



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y LA ASOCIACIÓN CON LA PRESENCIA
DE PSICOPATOLOGÍA EN NIÑOS**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:

VIANEY DÍAZ DÍAZ

DIRECTORA DE TESIS:

MTRA. MARÍA SUSANA EGUÍA MALO

REVISORA DE TESIS:

MTRA. ALMA MIREYA LÓPEZ ARCE CORIA

ASESOR METODOLÓGICO:

MTRO. MARCOS E. VERDEJO MANZANO



**Facultad
de Psicología**

CD. MX., Enero 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

DEDICATORIA

Esta Tesis va dedicada a mis Padres y Hermano, por ser mi gran motivación para concluir con este trabajo. Gracias por todo su amor y apoyo incondicional, son el motor más grande en mi vida y gracias por permitirme siempre aprender cosas maravillosas de cada uno.

Los Amo.

AGRADECIMIENTOS.

A mi mamá, por cada día ser un gran ejemplo de amor y bondad. Eres un gran modelo de fortaleza y confianza y mi admiración hacia ti es indescriptible. Gracias por estar en cada momento de mi vida y darme la fuerza y confianza para seguir avanzando día con día. Te amo infinitamente.

A mi papá, por enseñarme a amar y disfrutar lo que hago cada día y por ser un gran ejemplo de responsabilidad y constancia. Gracias por todo el amor y el apoyo incondicional, por el cariño que me brindas siempre y por jamás soltar mi mano. Te admiro siempre y te amo infinitamente.

A mi Hermano, por ser un gran ejemplo de perseverancia y amor. Gracias por siempre estar y por ser un impulso constante para terminar este proyecto. Eres una inspiración y un grande ejemplo de que los sueños se pueden cumplir. Mi amor por ti es infinito.

A la Mtra. Susana, por su paciencia, tiempo, dirección y apoyo incondicional durante todo este tiempo. Gracias por alentarme a continuar con este proyecto, por todos sus consejos, enseñanzas y por todo el apoyo para concluir esta investigación. Es para mí un ejemplo a seguir y siempre tendrá mi respeto y admiración.

A mis sinodales, gracias por tomarse el tiempo para enriquecer este trabajo, por sus valiosa contribución y sus observaciones.

A la Dra. Alejandra Hernández, por ser una profesional digna de admiración y confianza que apporto cosas maravillosas a mi vida profesional y personal. Gracias por tu tiempo, por el aprendizaje y sobre todo infinitas gracias por el apoyo que me brindaste para llevar a cabo la realización de este proyecto. Para ti todo mi respeto y cariño.

A la Dra. Gabriela Tercero, porque siempre me demostraste la belleza de esta profesión y confiaste en mi para compartir tu conocimiento. Me enseñaste muchas cosas que me han impactado en mi vida profesional y personal. Te admiro y respeto muchísimo.

A mis amigas y amigos, gracias por fortalecerme siempre. Gracias por su confianza y motivación en cada una de nuestras aventuras. Por las risas y los llantos, los cuales han hecho más fuerte el amor que nos une. Yadira, Daniela, Andrea y Víctor, ¡Gracias!

A Montse, mi comadre. El inicio de esta aventura nos juntó y espero que jamás se acabe. Gracias por siempre motivarme e impulsarme para seguir adelante y también por ser para mí esa persona incondicional, te adoro con todo mi corazón.

A Gabriel, por impulsarme desde el día uno que comenzó nuestra aventura. Por darme esos impulsos que necesitaba para culminar este trabajo. Gracias por motivarme cada día y sobre todo por enseñarme cosas nuevas a cada momento. Te amo y admiro bastante.

A cada persona que se involucró en el desarrollo de este trabajo.

Al Hospital Infantil de México Federico Gómez, gracias por todas las facilidades que me brindó para realizar mi servicio social y la presente investigación.

A la UNAM, por brindarme herramientas que me han permitido crecer profesional y personalmente. Es un orgullo pertenecer a La Máxima Casa de Estudios.

ÍNDICE

RESUMEN.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPÍTULO I. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.....	11
La Familia.....	11
Socialización y Dinámica Familiar.....	14
Repercusiones de la Violencia intrafamiliar.....	27
CAPÍTULO II. DESARROLLO DEL NIÑO.....	31
Desarrollo del niño Escolar.....	33
Teorías del desarrollo.....	36
CAPÍTULO III. TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS EN LA INFANCIA.....	54
Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.....	55
Trastorno de Ansiedad Generalizada.....	64
Trastorno de Enuresis.....	69
Trastorno por Depresión.....	74
Trastorno de Conducta.....	80
MÉTODO.....	88
Preguntas de investigación.....	88
Objetivos.....	89
Hipótesis.....	89
Variables.....	89
Muestreo.....	91
Participantes.....	91
Escenario.....	93
Tipo de diseño.....	93
Instrumentos.....	93
Procedimiento.....	98
RESULTADOS.....	99
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	109
Limitaciones y Sugerencias.....	117
REFERENCIAS.....	119
ANEXOS.....	127

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue identificar la relación que existe entre una dinámica familiar violenta y el desarrollo o agravamiento de una enfermedad Psicopatológica en niños que oscilan entre los 6 y 12 años. Participaron de forma voluntaria 20 niños y niñas de edad escolar y sus cuidadores primarios que asisten al servicio de Psicología del Hospital Infantil de México y 20 niños y niñas y sus cuidadores que asisten solo a consulta externa del mismo hospital. Se aplicó el cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico de Problemas de Salud Mental en Niños y Adolescentes del Dr. Caraveo (1998), con el objetivo de medir sintomatología de algunas psicopatologías infantiles. De igual forma, se utilizó la Escala de Ambiente Social Familiar de Moos (1974), la cual mide la percepción de cada miembro de la familia sobre diferentes aspectos de la vida familiar, haciendo referencia a toda la familia. De este instrumento se utilizaron solo las subescalas de Cohesión, Expresividad, Conflicto y Control. Se realizó un estudio transversal descriptivo; los resultados muestran a la violencia intrafamiliar como un factor de riesgo para el desarrollo de algunas psicopatologías en niños de edades entre 6 y 12 años.

INTRODUCCIÓN

La familia constituye una institución de carácter primario que cumple funciones específicas en la sociedad, tales como brindar protección, alimento, asistencia y educación. En dicha institución el rol que desempeñan los padres es por demás importante, su presencia e influencia para sus hijos resulta fundamental en la formación y calidad de vida de estos.

Las transformaciones socioculturales de los últimos años han generado modificaciones en la estructura familiar. A pesar de ser la tradicional o nuclear la de mayor prevalencia, existe un aumento considerable de nuevos modelos familiares que han estado siendo objeto de estudio de diversas disciplinas.

Al ser los padres el primer contacto y agente de socialización de sus hijos, establecen formas de interacción mediante las cuales transmiten aquellos valores y formas de comportamiento que definirán la relación que tendrán con su ambiente.

Conocer sobre los factores de riesgo que pueden desencadenar una dinámica familiar hostil es un impulso para crear alternativas que protejan a los miembros de la misma, construyendo así nuevas políticas públicas y el reconocimiento de factores protectores para trabajar en una disminución de las enfermedades mentales que como consecuencia presentan los niños.

La violencia intrafamiliar se vuelve una dinámica recurrente dentro de los hogares donde se ejerce, la cual genera un impacto negativo en las personas cercanas, trayendo así consecuencias físicas y psicológicas en la mayoría de los integrantes.

Los niños que viven en hogares en los que se producen situaciones de violencia doméstica sufren secuelas importantes. La violencia doméstica tienen un impacto importante sobre los menores. Aunque no sean ellos las víctimas directas de las agresiones físicas o verbales, el impacto que sufren les puede provocar graves problemas en su infancia y, más adelante, en su adolescencia y vida adulta.

En los hogares que se producen estas situaciones, los niños suelen estar más desatendidos, lo cual agrava la situación de los menores. A lo largo de los años se ha comprobado que los niños que viven situaciones de violencia doméstica tienen más riesgo de sufrir problemas de salud, problemas de comportamiento y traumas emocionales, y son más propensos a tener problemas de salud mental.

El desarrollo de un niño de edad escolar en un ambiente hostil y violento puede impactar en la vida del menor negativamente; así mismo, un ambiente respetuoso y una dinámica sin violencia dota de herramientas emocionales que le permiten al menor conocer diversas formas de dar solución a un conflictos, impactando en la tolerancia del menor.

El desarrollo psicopatológico en la infancia puede estar desencadenado por factores ambientales, por lo tanto, en el presente trabajo se pretende conocer si una dinámica familiar con violencia puede desencadenar un trastorno psicopatológico en niños de edad escolar.

Tuve la oportunidad de realizar mi Servicio Social en el Hospital Infantil de México Federico Gómez. El servicio incluyó atención psicológica a pacientes pediátricos, donde estuve colaborando con una psicóloga y participé en el trabajo de consulta con los niños y sus padres. Realicé entrevistas, evaluaciones con pruebas psicológicas y diseñé y apliqué talleres para los niños como por ejemplo estrategias para prevenir el abuso infantil. El aprendizaje fue bastante y el trabajo arduo, y es de ahí que nace la idea de contribuir más allá de la parte operativa creando esta investigación, con el objetivo de conocer el impacto de la dinámica familiar en el desarrollo del niño. Considero que es importante desarrollar estrategias de prevención en la familia, para que los niños y niñas tengan un desarrollo integral más sano.

El trabajo se presenta de la siguiente manera: como primera parte en el primer capítulo se aborda el tema de la familia, su importancia como célula social básica y las transformaciones que han tenido a lo largo de los años, tanto dinámica como estructuralmente. Asimismo se muestran los tipos de socialización que proporciona la familia y diversos tipos de dinámicas que se establecen entre sus integrantes.

El segundo capítulo incluye diversas teorías de desarrollo del niño centradas en el niño de edad escolar, abarcando de los 6 a los 12 años. Se aborda el desarrollo del menor desde la teoría del psicoanálisis, las teorías cognoscitivas y conductistas, así como teorías del aprendizaje social.

En el tercer capítulo se estudian algunas psicopatologías del niño centradas en la edad escolar con sus respectivas características diagnósticas, así como algunas características que, provenientes de un ambiente familiar violento, pueden ser desencadenantes o potenciadores de dichos trastornos.

Posteriormente se explica el método del trabajo de investigación y se muestran los resultados y el análisis de los mismos. Para finalizar se desarrolla la discusión y las conclusiones sobre los resultados obtenidos en esta investigación.

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

LA FAMILIA.

Cuando se habla de familia en realidad nos enfrentamos a una compleja definición sobre la que recaen múltiples prejuicios, los cuales se pueden interponer al realizar su análisis definitivo de la familia como unidad. A través de los años y las investigaciones realizadas a lo largo del tiempo se han desarrollado diferentes definiciones que relacionan a la familia con los campos de las leyes sociales, económicas, culturales y diversas clases sociales.

Se han dado transformaciones culturales en los últimos años los cuales han modificado la estructura y la dinámica familiar. A pesar de que los tipos de familia de mayor prevalencia sean “tradicional” o “nuclear”, existe un aumento de nuevos modelos de familiares que están siendo estudio de diversas disciplinas.

La familia se conforma por un conjunto de individuos integrados en un núcleo doméstico y que están unidos por diversos tipos de lazos. Actualmente este núcleo se rige por un carácter institucional, una estructura, una función y una dinámica (Chávez, 2008).

Valdés (2007), escribió sobre los diferentes tipos de lazos familiares que permiten la permanencia dentro del sistema, delimitándolos a tres formas de vinculación posibles:

- Consanguinidad o parentesco: se define como la familia a todas aquellas personas que tengan lazos consanguíneos, vivan o no en la misma casa. Esta forma de conceptualización ha tenido diversas críticas ya que aparentemente deja a un lado a padres e hijos adoptivos, a sistemas reconstruidos e incluso a la familia política de uno de los miembros.

- Cohabitación: Se refiere que la familia está compuesta por todos los integrantes que viven bajo un mismo techo sin importar que existan vínculos familiares o no.

- Lazos afectivos: Se considera como familia a todas aquellas personas con los cuales el individuo guarda una estrecha relación afectiva, sin la necesidad de que existan lazos consanguíneos, parentesco o vivan en la misma casa.

De acuerdo con lo anterior, la familia se puede definir como un grupo de personas unidas por lazos consanguíneos, por vivir en la misma casa o tener una relación afectiva muy estrecha.

A este organismo social le debemos las características que nos definen en nuestro desarrollo de vida y el logro de transmitir y reproducir todos aquellos aspectos que integran al individuo, tales como: las características genéticas, los

elementos culturales, ideológicos y los materiales. Con estos aspectos aprendemos sobre los procesos emotivos y de interacción personal que pondremos en práctica a lo largo de nuestro desarrollo y cuya importancia es básica para la definición que le daremos al mundo social y al individuo en general. Cada familia construye sus creencias, valores, normas y reglas, las cuales impactarán en la toma de decisiones, las negociaciones y la expresión de afecto hacia los demás (Chávez, 2008)

A través del tiempo, las familias han pasado por un proceso de evolución, lo que ha orillado a que la familia se amolde a las condiciones de vida que dominan en un lugar y tiempo dados, favorablemente su estructura le permite adaptarse a las exigencias de la época y cubrir sus funciones de vida.

Torres, Ortega, Garrido y Reyes (2008) por su parte añaden que la familia es concebida como la asociación de personas que comparten un proyecto de vida, en el cual desean mantenerse unidas a lo largo de los años. Formando un sistema de interrelaciones biopsicosocial que media entre el individuo y su entorno, asimismo puede integrarse por un número variable de individuos, los cuales pueden estar unidos por vínculos de consanguinidad, unión, matrimonio e incluso adopción.

Tanta diversificación en la estructura familiar permite entender que la familia es moldeada continuamente por su organización interna y por las condiciones externas en las que se desenvuelve.

SOCIALIZACIÓN Y DINÁMICA FAMILIAR

Ackerman (1981) hablaba de dos diferentes tipos de relaciones familiares. El primero lo caracterizó como un ambiente social amistoso y protector y el segundo lo definió como un ambiente hostil y peligroso. Según el autor, las relaciones familiares bajo condiciones favorables, como los sentimientos de amor y lealtad, prevalecen y mantiene la armonía familiar; por el contrario, un ambiente social que impone peligros puede hacer que una familia se desintegre y se genere un ambiente de riesgo debido a una mala distribución de autoridad y poder, generando así desigualdad entre los miembros y poca equidad entre los mismos.

Rodríguez (2007) considera que la familia debe desempeñar un papel de agente socializador, el cual se define como el responsable de transmitir las normas, valores y modelos de comportamiento más importante en la vida de un individuo, no sólo porque es el primer agente, sino porque se constituye en el nexo entre el individuo y la sociedad.

Es la familia la que socializa al niño permitiéndole interiorizar los elementos básicos de la cultura y desarrollar las bases de su personalidad.

La forma de socializar al niño se hará de acuerdo a su particular modo de vida, el cual está influenciado por la realidad social, económica e histórica de la

familia a la que pertenece. A este respecto, Diana Baumrind (1991) delimitó tres estilos de interacción entre padres e hijos que pueden estar relacionados con el desarrollo de la conducta prosocial:

I. Padres dictadores. Son muy estrictos y establecen límites estrictos en la expresión presumible de las necesidades del niño. Los padres dictadores esperan una obediencia estricta y casi nunca o nunca explican sus acciones; en cambio suelen recurrir mucho a tácticas afirmadoras de su poder (castigos, amenazas, privación de privilegios) para obtener obediencia.

II. Padres autoritarios. Estos esperan una conducta madura y establecen unas normas claras para estas conductas. También imponen firmemente normas y reglas utilizando órdenes y sanciones cuando lo creen necesario. Sin embargo estimulan la independencia y la individualidad del niño y valoran la comunicación abierta entre padres e hijos, reconociendo los derechos de unos y otros.

III. Padres permisivos. Estos se caracterizan por plantear relativamente pocas exigencias a sus hijos y por ejercer raramente un control firme sobre ellos. Estos padres también son relativamente cálidos y estimulan a sus hijos a expresar sus sentimientos e impulsos.

Baumrind (1991) hablaba de un proceso naturalmente cultural por el que los niños interiorizan y adquieren hábitos y valores siguiendo la línea cultural de su entorno, a través de la educación y la imitación. En conclusión con otros autores, en esta época definían la socialización como el proceso por el cual el niño adquiere hábitos, valores, metas y conocimientos que lo preparan para desarrollarse satisfactoriamente en la etapa adulta centrándose en la infancia.

En esta misma línea, Villarroel (1990) expone dos tipos de patrones de socialización familiar: uno orientado a la obediencia, llamada también “socialización represiva” y otro a la orientación de participación o socialización participatoria:

- La socialización represiva se da generalmente en el estrato social bajo y se caracteriza por el énfasis que ponen los adultos sobre la obediencia del niño, el respeto a la autoridad y a los controles externos. La socialización represiva se asocia, además, con un tipo de organización familiar en la que los miembros consiguen su cohesión y unidad principalmente a través de la complementariedad de los roles tradicionales. El padre es el proveedor y la madre ama de casa. En estas familias la socialización consiste principalmente en la enseñanza de los roles y la transmisión de expectativas de conducta tradicionales. Los demás miembros de la familia se convierten en modelos para el niño quien se esforzará por imitarlos. Aquí, el niño se desenvuelve en un sistema de relaciones

preestablecidas en el que los roles que corresponden a cada uno de los miembros de la familia han sido definidos y prácticamente resulta imposible cambiarlos

- La socialización participatoria se lleva a cabo generalmente por las familias de clase media y alta y se caracteriza por enfatizar los premios más que los castigos, se refuerza la conducta apropiada en vez de castigar la conducta incorrecta. Los premios, por su parte, son de tipo simbólico más que material. En caso de usar el castigo como una forma de modificación de conducta, éste también es de tipo simbólico. La socialización participatoria se asocia con una organización familiar en la que la cohesión se logra a través de las actividades conjuntas y el desarrollo de metas familiares comunes. Los roles tradicionales son modificados dependiendo de las habilidades e inclinaciones de sus miembros y las metas familiares son muy variadas.

Con lo anterior se entiende que el proceso de socialización se da a lo largo de todo el ciclo vital de las personas, principalmente a través de la familia y los diversos estilos parentales con la que se desarrolla cada unidad familiar, los cuales se basan en los niveles de las dimensiones de sensibilidad (calidez, afecto), exigencia paterna (control parental) y autonomía otorgada. Estos estilos dirigen el desarrollo y el bienestar de los niños y al mismo tiempo se puede comprender la conducta y actitudes de los cuidadores (Broderick & Blewitt, 2003).

La influencia de la cultura en los estilos parentales es clave para un desarrollo autorregulado en contextos de vulnerabilidad social, sensibilidad hacia las necesidades de los mismos, aceptación de su individualidad y demostración de afecto hacia los demás.

La familia aporta buena parte de los estímulos ambientales para los infantes y controlan, en gran medida, su contacto con el medio ambiente distante (Richter, 2004). Los recursos sociales y económicos constituyen los rasgos más importantes del entorno familiar. Los recursos sociales comprenden las aptitudes y la educación parental, las prácticas y los enfoques culturales, las relaciones interfamiliares y el estado de salud de los miembros. Los recursos económicos incluyen el patrimonio, el estatus ocupacional y las condiciones de la vivienda. Pese a que los recursos sociales y económicos al alcance de los infantes están entrelazados, implican estrategias de intervención distintas.

