



UNIVERSIDAD DON VASCO, A. C.

INCORPORACIÓN NO. 8727-25 A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

*TRASTORNOS DEL SUEÑO SECUNDARIOS A LA VIOLENCIA FÍSICA,
PSICOLÓGICA Y SEXUAL INFANTIL*

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Yusimi Paulette Urbina Caravez

Asesor: Lic. Marcos Antonio Hernández Salgado

Uruapan, Michoacán, a 16 de octubre de 2011.



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.

ÍNDICE

Introducción

Antecedentes	1
Planteamiento del problema	5
Objetivos	6
Hipótesis	7
Justificación	8
Marco de referencia	11

Capítulo 1. Trastornos del sueño.

1.1 Concepto de sueño	14
1.2 Funciones del sueño	15
1.3 Sueño/Vigilia	16
1.4 Técnicas de medición del sueño	17
1.5 Fases del sueño	18
1.6 Desarrollo ontogénico del sueño	20
1.7 Trastornos del sueño	25
1.7.1 Causas de los trastornos de sueño	26
1.7.2 Clasificación de los trastornos del sueño	28
1.7.2.1. Trastornos primarios del sueño	29
1.7.2.2. Trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental.	37
1.7.2.3. El Trastorno del sueño debido a una enfermedad médica	38
1.7.2.4. Trastorno del sueño inducido por sustancias	39

1.7.3 Diagnóstico	42
1.7.4 Tratamiento de los trastornos del sueño	45

Capítulo 2. Violencia.

2.1 Antecedentes históricos	49
2.2 Definición de violencia	51
2.3 Causas	52
2.4 Interacción violenta	53
2.4.1 Cuándo y por qué sucede la violencia	56
2.5 Violencia familiar y sus características	58
2.5.1 Violencia encubierta y sus manifestaciones	59
2.5.2 Ciclo de la violencia	60
2.5.3 Tipos de violencia familiar	62
2.5.4 Maltrato infantil	66
2.5.4.1 Tipos de maltrato infantil	67
2.5.4.2 Niveles de maltrato infantil	73
2.5.4.3 Clasificación de tipos de familia	73
2.6 Derechos humanos, sociedad civil y niñez	74
2.7 Contexto de intervención	75
2.8 Tratamiento	76

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1 Descripción metodológica	79
3.1.1 Enfoque cuantitativo.	79

3.1.2 Investigación no experimental	80
3.1.3 Estudio transversal	80
3.1.4 Alcance correlacional	81
3.1.5 Técnicas de recolección de datos	82
3.2 Descripción de la población y muestra	84
3.3 Descripción del proceso de investigación	86
3.4 Análisis e interpretación de resultados	89
3.4.1 Trastornos del sueño en los estudiantes de la Escuela Primaria Enrique Aguilar	89
3.4.2 Violencia infantil en los alumnos de la Escuela Primaria Enrique Aguilar.	93
3.4.3 Correlación entre violencia infantil y trastornos del sueño en los alumnos de la Escuela Primaria Enrique Aguilar.	97
Conclusiones.	101
Bibliografía	104
Hemerografía	107
Fuentes de internet	108
Anexos	

RESUMEN

Al abordar la violencia infantil, el daño que produce la situación de abuso es enorme, se asocian diversas problemáticas que imposibilitan el desarrollo normal del niño. Por lo cual, en la presente investigación se tiene como objetivo general determinar la relación que existe entre la violencia física, psicológica y sexual con los trastornos del sueño, en los alumnos del turno vespertino de la Escuela Primaria Enrique Aguilar, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Se diseñó un estudio de enfoque cuantitativo estableciendo hipótesis que pone a prueba para corroborar si éstas son congruentes o no y con registros transversales. La muestra es no probabilística y está conformada por alumnos de los salones multigrado 3°- 4°, y 5°- 6° del turno vespertino de la Escuela Primaria Enrique Aguilar de la ciudad de Uruapan, Michoacán. Con edades comprendidas entre los 8 y 14 años de edad.

Con base a los resultados estadísticos, es posible afirmar que los tipos de violencia presente y con más persistencia son la física y psicológica. Con respecto a la violencia sexual se encontraron resultados bajos, sin embargo, se manifestaron casos específicos denunciados verbalmente.

A su vez confirmar que existe correlación significativa entre la violencia física, psicológica y sexual con algunas de las manifestaciones de los trastornos del sueño. Particularmente se obtuvo un nivel significativo de relación entre la violencia y alteraciones de inicio-mantenimiento del sueño, violencia y desordenes del aurosal, a su vez relación entre la violencia e hiperhidrosis. Por otro lado, no se encontró correlación significativa entre la violencia y los problemas respiratorios, alteraciones de transición sueño/vigilia y excesiva somnolencia,

INTRODUCCIÓN

En el presente documento se examinan, como objeto de investigación, los trastornos del sueño secundarios a la violencia física, psicológica y sexual infantil. En este sentido y previo a un análisis teórico y metodológico formal, se brindan los elementos contextuales necesarios para un primer acercamiento a la realidad de estudio.

Antecedentes.

Desde tiempo atrás, tanto niños como adolescentes han sido víctimas de violencia física, psicológica y sexual. El daño que produce la situación de abuso es enorme en cualquier plano, lo cual trastorna todo su ser, de modo que provoca daños físicos, emocionales, psicológicos y conductuales muy difíciles de tratar.

El maltrato infantil es un fenómeno que surge con el hombre, por lo que es tan antiguo como la humanidad. También es un problema universal, a cuyo respecto Santana y cols. (1988: 2), refieren a Manterola, quien afirma que “el maltrato a los niños no es un mal de la opulencia ni de la carencia, sino una enfermedad de la sociedad”.

Castañeda y cols. (2003) refieren a Galdós al expresar que el abuso sexual es toda acción sexual que una persona adulta, hombre o mujer, impone sea con

engaños, chantajes o fuerza, al niño que no tiene la madurez para saber de lo que se trata; agrega que el abuso incestuoso es cualquier interacción sexual entre un niño o niña y un adulto con el que se tiene una relación familiar.

Señalan Castañeda y cols. (2003) que en un estudio descriptivo con base en 30 casos de niñas y adolescentes con historia de abuso sexual, atendidas en el Servicio de Psicología- Ginecología del Instituto Especializado de la Salud del Niño, en Colombia, en el periodo de enero a octubre del 2003, se encontró que 33.2 % de las niñas que son llevadas por sus familiares en busca de ayuda psicológica, cuentan con edades comprendidas entre los 3 y 8 años de edad, y el 19.9 % son adolescentes de 14 a 17 años de edad.

El 53.7 % tiene en su historia un suceso de abuso sexual, cometido por una persona del sexo masculino que pertenece a su familia (tío, primo, hermano, abuelo, padre, padrastro); son de mayor frecuencia los cometidos por el primo y el tío en un 16.7 %. El 23.4 % de los casos tiene en su historia personal un suceso de abuso sexual por parte de personas cercanas al entorno familiar, es decir, amigos o vecinos. Un 10 % de niñas cuenta en su historia, un suceso cometido por personas pertenecientes al entorno escolar, el 6.7% (2 niñas) por parte de una persona de sexo masculino y un 3.3 % (1 niña) por parte de una persona de sexo femenino (auxiliar de nido).

De acuerdo con Osofsky (1999), la exposición a la violencia doméstica en preescolares se asocia a la irritabilidad excesiva, regresión en el lenguaje y control de esfínteres, problemas de sueño (insomnio y sonambulismo), ansiedad de separación; en los niños de edad escolar se detectan síntomas de ansiedad, depresión, conducta agresiva y estrés postraumático, así como problemas asociados para dormir, concentrarse y para afrontar las peculiaridades de su entorno.

Respecto a otra investigación de tipo comparativo entre pacientes con síndrome del niño maltratado, el total de muestra estudiada fue de 30 pacientes de 8 a 132 meses de edad (10 varones y 20 mujeres), de los cuales 15 (5 niños y 10 niñas), contaban con diagnóstico de síndrome del niño maltratado establecido bajo los indicadores de la Clínica de Atención Integral del Instituto de Pediatría. Los niños en estudio fueron pareados con 15 niños sanos (controles) de la misma edad. (Collado y cols.; 2005).

Las variables de interés para el estudio fueron la actividad nocturna, el periodo de latencia para el inicio, el tiempo total de sueño, el número de ocasiones en que el paciente despertó, la duración y frecuencia de las fases de movimientos oculares rápidos y sin ellos, así como la eficacia del sueño.

La duración promedio del estudio polisomnográfico nocturno fue de 12 horas, con habituación a los electrodos durante dos noches previas al estudio, aplicación de

registro de electroencefalograma, registro ventilatorio (nasal, oral y torácico), y de electrocardiografía para registro del pulso y determinar la posición corporal.

Los resultados arrojados muestran que el porcentaje de los periodos de vigilia en los niños maltratados es mayor y la eficiencia del sueño es menor en relación al grupo control, con diferencia estadística significativa de $p= 0.05$. Al comparar el tiempo total de sueño en ambos grupos, se encontró que en el caso de los que padecían maltrato, fue significativamente menor comparado con los del grupo de control con diferencia de $p=0.05$.

Respecto al número de ocasiones de los despertares, se halló que los portadores del síndrome del niño maltratado, los tuvieron en mayor cantidad en comparación con los del grupo control con una diferencia significativa de $p=0.05$. El análisis de los registros demuestra además, acortamiento en la latencia para el inicio del sueño y disminución de la proporción de sueño de ondas lentas y acortamiento en el tiempo de duración con movimientos oculares rápidos. De esta manera, el síndrome del niño maltratado constituye una experiencia traumática fuerte, de modo que genera periodos de estrés prolongados manifiestos en alteraciones de sueño nocturno.

Planteamiento del problema.

Actualmente las personas se encuentran inmersas en un ambiente lleno de violencia, situación de la que desafortunadamente los niños no se escapan, lo cual llega a ser un problema que se incrementa día a día de forma alarmante. Por esta razón, es necesario difundir el conocimiento sobre este problema, con la finalidad de prevenirlo, identificarlo e iniciar su abordaje en área terapéutica.

Los efectos de la exposición a la violencia imposibilitan el desarrollo normal a lo largo de la infancia, según Collado y cols. (2005), se asocia con una gran gama de trastornos emocionales y de alteraciones con fin psiquiátrico, incluyendo por ejemplo, el estrés postraumático.

En la presente investigación se hace un análisis de cada una de las repercusiones de la violencia en el ámbito físico, psicológico y sexual, con énfasis en la correlación existente con problemas del sueño, explicando cada uno de los trastornos del sueño y las consecuencias en el desarrollo cognitivo, afectivo y comportamental del niño. Se estudia para ello a los alumnos de la Escuela Primaria Enrique Aguilar, de la ciudad de Uruapan, Michoacán, con edades comprendidas entre los 8 y 14 años.

Objetivos.

El presente estudio estuvo encaminado al logro de las directrices que enseguida se exponen.

Objetivo general.

Determinar la relación que existe entre la violencia física, psicológica y sexual con los trastornos del sueño, en los alumnos del turno vespertino de la Escuela Primaria Enrique Aguilar, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Objetivos particulares.

1. Definir el concepto de violencia.
2. Identificar las causas más comunes de la violencia.
3. Caracterizar las manifestaciones de la violencia.
4. Identificar la existencia de violencia en los niños de la Escuela Primaria Enrique Aguilar.
5. Especificar el tipo de violencia que presentan los niños con mayor frecuencia ya sea, física, psicológica o sexual.
6. Enunciar el concepto de trastornos del sueño.
7. Examinar la fisiología del sueño.
8. Analizar el escenario de los trastornos del sueño.

9. Medir trastornos de sueño en niños víctimas de violencia.
10. Especificar el tipo de trastornos del sueño que presentan dichos niños, con mayor frecuencia.
11. Detectar, de acuerdo con el tipo de violencia que sufre el menor, los trastornos del sueño que se presentan con más frecuencia.

Hipótesis.

Una vez que se realizó de modo inicial la revisión de la literatura correspondiente al problema de estudio, se plantearon dos explicaciones tentativas al respecto.

Hipótesis de trabajo.

Existe correlación estadísticamente significativa entre la violencia física, psicológica y sexual con los trastornos del sueño, en los alumnos del turno vespertino de la Escuela Primaria Enrique Aguilar, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Hipótesis nula.

No existe correlación estadísticamente significativa entre la violencia física, psicológica y sexual con los trastornos del sueño, en los alumnos del turno

vespertino de la Escuela Primaria Enrique Aguilar, de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Justificación.

La violencia se ha convertido en un conflicto que actualmente diversas disciplinas abordan, cabe señalar que no se presenta de forma aislada sino que involucra una gran variedad de factores biopsicosociales. Cada situación de abuso es particular, si se toma en cuenta que el niño se encuentra inserto en un medio ambiente que no le provee las condiciones adecuadas. La finalidad del estudio de investigación de dicha problemática es difundir información precisa para que profesionales involucrados en la materia, especialistas, padres de familia y personas alrededor de los infantes, puedan apoyar al optimizar la calidad de vida del niño víctima de violencia con una atención integral, para posteriormente proceder a encontrar las mejores alternativas de intervención que se requieran, protegiendo así a quienes son más vulnerables.

El beneficio para la sociedad en general, es el de conocer e identificar las características esenciales de un niño violentado, al tener mayor conocimiento acerca del problema y así se puedan proporcionar formas de apoyo a un familiar o ser querido víctima de violencia.

En cuanto a los alumnos de la Escuela Enrique Aguilar, se propiciará el desarrollo en sí mismos los conocimientos y habilidades, tanto para valorar las acciones de las personas, como rechazar a los individuos con que se sientan incómodos, crear la capacidad de comunicar a personas confiables y cuidarse a sí mismos.

En favor de la Escuela Primaria Enrique Aguilar, se podrá brindar al cuerpo directivo los conocimientos suficientes para la detección de este tipo de problemáticas, posteriormente de la implementación de programas preventivos, de intervención y canalización de este tipo de casos, que puedan ofrecer a los padres y alumnos para potencializar la calidad educativa y bienestar de sus alumnos.

En cuanto a los diversos profesionales que tengan incumbencia en la problemática como psiquiatras, pedagogos, trabajadores sociales o abogados, la adquisición de conocimientos como ventaja para tomar en cuenta diversas consideraciones o datos relevantes en el trabajo con casos de esta índole para la obtención de mejores resultados. Por lo tanto, los distintos profesionales podrán aportar nueva información en el trabajo colaborativo para ofrecer mejores estrategias, métodos, programas de prevención e intervención en el bien común de los niños y la sociedad.

A favor de la Universidad Don Vasco A. C., se contribuirá con material de estudio que sirva como antecedente bibliográfico para próximas investigaciones;

aunado a ello, se favorecerá a la Escuela de Psicología de modo que sus estudiantes cuenten con este tipo de referencias y puedan recurrir a ellas.

Marco de referencia.

La investigación de campo se llevó a cabo en la Escuela Primaria Enrique Aguilar de la ciudad de Uruapan Michoacán, ubicada en la calle Juan Escutia No. 1, en la Colonia Niños Héroes.

Respecto a la edificación de la escuela hay una placa que dice: “El gobierno de la Republica entrega está escuela al pueblo de México (1973). Durante el gobierno del Presidente de la Republica Lic. Gustavo Díaz Ordaz y el Gobernador del Estado, el Lic. Carlos Galván Bentacourt”.

El fundador de la institución fue el Profesor Enrique Aguilar González. “Maestro incansable y luchador social”, nació el 12 de abril de 1903 en la población de Tacámbaro, al oriente del estado de Michoacán.

Entre sus principales obras destacan las que se relacionan con su papel como fundador del Instituto Electoral de Capacitación del Magisterio, cuyo objetivo era capacitar al magisterio michoacano para que ofreciera una mejor calidad educativa a la niñez de la entidad.

En su vida fue diputado al Congreso del Estado de Michoacán, durante el periodo ordinario de 1950-1953. Del igual forma logro ser diputado federal al

Congreso de la Unión en la XLIII legislatura. Finalmente muere en la ciudad de México, Distrito Federal el 11 de diciembre 1957, a la edad de 54 años.

La institución brinda un servicio educativo de turno matutino y vespertino, con un total de 414 alumnos entre un rango de edades de 6 a 15 años de edad, sin embargo la investigación se centra en el turno vespertino con un total de 92 alumnos registrados, además el nivel económico en general es bajo y la mayoría de los niños se caracteriza por carecer de alguno de sus padres o ambos.

La institución cuenta con cuatro edificios integrados por 12 salones, dos estancias pertenecientes a la dirección donde cada una corresponde respectivamente al turno en cuestión. Existe una sala de lectura, un salón de cómputo, una bodega, sanitarios divididos para hombres y mujeres, un sanitario privado para profesoras y uno para profesores. Cuenta con grandes espacios libres de jardín, un patio central y una cancha para deportes.

El cuerpo educativo se integra por el Director Julio Rodríguez del Moral y de cinco profesores. La institución funciona con aulas multigrado, actualmente los grados tercero y cuarto se trabajan en conjunto al igual que quinto y sexto, únicamente primer y segundo grado trabajan de manera independiente. El horario de ingreso en el turno vespertino corresponde a la entrada de las 14:00 horas y con una salida de las 18:00 horas. Esta escuela carece de intendentes y prefectos debido a

que no cumplen con más de 100 alumnos registrados, por lo cual el gobierno no les brinda este apoyo, ni se les proporciona material didáctico, deportivo o de limpieza.

