte transversal y no experimental.

4.6 Tipo de muestreo

Para la Muestra Clínica se hizo un muestreo intencional y no aleatorio solicitando la participación de los asistentes al Centro Comunitario, ya sea para atención propia o de algún familiar. En el caso de la Muestra que se conformó con la información de los pobladores de las colonias aleadas (ahora, Muestra Normativa) fue de tipo probabilístico aleatorio en donde se contabilizaron el total de las manzanas en cada colonia, se les asignó un número mediante aleatorización y se eligió una tercera parte, de manera aleatoria, de cada colonia para realizar la aplicación.

4.7 Participantes

Para las participantes de la Muestra Clínica, se consideraron aquellas mujeres que asistieron al centro comunitario solicitando algún servicio ya sea para sí mismas o para alguno de sus familiares, a nivel clínico o educativo.

El Centro Comunitario de Servicios Psicológicos “Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro” es parte de la Coordinación de los Centros de Formación para la Atención e Investigación en Psicología, los cuales establecen un vínculo entre la sociedad y la Universidad, siendo parte de la Facultad de Psicología, basados en el interés por formar profesionistas, enriquecer actividades académicas y establecer relación con distintos sectores públicos y privados. Son parte de las actividades de los distintos centros, el ofrecer tanto a la comunidad universitaria como al público en general, atención psicológica, educativa, social, atención en educación especial, sexualidad y adicciones. A su vez, cuenta con la norma de calidad ISO 9001:2008 lo cual garantiza la mejora continua y la supervisión constante.

En el caso de la muestra Normativa, se incluyeron a las pobladoras de las colonias Ruiz Cortines, Santa Úrsula Coapa y Ajusco quienes generalmente cohabitan con varias familias en la misma casa, aspecto que hace se tenga una gran población en la zona. Además de ello, cuentan con servicios médicos que están integrados mediante dos centros de salud. El agua potable es extraída de los pozos ubicados en la zona y mantiene una organización para la prevención de la delincuencia mediante las alarmas vecinales, proyecto que, de 2008 a la fecha, ha ayudado a esta población para disminuir los niveles de delincuencia en la zona. Cuentan con espacios recreativos, como lo son tres deportivos, que permiten la convivencia entre sus habitantes y que ofertan diferentes actividades como natación, artes marciales o

fútbol. Además, dentro de estas colonias se ubican dos centros comunitarios pertenecientes al gobierno donde se dan talleres, actividades recreativas y proyectos de desarrollo.

Para ambas muestras, únicamente se pedía la participación de mujeres que tuvieran una relación directa con los menores siendo las madres o tutoras. Se realizó la aplicación de los instrumentos a mujeres que tuvieran bajo su cuidado a niños de entre 4 y 16 años.

La muestra total contó con la participación de 335 mujeres quienes proporcionaron los datos de 452 menores de edad. La Muestra Clínica fue conformada por 137 mujeres con rango de edad de 21-63 años ($M=38.35$, $DE=8.34$) quienes proporcionaron datos de 148 menores ($M=9.86$, $DE=3.49$). En la muestra Normativa participaron 198 mujeres con rango de edad de 20-62 años ($M=36.7$, $DE=7.3$) quienes proporcionaron los datos de 304 menores ($M=9.2$, $DE=3.4$).

4.8 Criterios de inclusión

Para participar y ser incluidas en el estudio se consideraban dos aspectos; que la madre o tutora tuviera una edad entre los 15 y 65 años, teniendo bajo su responsabilidad a menores de entre 4 y 16 años.

4.9 Instrumentos

El primer cuestionario permitió conocer datos sociodemográficos entre los que se incluían el estado civil, la ocupación y la escolaridad de las madres o tutoras, si consumían o no alcohol y con qué frecuencia lo hacían, mismos datos que eran considerados por parte de las parejas actuales, fuesen éstos los padres o no de los menores.

El “Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico CBTD (Caraveo & Soriano, 2013) se desarrolló como “parte de la información que se recabó para estudiar la morbilidad

psiquiátrica en la población general adulta de la Ciudad de México” (Caraveo, 2006) obteniendo una consistencia interna adecuada ($KR=0.81$, con un rango entre 0.76 y 0.85). El punto de corte para definir “caso” se estableció utilizando el intervalo de confianza superior del percentil 90, obteniendo 5 síntomas. Durante la elaboración del instrumento, se obtuvo la información de 1685 menores, donde 16.3% estaba entre 4 y 5 años, 25.5% tenía entre 6 y 8 años, 30.9% entre 9 y 12 años y 27.4% se encontraba entre 13 y 16 años. De la puntuación global, se encontró que el 48.6% de la población de niños y adolescentes, resulto asintomática y el 17% reportó la presencia de un solo síntoma. La escala de este instrumento es dicotómica, preguntando la presencia o ausencia de una característica en particular y, en caso de presencia se considera también la edad de inicio.

También se utilizó la “Escala de Violencia e Índice de Severidad” (Valdez-Santiago, 2006) el cual tiene un Alpha de Cronbach= 0.99 y que al realizar el análisis factorial con rotación Varimax, muestra cuatro factores con cargas factoriales de cada reactivo mayores a 0.40 los cuales se identifican como violencia psicológica, violencia física, violencia física severa y violencia sexual, explicando un 62.2% del total de la varianza. Durante la estandarización del instrumento en 2006, se realizó la aplicación a usuarias de servicios públicos de salud de primer y segundo nivel, la cual estuvo conformada por una muestra de 22318 mujeres obteniendo un índice de 94% de respuestas y siendo el 50% de las encuestadas, menores de 40 años de las cuales, 56% se encontraban casadas, la escolaridad reportada era básica en el 68% de los casos, 54% reportaron dedicarse a labores del hogar mientras que 33% tenía algún empleo. Aquí, se detectó que el 33.3% de las mujeres tuvo alguna vez una relación violenta en donde el 79.4% de los casos era la pareja quien la ejercía.

El tipo de reactivos contenidos en el instrumento anterior eran de tipo Likert, donde se podía responder “Nunca”, “Alguna vez”, “Varias veces” y “Siempre”

El segundo cuestionario permitió conocer un poco más acerca de la situación de violencia que se presentaba en el hogar (éste, solo se respondía si había contestado de manera positiva a algún reactivo de la “Escala de Violencia e Índice de Severidad”) e indagaba sobre la presencia o no de los hijos, cómo reaccionaban estos y si se le consideraba como un aspecto influyente en el desarrollo emocional de los menores.

4.10 Procedimiento

Para la Muestra Clínica, se solicitó la participación de mujeres que estuvieran dentro del centro comunitario por atención a alguno de sus familiares o la suya misma. Se les proporcionaba información acerca del tipo de preguntas que contenían los instrumentos y una vez que accedían a participar en el estudio, se comenzaba la aplicación de los instrumentos mencionándoles que en cualquier momento podían dejar de responder. Se resolvían sus dudas acerca de la información del cuestionario y en este caso no se requirió de un consentimiento informado pues el centro solicita la firma de uno para brindar la atención requerida dentro del mismo.

En el caso de la Muestra Normativa se acudió de puerta en puerta a las casas de las manzanas previamente seleccionadas mediante aleatorización. La manera de seleccionarlas fue contabilizando la totalidad de manzanas por colonia, asignarles un número mediante números aleatorios a través de una página de internet y seleccionar una tercera parte de la misma manera, mediante números aleatorios. Una vez que alguien respondía, se le notificaba que acudíamos por parte de la Facultad de Psicología y del Centro Comunitario.

Posteriormente se daba la información sobre los criterios de inclusión del estudio y en caso de cumplir con las características y mostrar su deseo en participar se comenzaba con el procedimiento utilizado para la Muestra Clínica. Para la manera de responder los instrumentos, se hacía mediante entrevista por parte del aplicador previamente capacitado, ya que la mayoría de los reactivos debían ser ejemplificados o explicados para complementar su comprensión. Una vez concluido, se les proporcionaba información acerca del trabajo realizado en el Centro Comunitario, la oferta de atención psicológica y la formación de los alumnos. Se les entregaba un tríptico con las diferentes actividades dentro del centro y se solicitaba la firma del consentimiento informado.

Posteriormente se realizó la captura en bases de datos desarrollada en SPSS v 21.0. Con los datos obtenidos, se realizaron estadísticos descriptivos para conocer las características de la muestra para entender las fortalezas y puntos a trabajar con esta comunidad. También, se realizaron correlaciones entre los datos sociodemográficos y de antecedentes familiares con los índices de violencia y sintomatología infantil.

Por último, se realizó la comparación de las medias de los grupos mediante t-student y chi cuadrada para saber si existían diferencias significativas entre la Muestra Clínica y Muestra Normativa.

RESULTADOS

La Muestra Normativa, correspondiente a las colonias aledañas al centro comunitario se integra por la información de 304 menores de edad obtenida de 198 mujeres. Se realizaron estadísticos descriptivos para conocer las características de aquellas personas que acuden al centro comunitario. A continuación, se presentan los gráficos de los datos obtenidos.

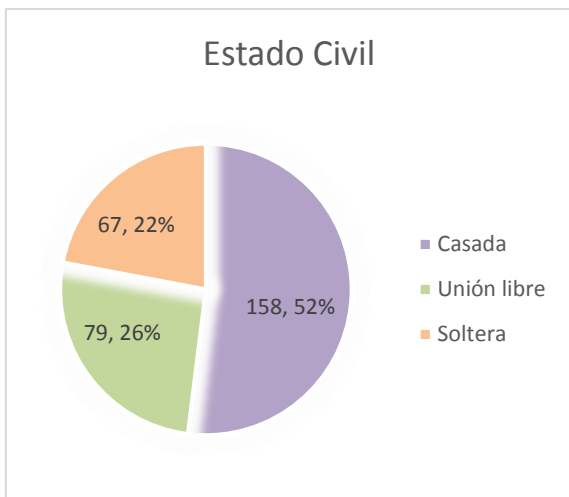


Gráfico 1. Estado civil de las participantes.

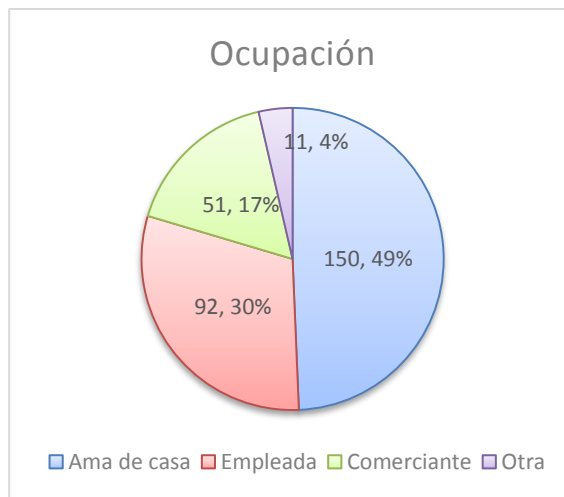


Gráfico 2. Estado civil de las participantes.