Para UNICEF (2012), la familia es el espacio en que los infantes realizan sus primeras experiencias de interacción, en dicho espacio se genera la alianza familiar organizándose entre el infante y sus cuidadores primarios, éstos a su vez facilitan y guían el desarrollo del infante, mientras crece y logra su autonomía; de igual manera el infante posee una participación también en gran medida, moldeando la acción de los adultos.

Se delega a la familia la función de asegurar la supervivencia del infante, el crecimiento y desarrollo adecuado para dotar al niño de habilidades sociales que favorezcan su relación con el entorno y facilite la creación de nuevos vínculos a lo largo de su desarrollo.

Hasta aquí se entiende que la familia y la escuela, como acceso a otros grupos de pertenencia, son escenarios que favorecen el aprendizaje de habilidades sociales, siempre y cuando estos contextos puedan proporcionar experiencias positivas para adquirir nuevas herramientas sociales. El contexto de la familia, el cual puede implicar diversos estilos de crianza, experiencia con los padres, escuela, entre otros, se vincula fuertemente a como se aprenden y practican habilidades sociales saludables o disfuncionales.

De acuerdo con Caballo (2005), las habilidades sociales son un conjunto de conductas que permiten al individuo desarrollarse en un contexto individual o interpersonal expresando sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación. Generalmente, posibilitan la resolución de problemas inmediatos y la disminución de problemas futuros en la medida que el individuo respeta las conductas de los otros.

Como ya se dijo, a la unidad familiar, como primer escenario de interacción, le corresponde la tarea de dotar al niño de habilidades bajo el contexto social, emocional,

interpersonal, económico y cultural que favorecerá el desarrollo del niño y, como resultado, las relaciones tendrán una profunda influencia sobre su bienestar. Por lo tanto, las relaciones deterioradas dentro de la familia constituyen factores de riesgo comunes, y las relaciones positivas factores de protección.

Las intervenciones exitosas deberán incluir la participación de todos los actores, la promoción de los recursos que faciliten la satisfacción de las necesidades básicas, soportar el desarrollo de competencias e interrumpir la ocurrencia de condiciones adversas.

Comúnmente, se espera que el entorno familiar sea una fuente de protección, apoyo y aprendizaje, sin embargo, pueden existir acontecimientos que se puedan volver un factor de riesgo para la salud. Algunas veces, las interacciones son afectuosas, tolerantes y proteccionistas; pero otras, son hostiles, déspotas, de rechazo o indiferencia. Sin embargo, casi todas las familias muestran una amplia gama de interacciones.

Anteriormente era más difícil conocer el ambiente en el que se desarrollaban las familias, por tal motivo, cuando se desarrollaba un ambiente de riesgo era difícil una intervención por parte de los operadores sociales responsables para su prevención, además de que las víctimas de este ambiente familiar encubrían la violencia y los agresores la desmentían.

A partir de los años 70, la evaluación sistemática de la violencia familiar adquirió gran relevancia a lo contrario de la etapa anterior en la que familiares, personas próximas y, lo más grave, especialistas en familia, mostraban una actitud pasiva ante esta problemática (Echeburúa & Corral, 2002).

En 1998 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a la violencia doméstica como una prioridad internacional para los servicios de salud; el mismo año que en nuestro país se elaboró el primer «Plan de acción contra la Violencia Doméstica».

En el 2002, también la OMS dio a conocer un “Informe Mundial Sobre Violencia y La Salud” en el que se presenta la violencia, en su conjunto, como una de las principales causas de muerte y lesiones no mortales en todo el mundo, y en el que se realiza una exposición actualizada de las repercusiones de la violencia en la salud pública, a la vez que formula recomendaciones dirigidas a su prevención.

La violencia doméstica comporta graves riesgos para la salud de las víctimas tanto a nivel físico como psicológico. El impacto emocional que genera esta situación es un factor de desequilibrio para la salud mental tanto de las víctimas como de los convivientes.

El término de violencia familiar recoge diferentes víctimas y victimarios al poder darse entre y hacia cualquiera de sus miembros. Asimismo, y según Aroca (2010), es

habitual encontrar que la víctima se encuentra en una posición de dependencia del agresor (mujeres, niños y ancianos).

Esta acción u omisión cometida en el seno de la familia por uno o varios de sus miembros puede ocasionar daño físico, psicológico o sexual a otros de sus miembros y atenta contra su integridad y causa un serio daño a su personalidad y estabilidad emocional.

En las familias se han reconocido diversas formas de violencia:

- La violencia física. Es considerada como toda lesión física o corporal que deja huellas o marcas visibles; ésta incluye golpes, bofetadas, empujones, entre otras.

- La violencia psicológica. Se refiere al hostigamiento verbal entre los miembros de la familia a través de insultos, críticas permanentes, descréditos, humillaciones, silencios, entre otras; es la capacidad de destrucción con el gesto, la palabra y el acto. Esta no deja huellas visibles inmediatas, pero sus implicaciones son más trascendentes.

- La violencia sexual. Es la imposición de actos de orden sexual por parte de un miembro contra la voluntad de otro. Este tipo de violencia incluye la violación dentro del matrimonio.

Otras formas de violencia como el abandono y la negligencia en los cuidados, son dados por la falta de protección y cuidados físicos de los miembros de la familia que lo requieren, la falta de respuesta a las necesidades de contacto afectivo y estimulación cognitiva, falta de atención, así como descuido en la alimentación y vestuario necesario. Sin embargo, la violencia intrafamiliar siempre tendrá diversas formas de manifestarse, bajo la justificación de que lo que sucede en el marco familiar es privado y que cada familia impone sus reglas de respeto y de relación entre sus miembros.

El episodio de violencia hace partícipe a tres personajes principales: el agresor, la víctima y el espectador. Sin embargo un primer acercamiento a la problemática permite distinguir dos roles fundamentales en la dinámica de la violencia familiar; el agresor y la víctima.

El lugar del agresor se ubica en aquel integrante de la familia que ejerce el abuso del desequilibrio de poder infligiendo algún tipo de daño a otros integrantes. Parte de las características que componen el perfil del agresor son las siguientes: los agresores suelen venir de hogares violentos, muchas veces suelen padecer trastornos psicológicos, muchos de ellos utilizan el alcohol y drogas lo que produce que se potencie su agresividad, tienen

dependencia afectiva, inseguridad, son emocionalmente inestables, suelen ser impacientes y tienen un gran alto grado de Impulsividad, (Brugarola, 2000).

Por el contrario, el lugar de la víctima se ubica en aquel o aquellos integrantes de la familia que por algún motivo se encuentran en situación de sometimiento respecto del agresor obteniendo algún tipo de daño en la relación con el mismo.

Algunas características que componen el perfil de la víctima son: baja autoestima, dependientes, miedos frecuentes, con esperanza de que el agresor va a cambiar, sentimientos de culpa, dolores físico y psicológico frecuentes, dificultad de concentrarse en tareas escolares o del hogar, cuadros depresivos, justifica las acciones violentas que caen sobre él o ella y frecuentemente sensaciones de aislamiento (Brugarola, 2000).

El tercer personaje durante los episodios de violencia es el espectador, quien se define como el testigo de cierto evento observando con atención como se desarrolla el acto. Cuando la violencia siempre es dirigida a una sola persona y hay más miembros de la familia presentes ante la existencia de malos tratos, aunque no todos participen, se provoca en la mente del espectador un problema de disonancia moral y de culpabilidad (Echeburúa, 2003)..

En lo social y en lo individual nos enfrentaremos a crisis que nos afectan durante todo nuestro desarrollo de vida; si en nuestro desarrollo individual hay crisis decisivas también en la vida de la familia hay periodos críticos o condiciones vulnerables en las que el vínculo de la familia misma puede fortalecerse o debilitarse, ya que la estructura familiar se enfrenta a retos y cambios estructurales que invariablemente repercutirán en las relaciones psicoemocionales.

Para Vásquez, Sánchez, Navarro, Romero, Pérez y Kumazawa (2003) el manejo de conflicto y la agresividad dentro de la familia es un factor de personalidad que auxilia, o bien, dificulta la socialización entre los miembros. Por lo tanto, cuando se ejecuta de forma adecuada con el medio donde se desarrolla, fomenta la seguridad del individuo y un adecuado funcionamiento psicosocial.

Pino (2012), considera los conflictos como situaciones que se dan continuamente en las familias y que motivan formas de relación en ella. Como resultado, la dinámica interna de la familia surge a partir de diferentes situaciones, comportamientos y estados emotivos que pueden llegar a tener como resultado una serie de tensiones, fracasos, miedos y resentimientos que pueden terminar en la disolución del sistema familiar.

Jiménez (2003), en relación al conflicto, plantea lo siguiente:

- El conflicto hace notoria la diferencia entre las partes y es constitutivo de las relaciones que se establecen tanto en el mundo público el privado.
- El conflicto plantea la confrontación a partir de la diferencia y la oposición entre los actores respecto a metas, objetivos, valores, y a partir de la defensa que se hace de ellos.
- El conflicto transforma la idea de armonía, pero no necesariamente significa destrucción o violencia: puede ser una de las formas de enfrentar las diferencias.

Para Motrico, Fuentes y Bersabé (2001) las relaciones familiares son dinámicas y bidireccionales, por lo que una dinámica de conflictos depende de la calidad de las relaciones entre padres e hijos. Por ejemplo, las acciones de los padres tienen consecuencias sobre sus hijos, pero estos también influyen de modo decisivo sobre sus padres. La forma en que los hijos e hijas eligen manejar el conflicto interpersonal es influenciado con la observación del manejo de conflicto de los padres. Cuando los padres demuestran control de la ira, especialmente en circunstancias complicadas, transmiten un mensaje importante a los hijos e hijas sobre la habilidad de los adultos responsables de estar a cargo de sus propios sentimientos y comportamientos.

REPERCUSIONES DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

Para Gentile y Walsh (2002), estar expuesto a la violencia se refiere a ser receptor de acciones de violencia en calidad de víctima u observador, o a vivir en medio de situaciones de violencia. Los autores consideran refieren que la exposición directa incluye el ser víctima de actos violentos de cualquier índole, que producen efectos físicos (heridas, lesiones o daño) y psicológicos (ansiedad o temor, depresión, trastorno de estrés agudo o postraumático, etc.). Se puede presentar en el contexto familiar (maltrato y abuso en todas sus formas), escolar (intimidación por los iguales), o violencia comunitaria (robo, asaltos físicos, asesinatos, violaciones, o peleas y riñas callejeras). La exposición indirecta se refiere a situaciones en las que la persona presencia, es testigo, o es informada de actos violentos cometidos contra otras personas. Esta exposición indirecta puede incluir la observación a través de las imágenes que se presentan en los medios masivos de comunicación, los videos musicales y los videojuegos de entretenimiento.

Menores expuestos a violencia dentro de la familia predice en mayor medida la presencia, clínicamente significativa, de mayor psicopatología en los menores durante su desarrollo, que afecta en diversas áreas de la vida cotidiana del niño, adolescente y adulto, sin embargo no existe un patrón de respuesta único ya que unos niños presentarán signos clínicamente significativos, mientras que otros darán signos de resiliencia (Echeburúa & Corral, 1998).

Escenarios cargados de condiciones adversas dentro de la dinámica familiar puede ocasionar repercusiones importantes en el desarrollo de los menores. La violencia familiar produce problemas de ajuste conductual, social y emocional, que se traducen en conducta antisocial en general, depresión y ansiedad y problemas en la escuela. Los problemas de ajuste conductual y social se manifiestan en diferentes esferas, contextos y en diferentes magnitudes que van desde expresiones leves a las más serias.

En México las estadísticas muestran la gravedad del problema: según datos del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI 2012), avalados por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 30.4% de los hogares de nuestro país sufre alguna forma de violencia familiar; 1.1% de los hogares existe abuso sexual de un familiar contra alguno de sus miembros. (UNICEF, 2012).

La violencia intrafamiliar siempre tendrá diversas formas de manifestarse, bajo la justificación de que lo que sucede en el marco familiar es privado y que cada familia impone sus reglas de respeto y de relación entre sus miembros, por lo que bajo esta idea sigue existiendo un número importante de víctimas. Respecto a los niños, estos factores de riesgo afectan en desordenes emocionales y se vuelven más vulnerables ante las adversidades que se presenten en su desarrollo.

Las características de la exposición a violencia es uno de los factores que determinará la gravedad de las consecuencias derivadas de tal exposición, sin embargo existen variables mediadoras que actúan como factores de protección y factores de riesgo. Estas variables pueden derivar tanto de las propias características individuales como de las características familiares o contextuales. Desafortunadamente las situaciones pueden persistir, pese a la separación de la pareja, madre-padre, o madre-nueva pareja (Fundación ADCARA, 2012).

Sin embargo, la incidencia y prevalencia de la violencia intrafamiliar en la población general es difícil que sea precisa, debido a que regularmente solo se cuenta con información proveniente de las autoridades judiciales y en algunas ocasiones de los responsables de las instituciones y servicios de salud.

Para lograr cambios que impacten en la reducción de la violencia intrafamiliar, es importante poder identificar factores situacionales como la presencia de otros y la aparición de la persona que necesita ayuda; y características individuales como factores en la personalidad, la posición de liderazgo, etc. con el objetivo de que se promuevan intervenciones que logren proteger a las víctimas.

Cuando se logran identificar oportunamente a niños con factores de riesgo en su desarrollo se abren las puertas para intervenir y así poder brindar una orientación adecuada

e iniciar acciones específicas de ayuda que permitirán alcanzar mejores resultados para el desarrollo infantil logrando así una mejora en la calidad de vida de las personas.

Como se puede observar, el impacto que tiene la dinámica familiar influye de manera positiva o negativa sobre el desarrollo físico y psicológico del menor. Razón por la cual, la forma en la que se ejerza el estilo de crianza será determinada para la formación del niño.

CAPÍTULO II

DESARROLLO DEL NIÑO

El término desarrollo constituye un aspecto conductual del crecimiento, se entiende como un proceso de reconstrucción y reorganización permanentes. En este proceso los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas y comprende un aumento de la complejidad y destreza de una persona para adaptarse al medio (López, 2006).

También, consiste en una sucesión de etapas o fases continuas, ordenadas y secuenciales, que reciben la influencia de factores madurativos, ambientales y genéticos y van a implicar el crecimiento del individuo en los primeros años de vida.

Una razón de la complejidad del desarrollo humano es que el crecimiento y el cambio ocurren en diferentes aspectos del ser; el desarrollo de la personalidad, físico, intelectual y social, pero todos se entrelazan y afectan unos con otros (Papalia, 2005).

El desarrollo Infantil es una parte fundamental del desarrollo humano, se ha considerado que en los primeros años se forma la arquitectura del cerebro, a partir de la interacción entre la herencia genética y las influencias del entorno en el que vive el niño.

La UNICEF (2012) menciona que a pesar de que el crecimiento y desarrollo de todos los niños siguen patrones similares, cada uno tiene su propio ritmo. Además, el temperamento, los intereses, el estilo de interacción social y la manera de cada niño son únicos e irrepetibles.

Para Mancilla (2012), el desarrollo psicológico esperado del niño se realiza a través de logros sucesivos y progresos que permiten al niño resolver las demandas del medio en el que vive, adaptarse y poco a poco ir madurando como persona.

Por su parte Martínez (2014) resalta que el desarrollo de los niños está afectado por factores biológicos, psicosociales y genéticos. Los primeros años de vida, son particularmente importantes ya que el desarrollo ocurre en todas las áreas. La estructura fundamental de la personalidad se adquiere durante los primeros 7 años de vida, es por eso de la importancia del proceso de maduración, el cual es el resultado de una evolución adecuada de las diferentes etapas o periodos del desarrollo por las que pasa el niño, las que se integran en la unidad de la personalidad infantil. Una etapa del desarrollo no siempre es igual en todos los niños y no obstante debe ser independiente de las otras etapas ya que un periodo se funde con el siguiente.

Ciertas tendencias y características de la personalidad durante un periodo de vida no desaparecen repentinamente, pero se van perdiendo poco a poco en el

fondo. Cada etapa o periodo tiene características del desarrollo que solo se desencadenan en esa etapa, esto es una característica importante que distingue una etapa de otra. El cambio en la niñez implica normalmente aumentos en el tamaño físico y mejoramiento de las habilidades.

De acuerdo con la UNICEF (2012), el desarrollo psicosocial del niño influirá significativamente en las oportunidades educativas, laborales y sociales que el niño o niña puede tener en el futuro. Las experiencias de los niños o niñas facilitan las funciones motora, socioemocional e intelectual. Los niños o niñas lograrán confiar en sí mismos a través de lo que aprendan en las interacciones con sus padres; generarán sentimientos de independencia, solidaridad y capacidad e irán aprendiendo gradualmente a comunicarse por medio del lenguaje, a socializar, a aprender a compartir e incorporar valores morales a su comportamiento cotidiano.

DESARROLLO DEL NIÑO ESCOLAR.

El crecimiento físico esperado durante la niñez es un proceso muy singular. La altura se incrementa suave y regularmente, pero el ritmo del crecimiento se desacelera. Los cambios más evidentes son en la fisonomía y se manifiestan en las características faciales.

El desarrollo de las estructuras del sistema nervioso central ya se ha completado, los cambios son marcados en las habilidades motrices, sensorio-perceptivas y el lenguaje. Los

niños se vuelven capaces de ejecutar movimientos más finos y precisos. Adquieren mayor control de los músculos de modo que la motricidad del niño le permite trepar mejor, arrojar objetos con mayor precisión y escribir, entre otros logros.

Al comienzo de esta etapa llamada “etapa escolar”, existe gran actividad que logra un progreso mayor a nivel intelectual, social y en el aspecto de la motricidad. Se perfeccionan sus capacidades perceptivas, aumenta la fuerza muscular y la coordinación motora. Este periodo tiene una duración aproximadamente de seis años, abarcando de los 6 a los 12 años. En esta etapa el niño o niña desarrolla una mayor estructura del lenguaje, lo que proporciona mejores herramientas de comunicación. Es menos egocéntrico y logra ver la realidad desde el punto de vista de otra persona lo que lo favorece en el ámbito escolar (Papalia, Fedelman, & Olds, 2009).

Comienza también a adquirir el sentido de la responsabilidad y logra establecer relaciones más intensas con sus compañeros y amigos, da y recibe afecto. Busca amigos para el juego, lo que le permite aprender reglas sociales, regularmente los grupos sociales con los que se junta suelen ser de su mismo sexo, esto le permite al niño poner en práctica su independencia con los padres.

Para la UNICEF (2012), el desarrollo psicosocial del niño influirá significativamente en las oportunidades educativas, laborales y sociales que el niño

o niña puede tener en el futuro. Las experiencias de los niños o niñas facilitan las funciones motora, socioemocional e intelectual. Los niños o niñas lograrán confiar en sí mismos a través de lo que aprendan en las interacciones con sus padres; generarán sentimientos de independencia, solidaridad y capacidad e irán aprendiendo gradualmente a comunicarse por medio del lenguaje, a socializar, a aprender a compartir e incorporar valores morales a su comportamiento cotidiano.

La autoconfianza, la autoestima, la seguridad, la capacidad de compartir y amar, e incluso las habilidades intelectuales y sociales, tienen sus raíces en las experiencias vividas durante la primera infancia en el seno familiar. En un hogar donde se respira un ambiente de cariño, de respeto, de confianza y de estabilidad, los niños se crían y se desarrollan psíquicamente más sanos y seguros, y se relacionarán con el exterior de esta misma forma, con una actitud más positiva y constructiva hacia la vida.