CAPÍTULO 1

TRASTORNOS DEL SUEÑO

En el presente capítulo se abordan algunos aspectos importantes del sueño, para conocer su complejidad, mecanismos y procesos, así los principales factores predisponentes para el padecimiento de algunos de los trastornos del sueño.

El principal objetivo del presente texto es introducir ciertos aspectos básicos en el estudio del sueño en primer lugar para definirlo, luego identificar cuáles son sus características principales, como se clasifica, así como conocer la fisiología y el respectivo tratamiento para las alteraciones del sueño.

1.1 Conceptos de sueño.

“El sueño puede definirse como un estado regular, recurrente y fácilmente reversible del organismo que se caracteriza por un relativo reposo y por un gran aumento del umbral de respuesta a los estímulos externos con relación al estado de vigilia”. (Kaplan; 2004: 56).

A diferencia del autor anterior, Merani (1986), señala que el sueño es un comportamiento innato de naturaleza protectora, debido a condiciones fisiológicas y psicológicas particulares que responde a la necesidad de reposo, es decir, que el

sueño podría ser un mecanismo para proteger al organismo del peligro y permite conservar energía para su restauración.

Warren (1984), menciona que el sueño es un estado especial del organismo debido a estados fisiológicos no bien determinados que se caracterizan por la inmovilidad, la falta de reacción ante estímulos externos y la carencia de señales observables de conciencia, por lo que el sueño es un estado que conserva cierto grado de reactividad al medio, donde el individuo se encuentra en un estado de tranquilidad e inactividad a diferencia de la vigilia.

1.2 Funciones del sueño.

De acuerdo con Reite y cols. (2003), una de las principales funciones del sueño es que actúa como restaurador del organismo, algunos investigadores ha señalado que el sueño no MOR (sueño sin movimientos oculares rápidos) tiene este papel para el cuerpo y en cambio, el sueño MOR (sueño de movimientos oculares rápidos) sirve para restaurar la función del cerebro, a través de hormonas anabólicas, como prolactina, testosterona y la hormona luteinizante, que tienden a dar apoyo a la teoría de la función reparadora.

También se considera al sueño como un momento de conservación de energía o que tiene una función de adaptación para promover la supervivencia, de

alguna manera porque las funciones del organismo se desgastan durante el día y se necesita del sueño para su recuperación.

Rosenweig y Leiman (2003), señalan que la privación de sueño altera gravemente el funcionamiento humano, con pruebas que demuestran que existe un mayor trastorno del estado de ánimo, que de la función cognitiva o motriz, es decir, que tiene numerosas consecuencias emocionales que son inusuales y éstas pueden ser duraderas, sin embargo, los efectos conductuales de la privación varían con la personalidad y la edad.

1.3 Sueño/Vigilia.

“La mayoría de la gente está despierta durante el día y duerme por la noche. Ambos estados comportamentales llamados vigilia y sueño, son más complejos que de los que sugieren nuestras experiencias diarias” (Kolb y Whishaw; 2002: 445).

La conducta de vigilia abarca algunos periodos en que el individuo se encuentra descansado, otros en los cuales se está en reposo pero mentalmente activo y por último, espacios físicamente activos, sin embargo cada uno de estos estados se caracteriza por actividades neuronales distintas. De la misma forma, la conducta del sueño es igualmente variable, en cuanto que consta de periodos de reposo, siestas, largos episodios de sueño, que incluyen roncar, soñar, moverse e incluso caminar dormido y padecer trastornos del sueño.

1.4 Técnicas de medición del sueño.

Kaplan (2004), señala que los estudios de EEG (electroencefalograma) y polisomnográfico del sueño, han llegado ser el procedimiento más habitual para la medición de los movimientos de los ojos, el potencial muscular y en algunos casos el electrocardiograma y las mediciones de la respiración con la ventaja que proporciona un registro continuo, minuto a minuto del sueño de toda la noche.

Kolb y Whishaw (2002), describen que el polígrafo es un aparato que dibuja de manera gráfica muchos fenómenos biológicos, registrando la actividad eléctrica del encéfalo y el cuerpo; los electrodos de este aparatose colocan en algunos puntos del cráneo para obtener un EEG (actividad de ondas cerebrales), sobre los músculos para obtener un electromiograma (EMG), y sobre los ojos para obtener un electroculograma (EOG), como también el uso de termómetro para medir la temperatura corporal.

El EEG es la medida básica de los estados del sueño que registra trazados de diferentes partes del encéfalo, cuando una persona esta despierta, el registro consiste en ondas de pequeña amplitud y rápida frecuencia, llamados formalmente ritmo beta, cuando la persona se adormece la actividad de ondas cambia de dos modos:

- 1) Amplitud (altura).

2) Frecuencia (período), que se hace más lenta.

Un sujeto relajado y con los ojos cerrados presenta un trazado rítmico llamado ritmo alfa y cuando el sujeto duerme presentan ondas EEG más amplias, lo que se llama actividad de ondas lentas, ritmo delta.

1.5 Fases del sueño.

“El sueño se clasifica en dos clases principales, el sueño de ondas lentas y el sueño de movimientos oculares rápidos, o sueño MOR (en inglés, se emplean las siglas REM, de rapid eye movements). En humanos es posible subdividir el sueño de ondas lentas en cuatro fases distintas.” (Rosenzweig y Leiman; 2003: 560-561).

Las cuatro fases del sueño de ondas lentas son:

- Estadio 1 del sueño lento: durante este periodo se produce un enlentecimiento del latido cardíaco y una reducción de la tensión muscular, este periodo usualmente dura algunos minutos y da paso al estadio 2.
- Estadio 2 del sueño: se define por eventos del EEG, denominados husos, que se producen en salvas periódicas. Son salvas de ondas regulares de 14 – 18 Hz que progresivamente incrementan su amplitud y luego la disminuyen. Además, el EEG muestra complejos K asociados con husos. Son deflexiones negativas – positivas de gran amplitud que preceden algunos husos, y ahora

el sujeto está bastante aislado del entorno exterior, y bajo los párpados cerrados los ojos empiezan a moverse de forma lenta e incoordinada.

- Estadio 3 del sueño: se define por la aparición de husos mezclados con ondas lentas (alrededor de una por segundo) de amplitud considerable. Durante este periodo los músculos siguen estando relajados, mientras que la frecuencia cardíaca y respiratoria disminuyen.
- El estadio 4 del sueño, que aparece a continuación, se define por una continua sucesión de ondas lentas de elevada amplitud. Los estadios de 1 a 4 forman todos ellos parte del sueño de ondas lentas.

Tras una hora, una persona probablemente ha progresado a través de estos estadios en el primer periodo de sueño. El durmiente humano retorna entonces brevemente al estadio 2, las ondas cerebrales indican vigilia pero la musculatura está profundamente relajada e insensible, un nombre para este estadio es sueño paradójico. La frecuencia respiratoria y el pulso se hacen más rápidos e irregulares, los ojos muestran ahora movimientos rápidos bajo los párpados cerrados, por lo que este estadio se denomina también sueño MOR o sueño de movimientos oculares rápidos.

De acuerdo con Brown y Wallace (1991), cuando una persona entra en el estado alterado de la conciencia que se conoce como dormir, se observa que los trazos EEG tienen varias alteraciones, asimismo, va ir pasando por las cuatro etapas

mencionadas arriba, lo mismo que el patrón típico que se produce en vigilia, a medida que avanza, la persona va cayendo en un sueño más profundo.

“El sueño es cíclico, con cuatro o cinco periodos de salida de las fases 2, 3, y 4 a una fase similar a la 1ª fase. Cuando las personas son despertadas durante estos periodos de salida, las personas describen con frecuencia del 60 al 90% de las veces, que han estado soñando. Estos periodos se caracterizan no sólo por pautas EEG, sino por muchos otros factores distintivos, como la irregularidad del pulso, ritmo respiratorio y presión arterial, así como la presencia de erecciones del pene plenas o parciales y la flaccidez muscular generalizada interrumpida por movimientos esporádicos de los grupos musculares pequeños.” (Kaplan; 2004: 57).

1.6 Desarrollo ontogenético del sueño.

De acuerdo con Pin (1998), para comprender la evolución del sueño a lo largo de la infancia, es fundamental conocer características específicas del desarrollo infantil, y, entre ellas, el desarrollo del llamado “attachment” o acoplamiento.

Este doctor define el acoplamiento como el resultado en relación con el sistema de cuidado del niño, de forma tal que se desarrolla una dependencia con su madre o cuidador, y que se revela de forma dramática cuando el niño es separado de ella, consecuencia directa de un deseo biológico de proximidad y contacto con los adultos.

Corsi (1983) señala que en el recién nacido los cambios fisiológicos característicos tanto de la vigilia y las diferentes fases del sueño como son: el registro de EGG, la respiración, la frecuencia cardíaca, el tono muscular, así como los movimientos corporales y oculares, se encuentran en su mayoría en plena evolución y aún no se forman de manera determinante, es decir, en el recién nacido hay carencia de estabilidad; esta desorganización es debido a la inmadurez que posee, por lo cual es más difícil diferenciar el sueño y la vigilia como en el adulto.

“Durante este periodo temprano del desarrollo, el niño gasta una magnitud importante de energía (50-80 %) de su tiempo de sueño, en un estado que se parece mucho al sueño-D.” (Brown y Wallace; 1991: 428).

Los autores anteriores señalan al sueño-D como desincronizado o ensoñación, en otro término se refieren al sueño REM (de movimientos oculares rápidos).

La dificultad para identificar en el recién nacido las fases del sueño, se acentúa en el caso del prematuro. El modo de diferenciar los estados varía un poco con diversos autores. Corsi (1983), refiere a Parmelee (1975), quien señala dos métodos diferentes para identificar algunos estados del sueño en el prematuro: en el primero deben cumplirse cuatro criterios de seis que son: MOR, respiración, frecuencia cardíaca, movimientos corporales, EEG (Electroencefalograma) y EMG

(Electromiograma); y en el segundo tomando únicamente en cuenta los MOR, la respiración y los movimientos corporales.

Avdaloff (2000), menciona que durante los tres meses de vida, ocurren asombrosos cambios en las funciones fisiológicas, entre los 10 y 12 semanas de edad surge un periodo crítico de reorganización, la conducta de sueño infantil y los cambios fisiológicos se encaminan hacia una forma más madura; se enfatiza que durante los tres meses todavía los periodos más largos de vigilia están distribuidos al azar y no es hasta los 4-5 meses de edad cuando empiezan a ordenarse.

Señalan Rosenzweig y Leiman (2003), que para que se establezca un claro ciclo de sueño y despertar de manera general, es necesario esperar a las 16 semanas de edad; otra diferencia entre el sueño infantil del sueño adulto es el número de cambios de estadio y su duración media, ya que el sueño infantil se caracteriza por frecuentes cambios de estadio de duración media menor que la que se ve en los adultos.

El sueño MOR (movimientos oculares rápidos), se asienta alrededor de los cuatro meses de edad a través de un periodo de sueño de ondas lentas, igualmente, este tipo de sueño en los niños es muy activo, con sacudidas musculares, sonrisas, muecas y vocalizaciones; las conductas durante el sueño MOR, en especial las sonrisas, no presentan relación con ningún aspecto de la conducta de vigilia, se sugiere más bien que son generadas de manera interna.

De acuerdo con Avdaloff (2000), durante el primer año de vida las transformaciones son más graduales, el crecimiento y el desarrollo fortalecen el sueño en un largo periodo de 10 horas aproximadamente. Durante el segundo y tercer año el sueño diurno continúa con la aparición de siestas cortas, una durante la media mañana y otra por la tarde.

Durante la infancia media se observa que el tiempo total de sueño es cerca de dos y media horas más extenso que los adultos, en cambio en la adolescencia las 10 horas habituales en la infancia se reducen a 8 horas y media, además, otra diferencia consiste en que los adolescentes duermen menos cuando van a clases que cuando no asisten a ellas (522 minutos a 560 minutos respectivamente).

“Uno de los cambios más impresionantes durante el desarrollo de un sujeto, desde el nacimiento hasta la senectud, radica en los patrones del sueño; en los lactantes el tiempo total de sueño es de 16.3 horas por cada periodo de 24, sin embargo, los niños tienen amplias variaciones en dicho tiempo total”. (Brown y Wallace; 1991: 428).

A medida que las personas envejecen, pasan menos tiempo durmiendo y además tienden a limitar el sueño a las horas de la noche, asimismo, la proporción del sueño D va en declive. Hacia la senectud, las personas tienden a permanecer más tiempo vigiles y por lo general despiertan más veces en la noche que los

jóvenes, por lo tanto las personas ancianas pasan más tiempo en las etapas ligeras del sueño.

Brown y Wallace (1991), mencionan que es conocido popularmente que ocho horas de sueño es lo normal, pero se ha descubierto que hay una amplia variación en la cantidad de horas que duerme una persona, así como en los patrones del sueño. Asimismo, algunas culturas tienden a calificar al sueño como una actividad que es básicamente nocturna, mientras que en otros lugares puede ser vista una siesta como algo normal.

Estos mismos autores señalan que a través de una investigación, las estadísticas del sueño de una muestra de 89 universitarios revelan que el promedio de tiempo de sueño por 24 horas incluyendo siesta, es de ocho horas y cinco minutos, quienes duermen menos es de seis horas y cinco minutos y el periodo más largo es nueve horas y cincuenta y cinco minutos. En un 51% de las personas, el promedio normal es entre siete y ocho horas por la noche.

“Los momentos de sueño breve, van asociados a un funcionamiento relativamente feliz, sin esfuerzo y preprogramado y a un estilo de vida centrado en las ocupaciones y no en las preocupaciones; los momentos de sueño prolongado están asociados a preocupaciones, conflictos, cambios de vida y reprogramación. El sueño, y sobre todo el sueño D, puede desempeñar algún papel en la recuperación

del cerebro y el aparato mental tras un cambio de estrés de este tipo” (Kaplan; 2004: 64).

Este autor señala que el momento en que las personas afirman necesitar menos sueño de forma habitual podía resumirse cuando afirman que “todo va bien”, donde sus actividades suponen una participación intensa en tareas agradables y otras diversiones. El incremento de las necesidades del sueño radica en momentos de cambio de ocupación, aumento de la actividad mental, estado de ánimo deprimido o agitado y periodos de estrés, de igual manera, supone un aumento del sueño asociado al trabajo, ejercicio físico, al embarazo y a una enfermedad. Y otros datos adicionales se refieren a preocupación o inquietud.

1.7 Trastornos del sueño.

Según Kolb y Wihsham (2002), los trastornos de sueño son molestos y provocan disminución de rendimiento al día siguiente, algunas personas padecen trastornos de sueño casi cada noche que les hace estar crónicamente cansados y ser poco productivos. A algunos también les sobrevienen crisis de sueño no deseado durante el día.

“La paz y comodidad de un sueño diario y regular e ininterrumpido puede verse ocasionalmente alterado por incidencias como la incapacidad de dormirse, el sueño prolongado o despertares inusuales. Lo que es poco habitual para algunos

individuos puede, sin embargo, ser sueño corriente y satisfactorio para otros”. (Rosenzweig y Leiman; 2003: 602).

Corsi (1983), señala que las alteraciones del sueño constituyen un problema ampliamente extendido, a pesar de su magnitud, este problema ha permanecido durante mucho tiempo sin solución y hasta hace pocos años ha empezado a recibir atención.

Pin (1998), menciona que en la infancia “el trastorno se definirá como una alteración real, no una variación, de una función fisiológica que controla el sueño y opera durante el mismo. Así pues, el trastorno representa una función anormal mientras que el ‘problema’ puede representarla o no” (referido en www.uninet.edu).

El autor también señala que definir los trastornos del sueño en la infancia es difícil, porque a menudo existen problemas del sueño en lugar de verdaderos trastornos del sueño; frecuentemente el problema es para los padres y no para el niño, es decir, el problema es equivalente a insatisfacción y en cambio, un trastorno señala una función anormal.

1.7.1 Causas de los trastornos del sueño.

Al respecto, Durand y Barlow (2007) refieren a Monk y Moline, quienes indican que este tipo de trastornos se relaciona con problemas que conciernen al reloj

biológico y al control de la temperatura, es decir, que hay quienes no pueden dormir por la noche por tener un ritmo de temperatura tardío, las personas con insomnio parecen tener temperaturas corporales más elevadas que quienes duermen bien.

Otros factores que interfieren con el sueño se hallan el consumo de drogas, influencias ambientales, los cambios en la luz, ruido o la temperatura, así como la presencia de diversos estresores psicológicos que también pueden perturbar el sueño.

De acuerdo con Durand y Barlon (2007), el insomnio acompaña a muchos trastornos médicos y psicológicos que incluyen el dolor, malestar físico, inactividad física durante el día y problemas respiratorios.

En el caso de la narcolepsia, se señala que es probable que las causas sean genéticas, como también en el caso del hipersomnio primario; a la vez, la raíz de éste último se atribuye a un exceso de serotonina.

En el caso de los trastornos relacionados con la respiración las causas pueden incluir vías respiratorias estrechas u obstruidas, así como obesidad y envejecimiento. En cambio, en los trastornos del sueño del ritmo circadiano, las causas pueden ser tanto externas como internas, como el no sincronizarse con los ciclos de vigilia y sueño, desfase de horario (pasar por múltiples zonas horarias), cambio de turno de

trabajo y fases de sueño retardadas, (como irse a dormir más temprano de lo acostumbrado).

Reite y cols. (2003), señalan que las pesadillas son producto de angustia y temor; los adultos sanos, desde el punto de vista psicológico, tienen una o dos pesadillas por año, sin embargo se incrementan en situaciones de estrés a cualquier edad y conforme aumenta la edad de las personas, las pesadillas tienden a disminuir.