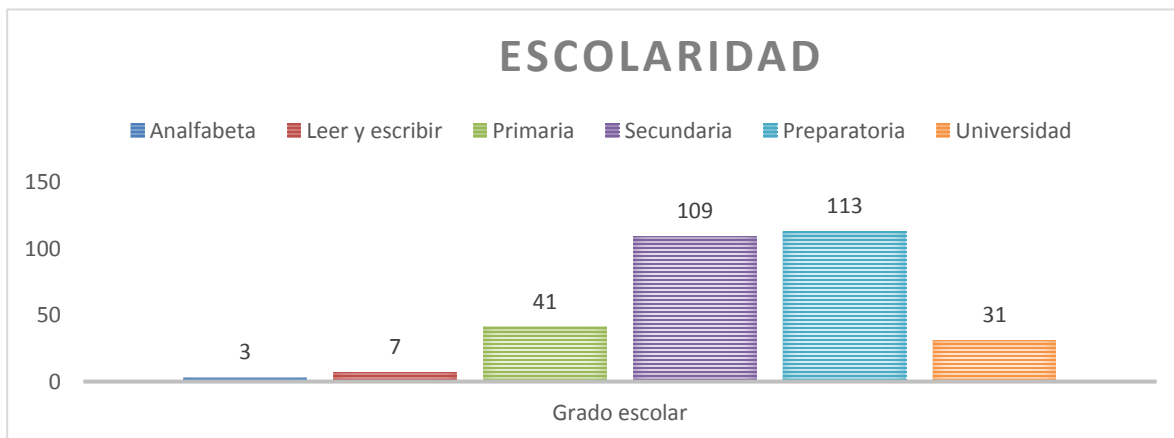


Gráfico 3. Escolaridad de las participantes. Se consideró el último grado cursado.

En el caso del parentesco con el menor, 9 mujeres reportaron ser la abuela del menor sobre el que proporcionaron información (3%), 3 mujeres (1%) reportaron ser la madrastra

del menor y 3 mujeres más (1%) tener otro parentesco distinto. El resto eran las madres biológicas.

En cuanto a la religión, 237 mujeres (78%) mencionaron ser católicas, 21 (6.9%) cristianas, 3 (1%) reportaron ser testigos de Jehová y 43 (14.1%) dijeron ser de otra religión o no tener alguna.

De las encuestadas, 231 mujeres (76%) reportaron que no consumen alcohol y 71 (23.4%) refirieron hacerlo ocasionalmente, una mujer reportó hacerlo varias veces (0.3%) y una más hacerlo casi siempre (0.3%).



Gráfico 4. Maltrato que vivieron las madres durante su infancia

En el caso de las parejas, 36 mujeres reportaron no tener una pareja actual o no haber vivido alguna relación de ese tipo. Por lo tanto, se obtuvieron los datos de 268 parejas, con una media de 39.22 años (D.E.= 8.19). Las edades van desde los 25 a los 62 años.

De las ocupaciones, 197 hombres (73.5%) son empleados, 38 (14.2%) son comerciantes y 26 (9.7%) son autoempleados y 6 (2.2%) mantienen otro tipo de empleo.

En el parentesco con el menor, 250 (93.3%) son los padres, 8 (3%) son los padrastros del menor, 3 (1%) son los abuelos y 6 (2.2%) tienen otra relación con el menor. Con respecto a la religión de la pareja, 205 hombres (76.5%) son católicos, 10 (3.7%) son cristianos, 3 (1.1%) son testigos de Jehová y 50 (18.7%) profesan otra religión o no tienen una.

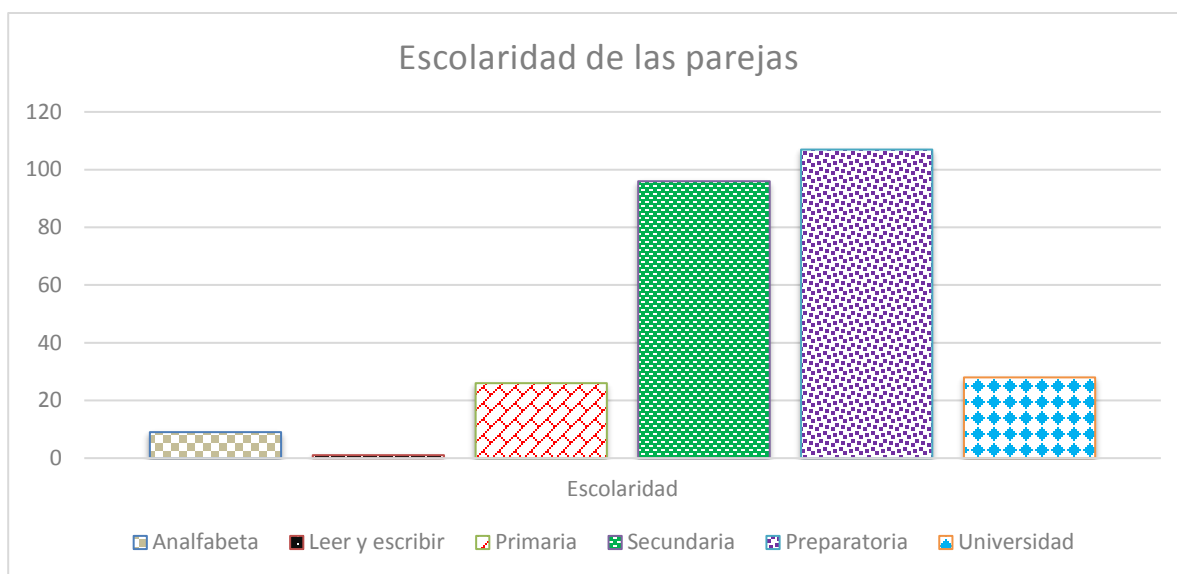


Gráfico 5. Escolaridad de las parejas de las mujeres participantes.

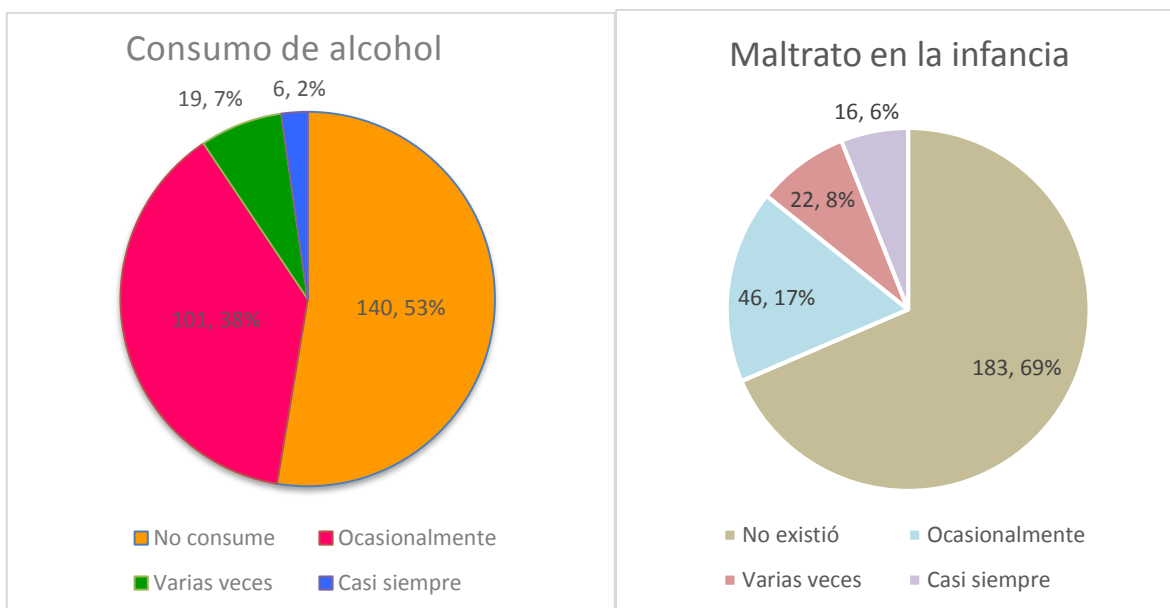


Gráfico 6. Consumo de alcohol de las parejas

Gráfico 7. Maltrato en la niñez de la pareja

En los datos obtenidos por medio de los instrumentos para la Muestra Normativa en la escala de violencia e índice de severidad se obtuvo que **91 mujeres (29.9%) viven violencia psicológica y 33 presentan caso severo de violencia psicológica (10.8%). 65 mujeres (21.3%) viven violencia física y 33 (10.8%) presentan violencia física severa.** Para el caso de la **violencia sexual, 29 mujeres (9.5%) entran en esta categoría y 21 (6.9%) califican para la categoría de violencia física severa y solo 72 mujeres puntuaron para el índice de severidad de violencia de pareja, es decir, solo el 23.6% es un caso significativo ante la presencia de algún tipo de violencia.**

En cuanto al cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico, se encontró que la impulsividad fue reportada en 98 menores (32.2%), hiperquinéticos en 78 (25.7%) y explosividad en 32 menores (10.5%). Además, 42 niños (13.8%) califican en 2 o más factores.

Al realizar correlaciones entre los datos sociodemográficos, los antecedentes familiares y la sintomatología infantil, así como los índices de violencia de pareja se encontraron los datos que se muestran en la tabla 1.

Tabla 1
Correlaciones para la Muestra Normativa

Valores	Correlación de Pearson
Escolaridad de la madre y sintomatología infantil	-.142*
Frecuencia en el consumo de alcohol y violencia sexual	.141*
Frecuencia en el consumo de alcohol e índice de severidad de violencia en la pareja	.114*
Antecedentes de maltrato en la niñez por parte de la mujer y violencia psicológica	.351**
Antecedentes de maltrato en la niñez por parte de la mujer y violencia física	.279**
Antecedentes de maltrato en la niñez por parte de la mujer y violencia sexual	.257**
Antecedentes de maltrato en la niñez por parte de la mujer y violencia física sexual	.182**
Antecedentes de maltrato en la niñez por parte de la mujer e índice de severidad de violencia de pareja	.331**
Escolaridad de la pareja y sintomatología infantil	-.217**
Frecuencia en el consumo de alcohol en la pareja y violencia psicológica	.148*
Frecuencia en el consumo de alcohol en la pareja y violencia física severa	.253**
Frecuencia en el consumo de alcohol en la pareja e índice de severidad de violencia en la pareja	.151*

Antecedentes de maltrato en la niñez en la pareja y violencia	
psicológica	.301**
Antecedentes de maltrato en la niñez en la pareja y violencia	
física	.321**
Antecedentes de maltrato en la niñez en la pareja y violencia	
sexual	.220**
Antecedentes de maltrato en la niñez en la pareja y violencia	
física severa	.294**
* Antecedentes de maltrato en la niñez en la pareja e índice de	
severidad de violencia en la pareja	.349**
Antecedentes de maltrato en la niñez en la pareja y	
sintomatología infantil	.196**

* Significativo a p=.05 ** Significativo a p=.01

En la tabla 1 se muestran las correlaciones significativas para la Muestra Normativa. Es importante resaltar que el consumo de alcohol en la pareja correlaciona significativamente para la violencia psicológica, la violencia física y el índice de severidad. A su vez, los antecedentes de maltrato tanto en la mujer como en su pareja correlacionan significativamente para la mayoría de los tipos de violencia y para la sintomatología infantil en el caso del maltrato en la infancia de la pareja.

Por otra parte, la Muestra Clínica se integra por la información de 148 niños obtenida de 137 mujeres. Se realizaron estadísticos descriptivos para conocer las características de aquellas personas que acuden al centro comunitario. A continuación, se muestran los datos obtenidos.