Sin embargo, a lo largo de los años pueden producirse dificultades que den lugar a determinados trastornos en cualquiera de las diversas áreas del desarrollo. Estos trastornos pueden marcar el curso esperado para los niños o tener consecuencias futuras que puedan ser difíciles de solventar.

TEORÍAS DEL DESARROLLO

La manera de explicar el desarrollo depende del enfoque con que los autores ven la naturaleza fundamental de los seres humanos.

- **La Teoría del Desarrollo Psicosexual, Sigmund Freud.**

La teoría de Freud subraya la importancia de la maduración física en la interacción del niño con los demás y la importancia de los instintos, o sea de las motivaciones y conductas naturales y espontáneas. De acuerdo con Freud, el hombre nace con varios grupos de instintos: autopreservación (respiración e ingestión de alimentos, entre otros), satisfacción sexual (no solo entiende lo relacionado con esta actividad sino todo lo placentero) y la agresión. Sostiene así mismo que el ser humano es egoísta; a lo largo de la vida, está regido por la necesidad de satisfacer esos instintos. Con los años cambian los tipos particulares de satisfacción y la manera de buscarla.

La teoría freudiana del desarrollo de la personalidad destaca principalmente los efectos de las experiencias de los primeros cinco años de vida. Durante ese periodo el niño pasa por diversas etapas psicosexuales bien definidas, en las que los impulsos instintivos orientan su energía, o libido, a determinadas zonas erógenas. El placer se centra sucesivamente en la boca (etapa oral), en el ano (etapa anal) y los genitales (etapa fálica). El individuo entra después en un periodo de latencia, que se

prolonga hasta la adolescencia, en la cual los impulsos sexuales vuelven a activarse. Si todo ha marchado bien hasta el momento, el individuo alcanza la madurez psicosexual (etapa genital) (Quintero, 2015).

Las experiencias del niño durante estas etapas moldean su personalidad de adulto: si en alguna de ellas no logra resolver los conflictos psicosexuales, si sufre una gran privación o si lo miman demasiado, hay probabilidades que se fije en esa etapa. Cuando ocurre eso, su desarrollo psicosexual se frena y su carácter se forma a partir del problema no resuelto. Aunque el desarrollo psicológico continúa, al individuo le seguirá afectando “la falta de solución” del periodo fijado. En su conducta influye inconscientemente la necesidad de revivir el conflicto de dicho periodo. Aparece entonces una conducta inmadura o inadaptada en una persona competente en todo lo demás; sus deficiencias se advierten principalmente en momentos de estrés. Puede tener regresiones, es decir, retroceder a conductas que le procuraban placer en un estadio anterior, pero que han dejado de ser apropiadas en su etapa actual de desarrollo.

Desde el punto de vista del aparato psíquico, la latencia, el cual hace referencia al tiempo comprendido entre los 6 y los 12 años de edad, se caracteriza por el nuevo ordenamiento intrapsíquico. Es un período de calma sexual, en donde el niño sublima los deseos sexuales por impulsos y tareas socialmente aceptadas, como la productividad, las relaciones entre amigos y las competencias. El superyó encarnará la ley y prohibirá su transgresión, desempeñará la función de conciencia moral y formador de ideales.

La implementación de mecanismos de defensa, especialmente la sublimación, posibilita logros en el aprendizaje y otras actividades socialmente valoradas.

En esta etapa, el niño, de acuerdo con Freud, pasa por una etapa de “obsesionalización” de la personalidad, con la aparición de defensas como la formación reactiva (desagrado-pudor) que le permitirán liberarse poco a poco de los conflictos sexuales, apareciendo los sentimientos de ternura, devoción y respeto hacia las imágenes parentales (Quintero, 2015).

- **Teoría del Desarrollo Psicosocial, Erikson.**

Este psicólogo refinó y modificó la teoría freudiana del desarrollo psicosexual y la amplió para abarcar una gama más vasta de edades. Erikson coincide con Freud al proponer la existencia de fases en el desarrollo de la personalidad. Pero no las llama psicosexuales sino psicosociales, con el propósito de recalcar su convicción de que los problemas sociales de los diversos periodos son más importantes que los debidos a las dificultades de satisfacer los instintos biológicos. Afirma también que el desarrollo de la personalidad continúa durante toda la vida y que no queda determinada enteramente en la niñez.

Erikson combinó un enfoque psicodinámico con un gran hincapié en que los cambios cognoscitivos ocurren en la transición de las etapas.

Erikson sugería que afrontamos una disyuntiva psicosocial, o “crisis” específica en cada etapa de la existencia. Una disyuntiva psicosocial es un conflicto entre los impulsos personales y el mundo social. La resolución de cada disyuntiva crea un nuevo equilibrio de la persona y de la sociedad. Un cúmulo de “éxitos” produce un desarrollo sano y una vida gratificante. Los resultados desfavorables nos hacen perder el equilibrio y nos dificultan el manejo de las crisis posteriores. La vida se convierte en un “camino empedrado” y el crecimiento personal se detiene (Coon & Mitterer, 2010).

Así, propuso que el desarrollo de la personalidad está determinado por la interacción de un plan interno de maduración y las demandas sociales externas. Destaca que el camino hacia la adultez es difícil, debido a que esta plegada de retos. Los resultados del desarrollo reflejan la forma y la felicidad con la que los niños superan los obstáculos de la vida.

El concepto medular de la teoría de Erikson es de la identidad del ego, sensación fundamental de lo que somos como individuos en cuanto al autoconcepto y la imagen personal. Una parte de nosotros se basa en la cultura en la que crecemos y maduramos, así, los progenitores y otras personas podrían favorecer un buen desarrollo. Hay fases del desarrollo durante las cuales la capacidad del individuo para experimentar determina los grandes ajustes al ambiente social y con el yo mismo (Craig, 2009).

De acuerdo con Erikson, el desarrollo se realiza en ocho etapas por las cuales pasamos a lo largo de nuestra existencia. Con el curso de los años participamos en una gama cada vez más extensa de relaciones humanas. En cada una de las etapas propuestas por él, afrontamos una crisis decisiva que tiene dos soluciones: una positiva y la otra negativa. De la eficacia con la que resolvamos los problemas de cada etapa depende la capacidad futura de encarar las crisis psíquicas de la vida futura.

Erikson (citado en Craig, 2009) destaca la etapa escolar del niño como la edad “Industria vs. Inferioridad”, ya que al describirlos destaca la orientación de la energía psíquica del niño, dirigida en esta etapa de los problemas sociales y al aprendizaje que la sociedad en que vive les impone, como por ejemplo aprender a cazar y a pescar en unos casos, responder a las exigencias de la escuela, entre otros.

Es el inicio de la edad escolar y del aprendizaje sistemático, esta etapa es crucial para que el niño desarrolle un sentido de competencia. Un niño tiene que encontrar sus zonas de resistencia y desarrollar un sentido del logro. Los niños que fracasan en la tarea escolar o que no se les permite desarrollar su potencial se sienten inferiores, por lo cual es función de los padres y de los profesores ayudar a que los niños se desarrollen sus competencias con perfección y fidelidad, con autonomía, libertad y creatividad.

- **Teoría del desarrollo cognoscitivo, Jean Piaget.**

Por su parte Jean Piaget recurrió al enfoque cognoscitivo y se centró sobre todo en los estadios del desarrollo. Piaget era biólogo; se dedicó al estudio del desarrollo cognoscitivo en el inicio de su carrera profesional, convencido de que era posible aplicar los principios biológicos básicos a ese proceso en la adquisición del conocimiento por parte de los niños.

Piaget subrayó la importancia de la maduración biológica en el proceso del pensamiento. El pensamiento y la capacidad de conocer dependen del grado de desarrollo. Desde su punto de vista, el ser humano es un todo integrado. Supone, además, que la actividad biológica y la psíquica han de tener un denominador común, uno de los cuales sería el concepto de adaptación. El organismo humano se adapta al ambiente por medio de mecanismos biológicos.

La entera secuencia de cambio en el desarrollo cognoscitivo se debe a un proceso gradual de adaptación a las experiencias. Piaget subraya así la función del aprendizaje, lo mismo que de la biología. La adquisición de las capacidades cognoscitivas es, pues, una interacción del nivel de madurez del niño y de sus experiencias directas de aprendizaje (Collin & Col, 2012).

El que examinara el desarrollo cognoscitivo desde un punto de vista estricto del aprendizaje diría que el niño reacciona ante los estímulos y que los moldean los patrones del refuerzo. Sin embargo, Piaget sostiene que el niño es un elemento activo en el proceso, pues interactúa con el ambiente: examina, explora, compara, escoge, observa, clasifica sus experiencias, los objetos y los acontecimientos. El ambiente no se limita a moldear las reacciones del niño. En la obra de Piaget el niño es un inventor y un teórico.

Piaget creía que es esencial cuidar y orientar a los niños en su viaje, dándoles la libertad necesaria para que puedan explorar por si solos de una manera personal y por ensayo y error. Por tanto, el cometido de un buen profesor es acompañar al niño en el trayecto y fomentar constantemente la creatividad y la imaginación, porque “el fin último de la educación es formar hombres y mujeres capaces de hacer cosas nuevas”. El aprendizaje como proceso personal y activo; desde que nace hasta que supera la infancia el aprendizaje se origina en el deseo natural del niño de sentir, explorar, dominar y mover (Collin & Col, 2012).

Para los niños la idea de cómo funciona el mundo es muy distinta de la idea que tienen los adultos, por ello Piaget concluyó que a distintas edades se piensa de modo diferente. Para Piaget la educación centrada en el niño es ser consciente del concepto de “preparación”, que implica marcar los límites del aprendizaje en función de la etapa del desarrollo del niño.

Piaget explicó el desarrollo a partir de los principios biológicos de la adaptación y la organización. Con ello quiso decir que el hombre se adapta a su experiencia y luego organiza el contenido de esas vivencias. Piaget divide el proceso de adaptación en dos partes: asimilación y acomodación. La asimilación consiste en “recibir” o incorporar las experiencias en las estrategias propias. Así, un niño asimila al estirar la mano para coger un juguete. Un adulto asimila al asignar un objeto nuevo a una categoría ya conocida; por ejemplo, clasificar un pan como alimento propio para el desayuno. La lectura de un libro es también un proceso de asimilación, el sujeto relaciona las palabras con su conocimiento.

La acomodación tiene lugar cuando el niño moldea su mano para recibir la forma particular del juguete o cuando el adulto modifica su idea de alimento propio del desayuno para que incluya determinado pan. Por acomodación se entiende un cambio o modificación en los conceptos o estrategias ante la nueva información que ha sido asimilada (Sarason, 1996).

El concepto de estrategia conductual es el intento del individuo por organizar su experiencia. Este tipo de plan activo para interactuar con el mundo se llama esquema, en la obra de Piaget. A medida que se asimilan nuevas experiencias, los esquemas actuales se ajustan para que encajen en la nueva situación.

La acomodación es necesaria cuando, durante la asimilación, descubrimos que necesitamos modificar el conocimiento las habilidades existentes. Se dice que el niño que es capaz de asimilar de manera eficaz todas o casi todas las experiencias nuevas ha alcanzado el equilibrio. No obstante, si los esquemas existentes son insuficientes para afrontar con éxito las nuevas situaciones, entra en un estado de desequilibrio cognitivo y los esquemas deben desarrollarse para acomodar la información necesaria (Collin & Col, 2012).

El periodo que abarca de los 7 a los 12 años de edad Piaget lo denomina Periodo de las Operaciones Concretas, en el cual los niños se vuelven operacionales. Sus esquemas cognoscitivos, en especial su pensamiento lógico y sus habilidades de solución de problemas, se organizan en operaciones concretas representaciones mentales de acciones en potencia. El niño, a partir de este momento, es capaz de realizar operaciones que tienen relación directa con los objetos y a continuación aprenderá a resolver operaciones de manera abstracta. En este periodo el niño se hace capaz de interiorizar (Morales, 2008)

Una serie de operaciones concretas implica habilidades de clasificación para agrupar y reagrupar series de objetos. Por ejemplo, una colección de sillas, mesas, automóviles y camiones de juguete puede ser dividida en estos cuatro grupos pero también en dos grupos más grandes de muebles y vehículos.

En referencia al desarrollo moral del niño, Piaget caracteriza una fase inicial en la que el niño cree en la omnisciencia del adulto, lo que origina creer al niño que el bien es para el niño lo que dicen los adultos. Esta sumisión característica de la moral constituye el primer tipo de control lógico y moral al que se somete el niño; de esta forma su pensamiento egocéntrico se adapta a la opinión del ambiente. El desarrollo intelectual y la cooperación dan lugar a una interiorización de las normas. El respeto al adulto y a la norma externa se somete entonces a un ideal interior; y dan paso al dominio del criterio personal característico de la autonomía moral (Morales, 2008).

- **Teoría Sociocultural, Vygotsky.**

Vygotsky fue uno de los primeros teóricos en destacar que el pensamiento del niño no se desarrolla dentro de un vacío, sino que está sujeto a las influencias del contexto sociocultural en el que crece. Se enfocó en la forma en que los adultos transmiten a sus hijos las creencias, costumbres y destrezas propias de su cultura. A medida que el niño desarrolla su pensamiento se va haciendo más sofisticado (González, 2012).

Para esta perspectiva el contexto sociocultural tiene un importante impacto en el desarrollo del sujeto. Pone un gran énfasis en las relaciones como el evento más importante para el desarrollo del potencial cognitivo del individuo, lo cual tiene importantes implicaciones para la enseñanza aprendizaje.

De acuerdo con Morales (2008), Vygotsky proponía que el conocimiento y el desarrollo cognitivo son una construcción social, ya que dependen sobre todo de las relaciones interpersonales y de los instrumentos culturales que rodean al individuo. Los niños adquieren conocimientos, habilidades y valores a partir de su medio físico y social, apropiándose de su cultura.

Vygotsky ubicó tres zonas en lo que a aprendizaje se refiere: por un lado, tenemos el nivel de aprendizaje consolidado que implica todo lo que ya se aprendió. Existe también una zona de desarrollo próximo en la que se refiere al apoyo de alguien para que ejerza el papel de mediador para ayudar a que el estudiante comprenda y desarrolle las nuevas habilidades de la tarea de aprendizaje que se le propone. Mientras más tiempo pase el estudiante en la zona de desarrollo próximo más profundo y efectivo será su aprendizaje la idea es que tenga desafíos constantes (Coon & Mitterer, 2011).

Sin embargo, cuando el material por aprender está demasiado lejos de la zona de aprendizaje consolidado, y el estudiante no puede lograr aprender ni con ayuda del otro, estamos en zona de frustración.

La postura central de Vygotsky es que el pensamiento de los niños se desarrolla en razón de diálogos con personas que tienen más capacidad que ellos. Al

igual que Piaget pensaba tratan activamente de descubrir nuevos principios, sin embargo, él ponía énfasis en que muchos de los “descubrimientos” más importantes de un niño están guiados por hábiles tutores. Él pensaba que los adultos ayudan a los niños a aprender a pensar montando un “andamiaje”, o apoyando sus intentos por resolver problemas o descubrir principios (Coon & Mitterer, 2011).

Para Vygotsky las habilidades necesarias para razonar, entender y recordar derivan de la experiencia del niño con sus padres, maestros e iguales. Entendía el desarrollo como un proceso en tres niveles: cultural, interpersonal e individual, y decidió centrarse en los dos primeros porque creía que las experiencias sociales son las más formativas “nos convertimos en nosotros a través de los otros” (Kail & Cavanaugh, 2011).

Los niños absorben el saber, los valores y el conocimiento técnico que han acumulado las generaciones anteriores a través de la interacción con sus cuidadores, y utilizan estas “herramientas” para aprender a comportarse con eficiencia en el mundo. La interacción social es el único modo de experimentar e interiorizar esas herramientas culturales. La capacidad individual de pensar y razonar también depende de las actividades sociales que fomentan las habilidades cognitivas innatas.

Vygotsky propuso una psicología sociocultural basada en actividad; ello implica que existe una integración de la sociedad en todas las acciones del niño, así interioriza los componentes de su mundo con lo que construye su conocimiento. Consideraba que el conocimiento y el desarrollo cognitivo son una construcción social ya que dependen de las

relaciones interpersonales y de los instrumentos culturales que rodean al niño. Los niños adquieren conocimientos, habilidades y valores a partir de su medio ambiente físico y social apropiándose así de su cultura (Kail & Cavanaugh, 2011).

Para Vygotsky, el contexto social influye en el aprendizaje más que las actitudes y las creencias; tiene una profunda influencia en cómo se piensa y en lo que se piensa. El contexto forma parte del proceso de desarrollo y, en tanto tal, moldea los procesos cognitivos.

El contexto social debe ser considerado en diversos niveles:

1. El nivel interactivo inmediato. Constituido por los individuos con quien el niño interactúa en esos momentos.
2. El nivel estructural, constituido por las estructuras sociales que influyen en el niño, tales como la familia y la escuela.
3. El nivel cultural o social general, constituido por la sociedad en general, como el lenguaje, el sistema numérico y la tecnología.

La influencia del contexto es determinante en el desarrollo del niño; por ejemplo: un niño que crece en un medio rural, donde sus relaciones solo se concretan a los vínculos familiares va a tener un desarrollo diferente a aquel que

esté rodeado por ambientes culturales más propicios. El niño del medio rural desarrollará más rápido su dominio corporal y conocimientos del campo; el del medio urbano tendrá mayor acercamiento a aspectos culturales y tecnológicos.

Siguiendo esta teoría, resalta la importancia de los primeros pasos de la construcción del pensamiento conceptual, ya que en un ambiente hostil y agresivo, el niño al tener un pensamiento preconceptual está condenado a reiterarse una y otra vez que la violencia es parte de la vida de las víctimas. De no ser abordadas adecuadamente las consecuencias psíquicas de sus pesares, tendrán altas probabilidades de convertirse, a su vez, en victimarios (más de un 85% de los violentos han sido a su vez víctimas de violencia en sus familias de origen) (González, 2012).

- **Teoría Del Aprendizaje Social, Bandura.**

Para Bandura (1974) las personas no copian de manera mecánica lo que ven o escuchan, sino que buscan en los demás, información acerca de las conductas adecuadas. Su teoría es cognitiva debido a que cree las personas tratan activamente de comprender lo que sucede en su mundo, lo que otras personas hacen constituye una fuente importante de información acerca del mundo.

Los investigadores descubrieron que a veces aprendemos en formas que el condicionamiento operante no logra explicar. La más importante de ellas es que a veces

aprendemos sin reforzamiento ni castigo directos. Lo hacemos simplemente observando a las personas de nuestro entorno; a esto se le conoce como aprendizaje por imitación u observacional. La imitación tiene lugar cuando un niño en la etapa de los primeros pasos arroja un juguete, después de ver a un compañero hacer lo mismo.

Sin embargo, no siempre imitamos lo que está a nuestro alrededor, solo si nos identificamos de manera positiva ante la conducta que vemos. No imitamos de manera mecánica lo que vemos, por el contrario, observamos en busca de la conducta apropiada; conviene imitar a los compañeros populares e inteligentes cuando reciben reforzamiento por comportarse de una manera particular, siempre y cuando eso sea importante para nosotros.

Bandura (1974), basó su teoría cognoscitiva social en esta idea más compleja del premio, del castigo y la imitación. Su teoría es cognoscitiva porque cree que las personas tratan de entender lo que sucede en el mundo; es social porque, además del reforzamiento y del castigo, lo hacen los demás es una fuente importante de información sobre el mundo.

También sostiene que la experiencia confiere un sentido de autoeficacia su posición acerca de nuestras capacidades y talentos y determinó cuatro condiciones necesarias para el proceso de moldeamiento de una conducta: atención, retención, reproducción y motivación.