En el sonambulismo y terrores nocturnos se indica una naturaleza hereditaria, en el caso de los terrores nocturnos son la privación del sueño, horarios desorganizados de sueño - vigilia, trauma o pérdida emocional y dolores de cabeza crónicos. En cambio, en el sonambulismo las causas incluyen apnea obstructiva del sueño, fiebres, convulsiones, alcohol, estrés y reflujo gastroesofágico.

1.7.2 Clasificación de los trastornos del sueño.

Con base en López y Aliño (2008), los trastornos del sueño se encuentran divididos en cuatro grandes apartados, en cada uno de los siguientes rubros se especifican las distintas alteraciones del sueño de acuerdo con su sintomatología y origen, como también se señalan aspectos característicos que permiten diferenciar una alteración de otra con sus respectivos criterios diagnósticos.

1.7.2.1. Trastornos primarios del sueño.

Son aquellos que no tienen como etiología, ninguno de los siguientes trastornos: otra enfermedad mental, una enfermedad médica o el efecto de una sustancia. Estos trastornos del sueño aparecen como consecuencia de alteraciones endógenas en los mecanismos del ciclo sueño-vigilia, que se ven aumentadas por factores de condicionamiento.

Estos trastornos a su vez, se subdividen en disomnias (caracterizadas por trastornos de la cantidad, calidad y horario del sueño) y en parasomnias (caracterizadas por acontecimientos o conductas anormales asociadas al sueño, a sus fases específicas o a los momentos de transición sueño-vigilia). Enseguida se expone cada una de estas subclases, para lo cual se toma como base la tipología de López y Aliño (2008).

a) Disomnias.

Las disomnias son trastornos primarios del inicio o el mantenimiento del sueño, o bien, de somnolencia excesiva, que se caracterizan por un trastorno de la cantidad, la calidad y el horario del sueño. Esta categoría incluye el insomnio primario, la hipersomnia primaria, narcolepsia, el trastorno del sueño relacionado con la respiración, el trastorno del ritmo circadiano y la disomnias no especificada. Cada uno de ellos se detalla a continuación.

- Insomnio primario.

“La característica esencial del insomnio primario es la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o la sensación de no haber tenido un sueño reparador durante al menos un mes, que provoca malestar clínicamente significativo o un deterioro laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Esta alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno del sueño u otro trastorno mental y no es debida a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica”. (López y Aliño; 2008: 669).

Los autores referidos señalan que este trastorno se suele asociar con un aumento del nivel de alerta fisiológica y psicológica durante la noche. Junto a una predisposición negativa para dormir, la preocupación intensa y el malestar por la imposibilidad de dormir bien pueden generar un círculo vicioso: cuanto más intenta el individuo dormir, más frustrado y molesto se encuentra menos duerme.

Las quejas de insomnio son más prevalentes a medida que aumenta la edad y son más frecuentes en las mujeres, como también el aumento de la prevalencia de las quejas de insomnio con la edad se debe al aumento del porcentaje de alteraciones físicas en los ancianos. Estudios poblacionales muestran una prevalencia anual de quejas de insomnio del 30-45% en los adultos, la prevalencia del insomnio primario con un porcentaje de 1-10% de población adulta, en los

ancianos hasta un 25% y aproximadamente un 15-25% de los individuos con un insomnio crónico se les diagnostica insomnio primario.

- Hipersomnia primaria.

Se caracteriza principalmente por una somnolencia excesiva de al menos un mes, que evidencia episodios prolongados de sueño como episodios de sueño diurno que se producen prácticamente durante el día. Esta somnolencia debe ser de suficiente gravedad como para provocar un malestar significativo como deterioro social, laboral o en otras áreas importantes de actividad del individuo.

En la hipersomnia primaria el sueño tiende a ser continuo, pero no reparador y el individuo tiene dificultades a la hora de levantarse por la mañana, se presenta alrededor de entre los 15 y 30 años de edad, con una progresión gradual de sus síntomas que duran semanas o meses.

- Narcolepsia

Este trastorno se caracteriza por la aparición recurrente e irresistible de sueño reparador, cataplejía e intrusiones periódicas de elementos característicos de la fase REM en el periodo de transición entre el sueño y vigilia. La somnolencia del individuo se ve disminuida después del ataque de sueño y sólo reaparece horas después.

La cataplejía consiste en la pérdida del tono muscular de carácter brusco, dando lugar a una caída de la mandíbula, la cabeza o los hombros, al individuo pueden caérsele objetos que está trasportando, puede desplomarse en sus rodillas o caerse al suelo. La debilidad muscular puede durar sólo unos segundos hasta una duración de media hora, y la recuperación de la fuerza muscular es total e inmediata.

Los episodios de somnolencia de la narcolepsia suelen dar lugar a un sueño de carácter involuntario en situaciones inadecuadas. Los episodios de sueño pueden durar alrededor de 10 a 20 minutos, aunque pueden llegar a horas si no se ven interrumpidos.

Los individuos con narcolepsia presentan también imágenes que recuerdan mucho los sueños justo antes de quedarse dormidos (alucinaciones hipnagógicas) o justo después de despertarse (alucinaciones hipnopómpicas), la mayoría de este tipo de alucinaciones relacionadas con el sueño se presentan de manera visual e incorporan elementos del entorno real.

- Trastorno del sueño relacionado con la respiración.

Esencialmente, este trastorno consiste en una desestructuración del sueño que da lugar a somnolencia excesiva o, menos frecuente, a insomnio, y se considera secundaria a alteraciones de la ventilación durante el sueño (por ejemplo, apnea del sueño o hipoventilación alveolar central).

Las alteraciones respiratorias presentes en este trastorno son las apneas de sueño, que son episodios de interrupción de la respiración, caracterizadas por la aparición de ronquidos intensos, inspiraciones bruscas, gemidos o murmullos, en cambio, las hipoapneas consisten en la respiración anormalmente lenta y superficial, presentes con mayor frecuencia en personas mayores de edad como resultado de enfermedades cardíacas o neurológicas que afectan la regulación de la respiración, así como la hipoventilación, que son los niveles sanguíneos anormales de oxígeno y dióxido de carbono.

- Trastorno del ritmo circadiano (antes trastorno del ritmo sueño-vigilia).

Se refiere a la presencia persistente y periódica de un patrón de sueño desestructurado que obedece a una alteración de la función del sistema de horario circadiano o a la mala sincronización del sistema circadiano endógeno de sueño-vigilia por una parte, y las exigencias exógenas de espaciamiento y duración del sueño

Este trastorno presenta subtipos como el tipo de sueño retrasado, que responde a un ciclo sueño-vigilia endógeno tardío en relación con las demandas sociales, debido a la temperatura corporal o los niveles de melatonina, de igual manera, existe una dificultad para levantarse a las horas socialmente aceptadas. Sucede también cuando los individuos aquejan una desincronización entre el horario de sueño que desean y el que les es impuesto por la zona donde se encuentran; por

otro lado, la alteración puede ser generada en individuos sometidos a frecuentes rotaciones en el turno de trabajo que los imposibilita a una adaptación. Y el sueño avanzado, opuesto al tipo de sueño retrasado que consiste en aquellos individuos que tienen dificultades para mantenerse despiertos en las últimas horas de la tarde y presentan despertares espontáneos en la madrugada.

- Disomnias no específicas.

Esta categoría se reserva para los cuadros clínicos de insomnio, hipersomnias o alteraciones del ritmo circadiano que no reúnen los criterios para una disomnias específica.

b) Parasomnias.

Las parasomnias son trastornos caracterizados por comportamientos o fenómenos fisiológicos anormales que coinciden durante el sueño, con algunas de sus fases específicas o con las transiciones sueño-vigilia. Estos trastornos conllevan la activación del sistema nervioso vegetativo, del sistema motor, así como de los procesos cognitivos durante el sueño o las transiciones sueño-vigilia. Enseguida se exponen con detalle dichos trastornos, con fundamento en López y Aliño (2008).

- Pesadillas.

Una característica esencial de este trastorno consiste de la aparición repetida de sueños terroríficos que despiertan al individuo, provocando una intensa ansiedad y terror. El contenido de estos sueños pueden ir de peligros físicos amenazadores para el individuo como persecuciones, ataques o heridas; en otros casos el peligro percibido puede ser más útil, es decir, fracasos personales y situaciones embarazosas, como también aparecer después de experiencias traumáticas.

Un fenómeno que se puede presentar durante las pesadillas es la aparición de palabras, gritos o sacudidas que tienen una duración breve que anuncia el final de la pesadilla y puede llevar consigo una activación vegetativa leve (por ejemplo, sudoración, taquicardia o taquipnea).

Las pesadillas tienen lugar por primera vez entre los 3 a los 6 años de edad, cuando su frecuencia es elevada constituye un motivo de preocupación y malestar tanto para el niño como para los padres, si bien suelen superarse con la edad, aunque en menor proporción persiste la aparición de estos sueños en la edad adulta.

- Terrores nocturnos

Este trastorno se describe por la aparición repetida de pavores nocturnos, es decir, despertares bruscos que suelen estar precedidos por gritos y llantos de

angustia. Estos episodios se acompañan de activación vegetativa y manifestaciones de comportamiento de miedo intenso, donde dichos episodios provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral y de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

La persona no suele responder ante los esfuerzos de los demás por despertarlo o calmarlo, y si consigue despertarse, no recuerda nada del contenido del terror, o bien, sólo imágenes fragmentadas y aisladas

- Sonambulismo.

En el sonambulismo existen episodios repetidos de comportamientos motores complejos que se inician durante el sueño y que implican que el individuo se levante de la cama y comience a caminar; si logra despertarse durante el episodio, no le es posible recordarlo con claridad, aunque puede estar confuso en un primer momento.

Es común que el individuo se levante de la cama, se pase por las habitaciones, suba, baje escaleras e incluso salga del edificio, como también tiende a comer, realizar intentos desesperados por huir de algún peligro aparente, puede hablar e incluso responder preguntas, pero es raro que establezca un diálogo de verdad; por todo ello, tiende a evitar situaciones que puedan evidenciar su comportamiento.

Este trastorno se puede manifestar con base en estímulos de origen interno como vejiga urinaria distendida o de origen externo, como los ruidos y situaciones estresantes de índole psicosocial, consumo de alcohol o sustancias con propiedades sedantes, que aumenten las probabilidades de presentarse. Suelen darse estos episodios en edades comprendidas entre los 4 y los 8 años de edad, incluso hasta los 12, remitirse de modo espontáneo durante la adolescencia, precisamente a los 15 años de edad y con menos frecuencia reaparecen al principio de la edad adulta.

- Parasomnia no especificada.

Esta categoría se reserva a alteraciones caracterizadas por comportamientos o reacciones fisiológicas de carácter anormal que aparecen durante el sueño o en la transición sueño-vigilia, que no reúnen los criterios diagnósticos para una parasomnia más específica.

1.7.2.2. Trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental.

Según López y Aliño (2008), la característica esencial de estos trastornos es la presencia de insomnio o hipersomnia, que se considera temporal y etiológicamente relacionada con otro trastorno mental.

El nombre del diagnóstico se establece primero con el tipo de alteración de sueño, seguido del nombre del trastorno específico del Eje I o el Eje II con el que se

relaciona, (p.ej., Insomnio relacionado con un trastorno depresivo mayor en el Eje I), que es de suficiente gravedad como para merecer una atención clínicamente independiente. De esta tipología se desprenden:

- Insomnio relacionado con otro trastorno mental.
- Hipersomnia relacionada con otro trastorno mental.

En general, la hipersomnia es más propia de los trastornos depresivos en adolescentes y adultos jóvenes, mientras que el insomnio incide más en los adultos mayores.

1.7.2.3. El Trastorno del sueño debido a una enfermedad médica.

Se caracteriza por la presencia de alteraciones predominantes del sueño que denotan la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente, la cual es secundaria a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica, esto a través de la historia clínica, como de la exploración física y resultados de laboratorio que confirmen que es consecuencia directa de dicha condición (López y Aliño; 2008).

Además el clínico debe anotar en el Eje II tanto las características fenomenológicas específicas de la alteración y la inclusión del subtipo como insomnio, hipersomnia, parasomnia o mixto (incluye más de una alteración del

sueño), que mejor encaje en el cuadro clínico, y la enfermedad médica que se considera responsable de la alteración.

1.7.2.4. Trastorno del sueño inducido por sustancias.

Se debe a efectos fisiológicos directos de una sustancia, drogas, fármacos o tóxicos; dependiendo de la sustancia pueden aparecer cuatro tipos de alteraciones del sueño: con más frecuencia el insomnio e hipersomnia, con menos frecuencia el tipo parasomnia y un tipo mixto (López y Aliño; 2008).

También es importante indicarse en qué contexto aparecen los síntomas, si es en el inicio de la intoxicación o en el inicio de la abstinencia, asimismo, las sustancias que inducen al trastorno, por ejemplo: alcohol, anfetaminas y estimulantes afines, la cafeína, cocaína, opiáceos, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos y otras sustancias.

Para una percepción global de los trastornos del sueño, se muestran enseguida las clasificaciones de dos fuentes, de acuerdo con la OMS (1998) y según López y Aliño (2008), expuesta en líneas anteriores:

Cuadro comparativo de trastornos del sueño

DSM IV-TR	CIE-10
<p>1. Trastornos del sueño primario. Estos se subdividen a su vez en:</p> <p>A. Disomnias.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insomnio primario ▪ Hipersomnia primaria ▪ Narcolepsia ▪ Trastorno del sueño relacionado con la respiración. ▪ Trastorno del sueño del ritmo circadiano ▪ Disomnia no específica <p>B. Parasomnias.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pesadillas ▪ Terrores nocturnos ▪ Sonambulismo ▪ Parasomnia no específica <p>2. Trastornos del sueño relacionado con otro trastorno mental.</p> <p>3. Trastorno del sueño debido a una enfermedad médica.</p> <p>4. Trastorno del sueño inducido por sustancias</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Insomnio no orgánico. 2. Hipersomnia no orgánica. 3. Trastorno del sueño-vigilia 4. Sonambulismo 5. Terrores nocturnos 6. Pesadillas 7. Otros trastornos del sueño de origen no orgánico. 8. Trastorno no orgánico del sueño, no especificado.

Pin (1998), comenta que la importancia de los trastornos del sueño en la infancia se ve incrementada por tres razones: el sueño para el niño es la actividad en la que más horas invierte, hay una estrecha relación entre los problemas nocturnos y las alteraciones diurnas de comportamiento, y las variaciones de los patrones del sueño del niño producen estrés familiar y disfunciones escolares.

Principales trastornos del sueño en la infancia

Alteraciones del ciclo vigilia/sueño	
TRASTORNOS	CARACTERÍSTICAS
Disomnias	Problemas en el momento de acostarse. Problemas para mantener el sueño.
<p>1. Insomnio infantil</p> <p>2. Alteraciones del ritmo circadiano:</p>	<p>La presencia o ausencia de la figura del cuidador/a a la que "acoplarse" va a jugar un papel importante en la activación de los sistemas de miedo y exploración del niño.</p> <p>Las manifestaciones clínicas son diversas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oposición a acostarse: grita, se levanta. - Rituales al acostarse: frecuentes entre 4-6 años. - Fobia a acostarse: Aparece hacia los 2-3 años. Exige la luz encendida, la mano. - Insomnio auténtico: Típico en preadolescente-adolescente. <p>El control del ritmo vigilia/sueño por el reloj biológico se debe establecer entre las 6 semanas y los 3 meses de vida. El desarrollo de un ciclo estable dependerá después de la interacción biológica del niño con el medio ambiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Patrones irregulares de sueño/vigilia: Son comportamientos de sueño/vigilia desorganizados y variables. * S. de Adelanto de Fase: el ritmo circadiano está avanzado con respecto al horario habitual. * S. de Retraso de Fase: Sería el caso contrario: el niño nocturno al extremo.
Parasomnias	Consideradas como curiosidades que representan una variedad de alteraciones del desarrollo específicas, diagnosticables y tratables.
<p>1. Conductas anómalas durante el sueño:</p> <p>a) Angustias nocturnas:</p> <p>b) Sonambulismo:</p> <p>c) Rítmias de sueño:</p>	<p>Comprenden: terror nocturno, sueño de angustia (pesadillas) y despertar ansioso.</p> <p>Suelen ser varones entre los 7 y los 12 años con antecedentes familiares en el 80 % de los casos. Se suelen dar en la fase más profunda, en la primera mitad de la noche. En las adolescentes se ha descrito una parasomnia relacionada con el periodo menstrual.</p> <p>Presentes en el 4 % de los niños, tienen un ritmo regular de alrededor de un golpe por segundo: Giran la cabeza, balanceo de una pierna, incluso pueden llegar a mover la cama o la cuna.</p>

d) Enuresis nocturna:	La enuresis primaria es una parasomnia ocasionada por la incapacidad de respuesta ante la profundidad del estadio 3-4. Su estudio exigiría una única conferencia.
e) Fenómenos estáticos:	La presencia de posiciones peculiares durante el sueño es frecuente y forma parte del desarrollo normal. Sin embargo, su persistencia más allá de una determinada edad puede ser parte de los síntomas iniciales de futuros problemas.
f) Dormir en la cama paterna	Su hallazgo se asocia significativamente a problemas del sueño en un 24% de los niños de 2-4 años que duermen al menos una vez por semana en la cama paterna.
2. Alteraciones respiratorias durante el sueño:	<p>Presentes entre los 4-5 años, Estas alteraciones son semejantes a las presentes en los adultos pero con algunas diferencias entre las que destacan: La etiología no está marcada por la obesidad y sí por las alteraciones otorrinolaringológicas.</p> <p>La mayoría de los sucesos respiratorios (apneas) en lactantes y niños no terminan en despertares y son todavía menos frecuentes estos despertares en las apneas centrales.</p>

1.7.3 Diagnóstico.

Señalan Reite y cols. (2003), sobre el estudio de los síntomas de los trastornos del sueño, que se depende todavía de la descripción que el paciente haga sobre sus síntomas, y que corresponde al médico realizar un interrogatorio sobre las características del sueño, como de un estudio médico completo si es necesario, pruebas de laboratorio que permitan obtener información que corroboren el diagnóstico.