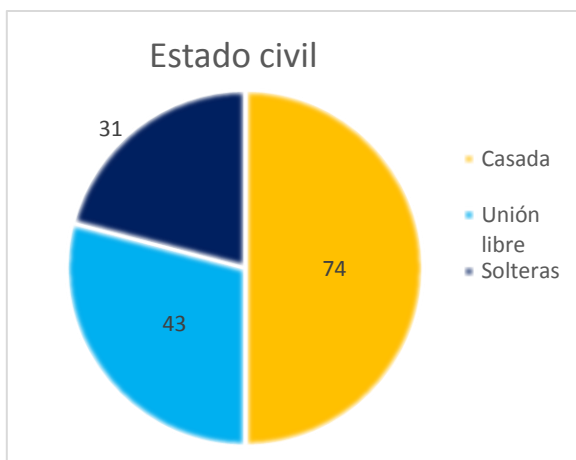


Gráfico 8. Estado civil de las participantes

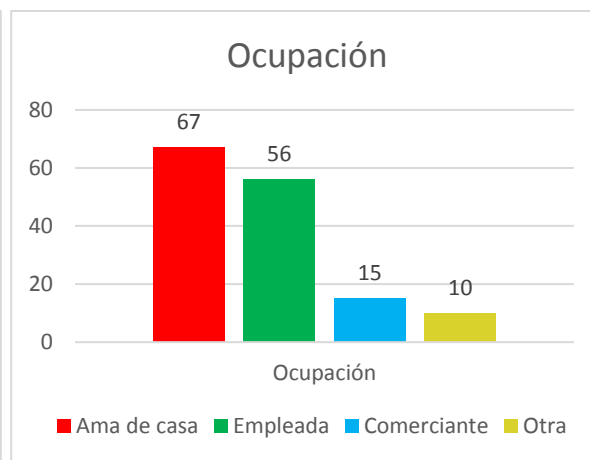


Gráfico 9. Ocupación de las participantes

En el caso del parentesco con el menor, 9 mujeres reportaron ser la abuela del menor sobre el que hablaban (6.1%) y 3 mujeres (2%) reportaron tener otro parentesco distinto con el menor, el resto, eran las madres de los menores.

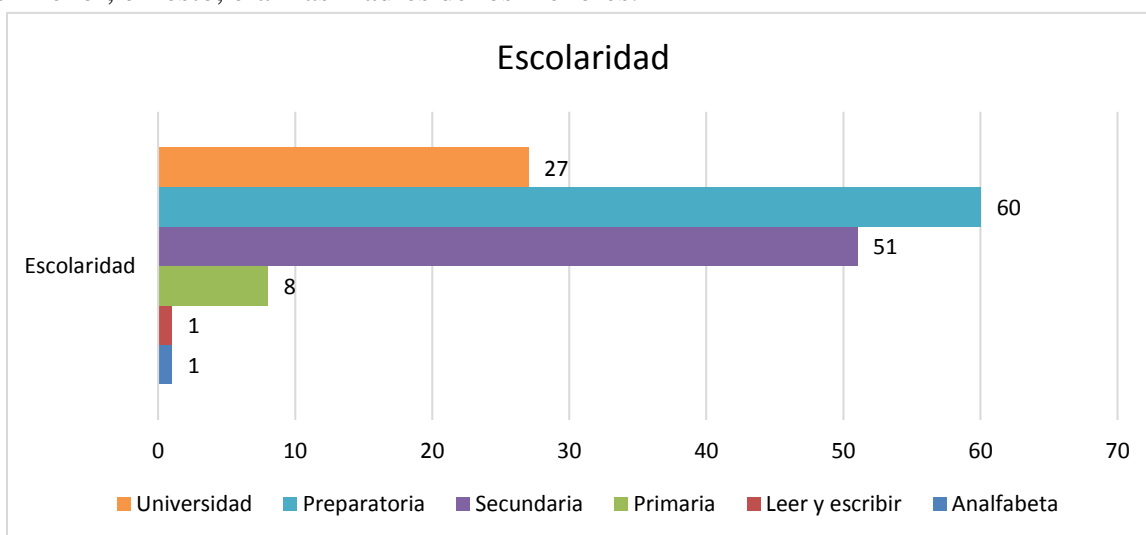


Gráfico 10. Escolaridad de las participantes

En cuanto a la religión, 107 mujeres (72.3%) mencionaron ser católicas, 15 (10.1%) cristianas, 3 reportaron ser testigos de Jehová y 23 (15.5%) dijeron ser de otra religión.

111 mujeres (75%) reportaron que no consumen alcohol y 37 (25%) refirieron hacerlo ocasionalmente.

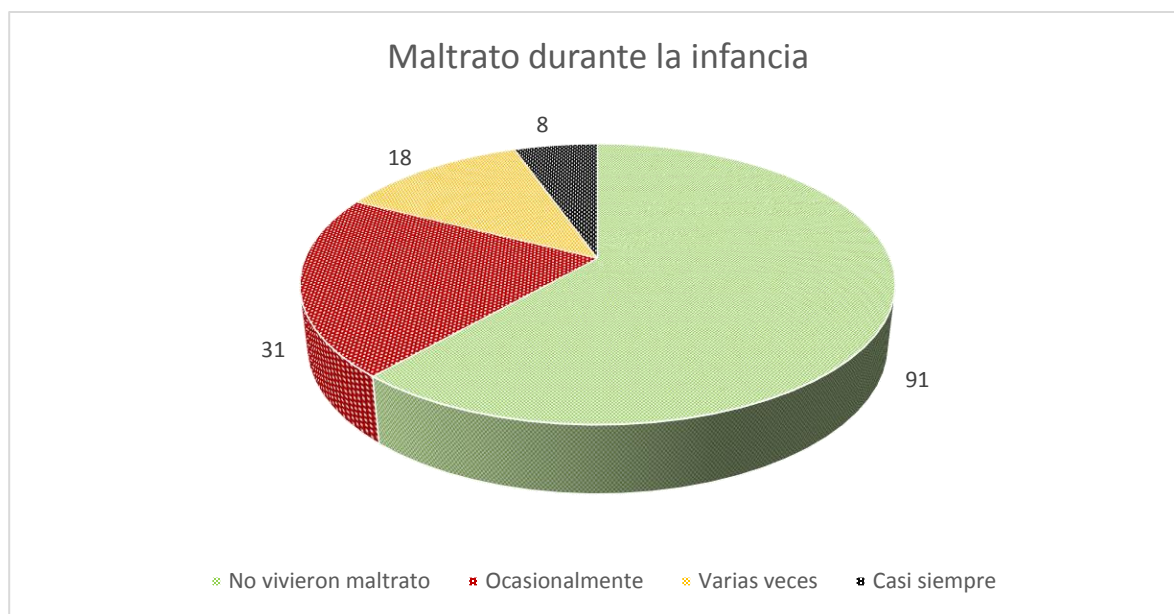


Gráfico 11. Maltrato durante la infancia de las participantes.

En el caso de las parejas, 12 mujeres reportaron no tener una pareja actual o no haber vivido alguna relación de ese tipo en el último año. Por lo tanto, se obtuvieron los datos de 136 parejas, con una media de 40.69 años (D.E.= 9.42). Las edades van desde los 22 a los 64 años.

De las ocupaciones, 99 hombres (72.8%) son empleados, 16 (11.8%) son autoempleados y 21 (15.4%) tiene otro tipo de empleo.

En el parentesco con el menor, 106 (77.9%) son los padres, 19 (14%) son los padrastros del menor, 9 (6.6%) son los abuelos y 2 (1.5%) tienen otra relación con el menor.

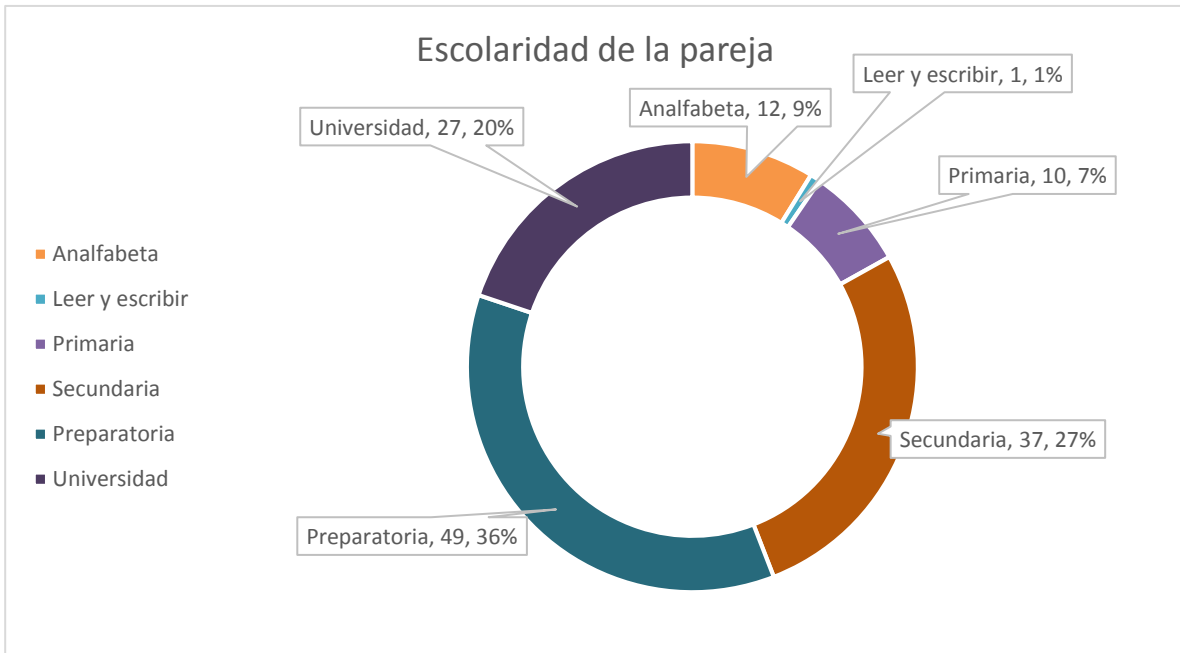


Gráfico 12. Escolaridad de la pareja

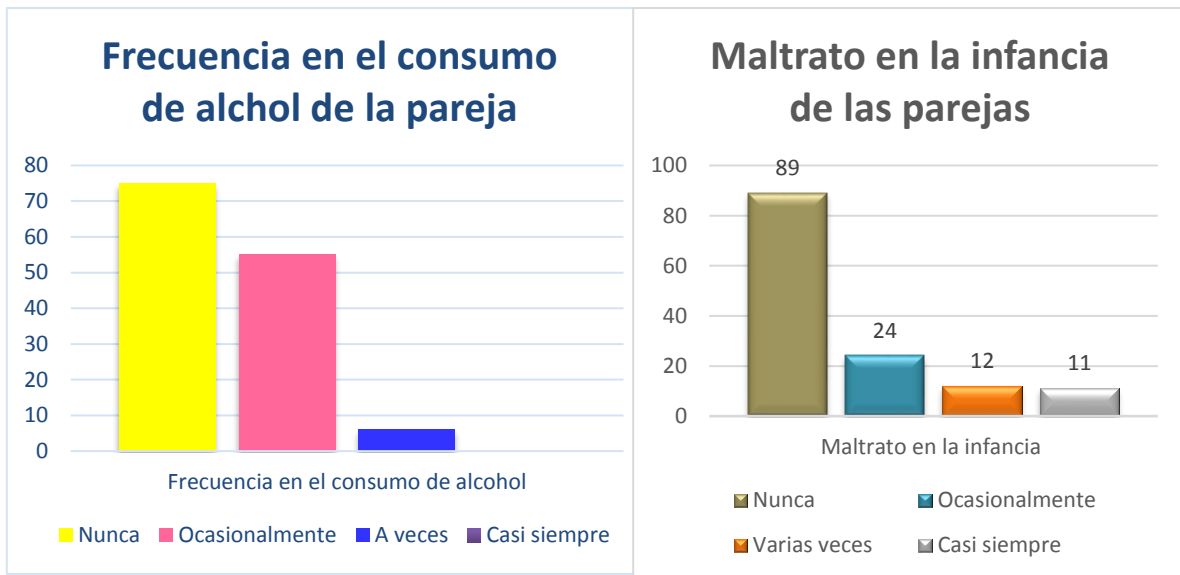


Gráfico 13. Consumo de alcohol de la pareja Gráfico 14. Maltrato en infancia de las parejas

Con respecto a la religión de la pareja, 86 hombres (63.2%) son católicos, 13 (9.6%) son cristianos, 2 (1.4%) son testigos de Jehová y 35 (25.8%) profesan otra religión o no tienen una.