Centró su interés en el estudio de la agresividad infantil como conducta adquirida. Los niños aprenden a comportarse mediante la observación y la imitación de la conducta violenta de los adultos. Consideraba que la clave del problema se encuentra en la interacción entre el condicionamiento operante de Skinner y la teoría freudiana de identificación, que describe como se integran las características de otros en la propia personalidad. Cree en el “determinismo recíproco”; es decir, que la persona influye sobre el entorno y el entorno sobre la persona. Concebía la personalidad como la interacción entre tres elementos diferenciados: entorno, conducta y procesos psicológicos. Estos tres elementos son muy importantes para el estudio de la agresividad en los niños (Collin & Col, 2012).

Siguiendo con sus ideas sobre la agresividad, Bandura consideró que si un desconocido violento puede ser un modelo para los niños, también los programas de televisión debían de ser una fuente de modelos de conducta agresivas. Los programas de televisión y las películas actuales, incluyen escenas de gran violencia y que a menudo se expresa como una conducta aceptable (o al menos esperada), y los niños que la presencian habitualmente podrían sentirse inclinados a imitarla.

Según las conclusiones a las que llegó Bandura, los niños aprenden a comportarse también por refuerzo y por observación. Cuando un niño imita la conducta de otro tiene más posibilidades de recibir un refuerzo positivo por presentar el tipo de conducta que se considera más adecuada para su sexo, asimismo se desarrollaran, de manera más o menos sutil o tajante, las conductas inadecuadas (Sarason, 1996).

Lo esencial del aprendizaje del niño proviene de la imitación de modelos de su entorno, por lo tanto, un niño aprende por un sentido de utilidad basándose en las consecuencias de sus fines. La imitación es elemento crucial en el desarrollo social del niño, ya que sólo así puede añadir nuevas posibilidades a su repertorio de conductas.

El desarrollo del ego se realiza a través de un proceso de reflejo e idealización, por lo cual el niño necesita que los adultos lo admiren para desarrollar un narcisismo saludable. Los niños también necesitan poder admirar a sus padres y otros modelos y aspirar a ser como ellos. El papel óptimo de padre en la segunda infancia es el de facilitador, ayudando cuando lo necesite o cuando el niño lo pide, pero permitiendo hacer errores.

Sin embargo, cuando en la dinámica familiar existe violencia entre sus miembros este enfoque rechaza la concepción innata de la agresividad humana y la base genética del temperamento o la personalidad, trasladando el origen de la violencia al aprendizaje por modelado que se produce en las relaciones interpersonales, en nuestro caso, familiares (Bandura. 1975).

Todo niño nace dotado de la capacidad de aprender, aptitud que constituye los cimientos más sólidos de cualquier sociedad. Nuestra tarea es poner en manos de los niños herramientas que les sirvan para hacer frente a la vida y para facilitar la

transición a las próximas generaciones. Como sociedad somos responsables del bienestar de los menores, las familias deberán tomar parte en la tarea de descubrir el potencial que encierra el desarrollo del niño en su infancia y proveer herramientas que le permitan hacer frente a situaciones vulnerables.

En el siguiente capítulo se explican los principales trastornos psicológicos que pueden desarrollar los niños en edad escolar.

CAPÍTULO III

TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS EN LA INFANCIA

Hoy en día se considera que la salud física y la salud mental son dos conceptos inseparables que interactúan y se influyen mutuamente de manera constante. La salud mental, en general, se refiere a un concepto amplio, referido a un estado de bienestar psicosocial, se trata de una dimensión esencial de la calidad de vida, en la que confluyen una amplia gama de factores, experimentados en forma individual y colectiva (Almonte, 2003).

La salud sería un recurso de la persona que aumenta o disminuye, dependiendo de los diversos intercambios entre los procesos en los que la persona está involucrada y en los que es protagonista, dentro de un contexto determinado.

A continuación se habla de algunos trastornos que aparecen en la edad escolar, explicados a partir de los criterios diagnósticos del DSM-IV. Es importante aclarar que se utilizó el DSM-IV debido a que la aplicación de los cuestionarios y el desarrollo de la investigación se llevaron a cabo hace algunos años, cuando el DSM-V aún se encontraba en revisión. Así mismo, durante la prestación del Servicio Social, el servicio de Psicología del Hospital Infantil de México Federico Gómez se basaba en los criterios del DSM-IV, razón por la cual nos basamos en este sistema de clasificación.

DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD TDAH.

EL déficit de atención con hiperactividad e impulsividad (TDAH) tiene importantes repercusiones en casi todas las áreas de la vida de una persona. En el caso del funcionamiento psicosocial los niños, adolescentes y adultos con esta patología, presentan un comportamiento más hostil y disruptivo, reaccionan enfadados y con altos niveles de frustración cuando se les provoca, son poco empáticos y suelen sentir poca culpabilidad respecto a las cosas que hacen.

La inatención se refleja en la imposibilidad de mantenerse atento en tareas y actividades de manera sostenida, en recordar y seguir reglas e instrucciones, seleccionar estímulos relevantes y resistirse a las distracciones, manifiestan dificultades relacionadas con: niveles excesivos de actividad y agitación, tienen menos capacidad de permanecer sentados cuando se les pide, más tendencia a tocar objetos, moverse, correr y trepar, jugar ruidosamente, interrumpir las actividades de otros. Por otro lado, parecen tener menor capacidad para respetar los turnos en el juego.

Las primeras referencias sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad como entidad clínica aparecen en el año 1902 cuando George Still presentó la primera descripción del trastorno definiéndolo como un “defecto anormal en el control moral de los niños” (Carboni, 2011).

El manual diagnóstico DSM-IV define este trastorno como un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad. Estos componentes recurrentes provocan alteración en la capacidad de los niños para concentrarse, aprender y mantener su actividad en un nivel normal, siendo más frecuentes y grave que el observado regularmente en niños de un nivel de desarrollo similar.

Este diagnóstico requiere que algunos de los síntomas que causan alteraciones o deterioro estén presentes en dos o más contextos; por ejemplo, en la escuela, y en casa (Amador, Forns, Guàrdia y Però, 2006).

Los trastornos por TDAH vienen definidos por la presencia de tres síntomas fundamentales: 1. Disminución de la atención. 2. Impulsividad. 3. Hiperactividad. En realidad es mucho más que un trastorno. Es un síndrome de dimensiones enormes, que alcanza una gran cantidad de facetas.

Diagnóstico

En el DSM-IV hay una lista de nueve síntomas propios de los problemas de "falta de atención". Casi todo el mundo tiene cierta dificultad con algunos de ellos de vez en cuando, por eso es un requisito para el diagnóstico que se den de manera intensa y como resultado los niños sufran un impedimento significativo. Las personas que califican para un diagnóstico de TDA/H presentan al menos seis de estos nueve síntomas:

Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo que se caracteriza por (1) y/o (2):

a) Inatención

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

1. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a los detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (por ejemplo, se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
2. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (por ejemplo, tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o lectura prolongada).
3. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ejemplo, parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).

4. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (por ejemplo, inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).

5. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (por ejemplo, dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).

6. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).

7. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles de trabajo, gafas, móvil).

8. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).

9. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (por ejemplo, hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

b) Hiperactividad e Impulsividad

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

1. Con frecuencia juguetea o golpea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento.

2. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (por ejemplo, se levanta en clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, en situaciones que requieren mantenerse en su lugar.

3. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado.
(Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.).

4. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.

5. Con frecuencia está “ocupado”, actuando como si “lo impulsara un motor” (por ejemplo, es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).

6. Con frecuencia habla excesivamente.

7. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (por ejemplo, termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).

8. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (por ejemplo, mientras espera una cola).

9. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (por ejemplo, se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen los otros).

A medida que ha pasado el tiempo se han ido incrementando los porcentajes de personas que padecen este cuadro, a la vez que ha ido disminuyendo la edad a la que puede ser diagnosticado. El TDAH ha sido considerado como un cuadro que predominaba ampliamente en los varones respecto a las mujeres, pero esta teoría va perdiendo fuerza a medida que pasa el tiempo y actualmente se estima que su prevalencia es muy similar en ambos sexos, si bien parece que en los varones puede predominar la hiperactividad y en las mujeres el déficit de atención.

Las personas que sufren este trastorno se ven afectadas en su vida cotidiana por diversos factores y tienen un impacto negativo en la vida del que lo padece y de aquellos que lo rodean. Regularmente está asociado al fracaso escolar, a la dificultad para mantener relaciones sociales y familiares, al riesgo de conflictos y delitos, de abuso de sustancias, accidentes de coche, etc.

El rendimiento escolar es uno de los temas que más inquietan a los padres ya que se preocupan por el futuro profesional y económico de sus hijos. Es frecuente que los niños y adolescentes con TDAH presenten alteraciones en la escuela y dificultades para alcanzar un nivel de estudios adecuado, por lo que se han realizado numerosos estudios sobre la relación entre el trastorno y el rendimiento académico.

Cabe pensar que los trastornos conductuales pueden influir en la presencia de dificultades escolares: dificultad para atender las instrucciones, incapacidad para recordar lo que se ha aprendido, frecuente inquietud, movimiento continuo y la falta de control sobre las respuestas impulsivas, entre otras. Los niños y niñas tienen menos oportunidades de ser invitados a eventos propios de la edad, participar en actividades extraescolares y crear relaciones duraderas con otros niños.

Impacto en la dinámica familiar.

La familia seguirá desempeñando importantes funciones en la vida de las personas, una de las funciones más importantes es la de educar, como primer agente socializador de los hijos.

La disciplina entendida como un entorno ordenado y predecible, con horarios y rutinas, normas y límites claros pero flexibles, y consecuencias consistentes en caso de transgredirlas, proporciona seguridad al niño. Adicionalmente, le permite manejarse mejor, ya que es conocida la falta de autocontrol de las conductas y los problemas para planificar y ordenar su entorno que tienen estos niños.

La familia puede representar un factor protector para posibles dificultades de aprendizaje en el niño, pero también puede ser un factor de interferencia para el aprendizaje del niño. Cuando se evalúa al niño que consulta por mal rendimiento, se debe contextualizar la evaluación no solamente de acuerdo a su etapa evolutiva, sino también, de acuerdo a la etapa evolutiva de la familia, a su contexto sociocultural, a su funcionalidad o disfuncionalidad.

La imagen de una familia estable, que protege pero a la vez fomenta la autonomía, constituye una base a partir de la cual el niño y más tarde el adolescente y el adulto joven se aventura en exploraciones del medio ambiente cada vez más amplias. La inestabilidad en la familia, causará, consecuentemente,

inhibición en todos los procesos involucrados en el buen rendimiento escolar. (Alda, Arango, Castro, Petitbó, y Dolors, 2009).

El desarrollo de los niños con rasgos de autorregulación conductual baja se produce mejor en familias afectuosas y que ejercen un control efectivo que en familias con bajos niveles de afecto y control. La paternidad tiene más importancia que para niños con una autorregulación mayor (Alda, et al., 2009).

Por el contrario, los padres cuyos intereses y preocupaciones están determinados por trabajos absorbentes, interfieren negativamente en el desarrollo de estos niños. Si el niño es muy capaz, es probable que esa situación no le afecte y por el contrario, incluso estimule su autonomía, pero si es el caso que el niño requiere apoyo adicional para rendir de acuerdo a lo que se espera de él y no lo encuentra en sus padres, esta situación marcará el comienzo de dificultades escolares, fracasos, etc.

El TDAH, de no ser detectado a tiempo y no ser manejado adecuadamente, presenta el riesgo adicional de funcionar como bola de nieve, sumando efectos negativos derivados de diferentes facetas del cuadro.

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA.

La ansiedad es una emoción normal que todos las personas hemos experimentado, forma parte de mecanismos básicos de supervivencia y es una respuesta a situaciones del medio que nos resulta sorpresiva, nuevas o amenazantes. La ansiedad incita a actuar, a enfrentarse a una situación amenazadora o nos prepara para escapar. Es decir, se trata de una emoción encaminada a la adaptación y la preservación, nos ayuda a enfrentarnos a situaciones estresantes para tener el mejor desempeño.

Sin embargo, como toda función de un sistema del organismo, este mecanismo que normalmente debe ayudarnos a enfrentarnos a una situación puede verse alterado, resultando esto en una respuesta desadaptativa que ocasiona disfunción en la vida cotidiana, en otras palabras, un trastorno de ansiedad.

Un trastorno de ansiedad es una enfermedad que tiene como síntoma central una ansiedad intensa, desproporcionada, persistente y que afecta varias áreas de la vida cotidiana de quien la padece, a tal grado que le dificulta o le incapacita para estudiar, trabajar, convivir con su familia o con sus amigos (Díaz, 2010).

Se reporta que para el caso de los trastornos de ansiedad, su aparición ocurre entre los seis y los veinticuatro años de edad, dependiendo del trastorno específico,

lo que coincide con las etapas en las que más se reciben quejas por parte de padres y maestros. Esto pone en evidencia el impacto de la ansiedad sobre los entornos socio-afectivo y escolar.

De acuerdo con Díaz (2010) en este trastorno existe un dominio emocional que incluye miedo, temores difusos, inseguridad, preocupaciones excesivas, anticipación del peligro de que algo va a pasar, interpretaciones amenazantes de las situaciones del entorno y una hipervigilancia ante estímulos que puedan representar amenazas potenciales; un dominio conductual con presencia de inquietud psicomotora, tendencia al llanto y conductas de evitación de objetos o situaciones que provocan miedo o ansiedad, así como una exageración de la respuesta de alarma.

En las cogniciones de los niños ansiosos hay una frecuencia excesiva de pensamientos negativos y catastróficos que afectan el desempeño cotidiano. En el orden social, los autores mencionan que los niños pueden presentar dificultades en la relación con pares y que sus compañeros pueden percibirlos como tímidos y aislados. Además, mencionan la posibilidad de presentar problemas escolares entre los cuales se destacan el rechazo escolar, el temor ante los exámenes y bajo rendimiento académico. De acuerdo con el estudio, llevado a cabo por Jacques y Mash (citado en Rodríguez 2007), los niños con ansiedad tienden a preocuparse más por el futuro, por su bienestar y por las reacciones de otras personas.

En tal sentido, Roth y Heinberg (2006) encontraron que las personas que presentan ansiedad tienden a interpretar la información de forma negativa contribuyendo al mantenimiento de los estados ansiosos. Otros estudios han encontrado que en la población infantil son comunes las manifestaciones de angustia de forma preverbal; es decir, la evidencia de gestos de preocupación, gritos e hipertonía general (Pérez, León, Romo, Rodríguez & Blanco, 1991).

Diagnóstico

De acuerdo con el Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM IV), estos son los criterios diagnósticos para el trastorno de Ansiedad:

Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

1. Inquietud o impaciencia
2. Fatigabilidad fácil
3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco

4. Irritabilidad
5. Tensión muscular
6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es un trastorno mental en el que a menudo el niño está preocupado o ansioso por muchas cosas y siente que tiene dificultades para controlar la ansiedad.

Se desconoce la causa del TAG. Los genes pueden tener participación. Los niños con familiares que tienen un trastorno de ansiedad también pueden ser más propensos a sufrirlo. El estrés puede ser un factor para desarrollar TAG.

Los eventos en la vida del niño que le pueden causar estrés y ansiedad incluyen:

- Una pérdida, como la muerte de un ser querido o el divorcio de los padres
- Cambios importantes en la vida, como mudarse a una nueva ciudad
- Antecedentes de abuso
- Vivir en una familia cuyos miembros son temerosos, ansiosos o violentos

El TAG es un trastorno común que afecta a cerca del 2% al 6% de los niños. Generalmente, no ocurre hasta la pubertad. Es más común en niñas que en niños.

Los factores sociales tienen un impacto directo en el mundo psíquico de las personas. Se ha considerado que la presencia de eventos traumáticos en la vida de las personas puede hacer vulnerable a los trastornos de ansiedad. La manera de ser padres, su forma de crianza, el ambiente familiar y cultural pueden influir para que una persona sea susceptible a desarrollar TAG. Los temores pueden ser resultados de conductas aprendidas transmitidas por adultos temerosos.

Impacto en la dinámica familiar.

Criarse en una familia caracterizada por un patrón de todo o nada, de blanco o negro, probablemente se continuará sosteniendo en la adultez. Estas reglas severas pueden ir de la mano con exigencias desproporcionadas que suelen estar basadas en algún patrón cultural, moral, religioso o sectario inflexible. Muchos niños y adolescentes son valorados por sus padres como personas, solo cuando su desempeño cumple con las expectativas de los mismos, por ejemplo, al obtener muy buenas calificaciones, escolares o al desarrollar algún talento. La aprobación según el desempeño lleva al niño o al adolescente a creer que una persona tiene valor únicamente cuando los padres son perfeccionistas y no solo quieren que sus hijos aprueben con buenas notas, sino que además esperan de ellos perfección.

En cuanto al factor familiar se ha podido establecer que existe una correlación entre la psicopatología familiar y el tipo de trastorno específico de ansiedad. Ello ocurre con las fobias, los trastornos obsesivos-compulsivos y los ataques de pánico que están influidos por factores genéticos (Torgensen, 1988).

Hay que tener en cuenta que las causas de la ansiedad y la depresión, tanto como síntomas como trastornos; son multifactoriales. Los factores relacionados con la familia podrían actuar como factores causales en el caso de síntomas reactivos, pero como factores desencadenantes o mantenedores en el caso de los trastornos ansiosos y depresivos (que presentan una gran predisposición biológica). El impacto en cada familia puede ser diferente y estar asociado con otros factores psicosociales

TRASTORNO DE ENURESIS.

Hasta hace poco tiempo, el término enuresis se aplicaba de manera indiscriminada al conjunto de situaciones en las que la eliminación de la orina se hacía en un lugar inapropiado, de forma que su utilización indicaba la emisión repetida de orina durante el día o la noche en la ropa o en la cama, de forma intencionada o involuntaria. Sin embargo, actualmente, se prefiere utilizar solo para designar a los escapes nocturnos, reservándose el término de incontinencia urinaria para los escapes diurnos o diurnos y nocturnos. Además,

en la incontinencia urinaria se observan con más frecuencia implicaciones orgánicas y asociación con micciones anormales, mientras que la enuresis suele presentarse con micciones completas y normales, aunque inconscientes.

Desde el punto de vista de Ajuriaguerra y Marcellini (1984), tres son los factores que intervienen en la adquisición de la limpieza y del control urinario o anal: un factor neurofisiológico, un factor cultural y un factor de relación. La neurofisiología esfinteriana se caracteriza por el paso de un comportamiento reflejo automático a una conducta voluntaria y controlada. En el recién nacido la micción y la defecación suceden a la saciedad. El control de los esfínteres estriados se adquiere progresivamente; el control del esfínter anal generalmente precede al del esfínter vesical. El contexto cultural es un factor indiscutible en el aprendizaje de la limpieza. Según las culturas, este aprendizaje se desenvuelve en un marco más o menos rígido, lo que conlleva someter al niño a presiones severas, moderadas o leves. El último factor es el de relación.

Las materias fecales y en menor grado la orina, son vehículos de carga afectiva, que puede ser positiva o negativa, lo cual dependerá del estilo de relación entre madre-hijo, en ocasión del control de esfínteres. La madre puede ser exigente e imperiosa, recibiendo la orina y heces con expresión desagradable, o por el contrario, mostrar su satisfacción al ver como su niño crece y adquiere autonomía en las conductas cotidianas, recibiendo su orina y heces con placer.