Es necesario identificar que las molestias que presenta el paciente estén dentro de las tres grandes áreas: insomnio, sueño excesivo o parasomnia, lo cual sirva como punto de partida para realizar un diagnóstico diferencial, aunque esto no

significa que sea determinante para establecer un diagnóstico, ya que el cuadro sintomático tiene sus limitaciones.

Avdaloff (2000), menciona una serie de síntomas de los trastornos del sueño:

- El insomnio es el síntoma de otro problema, que puede ser por diversos factores (componentes psicológicos, estrés, medicamentos, estilo de vida, ingesta de alcohol).
- Fatiga, bajas de ánimo, un bajo nivel de alerta, irritabilidad.
- Somnolencia en la vigilia e insomnio en la etapa de sueño.
- Problemas gastrointestinales.
- Trastornos en la coordinación motriz y en la cognición.
- Dolores de cabeza, malestar general.
- Elevada propensión a sufrir accidentes de trabajo y del tránsito.
- Escasa concentración, dificultades en la atención
- La ansiedad, ronquidos frecuentes, jadeos, sofocación.
- Narcolepsia su síntoma principal son breves episodios de sueño llamados ataques de sueño.
- Cataplejía, parálisis del sueño, alucinaciones hipnagógicas (visuales y auditivas).
- Deterioro evidente en la ejecución de las tareas cotidianas, que afecta la calidad de vida del paciente.

- Sobresaltos, sentarse, levantarse de la cama, caminar dormido, verbalizaciones poco entendibles, frases confusas.

“Las tres preguntas, que toman unos 20 segundos, sirven para hacer una buena detección inicial” (Reite y cols.; 2003: 4). Dichas cuestiones son:

1. ¿Duerme bien? (Esto indica la mayor parte de los trastornos por insomnio).
2. ¿Está somnoliento la mayor parte del día? (Esto señala a la mayor parte de los trastornos de sueño excesivo).
3. ¿Su compañero(a) de cama (o los padres, en el caso del niño) se queja de su sueño? (Esto permite detectar alguna parasomnia).

Reite y cols. (2003) señalan que al interrogar acerca de los antecedentes del sueño, es necesario hacer una valoración minuciosa en los diversos contextos, es decir, en su contexto médico, ambiental, social y familiar, por medio de los siguientes puntos:

- ¿Cuándo empezaron los síntomas y cuál ha sido su patrón desde el inicio? (p.ej. ¿son persistentes o varían de intensidad?, ¿son estacionales?).
- ¿Hubo un factor médico, laboral o estresante relacionado con el inicio? ¿Han persistido esos factores y tienen relación con la intensidad de los síntomas?

- ¿Qué mejora los síntomas? ¿Qué los empeora? ¿Qué sucede en las vacaciones o los fines de semana?
- ¿Cuál es el impacto de los trastornos del sueño en la vida cotidiana del paciente?
- ¿Qué tratamientos se le han prescrito, o que ha intentado hacer hasta la fecha, y que tan eficaces han resultado?

7.1.4 Tratamiento de los trastornos del sueño.

Valencia y cols. (2003) refieren que un papel importante es establecer la adherencia terapéutica, ya que el tratamiento comprende la realización de una serie de instrucciones que el paciente debe llevar a cabo, pero es necesario conocer previamente cuáles son las expectativas del paciente respecto al tratamiento.

La mayoría de los casos de problemas de sueño no logran resolverse por completo, es necesario plantear dos metas: 1) mejorar la calidad de sueño, lo más posible y 2) enseñar técnicas de aceptación y adaptación en las cuales el paciente pueda estar acomodado a su nivel de funcionamiento.

Las estrategias de tratamiento se pueden agrupar en tres categorías:

- 1) Tratamientos conductuales y psicoterapéuticos.
- 2) Tratamientos psicofarmacológicos.

3) Otro tipo de tratamientos somáticos.

Los tratamientos conductuales y psicoterapéuticos consisten en terapias de tipo cognitivo conductual, por ejemplo en el tratamiento de pacientes con insomnio primario, donde el objetivo principal de estos tratamientos radica en la percepción de los estímulos que predisponen y exacerba el insomnio. Algunas de las estrategias utilizadas son el control de estímulos que consiste en establecer instrucciones al paciente que permitan formar una buena relación con su cama-habitación; otra estrategia es la restricción de sueño, que está encaminada a proporcionar un tiempo límite en el cual el sujeto tenga la oportunidad de dormir, con el objetivo de que duerma como reacción opuesta a lo indicado por el médico; por último, se tienen las técnicas de relajación, ya sea a través de una grabación, dirigida por el terapeuta, o por un tratamiento más especializado como puede ser la biorretroalimentación, donde el sujeto se relaja por medio de una señal luminosa, por una serie de lámparas y ruidos.

En cambio, los tratamientos psicofarmacológicos se refiere a numerosas familias de medicamentos como hipnóticos y sedantes, como por ejemplo, las benzodiazepinas, que tienen efectos miorelajantes y ansiolíticos, además de que reducen la latencia de sueño, como el número de despertares internos. También se encuentran los antidepresivos usados con eficacia para tratar la cataplejía y los ataques de sueño, asimismo, en el tratamiento de las enuresis en niños en dosis muy reducidas combinadas con estrategias conductuales, así como los antipsicóticos en

el uso para el tratamiento de casi todas las psicosis, donde su principal efecto es el aumento de la eficacia de sueño con disminución del número de despertares.

Durand y Barlow (2007), comentan que los tratamientos médicos en el insomnio tienen diversos inconvenientes: los medicamentos de benzodiacepina pueden ocasionar somnolencia excesiva, dependencia de estos con facilidad y, por lo tanto, mal uso de ellos de forma deliberada. En el caso de los trastornos del sueño relacionado con la respiración, se ayuda al paciente a respirar mejor durante el sueño y en personas obesas se recomienda de bajar de peso, aunque la pérdida de peso voluntaria pocas veces es exitosa a largo plazo.

El tratamiento de los trastornos del ritmo circadiano se basa en hábitos, incluye la demora de fases para ajustar la hora de irse a dormir y también la utilización de luz brillante con el objetivo de engañar al cerebro para el reajuste del reloj biológico.

Respecto al tratamiento psicológico, los autores citados señalan el método cognoscitivo que permite modificar las expectativas poco realistas y las creencias acerca del sueño, la relajación cognoscitiva que hace uso de la meditación o la imaginería para ayudar en la relajación a la hora de ir a dormir, como también la excitación gradual que se emplea en niños que hacen berrinches al acostarse y despiertan llorando, en el cual se instruye a los padres a vigilar al niño después de periodos largos progresivos hasta que el niño se queda dormido y la técnica de

intención paradójica, que consiste en dar una instrucción opuesta al resultado deseado.

En el presente capítulo se revisaron distintos aspectos en el estudio del sueño desde las primeras investigaciones acerca de éste, se define como un estado relativo de reposo con el objetivo de proteger al organismo y conservar energía para su restauración, sin embargo, cuando existe privación de sueño, se puede alterar gravemente el funcionamiento humano, al deteriorar áreas importantes de la vida de la persona.

A través técnicas de medición como el polígrafo se puede hacer un registro acerca de la actividad eléctrica, frecuencia cardiaca, la respiración, para detectar anomalías denominadas trastornos del sueño, que producen malestar y poca productividad en la persona, ya sea por causas ambientales, biológicas o estresores psicológicos. El tratamiento se establece de acuerdo con el tipo de trastorno y su origen, puede ser de tipo psicofarmacológico y conductual o psicoterapéutico.

CAPÍTULO 2

VIOLENCIA

En el presente capítulo se habla de la problemática de la violencia o maltrato dirigido a los niños como problema social, mismo que afecta sus distintas áreas de vida; se debe tener presente que cualquier persona está expuesta a ello y también puede generarla de distintas formas, a la vez, conocer que la violencia se remonta a los orígenes de la antigüedad con base en distintas formas de implementación, desde ritos, creencias, medidas correctivas y hasta formas de crianza.

Con base en dicho fin, se describirán de manera específica conceptos de violencia, síntomas del niño maltratado y factores que predisponen, median y precipitan el problema, asimismo, se darán a conocer los tipos de familias que corren el riesgo de sufrir violencia, cuál es el tipo de violencia infligida, por quién o quiénes y por último, el tratamiento que se brinda en estos casos.

2.1 Antecedentes históricos.

Santana y cols. (1998), mencionan que dentro de la historia se hallan mitos, leyendas y descripciones literarias que hacen referencia al exterminio y maltrato hacia los menores. En la mitología romana se relata que Saturno devora a su hijo y que Medea mata a sus dos hijos con la finalidad de vengarse de Jasón. En la Biblia se hace referencia al relato de Abraham, quien estuvo a punto de sacrificar a su hijo

Isaac, como también la matanza de inocentes ordenada por Herodes. En la Historia, 400 años a.C., Aristóteles decía: “un hijo o un esclavo son propiedad y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto”. Por otro lado, en Grecia las niñas eran sacrificadas, en tanto que en Jericó los niños eran clavados en los cimientos de las murallas, muros de los edificios o puentes, aparentemente para hacerlos fuertes. El código Mendocino describe diversos tipos de castigos que se aplicaban a los menores, como pincharlos con púas de maguey, dejarlos sin comer, quemarles el pelo y hacerlos trabajar largas jornadas. El infanticidio también fue una forma de eliminar a los niños con defectos físicos; durante el nazismo se ordenaba matarlos con el fin de alcanzar la supuesta pureza de la raza, y en China se usaba la eliminación para el control de la natalidad.

Tonon (2001), comenta que estos derechos a la vida y la seguridad de niños no eran reconocidos en la Edad Antigua, eran épocas en que los padres gozaban de poder sobre sus hijos, para así disponer de su vida o determinar su muerte, como por ejemplo, el caso de Moisés en la biblia, quien fue salvado de un infanticidio masivo, y el rey Nemrod quién mando asesinar a sesenta mil niños, ante el peligro de que uno de ellos le disputara su trono en el futuro.

El autor citado señala que el infanticidio fue una práctica habitual que permaneció hasta el S. IV d. C., cuando el emperador Constantino en el año 319 d.C. dicta la primera ley que reprueba dicha práctica. No es hasta 1955 cuando se comienza a valorar los factores ambientales y familiares como condicionantes de

los traumatismos de niños y niñas que tienen lugar en el ámbito hogareño, después, en 1959 la ONU aprueba la Declaración de los Derechos del Niño, a su vez, los pediatras Kempe y Silver empiezan advertir sobre la responsabilidad que les concierne a los padres en este tipo de casos.

En el mismo sentido, Tonon (2001) refiere a Gil, quien incluyó a la sociedad e instituciones como elementos interactuantes en el origen del maltrato, asimismo, Lukianowicz, habló de los malos tratos psicológicos por primera vez y en 1989 la Convención internacional sobre los Derechos del Niño condena el maltrato infantil.

2.2 Definición de violencia.

De acuerdo con Doron (1998), la violencia física reafirma la ley del más fuerte sobre los individuos o grupos más débiles, de la misma forma la violencia intrapsíquica es aquella pulsión debida a la fuerza de empuje que se ejerce sobre el aparato psíquico en específico en el yo del individuo.

Este autor señala que no necesariamente la violencia es un acto agresivo y puede ser denominada incluso como violencia moral, la cual es ejercida por personas dominantes con el objetivo de prolongar o reforzar su superioridad por medio de la amenaza de retiro del amor y de la protección, como de la utilización de un razonamiento perverso que somete a la persona a contradicciones lógicas y por lo tanto, la culpabilidad se vuelve sobre ella.

Elterman (2000), comenta que la violencia es un problema social que afecta diversas esferas de la vida del individuo, ya que de manera cada vez más evidente, todos se encuentran expuestos a la violencia y todos pueden generarla de distintas formas, lo cual no toma en cuenta diferencias de etnia, religión, edad o género, ni tampoco nivel socioeconómico, asimismo, se puede encontrar en el trabajo, en la calle, en la comunidad y en el mismo hogar.

2.3 Causas.

Domenach (1981) distingue diversos factores causantes de la violencia que serán descritos brevemente.

- La violencia instrumental: si al ejercerla se tiene éxito, habrá una mayor probabilidad de utilizarla, es decir, un refuerzo positivo (el premio al éxito) parece mucho más eficaz que el negativo (castigo por el fracaso) y es más fácil que el hombre aprenda del éxito que del fracaso.
- Violencia aprendida: la identificación con el padre y con los valores es significativa en el aprendizaje de los tipos de conducta agresiva, un niño puede identificarse e imitar a su padre.
- La violencia y los medios de comunicación de las masas: se confirma en general que la percepción de la violencia engendra violencia, mientras mayor sea el nivel de violencia televisiva que observa el niño, habrá mayor

propensión a recurrir y a proponerla como solución de un conflicto por considerarla eficaz.

- La subcultura de la violencia, se puede convertir en un estilo de vida y una forma de conducta aceptada, respaldada por hábitos populares y también suele no considerarse ilícita, por ejemplo, en el caso del machismo.
- La hipótesis frustración- agresión: señala que la frustración aumenta la probabilidad y contribuye a que se dé realmente un comportamiento violento.
- El cambio social rápido: en la medida que se producen cambios sociales y culturales, se contribuye a acrecentar la violencia, por ejemplo, hay más violencia con respecto a la legitimidad del gobierno, si éste no responde a las necesidades y deseos populares.
- La ética de la violencia: en épocas y distintos lugares aprueba ciertas formas de violencia en algunas circunstancias. La aceptación o rechazo de las demás personas dependerá de las convicciones mantenidas, también está se basa en las excusas como cumplir órdenes,
- Otros factores que pueden contribuir a una violencia individual o colectiva son la edad y sexo, la clase social, raza o grupo étnico, así como causas biológicas y psicológicas.

2.4 Interacción violenta.

Domenach (1981), señala oportuno introducir el término agresión como paralelo a la violencia, ya que la agresividad humana se caracteriza por la acción de

ejerger fuerza física con la intención de causar daños o perjuicios a otros. El término agresividad da mayor amplitud que incluiría lo que los psicólogos llaman pulsiones de actividad, que representaría a su vez una de las formas de la agresión, sin embargo, puede o no desembocar en la violencia, ya que está no es universal, ni inevitable, ni instintiva.

“La biología acepta que la agresividad es uno de los caracteres fundamentales de cualquier ser vivo e indica sus relaciones estrechas, en la serie animal con el instinto sexual” (Merani; 1983: 8). Este autor opina, sin embargo, que algunos psicólogos no concuerdan con el sentido que se le da, unos se reservan para actos de carácter hostil y destructivo, mientras otros hablan de todas las tendencias activas dirigidas al exterior, posesivas y destructivas que afirman al yo.

Perrone y Nannini (1997), mencionan que la violencia adopta dos formas distintas:

- La violencia agresión, es la que se encuentra entre personas vinculadas por una relación simétrica, es decir igualitaria.
- La violencia castigo, que implica una relación de tipo complementaria, es decir, desigualitaria.

Es necesario especificar que la relación simétrica se entiende cuando A y B se encuentran en una situación de rivalidad y actitud de escalada, existe el riesgo de la

competencia, en cambio la complementariedad A y B están de acuerdo sobre el papel y lugar que le corresponde a cada uno, es decir hay adaptación mutua.

La violencia toma la forma de agresión en la relación simétrica, cuando tanto uno como otro reclaman su pertenencia a un mismo status de fuerza y poder, la escalada desemboca en una agresión mutua, hay un intercambio de golpes, poco importa que uno sea fuerte físicamente, ya que quien domina en lo corporal puede no dominar en lo psicológico y la rivalidad se desplaza hacia otro ámbito. La agresión de adultos, por ejemplo, se observa cuando el marido golpea a su mujer, mientras que ella lanza objetos y lo insulta, en cambio, la agresión entre adultos y niños es cuando hay un estallido de cólera seguido de golpes, sin embargo, el niño no se somete: a pesar de la paliza se mantiene en desafío. En nivel jerárquico se borra y pese a su edad le hace frente de igual a igual.

Después de la agresión suele haber un paréntesis de complementariedad denominada pausa complementaria, y es utilizada como comodín, ya que quien ejecutó el acto violento pide perdón, pasando a la posición baja, en consecuencia viene la reconciliación y los participantes olvidan el pasaje y refuerzan su alianza.

La pausa complementaria comprende dos etapas diferentes:

1. Aparición del sentimiento de culpabilidad, juega el papel de la voluntad y el movimiento de reparación.

2. Los comportamientos renovadores como mecanismo de olvido, desresponsabilización y desculpabilización sirven para mantener el mito de la armonía y de la buena familia. A menudo en esta pausa las personas piden ayuda a un terapeuta o a una instancia social.