En los datos obtenidos por medio de los instrumentos para la Muestra Clínica en la escala de violencia e índice de severidad se obtiene que **38 mujeres (25.6%) viven violencia psicológica y 18 presentan caso severo de violencia psicológica (12.1%). 40 mujeres (27.0%) viven violencia física y 20 (13.5%) presentan violencia física severa.** Para el caso de la violencia sexual, 15 mujeres (10.1%) entran en esta categoría y 12 (8.1%) califican para la categoría de violencia física severa y solo 40 mujeres puntuaron para el índice de severidad de violencia de pareja, es decir, solo **el 27.0% es un caso significativo ante la presencia de algún tipo de violencia.**

En cuanto al cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico, la impulsividad fue reportada en 87 menores (58.8%), hiperquinéticos en 59 (39.9%) y explosividad en 32 menores (21.6%). Además, 41 niños (27.7%) califican en 2 o más factores.

En la Muestra Clínica, se obtuvieron los datos de 61 niñas y adolescentes (41.2%) y 87 niños y adolescentes (58.8%). Al realizar correlaciones entre los datos sociodemográficos, los antecedentes familiares y la sintomatología infantil, así como los índices de violencia de pareja. Se obtuvieron los siguientes datos (tabla 2).

Tabla 2.
Correlaciones para la Muestra Clínica

Valores	Correlación de Pearson
Antecedentes de maltrato en la niñez por parte de la madre y violencia sexual	.233**
Índice de severidad de violencia en la pareja y antecedentes de maltrato en la niñez por parte de la madre	.197*
Edad de la pareja actual y violencia sexual	.183*
Escolaridad de la pareja y sintomatología infantil	-.263**
Frecuencia en consumo de alcohol en la pareja y violencia psicológica	.220*
Frecuencia en el consumo de alcohol en la pareja y violencia física	.173*
Frecuencia en el consumo de alcohol en la pareja y violencia física severa	.212*
Frecuencia en el consumo de alcohol por parte de la pareja e índice de severidad de violencia en la pareja	.203*
Antecedentes de maltrato en la infancia en la pareja y violencia psicológica	.222**
Antecedentes de maltrato en la infancia en la pareja y violencia física	.249**
Antecedentes de maltrato en la niñez en la pareja y violencia sexual	.216*
Antecedentes de maltrato en la infancia por parte de la pareja e índice de severidad de violencia en la pareja	.274**

* Significativo a $p=.05$

** Significativo a $p=.01$

En la tabla 2 se presentan las correlaciones de la Muestra Clínica entre los datos sociodemográficos y los índices de violencia o de sintomatología infantil. Solo se muestran aquellas correlaciones significativas. Cabe resaltar que la frecuencia en el consumo de alcohol y los antecedentes de violencia tanto en la mujer como en la pareja, establecen correlaciones significativas, aunque éstas son bajas.

Posteriormente, se realizó la comparación entre las muestras clínica y no clínica mediante la prueba t para las variables continuas y chi cuadrado para las variables categóricas. Los resultados se muestran a continuación.

Tabla 3. *Resultados prueba t para muestras relacionadas entre la Muestra Clínica y Muestra Normativa*

Variable	Prueba t	Clínica	No clínica
Violencia psicológica	1.432*	4.9662	6.5197
Violencia física	1.291*	3.9392	5.3618
Violencia física severa	3.025**	.0811	11.2072
Índice de severidad de violencia de pareja	1.624**	10.0811	14.2599

* Significativo a p=.05

** Significativo a p=.01

En la tabla 3 se muestra los resultados estadísticamente significativos en la comparación de medias con la prueba t. Para todos los casos, es la Muestra Normativa en donde se encuentra mayor violencia psicológica, física, física severa y un mayor índice de violencia de pareja con respecto a la Muestra Clínica.

Tabla 4. *Resultados chi cuadrado para la Muestra Clínica y Muestra Normativa*

Variable	Chi cuadrado
Escolaridad de la madre	$X^2(5) = 12.966^*$
Maltrato en la niñez por parte de la madre	$X^2(3) = 11.757^{**}$
Parentesco de la pareja con el menor	$X^2(4) = 28.659^{**}$
Religión de la pareja	$X^2(6) = 16.990^{**}$
Consumo de alcohol por parte de la pareja	$X^2(5) = 27.723^{**}$
Lugar donde ha ocurrido la violencia	$X^2(3) = 25.786^{**}$
¿Había alguien más durante los actos violentos?	$X^2(3) = 24.624^{**}$
¿Los actos han sido presenciados por los hijos?	$X^2(2) = 24.410^{**}$
¿Considera que esto puede afectar el desarrollo del menor?	$X^2(3) = 26.824^{**}$

* Significativo a $p=.05$

** Significativo a $p=.01$

En la tabla 4 se muestran los resultados de la prueba chi cuadrado realizada para todas aquellas variables categóricas en donde se encuentran diferencias en los ítems entre las muestras (Tabla 5).

Tabla 5. Variables que muestran diferencia entre la Muestra Clínica y la Muestra Normativa de acuerdo con las opciones de respuesta y su porcentaje.

Variable	Categoría	Clínica (%)	Normativa (%)
	Primaria	5.4	13.5
Escolaridad de la madre	Secundaria	34.5	35.9
	Preparatoria	40.5	37.2
	Licenciatura	18.2	10.2
Maltrato en la infancia de la madre	Ocasionalmente	20.9	10.2
	Varias veces	12.2	9.2
	Casi siempre	5.4	7.2
	No recibió	61.5	73.4
Parentesco de la pareja con el menor	Papá	77.9	93.3
	Padraastro	14.0	3.0
	Abuelo	6.6	1.1
Religión de la pareja	Católico	63.2	76.5
	Cristiano	9.6	3.7
	Otro	22.8	18.3
Consumo de alcohol por parte de la pareja	No consume	75.0	52.2
	Ocasionalmente	25.0	37.7
	Varias veces	0	7.1
	Casi siempre	0	2.2
	No hay	85.8	63.2

Lugar donde ha			
ocurrido la	Casa	12.2	33.9
violencia			
¿Había alguien	No aplica	85.8	63.2
más durante los	Solos	7.4	18.4
actos violentos?	Niños	6.1	16.4
	Familia	.7	2
¿Los actos han	No aplica	85.8	64.1
sido	Si	10.1	18.8
presenciados	No	4.1	17.1
por los hijos?			
¿Considera que	No aplica	86.5	63.2
esto puede	Si	10.1	28.6
afectar el	No	3.4	6.9
desarrollo del	No sé	0	1.3
menor?			

En la tabla 5 se muestran las opciones de respuesta y se señalan aquellas variables en donde se obtuvieron porcentajes diferenciales dependiendo del tipo de respuesta. En este caso, la Muestra Normativa tiene porcentajes superiores en una escolaridad básica (primaria y secundaria) a diferencia de la Muestra Clínica donde se obtienen porcentajes más altos a nivel medio superior y superior.

Para la Muestra Normativa hubo mayor porcentaje de mujeres que reportaron no haber vivido maltrato durante la infancia. También, el 93.3% de las mujeres reportaron que su pareja era el padre del menor sobre el cual proporcionaban los datos. El 37.7% mencionó que su pareja consumía alcohol ocasionalmente, 7.1% que lo hacía varias veces y 2.2% que consumían casi siempre. 33.9% refirieron que los actos de violencia habían ocurrido en casa y 18.8% que estos actos habían sido presenciados por los hijos. A su vez, 28.6% mencionaron que esto el presenciar los actos violentos podría repercutir en el desarrollo del menor.

Para la Muestra Clínica hay mayores porcentajes en las respuestas de ocasionalmente y varias veces para el maltrato en la niñez de la madre. También, hubo mayor cantidad de mujeres que reportaron que la pareja actual no era el padre del menor, sino el padrastro o el abuelo. El 75% de las participantes, reportaron que el consumo de alcohol por parte de su pareja es nulo y el resto dijo ser ocasional. El 85.8% reportó nunca haber tenido algún episodio de violencia.

DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue detectar las necesidades atención psicológica enfocándose en la psicopatología infantil y la violencia de pareja, tanto de la población que acude al Centro Comunitario como aquella perteneciente a las colonias aledañas (Santa Úrsula, Ajusco y Ruíz Cortines). Para analizar los resultados obtenidos, se utilizó tanto el modelo de marketing como el modelo de discrepancia propuestos por Hombrados (2013). El modelo de marketing permite analizar la información de la comunidad para poder ofrecer los servicios que a ésta convengan y el modelo de discrepancia permite contrastar entre “lo que es” y “lo que debería de ser”. De esta manera se detectan las necesidades y se ofrecen probables rutas de mejora con respecto a la pregunta de investigación ¿Cuáles son las necesidades de atención psicológica relacionadas a psicopatología infantil y violencia de pareja, de los pobladores de las colonias Ajusco, Santa Úrsula y Ruiz Cortines, de la delegación Coyoacán, así como de la población que acude al Centro Comunitario de Servicios Psicológicos “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro?

Se plantean acciones que giran en torno al ámbito de la prevención como atención para ambas muestras, considerando el ambiente en el que se desarrollan, así como las características de la población, enfocándose en aspectos como la violencia durante la infancia de los padres, las prácticas parentales, la necesidad de recursos que permitan el afrontamiento del consumo de sustancias, principalmente alcohol y el establecimiento de redes de apoyo cercanas a la población.

A través de este estudio conocemos que 40 mujeres en la Muestra Clínica (27%) y 72 de la Muestra Normativa (23.6%) puntúan con el valor mínimo para ser consideradas dentro del índice de severidad de violencia de pareja; es decir, presentan violencia de pareja de algún

tipo lo cual concuerda con la información encontrada por Ambriz-Mora, Zonana-Nacach & Anzaldo-Campos (2015) quienes mencionan que estiman rangos entre 19% y 41% de mujeres que reportan violencia y que las variaciones se obtienen de acuerdo con el instrumento que se utiliza para medirla.

A su vez reafirman los datos de la OMS (2016) que menciona que una de cada tres mujeres ha vivido violencia de pareja en algún momento de su vida, aunado a los datos de la Encuesta Nacional Juvenil (Muñoz & Echeburúa, 2016) donde se encuentran porcentajes entre 20 a 37% en cuanto a la violencia ejercida del hombre hacia la mujer.

Con respecto a los tipos de violencia encontrados a través de este instrumento, son distintos a los encontrados por Casique (2008) aunque en ambos se investigaron muestras similares. En la investigación antes mencionada, se estipula que la violencia física oscila entre 10.5% y 13.6% y en este estudio se encontró entre 21.3% y 27%. Para el caso de la violencia sexual son igualmente disonantes, pues ellos reportan valores entre 7.5% y 8.3%, mientras que en esta investigación se encontraron entre 9.5% y 10.1%. Sin embargo, los datos son similares a los encontrados en la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, INEGI, 2011) en donde se obtuvo que el 25.8% de las mujeres casadas o unidas viven violencia física y violencia sexual en el 11.7%, aunque son disonantes con respecto a la violencia psicológica, pues el INEGI reporta que 89.2% presenta violencia psicológica.

La Muestra Clínica presenta un nivel más alto en escolaridad ya que tiene mayores porcentajes en nivel medio superior y superior, y se puede relacionar con la existencia de solicitud de atención psicológica para sí mismas o para algún familiar y se considera como

un factor protector ante la violencia de pareja según Casique (2010). Sin embargo, para la Muestra Normativa, el nivel escolar es más bajo al encontrarse entre nivel primaria y secundaria, hecho que puede limitar la apertura a recibir atención psicológica o reconocer la violencia que puede ejercer su pareja.