Ross (1989), define los trastornos de eliminación como una deficiencia de control, por lo tanto, afirma que los controles que estos niños tienen que aprender suponen dos respuestas relacionadas: una de ellas es retardar la eliminación a través del control de los esfínteres y la otra es eliminar en el lugar que la sociedad ha designado como "adecuado".

La enuresis es uno de los trastornos más frecuentes y al mismo tiempo uno de los más enojosos de la niñez. La sintomatología esencial de este trastorno consiste en la emisión involuntaria o intencional de orina durante el día o por la noche, en la cama, o en la ropa, en una edad en que se espera haya continencia. Recientemente, los psiquiatras han incorporado la enuresis como una expresión de un trastorno emocional y esta opinión ha sido ampliamente aceptada.

Una dificultad para determinar la enuresis es la edad variable en que los niños obtienen el control de la vejiga. La edad depende del ritmo de desarrollo, de los procedimientos de enseñanza, del clima emocional que reine en el hogar y una variedad de factores incidentales; sin embargo, la mayoría de los autores coinciden en una edad de 4 años.

La enuresis afecta al 16% de los niños de 5 años, al 10% de los de 6 años y al 7,5% de los de 10 años de edad. Cuando se realizan seguimientos a largo plazo de sujetos enuréticos, se objetiva una resolución espontánea con una frecuencia aproximada del 15%

anual (8, 9), a pesar de lo cual, a partir de los 15 años de edad todavía persistirá el problema en un 1-3% de la población (Taborga & García 2014)

Diagnóstico

De acuerdo con el Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales IV, estos son los criterios diagnósticos para el trastorno de depresión infantil:

Emisión repetida de orina en la cama o en los vestidos (sea voluntaria o intencionada). El comportamiento en cuestión es clínicamente significativo, manifestándose por una frecuencia de 2 episodios semanales durante por lo menos 3 meses consecutivos o por la presencia de malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

La edad cronológica es de por lo menos 5 años (o el nivel de desarrollo equivalente).

El comportamiento no se debe exclusivamente al efecto fisiológico directo de una sustancia (p. ej., un diurético) ni a una enfermedad médica (p. ej., diabetes, espina bífida, trastorno convulsivo).

Existe una mayor incidencia en niños enuréticos de problemas emocionales y conductuales, como trastornos del lenguaje, onicofagia o succión del pulgar, tics, miedo a la oscuridad y otras alteraciones adaptativas, sonambulismo o terrores nocturnos, comportamientos agresivos o provocadores, peor rendimiento escolar, etc. Los niños con trastorno por TDAH que no han sido tratados tienen un riesgo seis veces mayor de padecer Enuresis que los niños sanos.

Impacto en la dinámica familiar.

La influencia ambiental en el origen de la enuresis es ampliamente mencionada. Así, existe una clara relación causal en algunos casos de Enuresis asociada con problemas como nivel socioeconómico bajo, problemas conyugales, muerte de uno de los padres, nacimiento de un hermano, inicio o rechazo escolar, abuso sexual, hospitalización, etc. Este trastorno sería un síntoma regresivo como respuesta a estrés o a traumas diversos como manifestación de un retroceso en la maduración adquirida (Bragado, Bersabé y Carrasco, 1999).

Uno de los factores importantes para desencadenar este proceso es el maltrato psicológico, el cual es la forma de violencia más recurrente. El maltrato comprende aquellos actos de cualquier miembro o adulto del grupo familiar que tiende a la hostilidad verbal crónica, ya sea mediante el insulto, la burla, el desprecio o la amenaza y al constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles, esta modalidad de violencia puede

adoptar gran variedad de expresiones y combinaciones, las cuales incluyen: intimidación, devaluación, amenaza, abandono, negligencia, descuido reiterado y marginación; también se presenta en situaciones extremas como celotipia, crítica constante o comparaciones destructivas.

Dentro de los indicadores de maltrato al menor se menciona la enuresis considerando a estos niños con un riesgo de sufrir alguna forma de maltrato. La enuresis es una enfermedad frecuente en niños, por lo tanto, un motivo importante de consulta en todos los servicios de pediatría. Se considera un trastorno benigno, sin embargo puede producir una gran preocupación en los padres y en el niño afectado (Arcinieg, 2012).

TRASTORNO POR DEPRESIÓN.

Los trastornos afectivos constituyen uno de los principales problemas de salud mental en los niños y adolescentes donde hay alteración en el ánimo, que ocasiona malestar significativo y disfunción en diferentes áreas de la vida del sujeto. Cuando un chico está sufriendo un trastorno del afecto sus actividades cotidianas se ven menos organizadas y su comportamiento y forma de ser modifica en relación con lo habitual. Existen diferentes trastornos del afecto, también conocidos como trastornos del estado de ánimo, entre ellos el trastorno depresivo mayor.

De acuerdo con Méndez, Olivares y Ros (2001), la depresión se define como un problema psicológico complejo caracterizado por un estado de ánimo irritable, falta de motivación y disminución de la conducta adaptativa. Incluye también alteraciones del apetito, del sueño, de la actividad motora, cansancio, pobre autoconcepto, baja autoestima, sentimientos de culpa, dificultades para pensar o concentrarse, indecisión, ideas de muerte o suicidio e intentos de suicidio en la que los sistemas psicofisiológicos y motores son los más afectados. También tiene repercusiones negativas en los niveles personal (malestar físico, sufrimiento psicológico), familiar (deterioro de las relaciones padre-hijo), escolar (descenso del rendimiento académico) y social (aislamiento).

Las descripciones de niños y adolescentes que presentan depresión sugieren que suelen manifestar una pérdida de la experiencia de placer, retraimiento social, baja autoestima, incapacidad para concentrarse, trabajos escolares insuficientes, alteraciones en las funciones biológicas (dormir, comer, eliminación) y síntomas somáticos.

Queda claro que en la depresión se observan diversos grupos de síntomas, desde anímicos, motivacionales y conductuales hasta la presentación de sintomatología física y manifestaciones en las relaciones interpersonales, que llevan a resaltar el grado de compromiso general que implica en la persona que la experimenta a considerar las consecuencias que un cuadro depresivo puede tener en la infancia.

La depresión infantil lleva a manifestaciones de irritabilidad, dificultades de aprendizaje, inseguridad, resistencia al juego, inasistencia a clases y, en general, problemas de comportamiento que se hacen evidentes en los diversos contextos del niño como el hogar y la escuela (Buela, Carretero & De los Santos, 2001; Navarro, 2004).

Diagnóstico.

Los síntomas se presentan los niños entre 6 y 12 años están inmersos fundamentalmente en 3 esferas: a) esfera afectiva y conductual: irritabilidad, agresividad, agitación o inhibición psicomotriz, astenia, apatía, tristeza, y sensación frecuente de aburrimiento, culpabilidad y en ocasiones ideas recurrentes de muerte; b) esfera cognitiva y actividad escolar: baja autoestima, falta de concentración, disminución del rendimiento escolar, fobia escolar, trastornos de conducta en la escuela y en la relación con sus iguales; y c) esfera somática: cefaleas, dolor abdominal, trastornos del control de esfínteres, trastorno del sueño (insomnio o hipersomnía), bajo peso para su edad cronológica y disminución o aumento del apetito.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales IV, estos son los criterios diagnósticos para el trastorno de depresión infantil:

Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1: estado de ánimo depresivo o 2: pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Como ya se ha mencionado, el grupo familiar es el primer agente de socialización del niño, influyendo de manera decisiva en el desarrollo de su estabilidad emocional, constituyendo a su vez un elemento clave en la configuración de la depresión infantil.

Impacto en la dinámica familiar.

El contexto familiar en el que vive el niño o el adolescente parece jugar un papel trascendental en el desarrollo de depresión. Los factores de riesgo más

comunes son la existencia de conflictos conyugales o las dificultades emocionales entre uno de los padres y el niño.

Son también factores de riesgo asociados con la depresión, las distintas formas de maltrato como el abuso físico, emocional, sexual y la negligencia en el cuidado, así como los eventos vitales negativos, el divorcio o separación conflictivos de los padres, la pérdida de amistades y la muerte de un familiar o amigo.

El tamaño de la familia, el lugar que ocupa el niño en el grupo de hermanos y la ausencia de los padres (muerte, divorcio o separación involuntaria) son elementos que afectan al desarrollo afectivo y emocional del niño. La literatura señala que existe una relación estrecha entre la separación de los padres y la aparición de depresión en los hijos, hallándose vinculados el conflicto parental con el mal ajuste y baja autoestima de los niños (Serafín, 2003).

Existen otros factores que podrían jugar un importante papel en el desarrollo de la depresión, fundamentalmente aquellos que están fuera del propio control, que ocurren como un acontecimiento no predecible y que son recurrentes a lo largo del tiempo.

La depresión en los padres se considera un factor de riesgo importante, que se asocia con depresión en su descendencia, por lo que habría factores genéticos asociados. Se ha visto que los hijos de padres con depresión presentan una

probabilidad entre tres y cuatro veces mayor de desarrollar trastornos del humor (Aroca, 2008).

La aparición de un acontecimiento o evento estresante puede favorecer la existencia de pensamientos depresores, sobre todo en la edad escolar en la que el niño es mucho más sensible a situaciones problemáticas; las malas relaciones son fuente específica de iniciación a la depresión infantil; los padres deben prestar especial atención a la construcción de una adecuada autoestima y autoeficacia en el niño, así como incentivar en ellos la capacidad de afrontamiento, y el manejo adecuado de la frustración, todo ello constituye la prevención primaria de la depresión infantil.

TRASTORNO DE CONDUCTA.

Los Trastornos de conducta se definen como las ocasiones en las que los niños muestran un patrón de comportamiento antisocial que vulnera derechos de las otras personas, así como normas de convivencia y/o reglas socialmente aceptadas para su edad, siendo estos comportamientos inmanejables por personas cercanas al individuo sintomático, lo que provoca un deterioro progresivo y significativo en el ámbito interpersonal, relacional y laboral. La característica esencial de este trastorno es un mal comportamiento que es serio, repetitivo y persistente (Pinto, 2004).

Los trastornos de la conducta en la infancia engloban un conjunto de conductas que implican oposición a las normas sociales y a los avisos de las figuras de autoridad, cuya consecuencia más destacada es el fastidio o la perturbación, más o menos crónica, de la convivencia con otras personas: compañeros, padres, profesores y personas desconocidas (Fernández y Olmedo, 1999).

Los trastornos de conducta o del comportamiento, caracterizados por una gran variedad de conductas antisociales, tienen un inicio más temprano en los niños que en las niñas.

Existen diversos factores que influyen en el comportamiento característico de los trastornos de conducta en el niño, dentro de los cuales figuran la edad del niño, su nivel de desarrollo cognitivo, su ambiente familiar y otros aspectos socioculturales.

Diagnosticar el trastorno de conducta puede ser un dilema porque los niños cambian constantemente. En el diagnóstico de los trastornos de conducta las conductas valoradas como síntomas de un trastorno en una determinada edad pueden ser evaluadas como normales en otra. De la misma manera, conductas potencialmente problemáticas suelen presentarse en distinto grado a lo largo del tiempo y su manifestación varía en función de la edad.

La edad y el nivel de desarrollo cognitivo influyen en la forma en la que un determinado comportamiento es percibido e interpretado por los adultos. Por poco probable que las conductas agresivas de niños de dos o tres años sean percibidas por sus padres de manera problemática (Díaz, 2006). Los padres de niños de dos o tres años suelen quejarse de las rabietas, pataletas o agresiones de sus hijos, pero las consideran algo transitorio, contrariamente a lo que suele suceder cuando los niños son mayores (Fernández y Olmedo, 1999).

Otro de los factores que influye en la valoración de la existencia de un trastorno de conducta en los hijos es la familia. Una buena parte de los niños que acuden a una consulta especializada lo hacen porque sus padres, un profesor o un médico han mostrado algún tipo de preocupación por ellos (Moreno, 2005). En la mayoría de los casos, el niño no suele tener conciencia del problema ni experimentar problema alguno. El grado de tolerancia de los padres hacia este tipo de conductas es muy variable: algunos padres son capaces de justificar una serie de comportamientos destructivos, agresivos e inadecuados como algo «propio de los niños», mientras que otros son incapaces de aceptar la más mínima pataleta o un simple desafío de un niño pequeño y solicitan ayuda profesional inmediatamente. Por tanto, la tolerancia de los padres, su estilo educativo y sus habilidades para hacer frente a estas situaciones desempeñan un papel relevante en la propia definición de los problemas infantiles.

Diagnóstico.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales IV, estos son los criterios diagnósticos para el Trastorno Negativista Desafiante y para el Trastorno Disocial:

Trastorno Negativista Desafiante.

Un patrón de comportamiento negativista hostil y desafiante que dura por lo menos seis meses, estando presentes cuatro (o más) de los siguientes comportamientos:

1. A menudo se encoleriza e incurre en pataletas.
2. A menudo discute con adultos.
3. A menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir órdenes.
4. A menudo molesta deliberadamente a otras personas.
5. A menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento.
6. A menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros.
7. A menudo es colérico y resentido.
8. A menudo es rencoroso o vengativo.

Trastorno Disocial.

Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad,

manifestándose por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y, como mínimo, de un criterio durante los últimos 6 meses.

Agresión a personas y animales:

1. A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros
2. A menudo inicia peleas físicas
3. Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (p. Ej., bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola)
4. Ha manifestado crueldad física con personas
5. Ha manifestado crueldad física con animales
6. Ha robado enfrentándose a la víctima (p. Ej., ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión, atraco a mano armada).
7. Ha forzado a alguien a una actividad sexual. Destrucción de la propiedad.
8. Ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves.
9. Ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios). Fraudulencia o robo.
10. Ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona.
11. A menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (es decir, «tíma» a otros).
12. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. Ej., robos en tiendas, pero sin allanamiento o destrozos; falsificaciones).

Violaciones graves de normas.

13. A menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad.

14. Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo periodo de tiempo).

15. Suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años.

Teniendo en cuenta que la mayoría de los investigadores consideran que los trastornos del comportamiento perturbador tienen un origen multicausal, se han dedicado a investigar los factores de riesgo y protectores que pueden explicar o dar cuenta de la probabilidad de estos trastornos.

Impacto en la dinámica familiar.

Todos los investigadores coinciden en la importancia de la influencia de los factores familiares en el desarrollo o mantenimiento de los trastornos del comportamiento perturbador (Díaz, 2003).

La familia es el grupo de referencia por excelencia para el niño y donde se transmiten las normas, valores, actitudes y conductas, sin embargo también el sistema familiar puede influir para el desarrollo de los trastornos de conducta. Algunos factores que perturban el desarrollo del niño y que tienen relación con los trastornos de conducta en la infancia son los siguientes:

-Psicopatología de los padres, las cuales entran los problemas de alcoholismo, drogadicción, conducta antisocial, depresión de la madre, entre otros.

-Familias desestructuradas, por ejemplo pérdida de uno de los padres, conflictos graves de pareja, etc.

-Estilos educativos, los cuales se caracterizan por la falta de supervisión, utilización excesiva de medios punitivos, mala calidad de las relaciones.

De esta manera la observación clínica permite concluir que el impacto del ambiente en la relación con la salud mental y emocional del niño, tiene una relación estrecha con algunas psicopatologías desencadenadas en la etapa escolar del menor. Parece más evidente que los trastornos psicológicos, tanto en su forma como en su gravedad, vienen determinados por mecanismos de vulnerabilidad de naturaleza endógena y probablemente biológica.

Por esta razón se realizó esta investigación, con el objetivo de identificar si un ambiente violento en el contexto familiar incrementa la probabilidad del desarrollo de patologías en niños en edad escolar, con objeto de promover aspectos preventivos.

MÉTODO

La familia es un sistema que por su naturaleza, y por la diversidad de sus integrantes, sido un campo importante en investigación, especialmente psicológica. Entre los factores multidimensionales que influyen de forma directa en la esfera socioafectiva y emocional de los niños, los estilos y pautas de crianza son la base de la formación de

creencias, actitudes y valores que tienen como objetivo mantener una herencia e identidad, mediada por la historia personal de quien es responsable de su transmisión.

Sin embargo, un entorno violento y hostil puede desencadenar secuelas físicas, emocionales y psicológicas. Las consecuencias de la violencia en el entorno del niño van a variar en función de su naturaleza y severidad, provocando así la aparición de problemas interiorizados y exteriorizados, dificultades en las relaciones sociales, utilización de estrategias agresivas para la solución de problemas o disminución del rendimiento escolar y de la capacidad empática. Sin embargo, este estudio se desarrolló para comprobar la relación entre la violencia en la familia y qué tanto afecta, precipita o aumenta la posibilidad en que se desarrollen problemas psicopatológicos en niños entre 6 y 12 años.

Pregunta de investigación

- ¿Existe relación entre la violencia familiar y la presencia de trastornos psicopatológicos en los niños?

Objetivos

Objetivo general:

- Conocer si la violencia familiar tiene relación con el desarrollo de trastornos psicopatológicos en niños en edades entre 6 y 12 años.

Objetivos específicos

- Identificar la psicopatología más frecuente en niños y niñas con antecedente de violencia familiar.
- Identificar la psicopatología más frecuente en niños y niñas sin antecedente de violencia familiar.
- Identificar las diferencias sociodemográficas que existen entre las familias con antecedente de violencia familiar y las familias sin antecedente de violencia.

Hipótesis

- La violencia familiar tiene relación con la presencia de trastornos Psicopatológicos en los niños.

Variables del estudio

Variable Independiente: Violencia Intrafamiliar

Definición conceptual: Acción y efecto de violentar a uno o más miembros de la familia. (RAE, 2001)

Definición operacional: Se medirá a través del instrumento de Escala del Clima Social Familiar (FES) (Moos, 1993).

Variable Dependiente: Psicopatología

Definición conceptual: estudio de las causas y naturaleza de las enfermedades mentales. (RAE, 2001)

Definición operacional: Se medirá a través del Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes (Caraveo, 1998).

Variables sociodemográficas:

Definición conceptual:

Menor de edad:

- Edad. Tiempo que ha vivido una persona

Mamá, papá o tutor:

- Edad. Tiempo que ha vivido una persona
- Escolaridad. Conjunto de cursos que un estudiante

sigue en un establecimiento docente.

- Estado civil. Casada (o) o soltera (o)
- Número de hijos. Total de hijos dentro de una

familia

- Residencia. Lugar en el que se vive

Definición operacional: se medirán a través de los cuestionarios utilizados, para evaluar las variables anteriores.

Muestreo

La selección de los sujetos del estudio dependió de los criterios de selección para la investigación, por lo que se considera un muestreo de tipo no probabilístico de casos consecutivos (Sampieri, Fernández y Baptista, 1997).

Participantes

Se trabajó con una muestra de 40 familias, quienes asistían al Hospital Infantil de México Federico Gómez, al servicio de consulta externa.

Se seleccionaron a 20 familias con antecedentes de violencia, cuyo hijo o hija entre 6 y 12 años asistía a la consulta de Psicología y con el antecedente diagnóstico de alguna psicopatología; y 20 familias sin antecedentes de violencia intrafamiliar y cuyo hijo o hija asistía a consulta externa para atención por alguna enfermedad física.

El menor y la mamá, papá o tutor debieron contar con los siguientes criterios de inclusión para poder participar en el trabajo de investigación:

Inclusión del niño:

- Tener una edad entre 6 y 12 años.
- Asistir a la consulta externa del Hospital Infantil de México

- Asistir al servicio de Psicología del Hospital por tener un Diagnóstico Psicológico

Inclusión de mamá, papá o tutor:

- Mamá o papá (o tutores) con hijos entre 6 y 12 años que asistían a consulta externa del HIMFG.
- Mamá papá o tutores que sepan leer y escribir.
- Mamá, papá o tutores que acepten participar.