En la relación complementaria, la violencia se torna hacia el castigo en un marco desigual, que se manifiesta por torturas o negligencia, donde uno de los individuos reclama una posición superior a la del otro y asume el derecho de infringirle un sufrimiento muchas veces cruel. La identidad de la persona en posición baja se ve afectada, porque se le niega el derecho a ser otro, la autoestima está quebrantada y aquí no hay pausa, ya que el emisor considera que debe comportarse así y el receptor se conforma con la vida que le imponen.

2.4.1 Cuándo y por qué sucede la violencia.

Elterman (2000), comenta que la violencia ocurre donde debería ser el lugar más seguro, el hogar, por diversos factores:

- Los proveedores económicos de la familia creen tener el derecho de ejercer violencia y oprimir a los demás,
- La violencia se presenta cuando no hay conciencia del daño que se inflige a los demás, en especial a los niños,

- No existe comprensión acerca de los cambios físicos y emocionales que viven los niños, adolescentes, adultos y ancianos.
- Existen crisis por falta de empleo o carencias que originan preocupación.
- Falta de espacios y tiempo libre para que la familia conviva y para la vida en pareja.
- Desajustes familiares ocasionados por un nacimiento, una enfermedad, una muerte, así como por infidelidad, abandono o divorcio.

En contraste, Sullivan y Everstine (2000), señalan que la nuclearización contribuye a la violencia, es decir, cuando surge en la familia extendida, la fragmentación desintegra con rapidez el sistema de apoyo que regularmente impide el conflicto intrafamiliar.

El alcoholismo o alguna otra forma de adicción, ocasiona que el temor, la ira o los celos, hasta entonces controlados y mantenidos, aparezcan de pronto en un violento acting-out, debido a la incapacidad para controlarse bajo situaciones de estrés; asimismo, las clases trabajadoras y familias de bajos recursos suelen ser las víctimas más frecuentes de la violencia en el hogar, no por que tengan un potencial mayor, sino porque son más vulnerables a las presiones sociales como el desempleo, inseguridad económica, la promiscuidad o embarazos no deseados.

2.5 Violencia familiar y sus características.

Teubal (2001), menciona que el hablar de violencia familiar o violencia intrafamiliar incluye cualquier modo de conducta abusiva de uno y otro integrante de la familia, donde la conducta tiene una dirección constante desde los más fuertes hacia los más débiles.

Chávez (2005) refiere a Borjón al indicar que la violencia en la familia se caracteriza por el abuso de poder, alude a todas las formas de abuso que tienen lugar en el núcleo familiar y para ser considerada como tal, debe ser crónica. También es llamada violencia doméstica, intrafamiliar, conyugal, de mujeres maltratadas o golpeadas y maltrato infantil.

Sullivan y Everstine (2000), menciona que una característica de la violencia familiar es su privacidad, tanto la víctima como el perpetrador hacen todo lo posible por ocultar la violencia de su familia ante los demás, también se describe el comportamiento, por ejemplo, en el caso del marido es amable y amistoso, en especial ante el público, pero a solas es violento con su familia.

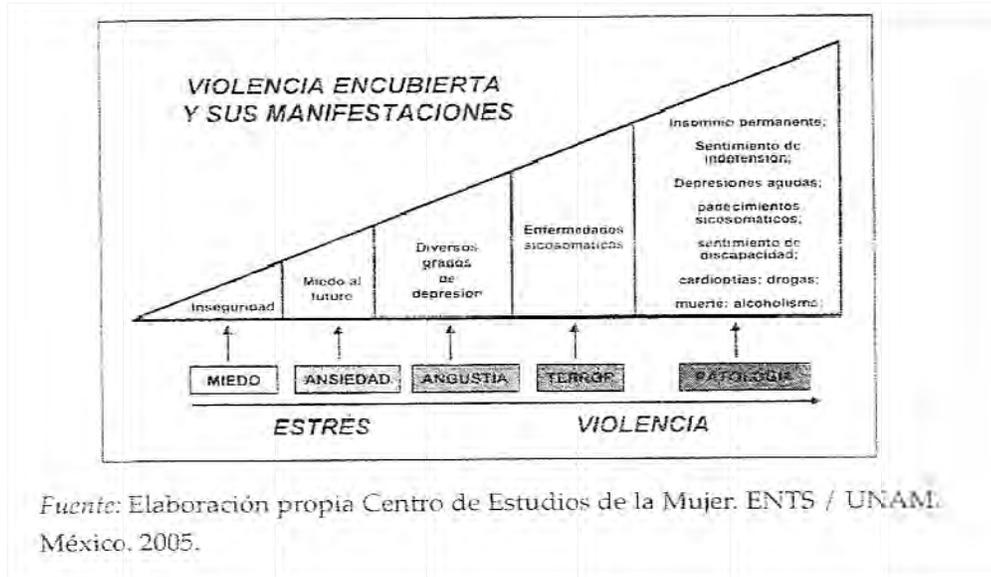
La violencia familiar es permitida de manera abierta o encubierta en muchas sociedades, asimismo, se piensa que los actos de violencia como golpear al cónyuge y maltratar a los niños sólo se manifiesta en familias enfermas o desviadas,

este error común sirve para encerrar más a la víctimas y éstas sigan pensando que son las únicas personas que sufren de actos de violencia.

Elterman (2000), comenta que la violencia familiar sucede cuando algún integrante se aprovecha de su autoridad, fuerza o su poder, contra las personas más cercanas que forman parte de su familia. Esta clase de violencia se manifiesta de diferentes niveles que van desde coscorriones, pellizcos, gritos, golpes, humillaciones, castigos y silencios, hasta abusos sexuales, privación de la libertad y en casos extremos, lesiones mortales.

2.5.1 Violencia encubierta y sus manifestaciones.

Chávez (2005) señala la violencia estructural como resultado del sistema social, en que los individuos se encuentran insertados y no todos tienen las mismas oportunidades, lo cual se muestra en situaciones de inequidad o desigualdad. En estas condiciones, la violencia estructural, encubierta e invisible en que los individuos viven y afrontan en su vida cotidiana es externa, pero se va integrando al sujeto y a la población, y en ese sentido se transforma en violencia endógena, que se lleva a lo privado y se dirige contra los integrantes del grupo familiar.



La autora citada menciona que las manifestaciones de la violencia estructural son: la violencia endógena y exógena, la del mundo de lo público y la del mundo privado, utilizadas como mecanismos de defensa, de sobrevivencia, formas de poder y control de grupo. Términos como poder y jerarquía hacen énfasis en la violencia en una forma de situar a otro en una posición de inferioridad o de subordinación.

2.5.2 Ciclo de la violencia.

Apodaca (1995), comenta que la violencia de pareja es un comportamiento cíclico, por lo tanto, se requiere del conocimiento profundo del ciclo para detener o prevenir los episodios. Éste consta de tres fases denominadas; 1) Acumulación progresiva de tensión, 2) estallido de la crisis o fase aguda de golpes y 3) calma "amante". Para mayor comprensión, se describen a continuación:

- Primera fase: pueden aparecer golpes físicos leves en incidentes de diferentes maneras como juegos ambiguos, caricias bruscas y suaves advertencias. La mujer inicialmente maltratada permite que su compañero se dé cuenta que ella justifica el abuso masculino y lo considera como acto legítimo. Ella trata de no reñir con la pareja y recurre a la negociación como mecanismo de defensa.
- Segunda fase: es la más corta, impredecible e incontrolable, se caracteriza por la descarga de la tensión acumulada durante la primera etapa, se incrementa la destructividad y tanto el hombre como la mujer reconocen abiertamente que su agresividad está fuera de control.
- Tercera fase: el término de la fase dos y el inicio de la tres son muy deseadas por las partes en conflicto, el golpeador reconoce sinceramente que ha ido lejos e intenta reparar el daño y asegura que no ocurrirá más. La mujer golpeada intenta convencerse a sí misma de que no tiene por qué sufrir, que él cambiará y cumplirá sus promesas de amor y protección.

En contraste, Chávez (2005) señala que no hay manera de medir estas tres etapas, ni determinar su tiempo de duración o intensidad, sin embargo, con el tiempo, se hacen más cortas y frecuentes. Esta autora las describe como:

- a) Acumulación de tensión, consiste en almacenar de manera constante la tensión dentro de las relaciones que se establecen entre los integrantes de la familia, es un periodo de agresiones menores que generan angustia y

acciones que buscan el control de las reacciones del otro, usualmente se niega la situación o se justifican las reacciones violentas.

- b) Explosión de la violencia o descontrol, enseguida de la acumulación de tensión se presenta una explosión caracterizada por violencia y descontrol, donde la situación “controlada” se rompe, esta etapa es la de menor duración a las dos restantes.
- c) Luna de miel o reconciliación, ocurre después de la explosión de la violencia, la persona violenta muestra arrepentimiento, pide disculpas, hace muestras de afecto y amor que antes no se permitían, esto último da pauta a la idealización de la relación y el cambio de la persona violenta. En esta fase muchas personas deciden buscar ayuda, pero al ser el momento de las acciones de arrepentimiento, difícilmente pueden concentrarse en la violencia y con la reproducción de este ciclo; eventualmente la duración de esta fase se acorta hasta desaparecer.

2.5.3 Tipos de violencia familiar.

Se establecen diversas formas en que se expresa la violencia familiar de acuerdo con Corza (2003), quien menciona dos tipos de violencia con base en el Código Penal de Michoacán.

- a) Violencia física, es toda aquella alteración, menoscabo de la salud o de la integridad corporal por medio del castigo físico que produzca una alteración, por causa externa al pasivo.
- b) Violencia moral, se entiende por aquella alteración o menoscabo a la salud o de la integridad psíquica y mental, causada por medio de amenazas aterradoras, descalificaciones, insultos, desvalorizaciones y/o ausencia de expresiones cariñosas.

En contraste, Elterman (2000), menciona tres tipos de violencia:

- 1. Violencia física: es el daño corporal dirigido hacia alguien más débil, ésta puede ser de hombre a mujer, de hombre a hombre, de mujer a hombre o de cualquiera de los dos hacia un menor, a un anciano o bien, a personas con alguna discapacidad.

Esta violencia se caracteriza por lastimar cualquier parte del cuerpo de una persona con manos, pies o con objetos. Algunas madres golpean a sus hijos apoyadas en la autoridad paterna, en cambio, los padres golpeadores maltratan a sus hijos con o sin el respaldo de la madre.

- 2. Violencia emocional: no es tan observable fácilmente como la física pero igualmente lastima, consiste en enviar mensajes, gestos y mostrar actitudes de rechazo con el propósito de humillar, avergonzar, hacer sentir mal a una

persona deteriorando así su imagen, ya que al dañar su estado de ánimo se disminuye su capacidad para la toma de decisiones.

Esta violencia puede ser de manera verbal o no verbal, la primera se refiere al uso de palabras que hace sentir mal a una persona por medio de insultos, humillaciones y amenaza en la intimidad ante familiares, amigos o desconocidos, en cambio, la violencia no verbal se manifiesta en actitudes corporales de agresión como miradas de desprecio, indiferencia y silencios. Otro comportamiento que sin ser violento causa daño es la sobreprotección y el excesivo consentimiento que lleva a confundirse con cariño y afecto.

3. Violencia sexual, es cuando se obliga a una persona a tener cualquier tipo de contacto sexual contra su voluntad, también participar en actividades sexuales con las que no está de acuerdo sin tomar en cuenta sus deseos, opiniones ni sentimientos, dañándola así física y emocionalmente.

Se puede presentar como acoso, que consiste en la persecución insistente de alguien en contra de su voluntad con la finalidad de someterlo a sus deseos sexuales, el abuso sexual es el tocar y acariciar el cuerpo de otra persona sin su consentimiento así como de la exhibición de los genitales y exigir a la víctima satisfaga sexualmente al abusador, puede ser de manera repetitiva y persistir por mucho tiempo, además, es mucho más frecuente hacia los menores. La violación como acto de extrema violencia física y emocional consiste en la penetración con el

pene, los dedos, objetos en la vagina, el ano o la boca en contra del deseo de la víctima, quien es amenazada para mantener en secreto la violación. El incesto es el contacto sexual entre familiares con parentesco, ya sea civil o consanguíneo y puede ocurrir con o sin el consentimiento de la persona.

“La violencia económica es atentar contra los bienes y pertenencias de la persona violentada; es decir, la disposición efectiva al manejo de los recursos materiales como dinero, bienes, valores de forma tal que los derechos de la otra persona se ven agredidos “(Chávez; 2005: 15).

Las manifestaciones más importantes que se pueden presentar son: declarar incompetente a la persona para disponer del manejo de los bienes, obstaculizar la utilización del dinero de la persona agredida para pagar sus gastos médicos en caso de enfermedad; destruir la ropa, obligar a la persona dependiente a pedir dinero, negarle el dinero para sus necesidades o limitarla al máximo, no permitirle trabajar y en caso contrario, quitarle el salario.

La violencia por negligencia, puede ser activa o pasiva de acuerdo con la intención, la primera consiste en negarse a cumplir con la obligación de cuidado y se encuentra una intención consciente de provocar descuido tanto físico como emocional, que a diferencia de la negligencia pasiva es la ausencia de la intención de causar daño.

Habitualmente la negligencia se presenta en el ámbito de la salud, educación y en el contexto emocional, se expresa a través de abandono deliberado, privación de alimentos, negación de servicios médicos o de salud básica, condiciones extremas de insalubridad y cuidadores inapropiados (hermanos pequeños, adultos con historia de abuso sexual o discapacitados).

2.5.4 Maltrato infantil.

De acuerdo con Santana y cols. (1999), es importante definir de manera adecuada maltrato infantil para realizar un diagnóstico y un tratamiento adecuado. En este sentido, es en 1962 cuando Kempe emite una de las primeras definiciones, donde destaca el uso de la fuerza física no accidental, dirigida a herir o lesionar a un niño por parte de sus padres o parientes. Con el tiempo se incluyeron la negligencia y los aspectos psicológicos como partes del maltrato infantil.

En contraste, Wolfe (1991) define de manera general el maltrato como la presencia de una lesión no accidental, por agresión física o falta de atención por parte de quienes están a cargo del niño y que demanda de atención médica o intervención legal.

El Sistema Nacional para el Derecho Integral de la Familia (DIF) en 1992 definió a los niños maltratados como “Los menores de edad que enfrentan y sufren ocasional o habitualmente, violencia física, emocional, o ambas ejecutadas por actos

de acción u omisión, pero siempre de forma intencional, no accidental por padres, tutores, custodios o personas responsables”.

Santana y cols. (1998), retoman a Suárez, quien señala el maltrato psicológico como la conducta repetitiva e inapropiada por medio de insultos, mentiras, explotación, maltrato sexual, negligencia, dañando el potencial creativo, el desarrollo de facultades y procesos mentales del niño, ya sea percepción, atención o imaginación; de modo que se le deja imposibilitado para entender y manejar su medio ambiente, el cual lo confunde, lo atemoriza y lo hace más vulnerable e inseguro al afectar su bienestar general.

2.5.4.1 Tipos de maltrato infantil.

De acuerdo con Teubal (2001), el tener un único indicador de maltrato en forma aislada no tiene valor, se requiere de un estudio más global para llegar a un diagnóstico, el cual enlista indicadores físicos y conductuales del niño maltratado.

- Abuso físico.

Indicadores físicos del niño: lastimaduras y ronchas en diferentes partes del cuerpo en distintas etapas de curación y cicatrización, quemaduras inexplicables, fracturas que aparecen con cierta regularidad, después de una ausencia, fin de semana o vacaciones.

Indicadores conductuales del niño: cauteloso ante el contacto con los adultos, extremos en la conducta, es decir, muy retraído o muy agresivo, tener miedo de ir a casa, así como vestir de mangas largas para ocultar heridas, búsqueda de afecto de cualquier adulto.

Indicadores de los padres: parece poco preocupado o interesado por su hijo, tardan mucho para recurrir a la asistencia médica, ofrecen explicaciones inadecuadas e inapropiadas acerca de la herida del niño (a).

- Abandono y negligencia médica.

Indicadores físicos del niño: hambre frecuente, poca higiene personal, vestimenta inadecuada, falta de supervisión, en especial en actividades peligrosas o durante largos periodos de tiempo, abandono.

Indicadores conductuales del niño: pide, mendiga o roba comida, llega muy temprano o se va muy tarde del colegio, falta a clases, consume alcohol o drogas, declara que no tiene quien lo cuide.

Indicadores de los padres: lleva una vida doméstica desorganizada y perturbada, abusa del alcohol o drogas, es apático, padece enfermedad crónica y larga, además de tener una historia de negligencia en su infancia, capacidad intelectual limitada.

- Maltrato emocional.

Indicadores físico-psíquicos del niño: exhibe uno o más de los siguientes rasgos: trastorno del lenguaje, retraso en el desarrollo físico, no prospera en su desarrollo general.

Indicadores conductuales del niño: trastornos de la conducta (antisocial, destructiva, rasgos neuróticos como trastornos del sueño, del habla, inhibiciones en el juego, reacciones psiconeuróticas (histeria, obsesiones, fobias), así como conducta sobreadaptada e intentos de suicidio.

Indicadores conductuales de los padres: no trata a todos los hijos por igual, culpa o menosprecia al niño, es frío o rechazante, se abstiene de brindar amor, además de tener conducta incoherente con el niño.

- Abuso sexual.

Indicadores físicos del niño: pueden encontrar dificultades para caminar o sentarse, ropa interior manchada o sangrienta, dolor o picazón en el área genital, enfermedades venéreas (especialmente en preadolescentes) y embarazo.