Con respecto a la psicopatología infantil, al correlacionar la escolaridad de los padres con la psicopatología infantil se encontraron correlaciones significativas negativas, aunque débiles. Para la Muestra Normativa se encuentra relación entre la escolaridad de la madre y sintomatología infantil ($r=-.142$; $p=.05$), escolaridad en la pareja y sintomatología infantil ($r=-.217$; $p=.01$), mientras que para la Muestra Clínica existe relación entre la escolaridad de la pareja y sintomatología infantil ($r=-.233$; $p=.01$) que aun cuando son correlaciones débiles es un resultado relevante pues nos indica que a mayor escolaridad, menor sintomatología infantil y refiere a parejas que están ejerciendo una parentalidad que facilita el desarrollo de los menores y que ha permitido que los padres, a través de diferentes experiencias y mayor desarrollo, logren establecer mejores relaciones con sus hijos (Secretaría de Salud, 2015).

En relación con el empleo de las mujeres, 54.7% de la Muestra Clínica y el 50.7% de la Muestra Normativa, tienen empleo o se dedican a alguna actividad remunerada, aspecto que también es reportado como un factor protector ante la violencia en la pareja ya que no dependen económicamente en su totalidad de ésta.

Por otra parte, el maltrato que puede vivir cada persona durante su infancia es un factor de riesgo para que, cuando se es adulto, se practique hacia otras personas como pueden ser la pareja o los hijos y en esta muestra se encuentra que 26.6% de las mujeres y 31.7% de las parejas para la Muestra Normativa y 38.5% de las mujeres y 34.6% de las parejas de la

Muestra Clínica, sufrieron maltrato durante su infancia. Esta variable correlaciona significativamente para ambas muestras, obteniendo los valores más elevados entre el maltrato en la infancia de la mujer y la violencia psicológica ($r=.351$; $p=.01$) y los antecedentes de maltrato en la niñez de la pareja y el índice de severidad de violencia de pareja ($r=.349$, $p=.01$) para la Muestra Normativa y, antecedentes de maltrato en la niñez de la mujer y violencia sexual ($r=.233$; $p=.01$) y antecedentes de maltrato en la infancia por parte de la pareja e índice de severidad de violencia de pareja ($r=.274$; $p=.01$). Los anteriores resultados apuntan al hecho de que, vivir violencia durante la infancia puede ser un factor significativo, más no determinante para ésta muestra en presentar algún tipo de violencia durante la adultez, estableciendo este tipo de relaciones con su pareja o en la manera en la que educan a sus hijos (Cunningham, 2011).

Por lo anterior, en ambas muestras es un factor importante para tratar ya que puede llegar a la legitimización de la violencia por los diferentes aspectos mencionados por Duque (2011) percibiéndola como cotidiana o asumirla como un método de educación hacia los hijos. Otras repercusiones en el desarrollo de la mujer podrán significar el aislamiento de sus relaciones con amigos y familiares (Paz, Matud & Buena-Casal, 2009) así como diferentes afectaciones a su salud debido a la ansiedad o al mismo maltrato.

El consumo de drogas es otro de los factores de riesgo asociados a la violencia de pareja; a través de la información sociodemográfica solo se investigó acerca del consumo de alcohol tanto en la mujer como en la pareja, encontrando que el 24% de las mujeres y 47.8% de las parejas en la Muestra Normativa consumen alcohol, mientras que, para la Muestra Clínica 25% de las mujeres y 44.9% de las parejas lo hacen. Este dato correlaciona significativamente con la violencia física severa y el consumo de alcohol por parte de la

pareja ($r=.253$; $p=.01$) en la Muestra Normativa y también lo hace para la Muestra Clínica ($r=.212$; $p=.05$). Estos resultados indican que, si bien esta variable está asociada a la violencia, no es determinante por lo que la investigación debe apuntar hacia otros factores. En este estudio no se encontraron correlaciones entre el consumo de alcohol y la sintomatología infantil; sin embargo, es relevante por sí mismo el dato del amplio consumo en ambas muestras por parte de la pareja, aspecto que ya se observó relacionado con la violencia de pareja y que debe ser considerado al menos como un aspecto preventivo.

En ambas muestras se encontró que las mujeres mantienen una relación ya sea casadas o en unión libre (78% Muestra Normativa y 79.1% Muestra Clínica). Este hecho, aunado a las correlaciones halladas sobre la violencia de pareja y el maltrato vivido durante la infancia de al menos una de las partes (sea la madre o la pareja) apunta a ofrecer servicios de atención psicológica en distintos rubros. Se propone que la atención individual con respecto a la mujer esté enfocada en tres sectores. El primero de ellos es lograr detener la violencia que está padeciendo, ya sea al proporcionarle habilidades y manejo asertivo de los conflictos, así como la revaloración como individuo para que enfrente mediante la vía legal a su pareja.

Además el tratamiento de los signos y síntomas que presente debido a la violencia sufrida y, por último, aminorar el impacto que han tenido eventos violentos pasados y que pueden propiciar el ciclo que está viviendo. El último punto parte de lo que se encuentra en la literatura con respecto a que eventos de violencia durante la infancia será un factor de riesgo para vivirla o practicarla durante la adultez, por tanto, debemos situarnos en qué momento ha vivido violencia la mujer y cómo le afecta en el presente. A ello, Guerrero & García (2008) elaboraron un programa de atención constructivista-sistémica con mujeres que experimentaban violencia, quienes pertenecían a un nivel socioeconómico bajo y con

escolaridad, principalmente, hasta la educación primaria encontrando 71.42% de eficacia (n=7). Ellos proponen una atención de doce a quince sesiones con duración de una hora enfocándose principalmente en la ansiedad, depresión y fortalecimiento del autoconcepto, logrando resultados exitosos.

En este mismo rubro, Barbosa (2014) habla del trabajo realizado con 10 familias en Colombia que vivían violencia intrafamiliar y habían denunciado ante las autoridades y encontraron que, si bien el trabajo con las familias es complicado principalmente por la resistencia que pueden presentar los padres, a lo largo de las sesiones, se obtienen mejoras en cuanto a la disminución de episodios violentos, distintos métodos de resolución de conflictos a través del dialogo y sentido de bienestar. En este caso, el motivo de consulta general fue la violencia conyugal, en un par de casos se agregó la violencia hacia los hijos y en uno, la violencia de un hijo hacia el padre. Este autor señala la importancia de realizar una terapia sistémica narrativa para fortalecer los vínculos que cada miembro de la familia establece con el resto, además de la manera en la que ocurrían los conflictos que desencadenaban la violencia y cómo mejorar el afrontamiento de los mismo.

Con relación al hombre, Geldschläger & Ginés (2013) mencionan puntos importantes para la detección de hombres violentos al momento de una primera entrevista; entre ellos, las opiniones que expresan y la postura que toman con respecto a su pareja. Además, Echeburúa, de Corral, Fernández, & Amor (2004) apuntan que es importante el reconocimiento del conflicto por parte del hombre y que éste tenga una intencionalidad, por mínima que sea, de cambiar su comportamiento. Estos mismos autores señalan que la intervención debe estar enfocada a desarrollar técnicas en torno al desarrollo de la empatía, control de impulsos

(principalmente impulsos violentos), así como el aprendizaje de estrategias de afrontamiento y resolución de conflictos.

Geldschläger & Ginés (2013) aluden que los tratamientos que mejores resultados han dado en atención a hombres violentos han sido la terapia cognitivo-conductual con perspectiva de género y el enfoque psicodinámico, ambos partiendo de la responsabilidad del hombre por la violencia ejercida, analizando los episodios ocurridos y el trabajo sobre el concepto de masculinidad. Arrigoni, Jiménez, Navarro & Mendoza (2013), quienes trabajaron con una población penitenciaria (n=38) lograron una tasa de efectividad del 67.5% en la mejora de puntuaciones pre-post test en cuanto a las distorsiones cognitivas a través de terapia cognitivo-conductual.

Por otra parte, se deben considerar programas que incluyan a ambos padres, para resolver los componentes conflictivos que como pareja establecen. En este punto es relevante considerar las aportaciones de Ibaceta (2011) quien menciona que la detección del motivo de consulta para guiarlos hacia la intervención es una de las partes más importantes. En este caso, el principal punto a considerar es si la pareja quiere seguir unida o no, además de si solicitan ayuda para tomar decisiones o para resolver problemas respecto a la violencia. Si es el segundo caso, la terapia en pareja es una propuesta viable. Echeburúa, de Corral, Fernández, & Amor (2004) señalan que en un principio no es factible comenzar con una terapia conjunta, pues la mujer y en este caso la agredida, podría mostrar enojo o evasión, obstaculizando así el proceso del hombre. Es esencial ofrecer una alternativa de tratamiento en pareja ya que el 79.1% de mujeres de la Muestra Clínica y 78% de la Muestra Normativa tiene pareja, sea casada o en unión libre y conlleva, además, una alta probabilidad de que los menores sean testigos de violencia (Holden, 2003). Esto es importante porque aun cuando

cada uno de los padres puede asistir a terapia para su hijo, no necesariamente se busca trabajar la relación conyugal o de pareja. De hecho, a pesar de que los padres hayan tomado algún taller o intervención para mejorar los vínculos con sus hijos, no han resuelto los conflictos que han establecido como pareja. Por tanto, si no se atiende se corre el riesgo de existir un modelamiento de la violencia que puede lograr que en la cognición de los menores se normalice (Duque, Sierra y Montoya, 2011) y se adopte como un medio de interacción para establecer relaciones con otros, sean pares o no, volviéndose perpetradores de violencia, concibiendo entonces el inicio de un ciclo, ya que como lo señalan Vega-Arce & Núñez-Ulloa (2017), el haber vivido algún tipo de violencia en la infancia se convierte en un factor de riesgo para practicarla o padecerla durante la etapa adulta. Este conflicto violento en la pareja podrá tener una repercusión en mayor o menor grado de acuerdo con la edad del menor, estableciendo en él problemas en su regulación emocional, niveles de ansiedad elevados o conflictos al establecer vínculos de apego, entre otros (Bogat, Levendosky, von Eye & Davidson II, 2011, citado en Alvarado, 2015).

Ahora bien, el modelo ecosistémico de Brofenbrenner tiene en consideración el contexto cultural y social en el que se encuentra la persona, por lo tanto, se retoman las características de la zona en la que se desarrolla esta comunidad para observar las herramientas con las que se cuentan. Como factores protectores, esta comunidad se ubica en una zona urbana con suficientes accesos a servicios de salud y educación pues cuenta con cuatro centros de salud que son: “Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez”, “Nayaritas”, “Santa Úrsula Coapa”, “Ajusco”, y el “Centro de atención primaria en adicciones” además de una Policlínica llamada “Dr. Salvador Allende”. En el caso de la educación, cada colonia cuenta con una vasta cantidad de instituciones que imparten desde preescolar hasta educación

secundaria teniendo 23 espacios la colonia Santa Úrsula Coapa, 62 la colonia Ajusco y 10 la colonia Adolfo Ruíz Cortines. Además, cuentan con 5 espacios deportivos y recreativos para realizar distintas actividades y que están abiertos a todo público. Esto facilita que la educación, la salud y la recreación puedan desarrollarse libremente por cualquiera de los habitantes de la comunidad e inclusive para personas de otras colonias o delegaciones.