No podrían participar los niños:

- Menores que residan en casa hogar.
- Menores con enfermedad crónica o en fase terminal.
- Menores con Diagnóstico clínico de retraso mental.

No podrían participar mamás, papás o tutores:

- Familias con antecedente de violencia intrafamiliar que se encuentren en proceso legal

Escenario

El escenario donde se llevó esta investigación fue en el Hospital Infantil de México Federico Gómez ubicado en Dr. Márquez No. 162, Col. Doctores Del. Cuauhtémoc, México, D.F. CP 06720. Debido a que es un hospital de tercer nivel donde ofrece atención de especialidades, su población son niños desde los 0 hasta los 18 años, con enfermedades de todo tipo, siendo pacientes que provienen de todo el país.

Tipo de diseño

Debido a que se hizo una sola medición en un momento determinado del tiempo y los datos pudieron corresponder a la presencia o ausencia de lo que se quiso investigar, se realizó un diseño transversal.

Se contó con una sola población a la que se describió en función de un grupo de variables y, así mismo, los datos fueron utilizados con fines descriptivos, por lo tanto se realizó un estudio descriptivo (Sampieri, Fernández y Baptista, 1997).

Instrumentos (ver anexo)

1. Se aplicó la Escala del Clima Social Familiar (FES) de Moos (1993) para medir la percepción de la familia mediante uno de sus miembros, aplicándose al padre, madre o tutor.

La escala mide la percepción de cada miembro de la familia sobre diferentes aspectos de la vida familiar, haciendo referencia a toda la familia. La confiabilidad del

instrumento, tiene un Alpha de Cronbach de .78. La validez del instrumento reporta puntajes $r < .80$. Mide distintos factores relacionados con la dinámica familiar, divididos en subescalas con 9 reactivos cada una:

- Cohesión
- Expresividad
- Conflicto
- Independencia
- Orientación a metas
- Orientación cultural e intelectual
- Recreación
- Religiosidad
- Organización
- Control

De acuerdo con las subescalas que componen este instrumento, se consideró para el propósito del estudio, utilizar solo las siguientes con el objetivo de adquirir información sobre la presencia de violencia intrafamiliar:

- **Cohesión.** Grado en que los miembros de la familia están compenetrados y se ayudan entre sí. Por ejemplo, el ítem 1 “En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros”.

- **Expresividad.** Grado en que se permite y anima a los miembros de la familia a actuar libremente y a expresar directamente sus

sentimientos. Por ejemplo el ítem 12 “En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos”.

- **Conflicto.** Grado en que se expresan libremente y abiertamente la cólera, agresividad y conflicto entre los miembros de la familia. Por ejemplo, el ítem 23 “En casa a veces nos enojamos tanto que golpeamos o rompemos algo”.

- **Control.** Grado en que la dirección de la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos. Por ejemplo, el ítem 60 “En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor”.

2. También se aplicó el Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes (Caraveo, 1998), con el objetivo de medir sintomatología de algunas psicopatologías infantiles. De la misma forma fue contestado por mamá, papá o tutor responsable.

El cuestionario fue elaborado a finales de los años 70 en el contexto de un estudio en colaboración de la Organización Mundial de la Salud para extender la atención a los problemas de salud mental en los países en desarrollo. Las 10 preguntas de que consta el instrumento, fueron seleccionadas con base en la reducida bibliografía, existente en ese tiempo. La capacidad del instrumento para identificar la presencia de psicopatología, mostró un rango entre 100 a 89.7%; y la especificidad, que se refiere a

la correcta identificación de aquellos que no tienen un trastorno, tuvo un rango entre 62.7 a 95.8 %, utilizando el punto de corte a partir de uno o más síntomas presentes

En México el estudio de validez de este instrumento se realizó en una muestra de niños entre 6 a 14 años obtenida en las escuelas, en la consulta general de un Centro de Salud y en menores atendidos en un Centro Comunitario de Salud Mental. Los resultados mostraron una sensibilidad de 87.2% y especificidad de 73.9%. Posteriormente, utilizando el instrumento a nivel nacional se obtuvo un valor de predicción positivo, VPP, de 46.6% y un valor de predicción negativo VPN de 91.6%, empleando el punto de corte de uno o más síntomas. Al utilizar un punto de corte de dos o más síntomas, los valores de predicción del instrumento mejoraron notablemente obteniéndose un VPP de 76.1% y un VPN de 99.2%.

Así, en México Caraveo y Anduaga (1998) construyen un instrumento que complementa la experiencia obtenida a partir de la aplicación y de los resultados del RQC en México, con la finalidad de incluir otros síntomas frecuentes, por ejemplo los relacionados con la hiperactividad y el déficit de atención, e identificar la presencia de síndromes que orienten hacia el diagnóstico de probables trastornos, validando el Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBTD), el cual incluye los criterios diagnósticos internacionales del Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales DSM-IV. El cuestionario tiene una sensibilidad del 87%, una especificidad del 98%, un Valor Predictivo Positivo del 90%, un Valor Predictivo Negativo del 97%, y una tasa de clasificación errónea del 3.7%.

Este instrumento permite identificar los siguientes trastornos:

- Déficit de atención con hiperactividad e impulsividad
- Ansiedad generalizada
- Ansiedad con predominio de inhibición
- Trastorno específico del lenguaje
- Enuresis
- Epilepsia y probable epilepsia
- Explosividad probablemente con daño orgánico
- Explosividad probablemente caracterológica
- Depresión
- Trastorno por conducta oposicionista
- Trastorno de conducta
- Trastorno de alimentación con bajo peso
- Trastorno de alimentación con sobrepeso

Estos resultados indicaron que el instrumento tiene una consistencia interna adecuada y que puede emplearse como una escala por lo cual se considera que puede funcionar como el instrumento ideal para la medición de psicopatología infantil.

Para la presente investigación, se tomaron en cuenta y analizaron solo las siguientes subescalas, debido a que el instrumento da información también acerca de enfermedades que no cumplen con el objetivo de este trabajo:

- Déficit de atención con hiperactividad e impulsividad
- Ansiedad generalizada
- Enuresis
- Explosividad
- Depresión
- Trastorno por conducta oposicionista
- Trastorno de conducta

Procedimiento.

Debido a que tuve la oportunidad de realizar el Servicio Social en el departamento de Psicología del Hospital Infantil de México Federico Gómez por un año, tuve la facilidad de conocer acerca de los trastornos que pueden aquejar a los menores y al mismo tiempo, acercarme a los diferentes psicólogos del servicio que me permitieron obtener la muestra de los pacientes con un diagnóstico de violencia intrafamiliar y con alguna psicopatología. En la consulta externa solicité la participación de las familias para contestar los cuestionarios, explicando brevemente el objetivo del estudio. Una vez seleccionados, se acudió a la consulta externa de 9:00 am a las 2:00 pm y se le solicitó a la responsable del menor responder dos cuestionarios breves mientras su niño o niña estaba en consulta.

En la mayoría de los casos fueron las madres de familia quienes respondieron los cuestionarios y la mayoría a las que se les pidió, accedieron a responderlos. Sin embargo, en el caso de los niños que asistían a Psicología, como tenían horarios específicos y en ocasiones los padres entraban con los niños a la consulta, en ocasiones fue más complicado conseguir que tuvieran la disponibilidad para responder los cuestionarios.

Una vez que se tuvieron los instrumentos contestados, se procedió al análisis de resultados.

RESULTADOS

A partir del objetivo planteado para esta investigación, que fue analizar si la violencia intrafamiliar tiene relación con el desarrollo de alguna psicopatología en niños en edades entre 6 y 12 años, se realizó un análisis cuantitativo.

Para describir las características de la muestra se utilizó la estadística descriptiva para obtener las frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas. El instrumento de Escala de Ambiente Social Familiar de Moos (1993) se puntuó con “Verdadero” o “Falso”, dependiendo de lo que la mamá, el papá o el tutor identificaron que sucedía en la dinámica familiar; después de esto se consultó la tabla de los baremos correspondientes para cada reactivo, puntuando así con la calificación correspondiente según la tabla.

Para la calificación del Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico de Problemas de Salud Mental en Niños y Adolescentes (Caraveo, 1998), se utilizó un paquete estadístico para obtener la calificación correspondiente.

Para ver si existían diferencias significativas entre las familias con violencia intrafamiliar y las familias que no reportan violencia, se utilizó la prueba U Mann Whitney.

Datos sociodemográficos.

Para conocer las características de la población se analizaron las frecuencias y porcentajes de datos como quién era el responsable del menor, la edad de los responsables, el número total de hijos en cada familia, nivel máximo de estudios del responsable, estado civil y procedencia.

Dichos datos se describen a continuación:

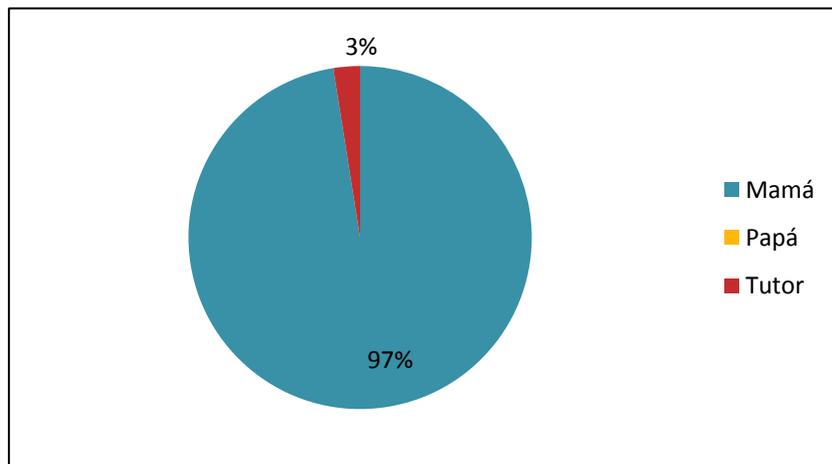


Figura 1. Persona responsable del menor: Mamá, Papá o Tutor

En cuanto a la variable Responsables del menor, se destaca el hecho de que 39 de las personas que contestaron el cuestionario como responsables del menor son las mamás. Solo una persona es tutor de uno de los participantes menores, que es la

abuelita del paciente, y corresponde a la muestra de los niños que asistían a consulta externa del Hospital (Figura 1).

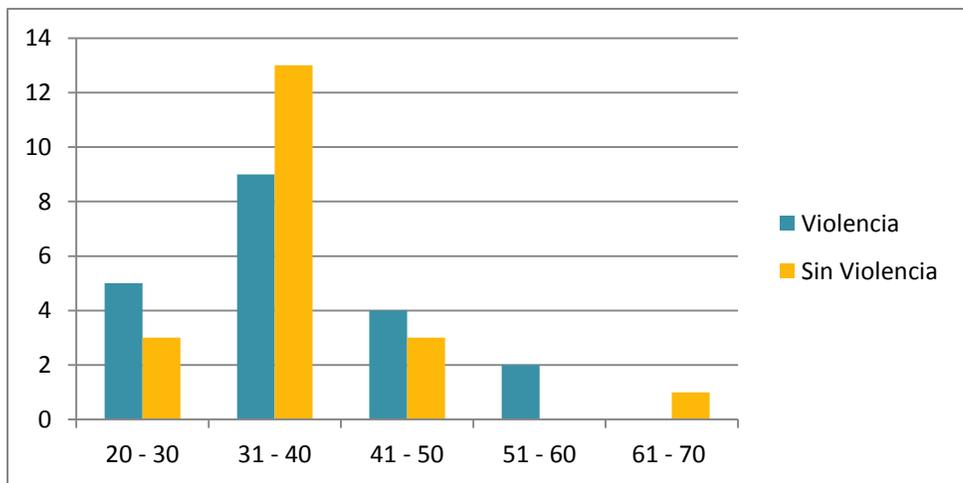


Figura 2. Rango de la edad de los responsables del menor

En referencia a la edad de las responsables de los menores se muestra que en ambas poblaciones predomina el rango de edad entre 31 y 40 años. La persona que cae en el rango de 61 a 70 años es la tutora de un niño que asistía a consulta externa (abuelita) (Figura 2).

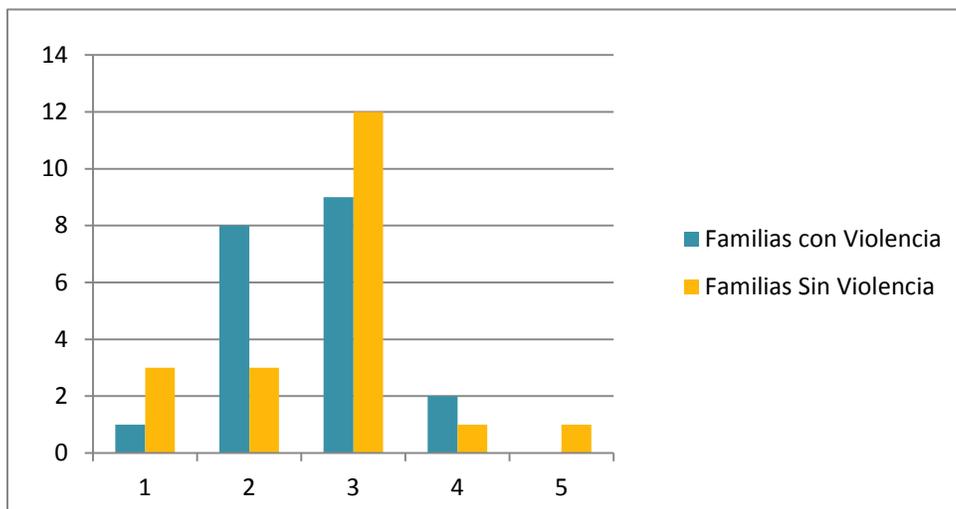


Figura 3. Número total de hijos en cada familia

En cuanto al número de hijos se observa que 9 familias con violencia intrafamiliar y 12 de las familias que no tienen antecedentes de violencia se conforman por 3 hijos; 8 familias con violencia tienen dos hijos (Figura 3).

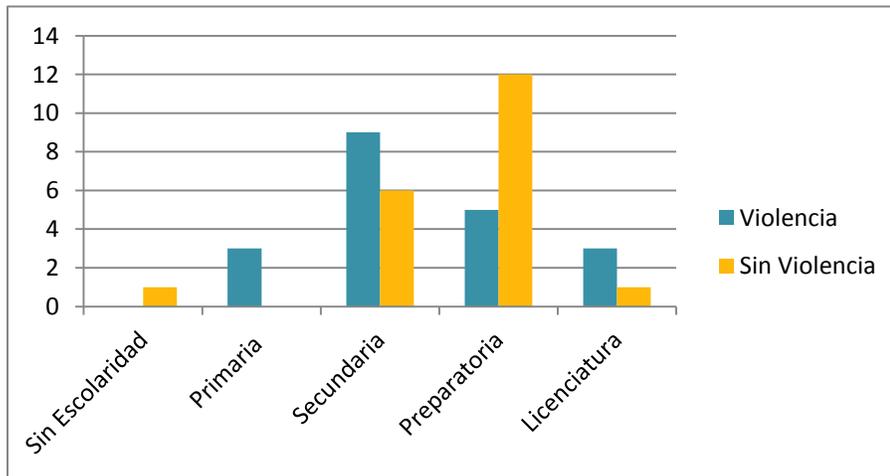


Figura 4. Nivel de estudios máximo de los responsables del menor

El Nivel de Estudios con mayor frecuencia se encuentra que 12 familias que corresponden al grupo de sin violencia cuentan con nivel de estudios de preparatoria, mientras que solo una persona reporta no tener escolaridad. Solo una tiene nivel de estudios de licenciatura. Respecto a la población con violencia, 9 de las familias reportan tener estudios de secundaria, 3 familias tienen solo la primaria y 3 tienen estudios de licenciatura (Figura 4).



Figura 5. Estado civil de los responsables del menor

En relación al estado civil, 15 de las mamás con antecedentes de violencia respondieron estar casadas y las otras 5 familias de esta población son solteras. En la población de sin violencia 10 de las mamás son casadas y 9 son solteras (Figura 5).

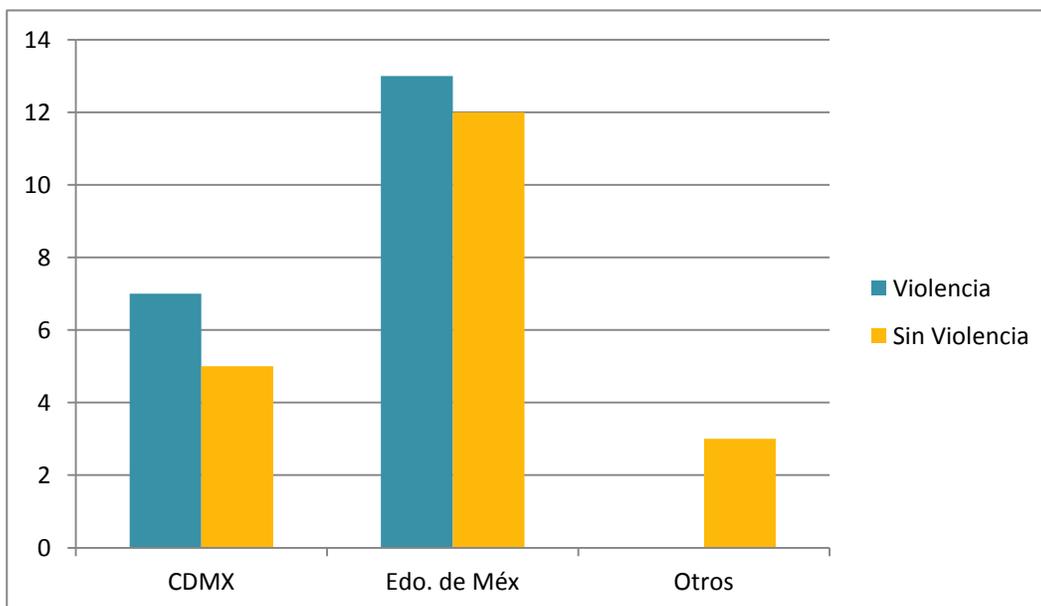


Figura 6. Lugar de procedencia de las familias

En cuanto a la variable de Lugar de Procedencia se encuentra que 7 de las familias con violencia residen en la ciudad de México y 13 familias son del Estado de México; en la población sin violencia 5 son de la Ciudad de México, 12 del Estado de México. Tres de las familias que no reportan violencia venían de otros estados: Hidalgo, Guerrero y Michoacán (Figura 6).

A continuación se presentan los resultados de la Escala de Ambiente Social Familiar, en lo que se refiere a las subescalas que miden los factores relacionados con la dinámica familiar, y que se tomaron en cuenta para esta investigación.

Tabla 1. Funcionamiento familiar en relación con las familias con violencia y sin violencia.

	Violencia Familiar		Total %
	Si	No	
Cohesión			
Baja	2	5	7 (17.5%)
Alta	18	15	33 (82.5%)
Expresividad			
Baja	7	9	16 (40.0%)
Alta	13	11	24 (60.0%)
Conflicto			
Bajo	6	8	14 (35.0%)
Alto	14	12	26 (65.0%)
Control			
Bajo	0	1	1 (2.5%)
Alto	20	19	39 (97.5%)

Respecto a los factores que miden el funcionamiento familiar se observa que toda la población tiene puntuaciones altas en Cohesión. Sin embargo, también las familias de las dos poblaciones tienen altas puntuaciones en Conflicto y ejercen alto grado de Control (Tabla 1).