Indicadores conductuales del niño: no quiere cambiarse para gimnasia o participar en clases de educación física, retraimiento, conducta fantasiosa o infantil,

además de conocimiento sexual bizarro o inusual para la edad, mantiene relaciones pobres con sus pares, conductas delictivas o fugas del hogar.

Indicadores conductuales del padre: muy protector o celoso del niño, incita al niño a involucrarse en prostitución o en actos sexuales en presencia del niño, abusa del alcohol u otras drogas, se caracteriza por ser aislado y/o carente de contactos sociales y emocionales con la familia, asimismo, tiene baja autoestima.

Tonon (2001), considera algunos maltratos de tipo activo y otros de carácter pasivo. Los cuales se expresan en la tabla siguiente:

TIPO DE MALTRATO	
ACTIVO	PASIVO
Maltrato físico	Abandono físico
Maltrato Emocional	Abandono emocional
Abuso sexual	Niños/as testigos de violencia doméstica
Síndrome de Munchausen	

La autora describe el Síndrome de Munchausen por poderes, cuadro producido en forma premeditada por padres o adultos cuidadores que someten a los niños (as) a exámenes médicos, alegando enfermedades sobre el niño de manera fingida para que sean medicados en forma incorrecta y enfermen.

El siguiente cuadro señala los indicadores del maltrato infantil así como los indicadores del agresor.

Indicadores del niño y características del agresor				
Tipos de Maltrato	Agredido Indicadores		Agresor Características	
	Físicos	Comportamiento	Particulares	Generales
Físico	Huellas del objeto agresor (cinturón, lazo, zapato, cadena, plancha, etc). Eritema, equimosis, inflamación, deformación de la región, fractura, ruptura visceral. Ingresos frecuentes a hospital por lesiones cuya causa no es clara.	Actitudes agresivas, destructivas, rebeldes, hiperactividad o apatía, timidez, miedo, ansiedad, aislamiento, culpa, sentimiento de ser malos. En el ámbito escolar es frecuente la inasistencia y el bajo rendimiento.	Incapaces de controlar sus impulsos, se observan enojados, al mínimo estímulo responden con agresión física.	Frustración Hostilidad Alto potencial de agresión Antecedente de haber sido maltratado.
Sexual	Presencia en genitales y/o ano de: equimosis, laceraciones, sangrado, prurito, inflamación, himen perforado (niñas), semen, infecciones, somatización. En adolescentes y adultas dispareunia.	Miedo, ansiedad, culpa, desconfianza, enojo. En adolescentes y adultos: atracción homosexual, anorgasmia, pérdida o disminución de la libido, autoevaluación.	Impide amistades con el menor del sexo opuesto, estimula o excita sexualmente al menor usando revistas, películas o por exhibición.	Presencia de algún tipo de adicción. Tienden al aislamiento No se reconocen como maltratadores.

Psicológico	Retraso psicomotor	Deterioro de las facultades mentales, principalmente en el área cognitiva, autoevaluación y bajo rendimiento escolar.	Devalúa constantemente al menor en público o en privado. Lo culpa de todo lo malo que sucede. No se muestra cariñoso. Constantemente amenaza o aterroriza al niño.	Incapacidad de buscar ayuda profesional Idea distorsionada del niño Exige más de lo que el niño puede hacer.
Emocional	No juegan, se aíslan, se observan silenciosos y tristes.	Apatía, retraimiento, aislamiento, depresión, poco sociables, callados, poco expresivos, tímidos, sensación de no ser queridos, de ser rechazados, bloqueo emocional.	Es rechazante, poco tolerante, no presenta atención, no dedica tiempo al niño.	Tiende frecuentemente a la depresión Problemas de adicción: alcohol y drogas.
Negligencia	Higiene deficiente, desnutrición en grado variable, aspecto enfermizo, ropa inadecuada para el lugar o clima. Sin asistencia médica oportuna, astenia y adinamia permanentes.	Retraimiento, apatía, depresión, timidez, asistencia irregular a la escuela, bajo rendimiento escolar, indiferencia al medio ambiente.	Apático, desinteresado, ve al menor como una carga.	Problemas en la relación de pareja, Problemas económicos.

(Santana y cols.; 1988:5).

2.5.4.2 Niveles de maltrato infantil.

Tonon (2001), menciona que se han descrito tres niveles de maltrato infantil en la sociedad:

- El maltrato a niños(as) en el ámbito doméstico.
- Maltrato a niños(as) en instituciones.
- El maltrato a niños(as) por parte de la sociedad en general.

2.5.4.3 Clasificación de tipos de familia.

Según Wolfe (1991), es importante conocer dentro de las familias en las que está presente el abuso, y aquellas en donde existe la posibilidad que suceda. Son clasificadas (confidencialmente) de la siguiente manera:

- a) Familias de abuso físico: son aquellas en las que claramente hay evidencia física de lesiones no accidentales.
- b) Familias de riesgo circunstancial: son las que no muestran la evidencia antes mencionada, pero que son sospechosas de abuso o que en potencia pueden llegar a maltratar a sus hijos.
- c) Familias problema: en ellas el abuso no es altamente probable.

De esta manera se pueden detectar las familias que necesitan ayuda a través de las características observables o evidencias validadas por medio de la

investigación, además, permite favorecer la entrada a las familias de alto riesgo a manera preventiva y salvaguardar a los menores de los adultos comprobados y sospechosos para proceder a la investigación legal y tratamiento.

2.6 Derechos humanos, sociedad civil y niñez.

Teubal (2001), menciona que en la década de los noventa fue el periodo más importante en cuanto se refiere a la atención de los niños y adolescentes como personas y sujetos de derechos, y no como problemas, con necesidades especiales, donde los adultos tienen responsabilidad respecto de los niños y adolescentes, con una protección integral.

Señalan Eroles y cols. (2001), que de acuerdo con la Convención Internacional de los Derechos del Niño, el artículo 1º considera niño a toda persona menor de dieciocho años de edad. A los efectos de imputabilidad penal es menor inimputable toda persona de dieciséis años de edad, a partir de los dieciocho años es considerado mayor y puede ser procesado y condenado, sin embargo, entre los dieciséis y los dieciocho años no puede ser encarcelado, pero entre los 18 y 21 debe cumplir la pena en una sección especial.

El artículo 2º establece dos principios jurídicos de importancia: el reconocimiento del niño como sujeto a derechos y el principio de universalidad y no discriminación, y de manera diversa se establecen derechos como derecho a la vida,

a la identidad, derecho de expresar su opinión libremente y ser escuchado, derecho a la crianza, derecho del niño con discapacidad, a la salud, a la educación.

En el mismo sentido, en el documento referido, expresa el Artículo 224 bis.- “Al que por omisiones graves o haciendo uso intencional de la fuerza física o moral, cause perjuicio o menoscabo a la integridad física, psíquica o ambas de su cónyuge, concubina o concubinario, pariente consanguíneo en línea recta ascendente o descendente , sin limitación de grado, pariente colateral consanguíneo o afín hasta el cuarto grado, adoptante o adoptado o de las personas con quienes mantenga relaciones familiares de hecho, se le impondrá de seis meses a cuatro años de prisión y perderá el derecho de heredar respecto de los bienes de la víctima, además se sujetará al responsable a tratamiento psicológico especializado”. (Corza; 2003: 78)

2.7 Contexto de la Intervención.

De acuerdo con Tonon (2001), el análisis del contexto de intervención involucra el macrocontexto y el microcontexto, el primero se refiere a la estructura social que sostiene patrones culturales de vida, reproducidas en las instituciones, éste lleva la consideración del proceso de generación de políticas públicas en relación a las necesidades sociales de la población a través de un ordenamiento lógico y analítico (definición del problema, ubicación del problema en la agenda del gobierno, análisis de la cuestión, implementación - ejecución de acciones y

evaluación de resultados). El microcontexto se refiere al ámbito específico de la intervención profesional, esta intervención se caracteriza por tomar en cuenta:

- 1) El tiempo en el cual debe operativizarse la intervención, hacer lo viable en el menor tiempo posible, se denomina operatividad-celeridad, es necesario saber qué es lo que sucede para que se pueda decidir qué es lo mejor para el/la niño/a víctima.
- 2) La coincidencia o no coincidencia en la definición de la urgencia y la importancia de la intervención por parte del profesional dentro de la normatividad definida.

2.8 Tratamiento.

Sullivan y Evertastine (2000), comentan que el terapeuta y otros profesionales descubren a la familia maltratadora a través de otro problema en el cual surge la situación de maltrato, por lo que es fundamental ganar la confianza del niño, ya que la mayoría de ellos quieren mucho a sus padres y, por lo tanto, perciben a cualquier desconocido como enemigo, posteriormente, el clínico debe averiguar todos los elementos y antecedentes de la familia.

Mencionan Santana y cols. (1998) que resulta necesario dar un tratamiento integral tanto a la víctima como al agresor y su familia, ante lo cual se precisa de un equipo multidisciplinario que abarque aspectos biológicos, psicológicos y legales. El

principal objetivo de la terapia familiar es establecer una adecuada comunicación entre los integrantes de la misma, modificar patrones conductuales de los padres y eliminar formas punitivas, sustituyéndolas por métodos más efectivos.

En contraste Elterman (2000), señala importante hacer la diferencia entre marcar límites y maltratar, como también entre ser autoridad y ser autoritario, es difícil enseñarles a los niños los límites y que ellos los comprendan, cuando frecuentemente los adultos pierden el control y los maltratan.

Wolfe (referido por Santana y cols.; 1998) propone un plan de intervención y prevención, así como de funcionamiento efectivo intrafamiliar, el cual consiste en:

- a) Adquirir destrezas de educación en los niños con el fin de manejar problemas típicos y difíciles relacionados con ellos.
- b) Promover el uso de métodos positivos hasta eliminar el castigo.
- c) Desarrollar estrategias para solucionar problemas en situaciones críticas.
- d) Regular las respuestas violentas y el comportamiento impulsivo los cuales lesionan a la familia.
- e) Promover la interacción social entre los miembros de la misma, reduciendo su aislamiento físico y psicológico del resto de la comunidad.

Por lo expuesto en el presente capítulo, se puede concluir que la violencia es un fenómeno social presente desde épocas antiguas con el exterminio de menores,

del poder de los padres para disponer sobre la vida y muerte de sus hijos, como medios correctivos, sin embargo, a través del tiempo y épocas actuales se ha ido incrementando alarmantemente y que se refuerza por elementos de aprendizaje, medios masivos o hábitos populares de comportamiento.

Las secuelas dependen de la violencia ejercida, las consecuencias en el niño son innumerables y van desde daños físicos graves, infecciones, enfermedades de transmisión sexual, y a nivel psicológico dificultades de adaptación a su medio, deterioro de sus facultades mentales como daño en el área cognitiva (atención, concentración, memoria) y emocional (sentimientos de culpa, rechazo, bloqueo, inseguridad).

Desde el punto de vista psicológico es importante difundir el conocimiento acerca del problema con el fin de prevenir, identificar e iniciar su abordaje terapéutico para evitar efectos fatales sobre la vida del niño, a través de un tratamiento integral para la víctima, agresor y familia, así como de su intervención legal.

CAPITULO 3

METODOLOGÍA, ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Una vez examinado el marco teórico que da sustento a esta investigación, se procederá a la descripción del proceso metodológico, la selección de la población y muestra, así como el análisis correspondiente e interpretación final. Con el fin de confirmar o descartar la hipótesis planteada al inicio del trabajo.

3.1 Descripción metodológica.

Dentro de este apartado se describirá detalladamente el proceso que se siguió para llegar a los objetivos establecidos en la presente investigación.

3.1.1 Enfoque cuantitativo.

El enfoque utilizado en la investigación fue el cuantitativo, que de acuerdo con Hernández y cols. (2008), consiste en la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías.

Esta orientación metodológica busca ser objetiva, a manera de describir, explicar y predecir los fenómenos, estableciendo hipótesis que pone a prueba para corroborar si éstas son congruentes o no.

Este enfoque utiliza la lógica o razonamiento deductivo que comienza con la teoría, además de que la búsqueda cuantitativa ocurre en la realidad externa al individuo, lo cual conduce a una explicación sobre cómo se concibe la realidad con esta aproximación a la investigación (Hernández y cols.; 2008). Además:

- Es más propio para las ciencias llamadas exactas o naturales.
- Su proceso es secuencial y probatorio.

3.1.2 Investigación no experimental.

“El estudio no experimental podría definirse como la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente las variables.” (Hernández y cols.; 2008: 205).

En la investigación no experimental no se construye ninguna situación, las variables independientes ocurren, no existe control directo ni se puede influir sobre ellas, porque ya sucedieron al igual que sus efectos. Es observar los fenómenos tal como ocurren en su contexto natural para después analizarlos.

3.1.3 Estudio transversal.

De acuerdo con Hernández y cols. (2008), el denominado también estudio transeccional consiste en la recolección de datos en un solo momento, en un tiempo

único. Con la finalidad de describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

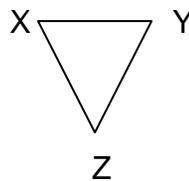
3.1.4 Alcance correlacional.

Hernández y cols. (2008), mencionan que la investigación correlacional asocia variables mediante un patrón predecible para un grupo o población, el propósito de dicha investigación consiste en conocer la relación que existe entre dos o más variables, conceptos, categorías o variables en un contexto particular.

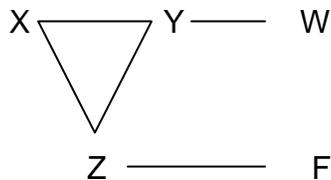
En ocasiones sólo se analiza la relación entre dos variables representado de la siguiente manera:

X — Y,

También se ubican en el estudio de tres variables:



Otras veces se incluyen relaciones múltiples:



La correlación puede ser positiva o negativa: en el primer caso significa que los sujetos con valores altos en una variable tenderán a mostrar valores elevados en la otra, en cambio, si es negativa, los sujetos que tengan valores elevados en una variable mostrarán valores bajos en la otra.

3.1.5 Técnicas de recolección de datos.

Se encuentra gran variedad de instrumentos o pruebas de medición, en lo que se refiere para la recolección de datos, cada una de ellas con características específicas y con un objetivo, dirigidas lo que se pretende medir.

El instrumento de medición se define como “recurso que utiliza el investigador para registrar información o datos sobre las variables que tiene en mente” (Hernández y cols.; 276: 2008). Un instrumento adecuado debe ser aquel que registre datos observables que representen la realidad.

En la presente investigación sólo se utilizaron dos instrumentos: para la medición de la variable trastornos del sueño se utilizó la prueba Escala de Alteraciones del Sueño en la Infancia (SDSC), en tanto que para la medición de la variable violencia, se elaboró un cuestionario. Ambos instrumentos se describen a detalle a continuación.

La SDSC (por sus siglas en inglés) fue creada por el Dr. Salvatore Oliviero Bruni en 1996. En el proceso de construcción, la SDSC se distribuyó durante un período de estudio de 12 meses a un grupo de sujetos de control normales y saludables (C), integrado por niños caucásicos en su mayoría de familias de clase obrera y clase media, seleccionados al azar en cuatro escuelas públicas de Roma: dos en el centro de la ciudad, una en el sur y otra en la periferia de la ciudad. Después de la selección, los cuestionarios fueron completados por 1,157 niños (583 hombres, 574 mujeres) de edades comprendidas entre los 6.5 a 15.3 años (media 9.8). Por otra parte el cuestionario también fue completado por lo que se denominó grupo SD, que incluía a niños con trastornos del sueño consecutivo, (85 varones, 62 mujeres, edad media de 9.2 y; rango 5.8-15.2) quienes habían sido referidos al Centro de Trastornos del Sueño en años anteriores.

El análisis de confiabilidad se realizó mediante varios métodos. Se analizó la consistencia interna a través de la prueba Alfa de Cronbach, en la cual se obtuvo un índice de consistencia 0.79 para el grupo C y 0.71 para grupo SD. Asimismo, se calculó la estabilidad de la prueba mediante el método test-retest, del cual se obtuvo una correlación entre ambas aplicaciones de 0.71 mediante la prueba Spearman. El periodo entre ambas aplicaciones fue de 35 días.

A partir de estas aplicaciones se realizó la estandarización de la prueba con un baremo con base en puntajes T donde la media ($T=50$), se ubicaba en un puntaje bruto total de 35 y la desviación estándar de 8 (Oliviero y cols.; 1996).

Por otra parte, para medir la variable de violencia ya fuera física, psicológica o sexual se llevó a cabo la elaboración de un cuestionario, el cual conllevó un proceso de estandarización y validación. Para su estructuración, se tomó como base la entrevista elaborada por Cano (2010), en la Tesis “Antecedentes de agresión intrafamiliar como situación determinante de violencia en las aulas, en niños de edad escolar” la cual consta de 26 reactivos y se complementó con 24 más.

Para verificar el nivel de confiabilidad se aplicó el método de división por mitades. A partir del análisis realizado se obtuvo una correlación de 0.75 entre las dos mitades ($r_{eo}=0.75$). Una vez aplicada la fórmula de Spearman Brown se alcanzó un coeficiente de confiabilidad de 0.86 ($r_{xx}=0.86$). Finalmente, a partir de estas aplicaciones se obtuvo un baremo percentilar donde la mediana (Percentil 50), se ubica en el puntaje bruto 12.

3.2 Descripción de la población y muestra.

Para llevar a cabo una investigación es elemental seleccionar la población con las características necesarias y delimitarla para la obtención de datos precisos.

“Población o universo es el conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones” (Hernández y cols.; 2008: 239). Ésta debe situarse de manera clara de acuerdo con sus características de contenido, de lugar y en el tiempo.