Lo anterior ha sido desarrollado en otros países con buenos resultados. Es así como el programa “Viviendo en familia” desarrollado en Chile (Gómez et al. 2012) obtuvo buenos resultados modificando positivamente la relación entre los padres e hijos, proporcionando herramientas que permitieran revertir los patrones relacionales negativos que no eran crónicos y a su vez se pudo prevenir la aparición de estos patrones a pesar de los distintos factores de riesgo que existían en la población o en la conformación familiar. Sin embargo, fue menos eficaz para modificar situaciones de violencia de pareja directamente, pero sí lo hizo a través de establecer mejores relaciones entre el cuidador principal del menor y el menor (92,8% fueron mujeres). Esto es importante porque la muestra encuestada fue muy similar en cuanto a los datos sociodemográficos con respecto a la analizada en esta investigación y ratifica la importancia de consolidar alternativas que apoyen en los dos sentidos, para disminuir y erradicar la violencia de pareja y proporcionar mayores herramientas que propicien el desarrollo del menor. Gómez et al (2012) encontraron que, fortaleciendo las habilidades de comunicación en las familias, mejoraban diferentes aspectos en su vida como son las competencias parentales o bienestar del niño.

Para la comunidad en sí misma, es complicado lograr estos parámetros de atención pues, si bien es cierto que el CC “Julián McGregor y Sánchez Navarro” brinda atención y apoyo psicológico a toda la comunidad, la cantidad de espacios requeridos para la población

es insuficiente. Sin embargo, a través del refuerzo de entrevistas y consejerías a domicilio esto se podría resolver en alguna medida.

Por otro lado, el establecimiento de terapia en grupo o talleres psicoeducativos facilitaría la cantidad de personas a las que se impacta reduciendo el costo de estos. Se deben tomar en consideración los espacios públicos con los que se cuenta dentro de la comunidad para ofrecer actividades no solo orientadas al punto de vista clínico, sino también hacia el establecimiento de redes sociales positivas, pues Oliva et al. (2012) mencionan que el ocio y tiempo libre mejora distintas competencias como la académica y social, con lo cual se resolvería el problema del espacio reducido dentro del centro comunitario. Por último, considerar las actividades en donde padres e hijos puedan interactuar y que entre ellos logren la autorreflexión de su responsabilidad en su microsistema familiar.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos permiten contestar la pregunta de investigación planteada anteriormente, a saber; ¿Cuáles son las necesidades de atención psicológica, relacionados a psicopatología infantil y violencia de pareja, de los pobladores de las colonias Ajusco, Santa Úrsula y Ruíz Cortines, en la delegación Coyoacán, así como de la población que acude al Centro Comunitario de Servicios Psicológicos “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”?

Los puntos, expresados de manera resumida, se muestran a continuación y más adelante se mostrarán de manera detallada.

1. Programas de intervención parental enfocados en la concientización y reestructuración de la responsabilidad.
2. Programas alternativos focalizados en consumo de sustancias, principalmente alcohol.
3. Trabajo psicológico en escenarios comunitarios.
4. Adopción de visitas a domicilio.
5. Considerar programas de atención integral a través de la transdisciplina y la multidisciplina (establecer alianzas con otras áreas, enfoques, espacios y facultades).

En relación con los programas de intervención parental, se considera relevante establecer programas de apoyo que permitan concientizar y reestructurar la responsabilidad que ambos padres tienen sobre la educación y el desarrollo del menor. El estudio nos permitió conocer características de cada una de las muestras y revela que en ambos casos son principalmente las mujeres quienes tienen mayor responsabilidad del menor, aunque un gran

porcentaje de dichas mujeres mantienen algún vínculo con una pareja, siendo generalmente éste el padre del menor.

Al lograr fortalecer los vínculos que el menor tiene con ambos padres, así como el vínculo que existe entre los mismos se generarán muchos factores de protección ante la psicopatología infantil. Al asumir a ambos padres como iguales en derechos y responsabilidades el menor podrá acudir a ambos, estableciendo una comunicación asertiva al lograr un vínculo de confianza. Además, podrán entre todos, establecer buenas relaciones entre otros microsistemas como la escuela o el trabajo lo que puede conllevar a largo plazo, a generar una extensa cantidad de herramientas de socialización, resolución de conflictos y la prevención del consumo de drogas.

De igual forma, al establecer las responsabilidades sobre el menor, hay que establecer las responsabilidades sobre sí mismo; es decir, la conclusión de etapas, eventos o conflictos no resueltos en otro momento de la vida.

Como segundo punto, se considera importante el ofrecer alternativas de atención focalizadas en aspectos como consumo de alcohol principalmente, para el caso de las parejas en ambas muestras y la violencia experimentada durante la infancia tanto por parte de las madres como de sus parejas en ambas muestras, apunta a que se genera el inicio de un ciclo que se reproducirá varios años después y provocará nuevas repercusiones tanto para las personas afectadas directamente (por consumo del alcohol, o por ser perpetradores de violencia) así como para aquellas personas que los rodean, generando un ambiente familiar conflictivo. Por otro lado, la totalidad de los efectos de los programas ofrecidos o implementados podrían tardar en observarse, inclusive, hasta algunas décadas después.

Como tercer punto por abordar, el optar por el trabajo psicológico en lugares distintos al centro de servicios psicológicos. Durante la aplicación de los instrumentos a través de las distintas colonias las personas entrevistadas respondían y de muy buena manera, inclusive al grado de tardar más de una hora en al menos ocho ocasiones. Esto habla sobre la disponibilidad de las personas para compartir información psicológica relevante que era detonada a partir de los reactivos de los instrumentos. Ello nos lleva a la capacidad de atención que tiene el centro; si bien es cierto que se han agilizado tramites y tiempos en lista de espera; la espera sigue existiendo. Por tanto, acercar los servicios a la población, facilitar la no saturación del centro y a su vez, establecer mejores relaciones con la comunidad; un mayor contacto y mejor conocimiento de los servicios que se ofrecen podría generar una respuesta e impacto positivo en los habitantes de la zona. A su vez, en estudios e intervenciones futuras, deberían considerarse las siete colonias aledañas y que tienen gran importancia tanto por su origen como por la cantidad de población que hoy en día reside en este espacio.

Como cuarto aspecto, la adopción de visitas a domicilio ha tenido buenos resultados en otros programas en los cuales se buscaba acercar los servicios, tanto psicológicos como médicos a la población. En este sentido, valdrá la pena revisar si es una opción viable de acuerdo con la cantidad de profesionales con los que cuenta el centro, para así establecer intervenciones que impacten a una mayor población y que puedan partir desde el marco de la prevención. Asimismo, las colonias cuentan con gran cantidad de espacios abiertos al público entre los que se encuentran deportivos, parques y jardines. Al plantear la atención fuera del centro se deben considerar no solo actividades que tengan que ver directamente con violencia de pareja o psicopatología infantil, sino también con comunicación asertiva,

resolución de conflictos y autoconcepto a través de diferentes técnicas, entre ellas las psicológicas y de ocio y recreación pues ya se han desarrollado algunos programas fuera del centro de este tipo, con buena aceptación y participación por parte de la gente.

En quinto lugar, en cuanto a servicios se pueden establecer acuerdos de cooperación entre las escuelas, los centros de salud, los centros de desarrollo comunitario y los deportivos/recreativos. En este sentido, existe gran cantidad de menores que son referidos por parte de las escuelas cercanas al centro comunitario para ser evaluados y obtener con una carta/informe en el que se indique que están recibiendo atención.

El ofrecer los servicios de prevención en estos lugares, tales como consejería psicológica, orientación vocacional y psicoeducación permitiría afrontar los conflictos antes de que éstos aparezcan. Sin embargo, en el caso de llevarlos a cabo en las escuelas, debería ser una opción más que una obligación, ya que de lo contrario puede existir una resistencia a entablar una conversación tanto con el personal capacitado como con su grupo de pares.

Sobre el enfoque de intervención en cuanto a las actividades, estas deben ser atractivas, dinámicas y estimulantes para ambas partes, tanto para el responsable de llevarlas a cabo como para los participantes. A su vez, deben ser diseñadas e implementadas por profesionales y fundamentadas en evidencia empírica para realizar una intervención de primer nivel en cuanto a la promoción de la salud mental.

Un tipo de intervención que podría favorecer el acercamiento de la población de la comunidad aledaña al centro comunitario y que podría interesar también a los asistentes de este; es la intervención comunitaria mediante el aprendizaje vivencial.

Motos (2000: pp. 134) lo define de la siguiente manera:

“...la consecuencia de la implicación de las personas en una actividad en la que, además de tener una experiencia directa, se les ofrece la oportunidad de analizar de forma crítica el proceso seguido, extraer algún insight útil de éste análisis y aplicar lo aprendido en el propio trabajo o en el comportamiento cotidiano”.

En este mismo artículo, Motos (2000) refiere un diagrama (ver diagrama 2) del proceso de aprendizaje vivencial, que es el siguiente:

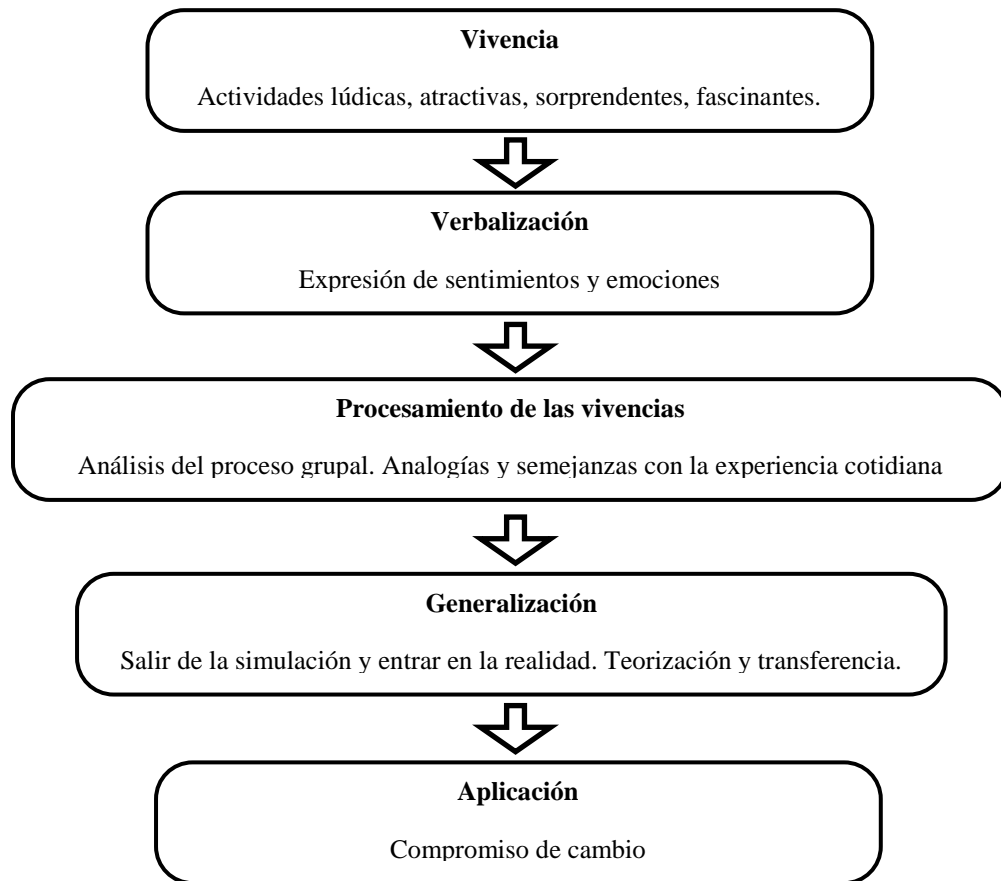


Diagrama 2. Proceso de aprendizaje vivencial. *Con los pedagogos de hoy. Sesiones de trabajo. Motos, 2000. Pp. 137).*

Bajo ésta propuesta, existen programas enfocados a atender la violencia, ya sea desde su erradicación o su prevención y a su vez favorecen la prevención de la psicopatología infantil, permitiendo espacios de expresión emocional y creación de redes de apoyo.