A continuación se presentan los resultados de la relación entre los resultados que arrojó la Escala de Ambiente Social Familiar y el Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico de Problemas de Salud Mental en Niños y Adolescentes.

Tabla 2. Relación entre los factores relacionados con la violencia y los trastornos psicopatológicos en los niños.

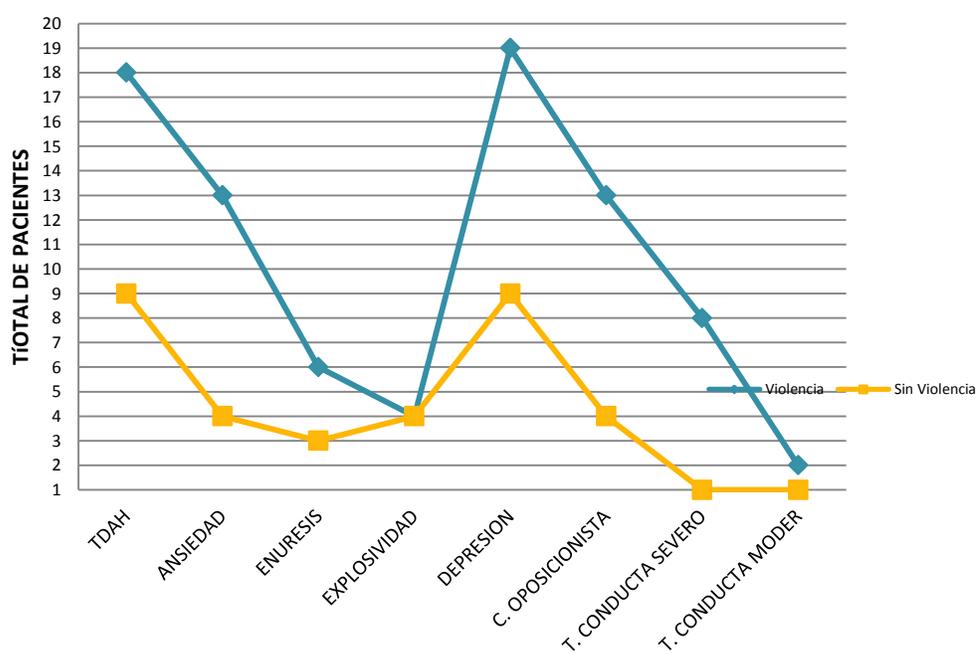
Trastornos psicopatológicos	Violencia Familiar		Frecuencia	Porcentaje	x ²
	Si	No			
TDAH					
0 No	2 (10.0)	11 (55.0)	13	32.5%	.006*
1 Si	18 (90.0)	9 (45.0)	27	67.5%	
ANSIEDAD GENER.					
0 No	7 (35.0)	16 (80.0)	23	57.5%	.010*
1 Si	13 (65.0)	4 (20)	17	42.5%	
ENURESIS					
0 No	14 (70.0)	17 (85.0)	31	77.5%	.451
1 Si	6 (30.0)	3 (15.0)	9	22.5%	
EXPLOSIVIDAD					
0 No	16 (80.0)	16 (80.0)	32	80.0%	1.00
1 Si	4 (20.0)	4 (20.0)	8	20.0%	
DEPRESIÓN					
0 No	1 (5.0)	11 (55.0)	12	30.0%	.001*
1 Si	19 (95.0)	9 (45.0)	28	70.0%	
C. OPOSICIONISTA					
0 No	7 (35.0)	16 (80.0)	23	57.5%	.010*
1 Si	13 (65.0)	4 (20.0)	17	42.5%	
T. C. SEVERO					
0 No	12 (60.0)	19 (95.0)	31	77.5%	.020*
1 Si	8 (40.0)	1 (5.0)	9	22.5%	
T. C. Moderado					
0 No	18 (90.0)	19 (95.0)	37	92.5%	1.00
1 Si	2 (10.0)	1 (20.0)	3	7.5%	

*Nivel de significancia .05

Los resultados arrojan relación entre la variable de violencia familiar y algunos trastornos psicopatológicos: 18 de los niños con antecedentes de Violencia tienen TDAH.

Respecto al Trastorno de Ansiedad Generalizada son 13 los niños que también presentan violencia, 19 de ellos manifiestan también síntomas de Depresión y 13 cubren los criterios de Conducta Oposicionista (Tabla 2).

Figura 7. Pacientes con diagnóstico de Violencia Intrafamiliar y la presencia de psicopatología.



En la figura 7 se observa que en los pacientes con Violencia los trastornos con TDAH y Depresión son más frecuentes en la mayoría de los niños; así mismo, en la población sin violencia se encontró también que a pesar de no vivir en una dinámica violenta los trastornos de TDAH y Depresión son predominantes aproximadamente en la mitad de esta población.

A continuación se analizan y discuten los resultados obtenidos en el estudio.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos en la presente investigación, los cuales fueron analizados a través de diversas pruebas estadísticas y de acuerdo con el objetivo general, se identificó lo siguiente:

En los datos sociodemográficos se encuentra que en las familias de las dos poblaciones no existen diferencias con el número de hijos que se tiene, siendo de 2 a 3 hijos el número total que tienen las familias de esta investigación (Figura 3). El INEGI (2017) confirma que “el número de hijos por mujer mexicana ha decrecido de manera importante en los últimos 50 años, al pasar de 6.8 en 1968 a sólo 2.3 en el año 2010 y a 2.2 en 2016”.

El nivel de estudios que tienen los tutores en esta investigación nos indica que la mayoría de las familias con diagnóstico de violencia solo cursaron la secundaria (Figura 4). De acuerdo con Díaz (2003), el nivel de estudios es considerado como un factor de riesgo para la violencia en el hogar, a menor nivel de estudios mayor violencia.

Respecto al estado civil, el mayor número de familias que reporta violencia viven con su pareja (Figura 5). En estos resultados se observa que el estado civil puede ser un factor involucrado en las prácticas de violencia dentro del hogar. Esto se puede deber a que

cuando los padres están unidos en la familia, se puede desatar un mayor número de conflictos, los cuales se resuelven de manera violenta.

La figura que muestra los resultados de funcionamiento Familiar (*Tabla 1*) se destaca primero, que en ambas poblaciones existe un mayor nivel de Cohesión y segundo, que no solo las familias que tienen un diagnóstico de violencia arrojan puntuaciones que indican alta relación con los factores de Control y Conflicto, sino también aquellas que no han sido diagnosticadas con un nivel de violencia. Estos resultados son importantes debido a que el problema no es que existan conflictos dentro del núcleo familiar, sino la forma en que se controlan dichos conflictos puede ser a través de conductas violentas o sin que se ejerza esta violencia entre los miembros de una familia. De esta manera, sería relevante que los servicios de salud se enfocaran a una atención integral en los pacientes y no solo a trabajar de manera individual con los niños, ofreciendo apoyo en cuanto al manejo y solución de los conflictos en casa.

De acuerdo con el Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico de Problemas de Salud Mental en Niños y Adolescentes, los resultados indican altos niveles de niños que presentan tanto el Déficit de Atención con Hiperactividad y la Depresión, en la población donde las familias ejercen violencia para solucionar sus conflictos.

Respecto a los resultados de la sintomatología del TDAH se manifiestan mayormente en la población que tiene antecedentes de Violencia Intrafamiliar (*Tabla 2*). Se (*Tabla 2*). Se sabe que la causa de este trastorno no está completamente aclarada, pero parece evidente que se trata de un trastorno multifactorial con una base neurobiológica y predisposición genética que interactúa con factores ambientales. En este sentido, los factores ambientales se pueden relacionar con un contexto donde se generen conductas agresivas y disruptivas.

De acuerdo con Hidalgo y Soutullo (2011), los factores psicosociales pueden influir y modular las manifestaciones del TDAH. La severidad y expresión de los síntomas puede verse afectado a través de la interacción gen-ambiente, ciertos factores ambientales pueden tener distinto impacto en individuos que tienen un gen en particular, frente a personas que no lo tienen. Algunos de los factores son: inestabilidad familiar, problemas con amigos, trastornos psiquiátricos en los padres, paternidad y crianza inadecuadas, relaciones negativas padres-hijos, niños que viven en instituciones con ruptura de vínculos, adopciones y bajo nivel socioeconómico.

El Trastorno de Depresión también presenta una gran relación entre una dinámica violenta en casa y este trastorno en los niños escolares. De los 20 niños participantes con antecedentes de violencia en el hogar, 19 mostraron sintomatología de Depresión (*Tabla 2*); es decir, casi todos. Sin embargo, a pesar de la alta relación que se observa, la Depresión Infantil no se explica por un solo factor sino por la combinación de varios de ellos. Lo que

sí es factible, es que un ambiente negativo en la familia puede incrementar la probabilidad de ocurrencia de un problema de este tipo en los niños escolares.

De acuerdo con Rodríguez y Martínez (2001), la presencia de factores estresantes en los distintos ambientes que rodean al niño ayudan al desarrollo de problemas emocionales y si esto se combina con una vulnerabilidad biológica, aumenta aún más la probabilidad de sufrir estos problemas (Esparza & Rodríguez, 2009), por lo que es importante recordar que la población de esta investigación son pacientes de un Hospital Infantil que asisten por alguna enfermedad física, es por esto que se debe entender que los resultados vienen de una interacción entre factores individuales y factores ambientales.

En la *Tabla 2* podemos observar que 13 de los niños con antecedentes de violencia reportan manifestaciones del Trastorno de Ansiedad. Se sabe que los estresores psicosociales juegan un papel muy importante en muchos de los trastornos de ansiedad, específicamente en el trastorno de ansiedad generalizada; ya que funcionan como factores precipitantes, agravantes o causales. La violencia intrafamiliar afecta de manera negativa la vida integral de la niñez; de esta forma las experiencias negativas en la familia no le permiten a los niños desarrollar una ansiedad sana, ya que para lograr un desarrollo integral, un nivel de ansiedad adaptativo es parte importante y funciona como un factor de protección ante los eventos de la vida cotidiana. (Reyes, 2012).

Con el Trastorno de Enuresis es importante remarcar que, a pesar de que el estrés que se viva dentro de la dinámica familiar puede exacerbar o contribuir a la enuresis, de acuerdo con los resultados obtenidos en este trabajo (*Tabla 2*), no se relaciona como un factor primario para el desarrollo del trastorno, aunque en realidad, la muestra es muy pequeña y de una sola institución de salud pública, por lo que los resultados no se podría generalizar a toda una población.

Con respecto a la conducta de Explosividad como síntoma de algún trastorno de conducta, no se encontraron variaciones en los resultados tanto de la población con violencia como sin violencia. Con esto se puede señalar que la violencia es una forma de conducta que está inspirada por diversos factores. Existe una marcada relación entre los factores individuales y el medio ambiente para que se desarrolle un comportamiento violento, o para que se geste una personalidad violenta (Burgos, 2003); contrario a lo esperado en los resultados, estas conductas de Explosividad no mostraron diferencias significativas.

Los síntomas de los Trastornos de Conducta generalmente surgen en el ambiente familiar, pero con el paso del tiempo pueden producirse en otros ambientes. De acuerdo con una investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (2010), este tipo de comportamientos suelen presentarse comúnmente en niños integrantes de

familias donde existe conflicto, así como en familias donde, por lo menos uno de los dos padres, cuenta con antecedentes de algún trastorno del estado de ánimo.

Los resultados de esta investigación no muestran una relación estrecha entre una dinámica familiar con violencia y la presencia de sintomatología del Trastorno de Conducta (Tabla 2). De acuerdo con la Guía Práctica de los Trastornos de Conducta (2009), algunos padres son capaces de justificar una serie de comportamientos destructivos, agresivos e inadecuados como algo propio de los niños o de situaciones específicas.

De esta forma se confirma la hipótesis planteada en el presente estudio, la cual afirma que la violencia intrafamiliar se puede considerar como un factor de riesgo para el desarrollo o el aumento de alguna psicopatología en niños de edades entre 6 y 12 años. Sin embargo, se observa que la violencia familiar no muestra relación con el Trastorno de Enuresis, Explosividad y el Trastorno de Conducta. Por lo tanto, se entiende que la violencia familiar solo muestra relación con algunos trastornos psicopatológicos en la infancia.

Es importante reiterar que la mitad de la población con la que se trabajó fueron pacientes que asistían al servicio de Psicología del Hospital, a los cuales se les había identificado con un diagnóstico de violencia Intrafamiliar, mientras que la otra mitad no recibía atención Psicológica y tampoco habían sido diagnosticados

con algún trastorno psicopatológico. Su presencia en el hospital era porque asistían a algún servicio de consulta externa por alguna enfermedad física.

La enfermedad en el niño puede ser un factor importante para el desarrollo de alguna psicopatología. Quinton & Rutter (1976) confirman que los niños con repetidas hospitalizaciones y visitas continuas al servicio médico puede ser un factor de sensibilización a alguna psicopatología infantil.

Además, respecto a la violencia que se ejerce dentro del hogar, es esencial mencionar que estamos en una sociedad que valida la violencia como forma de educación y se ha desarrollado una cultura de castigo, en la cual al padre o la madre se le considera la máxima autoridad de la familia, con la facultad de normar y sancionar a los miembros de la familia. En esta concepción, imponer el castigo como una medida de corrección a quien transgrede las reglas, influye en la normalización de conductas agresivas entre los miembros de la familia (Siller, 2013).

Por último, vale la pena resaltar que la violencia intrafamiliar es un problema social de grandes dimensiones que afecta sistemáticamente a importantes sectores de la población y especialmente a la niñez, por lo cual se recomienda continuar con el estudio sobre el impacto y los factores de riesgo y protección que tienen los diversos tipos de dinámica familiar en el desarrollo de los niños. Aun cuando en este trabajo se encontraron diferencias significativas en relación al desarrollo de ciertas Psicopatologías en la infancia, ésta no es la

única razón por la cual los niños deben crecer y criarse en un ambiente positivo, libre de experiencias de violencia y agresión.

La exposición a la violencia en el hogar enseña a los niños que la forma de resolver las dificultades es a través de la violencia y que ésta es una forma normal de vida, lo que aumenta el riesgo de formar parte de la relación violenta de los adultos, ya sea como abusadores o como víctimas. El legado de la violencia en el hogar se transmite cuando los niños crecen viendo a la violencia como la forma más común de relacionarse y de enfrentar los problemas de la vida. Entre los efectos a largo plazo, los niños que presencian actos de violencia en casa suelen establecer relaciones violentas cuando son adultos, ya sea como abusadores o víctimas.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Es de especial importancia considerar que cada persona interpreta su realidad de acuerdo a su propia experiencia y expectativas, por lo cual, se sugiere complementar lo reportado con una población mayor para obtener más datos que enriquezcan este estudio.

Se sugiere complementar con un análisis cualitativo, integrando entrevistas a profundidad con las madres o tutores de los menores para conocer qué otros factores están estrechamente relacionados con la presencia de sintomatología de alguna Psicopatología Infantil.

Conocer antecedentes de violencia de los padres, estrés laboral, abuso de alcohol y drogas, nivel sociocultural, influencia de los medios, hijos no deseados, desempleo, así como trastornos Psicopatológicos de los padres, pueden aportar mayor información para investigaciones posteriores.

Se propone la elaboración y validación de una escala que permita conocer el maltrato percibido por niños menores de 6 años con la intención de detectar casos de estilos de crianza negligentes o factores de riesgo de maltrato desde una edad más temprana.

De igual manera parece importante permitir que los niños contesten un cuestionario para reportar desde su perspectiva cómo visualizan la dinámica en casa y su comportamiento.

Esta investigación se realizó en una institución de salud con niños que tenían enfermedades de todo tipo, esta población puede dar pie a muchas investigaciones posteriores que permitan crear programas de atención integral en instituciones públicas que beneficien la calidad de atención en los pacientes.

Por otra parte, se sugiere trasladar la investigación a otros ámbitos, como instituciones de apoyo a la violencia intrafamiliar y/o escuelas o centros comunitarios.

Es esencial resaltar la importancia de brindar una atención integral en las instituciones de salud pública, debido a que en esta investigación se encontró que pacientes que no recibían atención Psicológica presentaban indicadores de violencia en casa y alguna Psicopatología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ackerman, N. (1981). Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Psicodinamismo de la vida familiar. Ed. Lumen-Hormé, Buenos Aires, Argentina. PP. 413.
- ADCARA (2012). Una mirada hacia los hijos e hijas expuestos a situaciones de Violencia de Género Orientaciones para la intervención desde los Servicios Sociales en Aragón Instituto Aragonés de la mujer (IAM). España
- Agudelo, R. (1997). Estilos educativos paternos: aproximación a su concepto. Red académica. España
- Ajuriaguerra, J. (1996). Manual de Psiquiatría Infantil. Cuarta edición. Ed. Masson. España.
- Ajuriaguerra, J. y Marcelli, D. (1984). Psicopatología del niño. Ed. Masson. España
- Alda, J., Arango, C., Castro, J., Petitbó, M., Dolors S., et al. (2009). Trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia: ¿qué está sucediendo?. Hospital Sant Joan de Déu. Universidad de Barcelona. España.
- Almonte, C. (2003).Epidemiología Psiquiátrica en Niños y Adolescentes. En: Almonte, C., Montt, M. E. & Correa, A. (Eds.) Psicopatología Infantil y de la Adolescencia. Santiago: Edit. Mediterráneo
- Almonte, C., Montt, M. y Correa, A., (2005). *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*. Edit. Mediterráneo
- Alvarado, Salvador, Estrada, Terrones (1998) Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango. Salud pública de México. vol.40, no.6
- Amador, J., Forns, M., Guàrdia, J. y Però, M. (2006). Estructura factorial y datos descriptivos del perfil de atención y del cuestionario TDAH para niños en edad escolar. *Psicothema* Vol. 18, nº 4, pp. 696-703, Barcelona, España.
- American Psychiatric Association (APA) (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- Arcinieg, L. (2012). Detección temprana de factores de riesgo para la salud mental en preescolares. Escuela Nacional de Enfermería, UNAM.