La población está conformada por los alumnos de la Escuela Primaria Enrique Aguilar de la ciudad de Uruapan, Michoacán. La escuela tiene en función doce salones distribuidos respectivamente en biblioteca, sala de cómputo y aulas; cabe señalar que algunos salones de clase trabajan como multigrado, dependiendo del número de alumnos que ingresen tanto como de los docentes activos.

Para esta investigación se seleccionó una muestra no probabilística, que consiste en un “subgrupo de la población en que la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de las características de la investigación” (Hernández y cols.; 2008: 241). También son llamadas muestras dirigidas, que suponen un procedimiento de elección informal.

Para seleccionar la muestra, que de acuerdo con Hernández y cols. (2008), es un subgrupo o subconjunto de elementos que pertenecen a la población, se tomó como objeto de estudio a los alumnos de los salones multigrado 3°- 4°, y 5°- 6° del turno vespertino de la Escuela Primaria Enrique Aguilar de Uruapan, Michoacán.

La muestra quedó conformada por un total de 50 alumnos con edades comprendidas entre los 8 y 14 años de edad. Cabe señalar que la mayoría de los estudiantes tenían inestabilidades familiares, es decir, eran estudiantes que provenían de familias disfuncionales, desintegradas o incompletas, además de poseer un nivel económico bajo

3.3 Descripción del proceso de investigación.

Para realizar la presente investigación se dio seguimiento a las distintas fases que caracterizan a la investigación documental y de campo.

Inicialmente se buscó un tema de interés, después realizar los antecedentes, plantear el problema, establecer objetivos, hipótesis, justificación y marco de referencia. Con base en lo anterior se determinó el escenario donde se realizaría la investigación, se eligió así a la Escuela Primaria Enrique Aguilar de la ciudad de Uruapan, Michoacán. Se pidió la autorización del Director Julio Rodríguez del Moral, ya concedido el permiso se acordó una fecha probable para iniciar la aplicación de pruebas en el mes de octubre y noviembre de 2010.

Consecutivamente, se procedió a la formulación del índice de los capítulos y de la recopilación de contenidos teóricos para designar un apartado a cada una de las variables, ya concluido el marco teórico se llevó a cabo la selección del instrumento SDSC (Escala de Alteraciones para Niños), y a la vez se trabajó en la elaboración de ítems para el instrumento que permitiera la medición de violencia física, psicológica y sexual en la infancia. Este último conllevó la validación y estandarización del instrumento.

Ya obtenida la prueba definitiva, fueron aplicadas ambas pruebas durante el periodo mencionado anteriormente, cumpliendo con los protocolos generales para la

aplicación correcta de los instrumentos. Es necesario resaltar que los alumnos mostraron disponibilidad e interés hacia la actividad, una vez aplicados los instrumentos, algunos estudiantes pedían que se les aplicaran de nuevo porque les agrado; con base en la actitud de los infantes, la administradora de las pruebas se observó que los alumnos carecen de atención, de apoyo en actividades escolares, de ser escuchados y atendidos, por lo que la actividad fue de suma importancia y muy atractiva. La sensación de los alumnos de ser los protagonistas y de ser importantes, propició la oportunidad de realizar un excelente proceso de aplicación.

Sin embargo, un obstáculo a presentar durante la administración de pruebas fue que el alumnado del salón multigrado de 3° y 4° carecía de una lectura fluida y de comprensión, por lo que fue necesaria la aplicación oral individual de las pruebas con un tiempo de duración de 30 minutos, tomando en cuenta que están diseñadas para la aplicación grupal. Al mismo tiempo, fue fértil la interacción uno a uno con los estudiantes ya que, para algunos de ellos, fue un momento crucial para revelar actos de violación, agresión que sufrieron o lo están viviendo actualmente.

Posteriormente, a la aplicación se dio lugar al vaciado de datos emanados, en el programa de Excel, para obtener así puntajes brutos y percentiles. Con estos resultados, se procedió a realizar una matriz de datos y calcular medidas de tendencia central y desviación estándar, las cuales serían de utilidad para el análisis e interpretación de resultados.

Consecutivamente, con la información previa se procedió a realizar la triangulación, que consiste en unificar los fundamentos teóricos, empíricos e interpretativos para concluir con el proceso de investigación, y que serán descritos en el siguiente apartado.

3.4 Análisis e interpretación de resultados.

Con los cálculos necesarios de los datos recabados en el proceso de investigación de campo, es viable iniciar con el análisis de las variables involucradas de manera independiente, trastornos del sueño y violencia física, psicológica y sexual en los niños, asimismo, de la correlación de ambas. Estos contenidos serán descritos posteriormente.

3.4.1 Trastornos del sueño en los estudiantes de la Escuela Primaria Enrique Aguilar.

A continuación se aborda el análisis de la variable dependiente, es decir, trastornos del sueño, con base en los datos obtenidos a través del instrumento SDSC del alumnado de los grupos multigrado 3°- 4° y 5°- 6°.

Resulta preciso mencionar que se entiende por trastornos del sueño. Pin (1998), menciona que en la infancia “el trastorno se definirá como una alteración real, no una variación, de una función fisiológica que controla el sueño y opera durante el mismo. Así pues, el trastorno representa una función anormal mientras que el "problema" puede representarla o no” (www.uninet.edu)

Sin embargo de acuerdo con López y Aliño (2008), se estableció una clasificación de trastornos del sueño, el cual se encuentra dividido en cuatro grandes

apartados y en cada una de estas secciones se especifican las distintas alteraciones del sueño de acuerdo con su sintomatología y origen.

Respecto a los resultados obtenidos a través del instrumento SDSC (Escala de Alteraciones para Niños), serán explicados de acuerdo con las categorías en la que se encuentra integrado dicho instrumento y de los reactivos que corresponden a cada grupo.

- a) Inicio y mantenimiento (reactivos 1-2-3-4-5-10-11).
- b) Problemas respiratorios (reactivos 13-14-15).
- c) Desordenes del aurosal (Parasomnias). (reactivos 17-20-21).
- d) Alteraciones transición sueño/vigilia (reactivos 6-7-8-12-18-19).
- e) Excesiva somnolencia (reactivos 22-23-24-25-26).
- f) Hiperhidrosis (reactivos 9-16).

Para una mejor comprensión de lo anterior, a continuación se presentan a detalle los datos obtenidos estadísticamente de cada categoría.

- a) En cuanto a la media dentro del rubro *inicio y mantenimiento* se obtuvo una medida de 52, que conceptualmente es también llamada promedio, es el valor que obtiene a través de la sumatoria de todos los datos y dividir el resultado entre el número total de datos (Hernández y cols.; 2008).

De igual manera, se obtuvo la mediana, la cual es el valor de la variable que deja el mismo número de datos antes y después que él, una vez ordenados éstos (Hernández y cols.; 2008). El puntaje fue de 52.

La moda es el valor que tiene mayor frecuencia en un conjunto de datos (Hernández y cols.; 2008). En el presente estudio se identificó con un puntaje de 47.

Asimismo, se obtuvo el valor de la desviación estándar, misma que señala cuánto se separan los datos (Hernández y cols.; 2008); el valor derivado de esta medida es de 14.1.

b) Respecto a *problemas respiratorios* los datos resultantes fueron de 42 como promedio, una mediana de 38, una moda con un puntaje de 24 y una desviación estándar de 16.5.

c) De acuerdo con los *desórdenes del aurosal*, denominadas también *parasomnias*, se obtuvo una media de 48, mediana de 41, moda 35 y un valor de 33.4 de desviación estándar.

d) Dentro de la categoría *alteraciones de transición sueño/vigilia* se identificó una media de 47, mediana de 47, moda 16 y una desviación estándar DE 21.8.

- e) De igual forma, dentro de *excesiva somnolencia* los resultados apuntaron un promedio de 43, una mediana de 42, un puntaje en la moda de 30 y con una desviación estándar de 16.6

- f) En cuanto a la categoría de *hiperhidrosis* (excesiva sudoración) los puntajes señalan un promedio de 46, una mediana de 45, una moda de 33 y una desviación estándar de 13.4.

En función a los resultados presentados se puede concluir que no se encontraron niveles demasiado altos de trastornos del sueño en los niños investigados, lo anterior con base en que las medidas de tendencia presentadas en los diferentes rubros que abarcan el concepto trastornos del sueño, están dentro de los rangos normales de la escala, es decir, muy cercanos al puntaje de la media poblacional. Sin embargo, es conveniente mencionar que sí se detectó la presencia de trastornos del sueño de manera preocupante en algunos casos específicos.

Posterior al análisis de los resultados correspondientes a la variable dependiente, es conveniente pasar ahora a examinar la variable independiente, misma que se realiza a continuación.

3.4.2 Violencia infantil en los alumnos de la Escuela Primaria Enrique Aguilar.

En el presente apartado, se abordará el estudio de la variable violencia infantil mediante la revisión de las mediciones obtenidas en el instrumento de investigación.

De acuerdo a lo revisado en el marco teórico, Wolfe (1991) define de manera general el maltrato como la presencia de una lesión no accidental, por agresión física o falta de atención por parte de quienes están a cargo del niño y que demanda de atención médica o intervención legal.

Resulta conveniente aludir que se enuncian diferentes tipos de maltrato y/o violencia y de acuerdo con Tonon (2001), considera maltratos de tipo activo y otros de carácter pasivo.

Referente a los resultados obtenidos se describirán a continuación los ítems o preguntas que obtuvieron los índices más exacerbados y a qué tipo de violencia pertenecen, considerando que el cuestionario consta de 50 reactivos con dos opciones de respuesta: afirmación y negación. Sin embargo, los ítems 48 y 50 se calificaron de manera inversa puesto que iban en contra de la hipótesis de investigación, es decir, que la respuesta marcada como negativa asignaba mayor puntaje.

Los ítems son los siguientes:

Reactivo 1: En casa ha habido golpes.

Muestra un 62% lo que revela un puntaje muy significativo, la cual, indica la presencia de violencia física.

Reactivo 6: Hay gritos y discusiones fuertes en mi casa.

Señala un porcentaje de 62%, lo que indica un elevado puntaje, este cuestionamiento alude a la violencia psicológica de tipo pasivo, es decir, son parte de la violencia que es espectadores.

Reactivo 8: Cuando me porto mal, me pellizcan o me empujan.

Obtuvo un puntaje de 40%, lo que indica ser un resultado considerable, el cual hace referencia al maltrato físico.

Reactivo 14: Jalan mis cabellos para reprenderme.

Muestra un puntaje de 36% por encima del término medio y es perteneciente a la violencia física.

Reactivo 15: Me dicen apodos que no me gustan.

Alcanza un porcentaje de 60%, que resulta significativo y perteneciente a la violencia psicológica.

Reactivo 16: Cuando me equivoco me ridiculizan.

Señala un puntaje de 62%, es un índice de una violencia psicológica muy significativa.

Reactivo 24: Mis padres se pelean y gritan.

Reitera la persistencia del maltrato psicológico con un 54%, que se considera alto.

Reactivo 25: Cuando cometo errores se burlan de mí.

Obtuvo un porcentaje de 62%, lo cual apunta a un resultado significativo.

Reactivo 26: Mis familiares me golpean con palos, cables u objetos.

Muestra un puntaje de 40%, es considerable y señala la presencia de violencia física.

Reactivo 29: Critican lo que digo o hago.

Señala un 44%, que es importante y perteneciente al tipo de violencia psicológica.

Reactivo 32: Mis padres amenazan con golpearme si no obedezco.

Obtuvo un puntaje de 40%, que es considerable y refirere a la violencia psicológica.

Reactivo 48: Me siento querido por partes de mis padres.

Muestra un 36%, que es superior al término medio, aludiendo al maltrato psicológico.

Con base a los resultados estadísticos mencionados anteriormente, es posible afirmar que los tipos de violencia presente y con más persistencia son la física y psicológica, se observa que los ítems se alternan entre uno y otro, sin embargo muestran consistencia.

Con respecto a la violencia sexual se encontraron resultados bajos, a pesar de ello se manifestaron casos específicos que se denunciaron verbalmente durante la aplicación del cuestionario. Los datos resultaron heterogéneos y muy significativos,

por lo cual es recomendable y necesaria la observación, consideración y cuidado de las diversas manifestaciones o expresiones de la violencia en los diferentes entornos en que se presenta.

3.4.3 Correlación entre violencia infantil y trastornos del sueño en los alumnos de la Escuela Primaria Enrique Aguilar.

Según Chávez (2005), la violencia estructural como resultado del sistema social, las condiciones que los individuos viven y afrontan en su vida cotidiana van integrándose al sujeto junto con la población, en ese sentido se transforma en violencia endógena, que se lleva a lo privado y se dirige contra los integrantes del grupo familiar.

Entre las manifestaciones de la violencia estructural se encuentran la violencia endógena y la exógena, la del mundo de lo público y la del mundo privado. Utilizadas como mecanismos de defensa, de sobrevivencia, poder y control.

Los resultados encontrados en la investigación realizada en los alumnos de la Escuela Primaria Enrique Aguilar pertenecientes a los grupos multigrado 3°- 4° y 5°- 6° se muestran a continuación, en donde se describirán los puntajes obtenidos de acuerdo con los rubros de Alteraciones del Sueño en la Infancia (SDSC).

Entre las *alteraciones de inicio y mantenimiento en el sueño y el nivel de violencia percibida en el niño*, se encuentra un coeficiente de correlación positiva media de 0.37, de acuerdo con la prueba de “r” de Pearson. Una varianza de factores comunes de 0.14 y en porcentaje de un 14%, lo cual alude a la existencia de correlación entre trastornos del sueño en la infancia y violencia.

Es importante señalar que esta varianza de factores comunes representa la elevación al cuadrado del coeficiente de correlación (Hernández y cols.; 2008), de tal manera que con ello la relación entre variables se puede expresar en porcentaje.

Entre el nivel presentado en la *escala de problemas respiratorios y el nivel de violencia percibida en el infante*, se obtuvo un puntaje de correlación con base en la “r” de Pearson de 0.06, con una varianza de factores comunes de 0.00, equivalente a un 0%, es decir, que en este grupo hay ausencia de correlación.

Dentro de la categoría de *desordenes del arosal (Parasomnias) y el nivel de violencia recibida en el niño*, se ubica un coeficiente de correlación de 0.40, con una varianza de factores comunes de 0.16, lo cual señala que los trastornos del sueño se ven influido en 16% por la violencia.

Esto significa que entre desordenes del arosal y el nivel de violencia existe una correlación positiva media.

Entre el rubro de *alteraciones de transición sueño/vigilia y el nivel de violencia percibida en el niño*, se halla un coeficiente de correlación de 0.30, de acuerdo con la prueba “r” de Pearson. El resultado de la varianza de factores comunes fue de 0.09, con un porcentaje del 9%, esto significa que existe una correlación positiva débil.

Entre la categoría de *excesiva somnolencia y el nivel de violencia percibida*, se encontró un coeficiente de correlación positiva débil de 0.27, con una varianza de factores comunes 0.07 en un porcentaje de 7%. Es decir, señala un puntaje bajo de prevalencia.

Y por último, entre la categoría *hiperhidrosis (sudoración excesiva) y el nivel de violencia percibida en el infante*, se detectó un coeficiente de correlación de 0.31, con una varianza de factores comunes de 0.10, es decir, que el trastorno hiperhidrosis se ve influido en un 10% por la violencia, por lo tanto, existe correlación positiva débil.

Tomando en cuenta los resultados citados anteriormente, es posible confirmar que existe correlación significativa entre la violencia física, psicológica y sexual con algunas de las manifestaciones de los trastornos del sueño, en los alumnos del turno vespertino de la Escuela Primaria Enrique Aguilar de la Ciudad de Uruapan, Michoacán. Particularmente se obtuvo un nivel significativo de relación entre la violencia y alteraciones de inicio-mantenimiento del sueño, violencia y desordenes del arosal, a su vez relación entre la violencia e hiperhidrosis. Por otro lado, no se

encontró correlación trascendental entre la violencia y los problemas respiratorios, alteraciones de transición sueño/vigilia y excesiva somnolencia, datos que se exponen en el anexo 1.

Por lo mencionado anteriormente se da por finalizado el proceso de análisis de las variables, que constituyó la unificación de contenidos teóricos, así como prácticos y su ulterior análisis, es viable proceder a emitir las conclusiones resultantes del presente trabajo de investigación las cuales serán expuestas a continuación.

CONCLUSIONES

Con base en los resultados encontrados, resulta interesante mencionar que en la presente investigación se logró corroborar la hipótesis de trabajo, la cual sostiene que existe relación significativa entre la violencia física, psicológica y sexual con los trastornos del sueño, en los alumnos del turno vespertino de la Escuela Primaria Enrique Aguilar de la Ciudad de Uruapan Michoacán; sin embargo, sólo en las categorías de alteraciones de inicio y mantenimiento del sueño, desórdenes del aurosal (parasomnias) e hiperhidrosis. Conjuntamente, se corroboró la hipótesis nula, la cual hace referencia a que no existe correlación significativa entre la violencia física, psicológica y sexual con los trastornos del sueño en los alumnos del turno vespertino de la Escuela Primaria Enrique Aguilar de la Ciudad de Uruapan, Michoacán, con respecto a las categorías de problemas respiratorios, alteraciones de transición sueño/vigilia y excesiva somnolencia.

De acuerdo con los objetivos, específicamente el primero, que consiste en enunciar el concepto de violencia, se cumplió mediante las aportaciones teóricas expuestas en el capítulo 2. En la misma situación se encuentran los objetivos particulares dos y tres, que hacen referencia a las causas y manifestaciones de la violencia.