Navarro (2007) realizó una propuesta de intervención de juego dramático para población infantil, enfocándose en la expresión de emociones, desarrollo de empatía, inteligencia emocional y establecimiento de socialización. Esta propuesta requiere de un amplio interés por parte del facilitador y una facilidad de palabra e innovación para promover que los participantes interactúen de la misma manera. Además, facilita la comprensión de los roles que cada persona puede jugar a través de las circunstancias que se presentan.

Para la intervención con adolescentes y en espacios escolares, el Consejo Directivo Central de Uruguay, creó la Guía Didáctica: Educación y Violencia Doméstica (CODICEN, 2012). En ella se plantean una serie de actividades que se pueden desarrollar en espacios escolares y que combinan el aprendizaje vivencial con técnicas de lápiz papel en las cuales se desarrolla una serie de debates, actividades lúdicas y recreativas, así como el conocimiento de leyes y normas sociales. En esta guía, se marcan pautas y normas del manejo grupal y consideran todos los ambientes en los cuales se puede desarrollar un individuo como la casa y el trabajo, así como el impacto que se puede tener.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y el Centro de Documentación para América Latina (UNICEF-CEDAL, 2010) ofrece un Modelo de prevención de la violencia por medio del uso del deporte, la cultura y la recreación. Dicho modelo esta enfocado para la población que se encuentra entre los 12 y los 24 años. Fue desarrollado e implementado en Costa Rica y plantea actividades para desarrollarse en espacios cerrados, semi abiertos y

abiertos a través de cuatro enfoques distintos; el enfoque psicológico, el pedagógico, el social-comunitario y el político.

Por último, otra opción viable y que ha sido desarrollada en México, es el Manual de Técnicas para la Sensibilización sobre Violencia de Género y Masculinidad en la Comunidad (Garda, 2006). En este manual se incluyen una serie de actividades para desarrollar con población adolescente y adulta, y ofrece variantes que se pueden implementar según las características de la población con la que se está realizando la intervención; sea rural o urbana, adulta o adolescente. Además, incluye la participación de ambos géneros para contrastar los puntos de vista que tienen unos y otros, así como para realizar actividades integrativas y colaborativas.

En cuanto a la futura investigación, debido al interés de la comunidad por expresarse y participar, se deberá considerar a los actores principales, así como grupos organizados para hablar acerca de lo que ellos mismos viven. En este sentido, únicamente se recabó información mediante los instrumentos, y aunque existía un entrevistador de por medio, no había ni la capacitación ni el espacio suficiente para plasmar toda la riqueza cualitativa que la conversación arrojaba. A su vez, al término de la entrevista se les otorgaba un tríptico informativo con las charlas, talleres y otros servicios que ofrece el Centro de Servicios Psicológicos, se les invitaba a participar en dichas actividades y se resolvían las dudas que llegasen a tener con respecto a la aplicación de los instrumentos o en otro tema.

A su vez, habrá que considerar otras variables importantes que se dejaron de lado en esta investigación. Una de ellas será la edad de inicio en la violencia durante la infancia ya

que en algunos casos puede iniciar durante el periodo de gestación, teniendo repercusiones distintas a comparación de aquellos que vivieron el primer episodio a los 9 años.

Por otro lado, el peso de la perspectiva de género en los estudios relacionados a la violencia de pareja ha sido criticado en algunas ocasiones por distintos autores con base en la limitación del tratamiento del fenómeno en la comunidad científica, asumiendo que es la mujer quien figurará siempre como víctima y el hombre como victimario, lo que ha llevado a tratamientos psicológicos y jurídicos condicionados en muchos países (Muñoz & Echeburúa, 2016) por lo que se debe considerar la opinión del padre, así como los servicios antes mencionados, y no excluirlos mediante criterios de los futuros estudios.

Esta investigación abre nuevas rutas de exploración a saber:

- Indagar mediante otros medios la información obtenida a través de los instrumentos, lo que permitirá ahondar sobre las características y necesidades proporcionando un mapa más completo de la comunidad.
- Conocer los estilos de afrontamiento que las madres han desarrollado para sobrellevar la situación de violencia, especialmente en la forma en cómo lo manejan con sus hijos.
- Encontrar que otras necesidades de atención psicológica se presentan en las colonias para así ofrecer los servicios pertinentes, reconociendo que la violencia de pareja es una de ellas.
- Realizar estudios que incluyan la perspectiva de los hombres, tanto en temas como violencia y crianza.

A reflexión personal.

Esta investigación me permitió, en primera instancia, me permitió acercarme a una realidad la cual no viví en mi familia nuclear, que es la violencia de pareja, sin embargo, sin duda alguna que se presentó en varios familiares, casi siempre en ausencia mía. En segunda instancia, me permitió conocer sobre un tema muy diagnosticado, pero poco indagado en sus orígenes; la psicopatología infantil.

Me permitió conocer, por un lado, la perspectiva que pueden tener algunos familiares, así como reflexionar sobre su postura tanto en el trato con sus hijos como con sus parejas.

Cuando realicé la aplicación de los instrumentos, el trabajo en equipo y la coordinación que debíamos de tener entre nosotros para colocar exactamente lo mismo fue un aprendizaje fundamental que he ido mejorando con el paso del tiempo. El interés que cada persona ponía para ir contestando las respuestas me hace pensar que las personas tienen interés en dar a conocer su realidad, su perspectiva y sus experiencias, mismas que muchas veces se ven limitadas cuando se les “obliga” a participar; por ello el tipo de propuestas que sugiero.

En cuanto a la psicopatología infantil, desde que empecé esta investigación hasta el día de hoy, todas las actividades laborales que realizo impactan de una forma u otra a los niños. Cuando éstas son de manera directa, en donde yo llevo el desarrollo de las actividades, busco siempre que ellos se expresen, que se diviertan y que compartan con sus compañeros sin la necesidad de comparar. Cuando he impactado de manera indirecta, por ejemplo en algunas capacitaciones, busco fomentar un trato agradable entre quienes capacito y su población impactada.

A su vez, cuando viajo y conozco niños de otros estados, ver la situación política-social por la que atraviesan y darme cuenta de como impacta en su desarrollo, en su manera de pensar, me ha permitido reflexionar sobre algunas otras variantes que no fueron tomadas en cuenta en esta investigación, pero que sin duda alguna generan algún aprendizaje en los niños.

REFERENCIAS

Agoff, C., Rajsbaum, A. & Herrera, C. (2006). Perspectivas de las mujeres maltratadas sobre la violencia de pareja en México. *Salud pública de México*, 48, 307-314.

Aiquipa, J. (2015). Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista de psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*. 33 (2), 412-437.

Alvarado, E. (2015). Consecuencias psicológicas en niños, niñas y adolescentes expuestos a violencia de género. En Czalbowski, S., *Detrás de la pared. Una mirada multidisciplinar acerca de los niños, niñas y adolescentes expuestos a la violencia de género* (1st ed., pp. 108-148). Bilbao: Editorial Desclee.

Ambriz-Mora, M., Zonana-Nacach, A., y Anzaldo-Campos, C., (2015). Factores asociados a violencia doméstica en mujeres mexicanas vistas en primer nivel atención. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 41(5), 241-246.

Ángeles, E., (2014). *Intervención comunitaria: taller "mejorando mis vinculaciones afectivas en mi interacción familiar" para tutores, padres y madres de familia de la cooperativa de vivienda Palo Alto*. (Tesis de Licenciatura). Facultad de Psicología, UNAM, México.

Arrigoni, F., Jiménez, J., Navarro, J. & Mendoza, P. (2013). Aplicación de un programa terapéutico en hombres violentos contra la pareja. *Anuario de psicología jurídica*, 23, 3-9.

Asamblea General de las Naciones Unidas (1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. Resolución 48/104. Disponible en : <http://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violnceagainstwomen.aspx> (consultado el 1 de septiembre de 2018).

Atenciano, B. (2015). Introducción. En Czalbowski, S., *Detrás de la pared. Una mirada multidisciplinar acerca de los niños, niñas y adolescentes expuestos a la violencia de género*. pp. 33-54. Bilbao: Editorial Desclee.

Barbosa, A. (2014). Terapia sistémica y violencia familiar: una experiencia de investigación e intervención. *Quaderns de psicología*, 16 (2), 43-55.

Bardos, A. (2008). La intervención psicológica: características y modelos. Recuperado el 24 de diciembre de 2016 en <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/4963/1/IPCS%20caracter%C3%ADsticas%20y%20modelos.pdf>

Boira, S., Cabrajosa, P., y Méndez, R., (2015). Miedo, conformidad y silencio. La violencia en las relaciones de pareja en áreas rurales de Ecuador. *Psychosocial Intervention* 25(1), 9-17.

Boira, S., Carbajosa, P., y Marcuello, C., (2013). La violencia en la pareja desde tres perspectivas: Víctimas, agresores y profesionales. *Psychosocial Intervention*, 22(2), 125-133.

Borjas, B & Ortiz, M; (2008). La Investigación Acción Participativa: aporte de Fals Borda a la educación popular. *Espacio Abierto*, 17(1) 615-627. Recuperado el 01 de diciembre de 2016 en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12217404>

Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Madrid, España, Paidós.

Butchart, A., García-Moreno, C. & Mikton, C. (2011). *Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres: qué hacer y cómo obtener evidencias*. Washington, DC., Organización Panamericana de la Salud.

Caraveo, J. (2006). Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: confiabilidad, estandarización y validez de construcción. *Salud mental* 29 (6), 65-72.

Careveo, J., y Soriano, A., (2013). *Guía clínica para la identificación de problemas de salud mental en niños y adolescentes en la atención primaria. Utilizando el cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico (CBDT)*. México, D.F.

Casique, I. (2009). “Violencia de pareja y violencia contra los hijos” en López, S. (coord.), *Violencia de género y políticas públicas*, COLEF, pp.31-58

Casique, I. (2010). Factores de empoderamiento y protección de las mujeres contra la violencia. *Revista mexicana de sociología*, 72, 37-71.

Castro, R., Casique, I. (2008). Violencia de pareja contra mujeres en México. Una comparación entre encuestas recientes, *Notas de población*.

CODICEN (2012). *Guía didáctica: educación y violencia doméstica*. Consultado el 14 de septiembre de 2018 en http://www.anep.edu.uy/ddhh/joomla/index.php?option=com_content&view=article&id=17:guia-didactica-para-el-abordaje-de-la-violencia-domestica-hacia-adolescentes&catid=3:noticias&Itemid=1

Cunningham, A. y Baker, L. (2004). *What about me! Seeking to understand a child's view of violence in the family* (2nd ed.). Londres: Centre for children and families in the justice system. Consultado el 27 de diciembre de 2016 en http://www.lfcc.on.ca/what_about_me.pdf

Czalbowski, S. (2015). Intervención grupal. Grupos psico-educativos para menores expuestos a la violencia de género. En Czalbowski, S., *Detrás de la pared. Una mirada multidisciplinar acerca de los niños, niñas y adolescentes expuestos a la violencia de género* (1st ed., pp. 251-286). Bilbao: Editorial Desclee.

de Paul, J., Arruabarrena, I. e Indias, S. (2015). Implantación piloto de dos programas basados en la evidencia (SafeCare e Incredible Years) en los Servicios de Protección Infantil de Gipuzkoa (España). *Psychosocial Intervention*, 24(2), 105-120.

Diario Oficial de la Federación (2007), *La ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia*.

Díaz, M. (2014). Violencia de género. Conceptos claves y polémicas en curso. Campaña por la no violencia contra la mujer. *Grupo de reflexión y solidaridad Oscar Arnulfo Romero*

Duque, L., Sierra, C., y Montoya, N., (2011) Actitudes y creencias que legitiman el uso de la violencia. Recuperado el 03 de noviembre de 2016 en <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/9a4d6f8c-28ba-4145-a1ee-c3808c6c9c49/Documento+2+Actitudes+y+creencias+que+legitiman+el+uso+de+la+violencia+08.2011.pdf?MOD=AJPERES>

Echeburúa, E., de Corral, P., Fernández, J. & Amor, P. (2004). ¿Se puede y debe tratar psicológicamente a los hombres violentos contra la pareja? *Papeles del psicólogo*, 25 (88), 10-18.