- Aroca, C. (2008). La familia como factor de riesgo o de protección en el en el aprendizaje en conductas violentas”. Comunicación. I Congr s Família i Valors 'Educant ciutadania'. Barcelona.
- Aroca, C., Bellver, M. Y Alba, J. (2012). La teoría del aprendizaje social como modelo explicativo de la violencia filio-parental. Universidad de Valencia y Universidad de Zaragoza
- Arranz, E. (2004). La familia y el desarrollo psicológico. España: Pearson Educación.
- Bandura, A. (1974). Aprendizaje Social y Desarrollo de la Personalidad. Madrid: Alianza.
- Bandura, A. (1975). Modificación de la conducta, análisis de agresión y delincuencia. México: Trillas.
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *The Journal of Early Adolescence*, 11(1), 56-95.
- Betina, A. y Contini, N. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos Fundamentos en Humanidades. Universidad Nacional de San Luis, Argentina
- Bragado, C., Bersabé, R., Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*. 11 (4)
- Broderick, P.C. & Blewitt, P. (2003). *The life span: Human development for helping professionals*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Brugarola, M. (2000). *Misión social de la familia*. Ediciones Desclee de Brouwer, Bilbao 3^a edición
- Buela, G., Carretero, H. y De los Santos, M., (2001). Relación entre la depresión infantil y el estilo de respuesta reflexivo-impulsivo. *Salud Mental*, 24 (3), 17-23.
- Burgos, S. (2003). Resumen: “ Por qué los Niños se tornan violentos?” Reacción de la Familia y los Sistemas Sociales a su Conducta. Recuperado en: http://www.ramajudicial.pr/Miscel/Conferencia/PDF/14_SBurgos.pdf
- Caballo, V. (2005). *Manual de Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. 6^o Edición. Madrid: Siglo XXI
- Carboni, A. (2011). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*. Vol. 3; 95- 131. Uruguay
- Ceberio, M. (2006). *Viejas y nuevas familias. La transición hacia nuevas estructuras familiares*. Interpsiquis

- Chávez, J., (2008). Género y familia. Centros de estudios sobre la mujer. UNAM. Escuela Nacional de Trabajo Social. núm. 5. Pág. 108
- Collin, C.; Benson, N; Ginsburg J.; Grand, V.; Lazyan, M; Week, M. (2012). El libro de la Psicología México: Altea.
- Coon,D. y Mitterer, J. (2011). Human Development. Psychology: A Journey. 4.
- Craig, J. (2009). Desarrollo psicológico. México DF: Prentice Hall Hispanoamericana
- Cruz, M., (2006). Concepto de Violencia familiar. Boletín de los Sistemas Nacionales Estadístico y de Información Geográfica. México. Vol. 2, núm. 2.
- Del Barrio, V. (2010). La depresión infantil a la altura de nuestro tiempo. Información psicológica, 100.
- Díaz, D. (2003). Violencia intrafamiliar: frecuencia y características en ambientes urbano y rural. Gaceta Médica de México. Vol. 139, No. 4
- Díaz, R. (2010). Comportamiento de la violencia intrafamiliar en asistentes a consulta de psicología. Revista Médica Electrón. Vol. 32 no.2.
- Echarri, C. (2003). Hijo de mi hija... Estructura familiar y salud de los niños en México. Colegio de México, centro de estudios demográficos y de desarrollo urbano. México. Pp. 417.
- Echeburúa, E. (2003). Personalidades violentas. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. Y Corral, P. (2002). Mujeres Maltratadas en Convivencia Prolongada con el Agresor: Variables Relevantes. Acción psicológica 2, País Vasco.
- Escutia, M., Robles, E., Oudhof, H., Villafaña, L. y Garay, J. (2014). Tareas de crianza de padres mexicanos con hijos adolescentes. México.
- Esparza, N. y Rodríguez, M. (2009). Factores contextuales del desarrollo infantil y su relación con los estados de ansiedad y depresión. Diversitas, 5 (1).
- Ezpeleta, L. (2005). Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo. Ed. Masson. España
- Fernández, C., Herrero, S., Buitrago, F., et al. (2003). Violencia doméstica. Ministerio de sanidad y consumo. Madrid, España.
- Fernández, C., Herrero, S., Buitrago, F., et al., (2003). Violencia doméstica. Ministerio de sanidad y consumo. Madrid, España.

- Fernández, E. y Olmedo, M. (1999). Trastorno del comportamiento perturbador. Madrid: UNED-FUE.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2012). Recuperado en: https://www.unicef.org/spanish/publications/index_3770.html
- Fonseca y Rey (2013). Características neuropsicológicas de niños con trastorno negativista desafiante. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica Vol. 18, N. ° 3. Madrid, España
- García, Á. (2011). Trastornos de la conducta: una guía de intervención en la escuela. Aragon, España.
- Gelles, R. Y Cornell, C. (1985). Intimate violence in families. Londres: Sage.
- Gómez-Bengoechea, B. (2009). Violencia intrafamiliar. Hacia unas
- González, M. (2012). Violencia intrafamiliar: características descriptivas, factores de riesgo y propuesta de un plan de intervención. Tesis Doctoral. Universidad Complutense De Madrid, España.
- Hernández, R. y Rodrigo, M. (2010). Trastornos de la eliminación: enuresis y encopresis. Centro de Salud El Restón. Unidad de Psiquiatría Infantil. Madrid, E.
- Hidalgo, V. y Soutullo, E., (2008). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Ergon. Madrid
- INEGI. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Recuperado en: <http://www3.inegi.org.mx/est/default.aspx?s=est&c=17484>
- Kail, R. y Cavanaugh, J., (2011). Desarrollo Humano: una perspectiva del ciclo vital Ed. CENGAGE Learning, Quinta edición. México
- Knaul, F. y Ramírez, M. (2003). El impacto de la violencia intrafamiliar en la probabilidad de violencia intergeneracional, la progresión escolar y el mercado laboral en México. Caleidoscopio de la salud. México.
- Lemos, S. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. Papeles del Psicólogo, vol. 24, núm. 85. Madrid, España
- Lemos, V. (2006). La deseabilidad social en la evaluación de la personalidad infantil. Suma Psicológica, vol. 13. No. 1. Argentina.
- López, F. (2006). Apego: estabilidad y cambio a lo largo del ciclo vital. Infancia y Aprendizaje.

- Mancilla, B. (2012). Psicopatología Infantil: un enfoque psicoanalítico. Monografía. UNAM
- Marcelli, D. (2007). Manual de Psicopatología del niño. 7ª Ed. Manual Moderno
- Martínez, E. (2014). Desarrollo psicomotor en educación infantil. Bases para la intervención en psicomotricidad. Ed. Universidad de Almería
- Méndez, J., Olivares, J. Y Ros, C., (2001). Características Clínicas Y Tratamiento De La Depresión en la Infancia y Adolescencia. En Caballo, V. & Simon, M.A. Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente: trastornos generales. Madrid: Pirámide.
- Mengel, M. y Linhares M., 2007. Factores de riesgo para problemas de desarrollo infantil. Revista Latino Americana, Sep-oct; 15.
- Mikulic, I., Cassullo, G. Algunas Consideraciones acerca del concepto de clima social y su evaluación. Universidad de Buenos Aires. España.
- Miller, P. (1995). El desarrollo y la socialización de la conducta prosocial. Cooperación y conducta social. Ed. Visor. Madrid.
- Molas, A. (2000). La violencia intrafamiliar como fenómeno social, puntualizaciones sobre la intervención profesional. Violencia Familiar. Montevideo, E.
- Molas, A., 2000. La violencia intrafamiliar como fenómeno social, puntualizaciones sobre la intervención profesional. Violencia Familiar, Un punto de partida en el proyecto de vida. Ed. Creagraf. Montevideo
- Morales, H. (2008). Factores Asociados y Trayectorias del Desarrollo del Comportamiento Antisocial durante la Adolescencia: Implicancias para la Prevención de la Violencia Juvenil en América Latina. Vol. 42, Num. 1 pp. 129-142
- Moreno, I. (2005). Características de la intervención terapéutica en la infancia. En Comeche, M^a. I. y Vallejo-Pareja, M. A. Manual de terapia de conducta en la infancia. (pp. 25-68) Madrid: Dykinson.
- Motrico, E.; Fuentes, M.; Bersabé, R. (2001). Discrepancias en la percepción de los conflictos entre padres e hijos/as a lo largo de la adolescencia. Anales de Psicología, 17 (1), 1-13.
- Olaya, B., Tarragona, Ma., De la Osa, N., Ezpeleta, L. (2008). Protocolo de evaluación de niños y adolescentes víctimas de la violencia doméstica. Papeles del Psicólogo. 29 (01). 123 - 135

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005). Estudio pionero sobre la violencia doméstica. Londres.
- Ortega, M. (2015). Factores de riesgo y protección de la depresión infantil: una revisión bibliográfica. Departamento de Psicología, España.
- Palomo, M. (1999). El niño hospitalizado. Características, evaluación y tratamiento. Ed. Pirámide.
- Papalia, D. (2005). Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. Ed. Mcgraw-Hill, España.
- Papalia, D., Fedelman, R. y Olds, S. (2009). Psicología del desarrollo. Ed. Mcgraw-Hill, España.
- Parada, J. (2010). La educación familiar en la familia del pasado, presente y futuro. Universidad de Murcia, Vol. 28 n° 1, pp. 17-40.
- Patró, R., Limiñana, R. (2005). Víctimas de violencia familiar: consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. Anales de Psicología 21 (1). Pp. 11-17. España.
- Pérez, J., 2005. Repensar la Familia. Ed. Internacionales Universitarias. Madrid, España.
- Pérez, J, León, Romo, Rodríguez & Blanco. (1991). Breve exposición sobre las diferentes manifestaciones ansiosas descritas en la infancia. Universidad de Sevilla. 7 (1)
- Pino, J. (2012). Los conflictos y la dinámica interna familiar. Revista Memorias, 10 (18), 159–170.
- Pinto, E. (2004). Prólogo. En Fundación Internacional O'Belén, Trastornos del comportamiento en niños y adolescentes. Madrid: Editorial Mapfre.
- Quintero, L., Leiva, M. (2015). Desarrollo emocional y afectivo en la primera infancia. CCAV NEIVA: Tesis de Maestría. Universidad Nacional Abierta y a Distancia.
- Ramos, L., López I., 2010. Guía clínica para la atención de personas con problemas potenciales psíquicos o psicosociales (violencia). Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. México.
- Ramos, Luciana., López, Ingrid B. (2010) Guía clínica para la atención de personas con problemas potenciales psíquicos o psicosociales. (Violencia). Instituto nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. México.

- Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española (22.aed.). Madrid, España: Autor. Recuperado en: <http://www.rae.es/rae.html>
- Reyes, A. Trastornos de ansiedad guía práctica para diagnóstico y tratamiento. Recuperado en: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
- Richaud, M., Mestre, M., Lemos, V., y Tur. (2013). La Influencia De La Cultura En Los Estilos Parentales En Contexto De Vulnerabilidad Social. Conicet
- Richter, J.E. (2004). Stress and psychological and environmental factors in functional dyspepsia. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 182.
- Robledo, P., Nicasio, J. (2008). El contexto familiar y su papel en el desarrollo socio-emocional de los niños: revisión de estudios empíricos. *Psicología y relaciones interpersonales*. UL
- Rodríguez, A. (2007). Principales modelos de socialización familiar. *Foro de educación*, 91-97.
- Rodríguez, J. (2014). *Psicopatología infantil básica*. Ed. Pirámide
- Rodríguez, M. (2010). Factores personales y familiares asociados a los problemas de comportamiento en niños *Personal*. 27(4), 437-447, *Estudios de Psicología I*, Campinas
- Rodríguez, M. y Martínez, N., (2001). Trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico en niños y adolescentes. En Caballo, V. & M.A. Simon, (Eds.) *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente: trastornos generales*. Madrid: Pirámide.
- Rose, M., María-Mengel, S., Martins, M., 2007. Factores de riesgo para problemas de desarrollo infantil. *Revista Latino Americana*. No. 15.
- Rose, M., Mengel, M. y Martins, M. (2007). Factores de riesgo para problemas de desarrollo infantil. Sao Paulo, Brasil. *Revista Latinoamericana*. Vol. 15
- Ross, A. (1989) *Terapia de la conducta infantil*, México, Ed. Limusa .
- Roth, D., Heinberg, D., (2006). Cognitive Vulnerability to Social Anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25,7,
- Sampieri, R., Fernández, C., Baptista P.(1997) *Metodología de la investigación*. Cuarta edición. Ed. McGraw-Hill
- Sánchez, M., 2004. *Familia, género y antropología*. Instituto colombiano de antropología e historia. Ed. Tabula Rasa

- Sarason, I. (1996), *Psicología Anormal. El problema de la conducta inadaptada*. Prentice Hall, México
- Serafín, L. (2003). *La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio*. Papeles del Psicólogo.
- Serra, B. (2008). *Alcoholismo factor desencadenante de la violencia intrafamiliar en el poblado de Oxiacaque, Nacajuca, Tabasco*.
- Serra, B., 2008. *Alcoholismo: factor desencadenante de la violencia intrafamiliar en el poblado de Oxiacaque, Nacajuca, Tabasco*. UTabasco.
- Siller, V. (2013). *Estudio sobre violencia doméstica en el DF: Resultados preliminares*. *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 230-255.
- Solloa, L. (2006). *Los trastornos psicológicos en el niño: etiología, características, diagnóstico y tratamiento*. 2ª ed. México. Trillas
- Soriano, J., Monsalve, V., Saontolaya, F., et al. *Guía práctica de psicología de la salud en el ámbito hospitalario*. Hospital general universitario. Valencia, España.
- Taborga E y García V. (2014). *Manejo y diagnóstico terapéutico de la enuresis infantil*. SEPEAP. 2014: 3- 24
- Torres, V., Ortega, S., Garrido A. y Reyes, A. (2008). *Dinámica familiar en familias con hijos e hijas*. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, vol. 10, núm. 2, pp. 31-56 Universidad Intercontinental Distrito Federal, México
- Urdiales, L., Uyaguari, S. (2017). *Factores de riesgo que influyen en la violencia intrafamiliar en la parroquia Jadán del Cantón Gualaceo*. Universidad de cuenca. Tesis
- Vargas, I. (2005). *Familia y Ciclo Vital Familiar*. Recuperado en: www.actiweb.es/yaxchel/archivo1.pdf
- Vargas, I. (2008). *Familia y Ciclo Vital Familiar*. Resumen
- Vásquez, G.; Sánchez, T.; Navarro, L.; Romero, E.; Pérez, C.; Kumazawa, I. (2003). *Instrumento de medición de la dinámica de la familia nuclear mexicana: un enfoque cuantitativo*. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 60 (1), 33-52.
- Vásquez, J., Feria, M., Palacios, L. y De La Peña, F. (2010). *Guía Clínica para el trastorno Negativista Desafiante*. INPRF. Recuperado en: http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/trastorno_negativista.pdf
- Valdés, A. (2007). *Familia y desarrollo humano*. México: Manual moderno

Villarroel, G. (1990). Modos de socialización familiar y sus efectos en el niño. Estudios pedagógicos, N° 16. Universidad Austral. Chile.

ANEXOS

ANEXO 1.

Relación del Niño y la Familia.

Datos sociodemográficos

Nombre del niño(a) _____ Edad _____ Sexo F M
 Registro Hospitalario _____ Nombre de M/P/T _____
 Edad M/P/T _____ Escolaridad de M/P/T _____
 Estado Civil _____ Total de Hijos _____
 Viven Juntos: Si No Delegación o Municipio _____

Las siguientes frases se refieren a conductas que realizan algunos niños parecidos a su hijo/hija. Después de leer cada frase marque con una X en "NO" si su hijo(a) no ha presentado esa conducta o en "SI" si su hijo(a) si ha presentado esa conducta y si la presentó hace más de 12 meses o menos de 12 meses.

No hay respuestas correctas o incorrectas.

	NO	SI	- 12 Meses	+ 12 Meses
1.- ¿Su lenguaje es anormal (retardado, incomprensible, tartamudo)?				
2.- ¿Tiene problemas para dormir?				
3.- ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?				
4.- ¿Se fuga de la casa?				
5.- ¿Roba dinero o cosas de la casa o fuera del hogar?				
6.- ¿Es muy nervioso(a) o miedoso(a) sin haber una buena razón?				
7.- ¿Es lento(a) para aprender en comparación con otros niños / jóvenes?				
8.- ¿Se aísla y casi nunca juega con otros(as) niños(as)?				
9.- ¿Se orina en la cama en la noche?				
10.- ¿Es demasiado dependiente o apegado a los adultos?				
11.- ¿Le da miedo ir a la escuela?				

12.- ¿No se puede estar quieto(a) en su asiento y siempre se está moviendo?				
13.- ¿No termina lo que empieza, es muy distraído(a)?				
14.- ¿Muchas veces esta de mal humor; es irritable y genioso(a)?				
15.- ¿Muchas veces se le ve triste, infeliz o deprimido(a)?				
16.- ¿Se queja de dolores o molestias físicas sin que haya un problema médico?				
17.- ¿Tiene pesadillas con frecuencia?				
18.- ¿Tiene bajo peso porque rechaza la comida?				
19.- ¿Come demasiado y tiene sobrepeso?				
20.- ¿Es muy desobediente y peleonero(a)?				
21.- ¿Dice muchas mentiras?				
22.- ¿Se niega a trabajar en la escuela?				
23.- ¿Es muy explosivo(a), pierde el control con facilidad?				
24.- ¿Ha padecido de ataques (convulsiones) o caídas al piso sin razón?				
25.- ¿Se queda mirando al vacío, se queda en Babia?				
26.- ¿Se junta con niños o muchachos(as) que se meten en problemas?				
27.- ¿Toma alcohol o usa drogas?				

ANEXO 2.

Ahora, las frases siguientes se refieren a su familia. Después de leer cada frase marque con una **X** lo que cree que corresponde a su familia.

Debe decidirse por Verdadero o Falso pensando lo que sucede la mayoría de las veces. No hay respuestas correctas o incorrectas. Gracias por su participación.

	Verdadero	Falso
1.- ¿En su familia realmente se ayudan unos a otros?	V	F
2.- ¿Acostumbran a hablarse de lo que sienten?	V	F
3.- ¿Se pelean mucho entre ustedes?	V	F
4.- ¿Se dan órdenes entre ustedes?	V	F
5.- ¿Pasan muchos momentos juntos en casa?	V	F
6.- ¿Pueden entre ustedes hablar libremente de lo que pasa en su familia?	V	F
7.- ¿Se enojan entre ustedes frecuentemente?	V	F
8.- ¿En su familia hay mucha disciplina?	V	F
9.- ¿Se esfuerzan mucho en los quehaceres de la casa?	V	F
10.- ¿Cuándo alguien se enoja en su casa, generalmente otro se molesta?	V	F
11.- ¿Algunas veces llegan a estar tan enojados que se arrojan cosas entre ustedes?	V	F
12.- ¿Una persona en su familia es la que toma la mayor parte de sus decisiones?	V	F

13.- ¿Se sienten muy unidos en su familia?	V	F
14.- ¿Se cuentan sus problemas personales unos a otros?	V	F
15.- ¿Cuándo tienen problemas explotan con facilidad?	V	F
16.- ¿Las cosas en casa se hacen como se debe?	V	F
17.- ¿Son ustedes acomedidos en las cosas que necesitan en casa?	V	F
18.- ¿Si sienten ganas de hacer algo de repente, lo hacen?	V	F
20.- ¿Seguido se critican unos a otros?	V	F
21.- ¿En su familia, se preocupan mucho por hacer solamente lo que está permitido?	V	F
22.- ¿Realmente se apoyan unos a otros?	V	F
23.- ¿Cuándo alguien se queja en su familia, otro miembro se queja?	V	F
24.- ¿Se ha golpeado entre ustedes en alguna ocasión?	V	F
25.- ¿En su casa hay pocas oportunidades de opinar sobre las decisiones familiares?	V	F
26.- ¿Hay mucha unión en su familia?	V	F
27.- ¿Los asuntos de dinero y deudas se hablan delante de todos los miembros de la familia?	V	F
28.- ¿Si hay desacuerdos entre ustedes, terminan discutiendo y peleándose?	V	F
29.- ¿Es difícil que puedan hacer cualquier cosa que quieran?	V	F
30.- ¿Verdaderamente se llevan bien entre ustedes?	V	F
31.- ¿Pueden decirse cualquier cosa entre ustedes?	V	F
32.- ¿Tratan ustedes de sobresalir sobre las demás personas de su casa?	V	F
33.- ¿La disciplina en su casa es muy estricta?	V	F

34.- ¿En su familia a cada miembro se le dedica tiempo y de dedicación?	V	F
35.- ¿En su familia discuten mucho?	V	F
36.- ¿Creen ustedes que gritando consiguen lo que quieren?	V	F
37.- ¿En su familia se respetan las cosas que no están permitidas?	V	F