Asimismo, los objetivos cuatro y cinco se cubrieron a través del análisis estadístico del instrumento de medición de la variable violencia que fue administrada

a los alumnos de los grupos multigrado 3°- 4° y 5°- 6° de la Escuela Primaria Enrique Aguilar, por medio del vaciado de datos en una hoja de Excel.

En el caso del objetivo número seis, que se enfoca a conceptualizar trastornos del sueño, se le dio respuesta al presentar las diversas definiciones presentadas en el capítulo 1 y además del concepto, se mencionan los criterios para diferenciar cuándo existen problemas del sueño en lugar de verdaderos trastornos.

En el mismo capítulo se cumplieron los objetivos siete y ocho, que se refieren respectivamente a examinar la fisiología del sueño y la manera en que se manifiestan sus trastornos.

De igual forma, los objetivos nueve y diez se cubrieron mediante la aplicación y la subsiguiente obtención de resultados del instrumento SDSC, a través del análisis estadístico, así como en su significación interpretativa.

Finalmente, el objetivo once se cubrió a través del análisis de las variables y a la vez, al verificar la existente correlación entre el nivel de violencia y los trastornos del sueño, resultados que se muestran en el vaciado de datos en la hoja de Excel.

En consecuencia del cumplimiento de los objetivos particulares se logró consumir el objetivo general que establece: conocer la relación que existe entre la violencia física, psicológica y sexual con los trastornos del sueño, en los alumnos del

turno vespertino de la Escuela Primaria Enrique Aguilar de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Por lo anterior, se puede aludir que los propósitos establecidos en dicha investigación fueron cubiertos en su totalidad.

Los resultados obtenidos demuestran relación significativa entre la violencia y alteraciones de inicio y mantenimiento del sueño, desordenes del arosal (parasomnias), así como correspondencia con la teoría revisada, mientras que en los problemas respiratorios, alteraciones de transición sueño/vigilia y excesiva somnolencia, no se encuentra correlación significativa y muestran cierta discrepancia con lo teóricamente establecido.

Finalmente, es posible aseverar que dichos hallazgos son relevantes, pues no existía antecedente de investigaciones realizadas en la institución, por lo que los resultados obtenidos serán de suma utilidad y beneficio tanto para el alumnado, como para las autoridades académicas y padres de familia, ya que contarán con conocimientos del fenómeno estudiado y por consiguiente, tendrán guías de trabajo que les permitan mejorar y abordar problemáticas existentes y prevenir posteriores.

BIBLIOGRAFÍA

Apodaca Rangel, María de Lourdes (1995)

Violencia Intrafamiliar

Edit. UNAM, México.

Avdaloff, Walter. (2000)

Medicina del Sueño.

Publicaciones Técnicas Mediterráneo, Chile.

Brown, Thomas S.; Wallace, Patricia M., coaut. (1991)

Psicología Fisiológica.

Edit. McGraw-Hill, México.

Cano García, Mayra. (2010)

Antecedentes de agresión intrafamiliar como situación determinante de violencia en las aulas, en niños de edad escolar.

Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco A.C., Uruapan, Michoacán, México.

Corsi Cabrera, María. (1983)

Psicofisiología del Sueño.

Edit. Trillas, México.

Corza Ramírez, José Trinidad. (2003)

Derogación del artículo de lesiones, en relación al de violencia familiar, del Código Penal del Estado de Michoacán.

Tesis de la Escuela De Derecho de la Universidad Don Vasco A.C., Uruapan, Michoacán, México.

Chávez Carapia, Julia del Carmen. (2005)

Violencia Familiar.

Edit. UNAM, México.

Domenach, Jean – Marie. (1981)

La Violencia y sus causas.

Edit. UNESCO. París.

Doron, Roland. (2004)

Diccionario Akal de Psicología.

Edit. AKAL, Madrid.

Durand V. Mark; Barlow, David H. (2007)

Psicopatología. Un enfoque de psicología anormal.

Edit. International Thomson Learning, México.

Elterman Zylberdaum, Hilda. (2000)
Violencia en la Familia.
Edit. CREFAL – SEP. México.

Eroles, Carlos; Fazzino, Adriana; Scandizzo, Gabriel. (2001)
Políticas Públicas de Infancia.
Edit. Espacio, Buenos Aires.

Hernández Sampieri, Roberto, Fernández-Collado Carlos, Baptista Lucio Pilar.
(2008)
Metodología de la Investigación. Cuarta Edición.
Edit. McGraw-Hill Interamericana, México.

Kaplan, Harold. (2000)
Tratado de Psiquiatría.
Ediciones Científicas y Técnicas S.A., México.

Kolb, Bryan Q.; Whishaw, Ian. (2002)
Cerebro y Conducta una Introducción.
Edit. McGraw-Hill , España.

López, Ibor; Aliño, Juan J. (2008)
DSM IV–TR. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
Edit. MASSON S.A., Barcelona.

Merani, Alberto L. (1983)
Diccionario de Psicología.
Tratados y manuales Grigalbo, México.

Merani, Alberto L. (1986)
Diccionario de Psicología.
Tratados y manuales Grigalbo, México.

Organización Mundial de la Salud Ginebra (1998)
CIE 10. Trastornos Mentales y de Comportamiento.
Edit. Meditor, Madrid.

Osofsky, J.D. (1999)
The impact of violence on children. The future of children.

Parmelee, A. H. (1975)
Neurophysiological and behavioral organization of premature infants in the first
months of life.
Bro. Psychiat..

Perrone, Rynaldo; Nannini, Martine. (1997)

Violencia y abusos sexuales en la familia: un abordaje sistémico y comunicacional.
Edit. Paidós, Buenos Aires.

Reite, Martin; Ruddy, John; Nagel, Kim. (2003)
Evaluación y Manejo de los Trastornos del Sueño.
Edit. Manual Moderno. México.

Rosenzweig, Mark R.; Leiman, Arnold. (2003)
Psicología Fisiológica.
Edit. McGraw-Hill, Buenos Aires.

Sullivan, Diana; Everstine, Louis. (2000)
Personas en Crisis.
Edit. Pax, México.

Teubal, Ruth. (2001)
Violencia Familiar, trabajo social e instituciones.
Edit. Paidós, Buenos Aires.

Tonon, Graciela. (2001)
Maltrato Infantil Intrafamiliar. Una propuesta de intervención.
Espacio Editorial, Buenos Aires.

Valencia Flores, Dra. Matilde; Salín Pascual, Rafael; Pérez Padilla, José Rogelio.
(2000)
Trastornos de Dormir.
Edit. McGraw-Hill Interamericana, México.

Warren, Howard C. (1998)
Diccionario de Psicología.
Edit. Fondo de Cultura Económica. Vigésima impresión. México.

Wolfe, David. (2001)
Programas de Conducción de Niños Maltratados.
Edit. Trillas, México.

OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN

Hemerografía

Santana Tavira, Rosalinda; Sánchez Ahedo, Roberto; Herrera Basto, Emilio. (1998)
“EI MALTRATO INFANTIL: UN PROBLEMA MUNDIAL”.
Salud Pública de México, enero-febrero 1998/vol.40
Instituto Nacional de Salud Pública Cuernavaca, México.
<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n1/Y0400109.pdf>

Collado Corona, Miguel Ángel; Loredó Abdalá, Arturo; Serrano Morales, Jorge Luis.
(2005)
“ALTERACIONES DEL SUEÑO EN NIÑOS VÍCTIMAS DE ABUSO FÍSICO O SEXUAL”.
Paul Shkurovich Bialik / Emilio Arch Tirado
Cirugía y Cirujanos, 2005/vol. 73
Academia Mexicana de Cirugía, Distrito Federal, México.
<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/662/66273409.pdf>

Castañeda Chang, Ana María; Castamán Díaz, Desirée; Pimentel Ruiz, Roxana.
(2003)
“NIÑAS Y ADOLESCENTES CON HISTORIA DE ABUSO SEXUAL INFANTIL”
Katholieke Universiteit Leuven, Faculty of Psychology and Educational Sciences
Center for research on psychotherapy and psychodynamic psychology.
Servicio de Psicología – Ginecología del Instituto Especializado de Salud del Niño, en
el periodo de enero a octubre 2003.
http://www.derechosdelainfancia.cl/docs/imgs/imgs_doc/237.pdf

Oliviero Bruni, Salvatore Ottaviano; Vincenzo Guidetti, Manuela Romoli; Innocenzi,
Margherita; Cortesi, Flavia; Giannotti, Flavia. (1996)
“THE SLEEP DISTURBANCE SCALE FOR CHILDREN (SDSC)
Construction and validation of an instrument to value sleep disturbances in childhood
and adolescence”.
Department of Developmental Neurology and Psychiatry, University of Roma “ La
Sapienza”
Accepted in revised form 23 September 1996; received 29 June 1995.

Pin Arboledas, Gonzalo. (1998)
“ALTERACIONES DEL SUEÑO EN EL NIÑO: ENFOQUE DESDE LA ASISTENCIA
PRIMARIA”.
Unidad Valenciana del Sueño Infantil (UVSI)
Clínica Quirón Valencia. España.

Fuentes de Internet

http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art45001

<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/662/66273409.pdf>

<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n1/Y0400109.pdf>

<http://www.avpap.org/gtsueno/Bruni.pdf>

<http://www.uninet.edu/neurocon/congreso-1/conferencias/son-1.html>

oliviero.bruni@uniroma1.it

gpa@comv.es

Correlación entre violencia infantil y los trastornos del sueño

	Puntaje T					
<i>Violencia</i>	<i>Inicio y mantenimiento</i>	<i>Problemas Respiratorios</i>	<i>Desordenes del Aurosal</i>	<i>Alteraciones transición sueño/vigilia</i>	<i>Excesiva Somnolencia</i>	<i>Hiperhidrosis</i>
Correlación "r" de Pearson	0.37	0.06	0.40	0.30	0.27	0.30
Varianza de Factores comunes	0.14	0.00	0.16	0.09	0.07	0.10
Porcentaje	14%	0%	16%	9%	7%	10%

Anexo 2

Escala de alteraciones del sueño en la infancia. Dr. O. Bruni.

Nombre:

Edad:

Fecha:

Motivo de consulta:

1	2	3		4		5
1	¿Cuántas horas duerme la mayoría de las noches?	9-11	8-9	7-8	5-7	<5
2	¿Cuánto tarda en dormirse? (minutos)	<15	15-30	30-45	45-60	>60

En la puntuación de las siguientes respuestas evalúe de esta forma:

0=	Nunca
1=	Ocasionalmente (una o dos veces al mes o menos)
2=	Algunas veces (una o dos por semana)
3=	A menudo (de tres a cinco veces por semana)
4=	Siempre (diariamente)

3	Se dirige a la cama de mal humor	0	1	2	3	4
4	Tiene dificultad para iniciar el sueño por la noche	0	1	2	3	4
5	Parece ansioso o miedoso cuando "cae" dormido	0	1	2	3	4
6	Sacude o agita partes del cuerpo al dormirse:	0	1	2	3	4
7	Realiza acciones repetitivas tales como rotación de la cabeza para dormirse	0	1	2	3	4
8	Tiene imágenes (alucinaciones) al dormirse	0	1	2	3	4
9	Suda excesivamente al dormirse	0	1	2	3	4
10	Se despierta más de dos veces cada noche	0	1	2	3	4
11	Después de despertarse por la noche tiene dificultades para dormirse	0	1	2	3	4
12	Tiene tirones o sacudidas de las piernas mientras duerme, cambia a menudo de posición o da "patadas" a la ropa de cama	0	1	2	3	4
13	Tiene dificultades para respirar durante la noche	0	1	2	3	4
14	Da boqueadas para respirar durante el sueño	0	1	2	3	4
15	Ronca	0	1	2	3	4
16	Suda excesivamente durante la noche	0	1	2	3	4
17	Usted se ha dado cuenta que camina dormido	0	1	2	3	4
18	Usted se ha dado cuenta que habla dormido	0	1	2	3	4

19	Rechina los dientes dormido	0	1	2	3	4
20	Se despierta con un chillido o confundido de forma que aparentemente no le reconoce, y no recuerda nada al día siguiente	0	1	2	3	4
21	Tiene pesadillas que no recuerda al día siguiente	0	1	2	3	4
22	Es difícil despertarlo por la mañana	0	1	2	3	4
23	Al despertarse por la mañana parece cansado	0	1	2	3	4
24	Parece que no se puede mover al despertarse por la mañana	0	1	2	3	4
25	Tiene soñolencia diurna	0	1	2	3	4
26	Se duerme de repente en determinadas situaciones	0	1	2	3	4
Total						
Factores	Preguntas	Rango Normal		Puntuación		
Inicio y mantenimiento		1-2-3-4-5-10-11		9.9 +/- 3.11		
Problemas respiratorios		13-14-15		3.77 +/- 1.45		
Desórdenes del aurosal		17-20-21		3.29 +/- 0.84		
Alteraciones transición sueño/vigilia		6-7-8-12-18-19		8.11 +/- 2.41		
Excesiva somnolencia		22-23-24-25-26		7.11 +/- 2.57		
Hiperhidrosis		9-16		2.87 +/- 1.69		

Anexo 3

Evaluación de violencia en la infancia

Edad: _____

Sexo: F M

A continuación se presenta una serie de afirmaciones que señalan situaciones que se suelen vivir en casa. Encierra en un círculo la palabra “Sí”, si has llegado a vivir alguna de estas situaciones, o si no tiene relación alguna contigo encierra en un círculo la palabra “No”. Evita marcar “Sí” y “No” en la misma pregunta. No hay respuestas correctas e incorrectas.

1. En casa ha habido golpes.	Sí	No
2. Alguna vez alguien de mi familia intentó asfixiarme.	Sí	No
3. Alguien me tocó sin que yo quisiera y me amenazó.	Sí	No
4. Cuando uno de mis padres llega a casa, me da terror.	Sí	No
5. Alguien ha tocado partes íntimas de mi cuerpo sin mi consentimiento.	Sí	No
6. Hay gritos y discusiones fuertes en mi casa.	Sí	No
7. Algún familiar se ha exhibido desnudo delante de mí.	Sí	No
8. Cuando me porto mal, me pellizcan o me empujan.	Sí	No
9. Alguno de mis familiares ha intentado tocar mi cuerpo.	Sí	No
10. Mis familiares trabajan y nadie cuida de mí.	Sí	No

11. Algún familiar me ha obligado a tocar sus genitales a manera de "juego".	Sí	No
12. Mi papá ha golpeado a mi mamá y viceversa.	Sí	No
13. En casa he visto material con imágenes de personas desnudas (pornografía).	Sí	No
14. Jalar mis cabellos para reprenderme.	Sí	No
15. Me dicen apodos que no me gustan.	Sí	No
16. Cuando me equivoco, me ridiculizan.	Sí	No
17. Mis padres se dirigen a mí, sólo para regañarme.	Sí	No
18. Aunque haya alguien en casa, me ignoran.	Sí	No
19. He sido obligado a tocar la parte íntima de otra persona.	Sí	No
20. Adultos golpean mis sentaderas u otra parte de mi cuerpo.	Sí	No
21. En casa todos decimos groserías y nos insultamos.	Sí	No
22. He sido obligado a guardar el secreto cuando alguna persona me ha tocado de una manera que no me gusta.	Sí	No
23. Siento rechazo por parte de mis padres.	Sí	No
24. Mis padres se pelean y gritan.	Sí	No
25. Cuando cometo errores, se burlan de mí.	Sí	No
26. Mis familiares me golpean con palos, cables u objetos.	Sí	No
27. Generalmente estoy solo en casa.	Sí	No
28. He sido forzado a ver películas, revistas, y escuchar conversaciones de contenido sexual.	Sí	No
29. Critican lo que digo o hago.	Sí	No
30. Alguien me observa cuando estoy en el baño u orino.	Sí	No
31. Algún adulto cuando me reprende, me avienta objetos.	Sí	No
32. Mis padres amenazan con golpearme si no obedezco.	Sí	No

33. Personas mucho más grandes que yo, me han invitado a tener relaciones sexuales.	Sí	No
34. Algún adulto me ha besado en la boca o en el cuerpo.	Sí	No
35. Cuando me acerco a mis padres, me hacen gestos y manifiestan actitudes de rechazo.	Sí	No
36. Mis padres me avergüenzan enfrente de la gente.	Sí	No
37. Algún familiar se ha tocado sus partes íntimas en mi presencia.	Sí	No
38. Mis padres para castigarme me dejan sin comer.	Sí	No
39. Mis padres se olvidan de recogerme de la escuela.	Sí	No
40. Algún familiar frota sus partes íntimas con mi cuerpo.	Sí	No
41. Mis familiares me encierran y no me dejan salir.	Sí	No
42. Me han obligado a tocar mis partes íntimas cuando algún adulto me mira.	Sí	No
43. Cuando se dirigen mis padres hacia mí es gritándome.	Sí	No
44. Mis familiares al reprenderme me han ocasionado moretones o lastimaduras.	Sí	No
45. Alguno de mis familiares permiten que otras personas me toquen o me obliguen hacer cosas que no me gustan.	Sí	No
46. Algún adulto me ha quemado con cigarros u objetos calientes.	Sí	No
47. Algún adulto, cuando no obedezco, me amenaza con lastimarme.	Sí	No
48. Me siento querido por parte de mis padres.	Sí	No
49. He visto a familiares teniendo relaciones sexuales.	Sí	No
50. Cuando recurro a mis padres, me hacen caso.	Sí	No