Fernández, L. y Gómez, J. (2007). *La psicología preventiva en la intervención social*. Madrid, España: Síntesis.

Garda, R. (2006). *Manual de técnicas para la sensibilización sobre violencia de género y masculinidad en la comunidad*. Jalisco, México: Indesol.

García, F. (2001). Conceptualización del desarrollo y la atención temprana desde las diferentes escuelas psicológicas. Modelo Ecológico/Modelo integral de intervención en Atención temprana. XI Reunión interdisciplinar sobre poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias. Mesa redonda llevada a cabo el 29 y 30 de noviembre de 2001. Real Patronato sobre Discapacidad. Madrid, España.

Geldschläger, H. & Ginés, O. (2013). Abordaje terapéutico de hombres que ejercen violencia de género. *FMC: Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 20 (2), 89-99.

Gifre, M., y Guitart, M. (2012). Consideraciones educativas de la perspectiva ecológica de Urie Bronfenbrenner. *Contextos educativos* 15 (1). 79-92. <http://dx.doi.org/10.18172/con.656>

Goldstein, L. (2008) Teaching the standards is Developmentally Appropriate Practica: Strategies for Incorporating the Sociopolitical Dimension of DAP in Early Childhood Teaching. *Early Childhood Education*. 36 (1), 253-260.

Gómez, E., Cifuentes, B., & Ortún, C. (2012). Padres competentes, hijos protegidos: evaluación de resultados del programa "Viviendo en Familia". *Psychosocial Intervention*, 21(3), 259-271.

Gómez-Maqueo, E. (2013). Psicopatología infantil. En Gómez-Maqueo, E. y Heredia, C. *Psicopatología riesgo y tratamiento de los problemas infantil* (1ra ed., pp. 1-26). México: Manual moderno.

González-Alexander, E., Ponce-Rosas, R., Landgrave-Ibáñez, S., Baillet-Esquivel, E., Munguía-Lozano, S., & Jáuregui-Jiménez, O. (2013). Frecuencia, factores de riesgo y tipos de violencia intrafamiliar en un grupo de mujeres de una clínica de medicina familiar en la ciudad de México. *Atención Familiar*, 20(3), 86-90.

Guerrero, R. & García, J. (2008). Ensayo clínico de la eficacia de la terapia constructivista-sistémica en casos de violencia contra las mujeres. *Apuntes de psicología*, 26 (2), 269-280.

Heise, L., (1998). Violence against women; an integrated ecological framework. *Violence against women*, 4(3)m 262-290. Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077801298004003002>

Heredia, M. (2013). Influencia del contexto social y familiar en el desarrollo del niño y sus alteraciones. En Gómez-Maqueo, E. y Heredia, C. *Psicopatología riesgo y tratamiento de los problemas infantil* (1ra ed., pp. 27-48). México: Manual moderno.

Holden, G. (2003). Children exposed to domestic violence and child abuse: Terminology and taxonomy. *Clinical child and family psychology review*, 6(3), 151-160.

Holt, S., Buckley, H., & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse & Neglect*, 32(8), 797-810. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.02.004>

Hombrados, M. (2013). *Manual de psicología comunitaria*. Madrid, España: Síntesis.

Ibaceta, F. (2011). Violencia en la pareja: ¿Es posible la terapia conjunta? *Terapia psicológica*, 29 (1), 117-125.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI (2011). Encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones de los hogares (ENDIREH). Panorama de violencia contra las mujeres en el Distrito Federal, México.

Jiménez, C. (2015). Etapa adolescente. Intervención con adolescentes expuestos a la violencia de género. En Czalbowski, S., *Detrás de la pared. Una mirada multidisciplinar acerca de los niños, niñas y adolescentes expuestos a la violencia de género* (1st ed., pp. 327-347). Bilbao: Editorial Desclee.

Leija, M., Jiménez, I., y Macías, L., (2015). Funcionamiento conyugal en padres de familia que llevan a sus hijos a una evaluación psiquiátrica. *Salud mental* 28(3). 209-215. <http://dx.doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.029>

Martínez, M., Robles, C., Utria, L. y Amar, J. (2014). Legitimación de la violencia en la infancia : un abordaje desde el enfoque ecológico de Bronfenbrenner. *Psicología desde el Caribe*. 31(1), 133-160.

Mason, M, Korpela, K., Mennis, J., Coatsworth, D., Valente, T., Pomponio, A., y Pate, P., (2010). Patterns of place-based self-regulation and associated mental health of urban adolescents. *Journal of Community Psychology*, 38(2), 155-171.

Medina-Mora, M. (2016). *Conferencia Latinoamericana para la medición del bienestar y la promoción del progreso*. Ponencia: Medición de la salud mental. Recuperado de <http://mfps.inegi.org.mx/Presentas/Dia2/Sesion3/Taller2/MaElenaMedinaMora.pdf>

Montero, M. (2012). El concepto de intervención social desde una perspectiva psicológico-comunitaria. *MEC-EDUPAZ, 1*, 54-76.

Mori, M. (2008). Una propuesta metodológica para la intervención comunitaria. *Liberabit, 14* (14), 81-90.

Muñoz, M., y Echeburúa, E. (2016). Diferentes modalidades de violencia en la relación de pareja: implicaciones para la evaluación psicológica forense en el contexto legal español. *Anuario de Psicología Jurídica*. 26 (1), 2-12.

Motos, T. (2000). Aprendizaje vivencial. En Bercebal, F., de Prado, D., Laferrière, G. y Motos, T. *Con los pedagogos de hoy. Sesiones de trabajo*. (134-156). Ciudad Real: Ñaque.

Navarro, M. (2007). Drama, creatividad y aprendizaje vivencial: algunas aportaciones del drama a la educación emocional. *Cuestiones pedagógicas*, (18), 613-174.

O'Connor, T. (2002). Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years: Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *The British Journal Of Psychiatry*, 180(6), 502-508. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.180.6.502>

Odriozola, E., y del Corral, P. (2004). Violencia doméstica:¿Es el agresor un enfermo?. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 11(6), 293-299.

Olaiz, G., Rojas, R., Valdez, R., Franco, A., y Palma, O., (2006). Prevalencia de diferentes tipos de violencia en usuarias del sector salud en México. *Salud Pública de México*, 48(2), 232–238. <http://doi.org/10.1590/S0036-36342006000800003>

Oliva, A., Antolín, L., Estévez, R., y García, D., (2012). Activos del barrio y ajuste adolescente. *Psychosocial Intervention*, 21(1), 17-27.

OMS (2012), *Definición de violencia*. Recuperado el 10 de abril de 2017 de <http://www.who.int/topics/violence/es/>

OMS (2016), *Violencia contra la mujer*. Recuperado el 10 de abril de 2017 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>

OMS (Sin fecha). 10 datos sobre la salud mental. Recuperado el 30/05/2017 de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/

Organización Mundial de la Salud (2014). Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.

Organización Panamericana de la Salud (2013), *Violencia infligida contra la pareja* Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Whashington, DC.

Orgilés, M., Méndez, X., Espada, P., Carballo, L., y Piqueras, A. (2012). Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: Diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 5(2), 115-120.

Orjuela, L. (2015). La perspectiva de los derechos de la infancia. En Czalbowski, S., *Detrás de la pared. Una mirada multidisciplinar acerca de los niños, niñas y adolescentes expuestos a la violencia de género* (1st ed., pp. 55-64). Bilbao: Editorial Desclee.

Paz, M., Matud, M., & Buela-Casal, G. (2009). Salud mental de las mujeres maltratadas por su pareja en el Salvador. *Revista mexicana de psicología*, 26 (1).

Pérez-Escamilla, Rizzoli-Córdoba, A., Alonso-Cuevas, A., & Reyes-Morales, H., (2017). Avances en el desarrollo infantil temprano: desde neuronas hasta programas a gran escala. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 74 (2), 86-97.

Plazaola-Castaño, J., Ruiz-Pérez, I., y Montero-Piñar, M., (2008). Apoyo social como factor protector frente a la violencia contra la mujer en la pareja. *Gaceta Sanitaria*, 22(6), 527-533.

Ramírez, B., Misol, C., Bentata, C., Alonso, M., Campayo, J., Franco, M., Tizón, J., y Velázquez, S., (2014). Recomendaciones para la prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. *Atención Primaria*, 46, 59-74.

Rodríguez, A., Giménez, L., Netto, C., Bagnato, M. y Marotta, C. (2001). De ofertas y demandas: una propuesta de intervención en psicología comunitaria. *Revista de psicología*. 10 (2); 101-109. Recuperado el 05 de diciembre de 2016 de <http://redalyc.org/articulo.oa?id=26410209>

Sepúlveda, G., Henríquez, R., y Godoy, D. (s.f.). Modelo ecológico: fundamentos teóricos de la psicología comunitaria. Recuperado el 12 de diciembre de 2016 en <files.pcomust.webnode.cl/200000032-085f4095a2/Ecologico.docx>

Shernoff, E., Hill, C., Danis, B., Leventhal, L., & Wakschlag, S., (2014). Integrative consensus: A systematic approach to integrating comprehensive assessment data for young children with behavior problems. *Infants & Young Children*, 27(2), 92-110.

Solloa, L. (2016). *Los trastornos psicológicos en el niño; etiología, características, diagnóstico y tratamiento*. Distrito Federal, México: Trillas.

Torrico, E., Santín, C., Andrés, M., Menéndez, S. & López, J. (2002). El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la psicooncología. *Anales de psicología* 18(1), 45-59.

Torrico, M. & Ocaña, S. (2011). El Instituto Politécnico Nacional innovando en políticas de prevención de violencia con perspectiva de género. *Innovación educativa*. 11 (57), 195-205.

UNICEF,. (2011). *Derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia*. Comité de los Derechos del Niño. Consultado el 27 de diciembre de 2016 en http://www.unicef.cl/web/informes/derechos_nino/13.pdf

Uribe, J., Covarrubias, K. y Andrade, P. (2008). La cultura sexual de los adolescentes colimenses: aspectos característicos de la cultura local. *Estudios sobre las culturas contemporáneas*. 14(28), 61-95.

Valdez-Santiago, R., Híjar-Medina, M., Salgado, V., Rivera-Rivera, L., Ávila-Burgos, L., y Rojas, R. (2006). Escala de violencia e índice de severidad: Una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. *Salud Pública de México*, 48(SUPPL. 2), 221–231. <http://doi.org/10.1590/S0036-36342006000800002>

Vega, M., & Moro, L., (2013). La representación social de los malos tratos infantiles en la familia: Factores psicosociales que influyen en la percepción de las conductas de maltrato. *Psychosocial Intervention*, 22(1), 7-14.

Vega-Arce, M., & Nuñez-Ulloa, G., (2017). Experiencias adversas en la infancia: Revisión de su impacto en niños de 0 a 5 años. *Enfermería universitaria*, 14 (2), 124-130

Velasco, M. (2017). 67% de las mujeres en México víctimas de violencia de género; Osorio Chong. *Excelsior*. Recuperado de <http://www.excelsior.com.mx/comunidad/2017/02/22/1148021>

Vivanco, R., Soraya, M., Romo, C., Véliz, A. & Vargas, A. (2015). Perpetración y victimización de la violencia en relaciones de parejas en jóvenes que cursan educación superior en la ciudad de Osorno, Chile. *Revista Latinoamericana*, 14(40), 489-508.

Wenar, C & Kerig, P. (2005). *Developmental psychopathology*. New York, United States: McGraw-Hill.