



Universidad Nacional Autónoma de México
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

**VIOLENCIA DE PAREJA ASOCIADA A PSICOPATOLOGÍA INFANTIL:
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA.**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

XÓCHITL BERENICE PADILLA MÁRQUEZ

DIRECTORA:

**MTRA. VERÓNICA RUIZ GONZÁLEZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

COMITÉ:

**DRA. MARÍA EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. PAULINA ARENAS LANDGRAVE
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

Ciudad de México

MARZO 2017



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.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México por permitirme ser parte de la comunidad universitaria más importante del país.

Gracias a todas mis maestras de la Residencia en Psicoterapia Infantil, quienes me aportaron lo mejor de sí mismas; por transmitirme su experiencia y cariño por lo que hacen.

Gracias en especial a la Mtra. Verónica Ruiz, quien me ha acompañado en este proceso de crecimiento y formación profesional, siendo una fuente de apoyo en los momentos en que más lo necesitaba.

Agradezco enormemente a mis compañeros de la maestría por permitirme aprender de ellos tanto personal como profesionalmente y muy en especial a mis amigos y colegas de residencia: Cristina, Karla y Ray; muchas gracias por dejarme crecer con ustedes.

Muchas gracias al Dr. Jorge Caraveo por compartir su trabajo conmigo y por su apoyo durante la elaboración de este proyecto.

Gracias también a Maki, Miriam, Ángel, Yuri, Charlotte, Estrella e Iván, por su valioso apoyo y esfuerzo.

A la Comisión Nacional de Ciencia y Tecnología por el apoyo proporcionado durante mi formación en la maestría.

A la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA) por el apoyo para la realización de éste proyecto de investigación que fue realizado gracias al Programa UNAM-DGAPA-PAPIIT IN 307016.

AGRADECIMIENTOS ESPECIALES

A la vida por darme tanto en tan poco tiempo; agradezco las experiencias que me han hecho crecer, fortalecerme y llegar a este día.

Gracias al apoyo incondicional de mi familia; por ellos es que he llegado hasta aquí y para ellos mi infinito agradecimiento.

Gracias mamá por ser una mujer dedicada y amorosa conmigo, por ser paciente y escucharme, por darme lo mejor que tienes, que es tu amor y apoyo incondicional. Te Amo.

Te agradezco papá por tu apoyo bajo cualquier circunstancia, por orientarme cada vez que lo necesito y por enseñarme la importancia del trabajo. Te Amo.

A mis hermanos; Beto gracias por estar ahí siempre de la mejor forma que puedes, por mostrar que se puede ser un padre cariñoso y amoroso, por darme unos preciosos sobrinos y por alentarme en mis proyectos.

Daniel gracias por enseñarme que con el apoyo de la familia cualquier circunstancia es fácil de superar, por tu persistencia y valor.

Carlos gracias por no soltar mi mano, por apoyarme, cuidarme, impulsarme y por mostrarme que es más lindo crecer junto a ti. Te Amo.

Agradezco a mis amigos, por ser parte de la familia que elegí, por acompañarme en diferentes momentos de la vida, por las risas, las lágrimas y las experiencias: Aline, Beto, Nayeli, Rocio y Mónica. ¡Gracias!

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
CAPÍTULO 1. CONTEXTUALIZACIÓN: CENTRO COMUNITARIO “DR. JULIÁN MAC GREGOR Y SÁNCHEZ NAVARRO”	6
1.1 Historia del Centro Comunitario.....	6
1.2 Objetivo, Visión, Misión y Valores.	8
1.3 Servicios de atención psicológica y de formación profesional.	10
1.4 Características de la comunidad aledaña al CCMG (muestra no clínica).....	12
1.5 Comunidad interna del CCMG (muestra clínica).	20
CAPÍTULO 2. VIOLENCIA DE PAREJA.....	33
2.1 Violencia contra las mujeres: violencia de género, violencia familiar y violencia de pareja.....	33
2.2 Tipos de violencia en la pareja	39
2.3 Modelo Ecosistémico de la violencia de pareja.....	43
2.4 Prevalencia.....	49
2.5 Consecuencias de la violencia de pareja en la salud.....	59
2.5.1 Consecuencias de la violencia de pareja en la mujer.	59
2.5.2 Consecuencias en la salud de los niños y niñas testigo de violencia de pareja....	62
2.6 Detección de violencia contra la mujer en la pareja.	64
CAPÍTULO 3. PSICOPATOLOGÍA INFANTIL.....	69
3.1 Definición de salud y enfermedad mental.	69
3.2 Modelos explicativos en psicopatología infantil.	71
3.3 Epidemiología.....	78
3.4 Factores de riesgo y protección.	89

3.5 Evaluación y diagnóstico.....	96
CAPÍTULO 4. MÉTODO	100
4.1 Justificación	100
4.2 Pregunta de investigación e hipótesis	102
4.3 Objetivo General.....	102
4.3.1 Objetivos Específicos.....	102
4.4 Definición de variables	103
4.5 Diseño de investigación.....	104
4.6 Muestra	105
4.6.1 Tipo de muestreo.....	105
4.6.2 Participantes	105
4.6.3 Criterios de selección	106
4.8 Instrumentos.....	106
CAPÍTULO 5. RESULTADOS.	115
5.1 Características sociodemográficas de la muestra clínica y no clínica.	115
5.2 Violencia de pareja.	118
5.3 Psicopatología Infantil	122
5.4 Violencia de pareja y psicopatología infantil	126
5.4 Antecedentes de maltrato en la niñez y exposición a violencia de pareja.	131
CAPITULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	136
CAPITULO 7. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA.....	145
REFERENCIAS	152
ANEXOS.....	160

RESUMEN

La prevalencia, el riesgo, curso y gravedad de los trastornos mentales pueden estar influidos por experiencias adversas durante la infancia como la violencia de pareja (Petrek, Elbert, Weierstall, Müller, & Rockstroh 2013; Farnós & Sanmartin, 2005). En México, 33.3% de las mujeres ha tenido al menos una relación violenta, siendo el principal agresor la pareja masculina (Secretaría de Salud, 2009); y 19% de jóvenes ha sido testigo de violencia intrafamiliar (Benjet et al., 2005 en Rodríguez et al., 2009). Existe mayor riesgo de desarrollo de psicopatología en aquellos(as) niños(as) que han sido testigos de violencia en el hogar. (Maikovich, Jaffee, Odgers & Gallop, 2008). El objetivo del estudio fue conocer los índices de violencia de pareja y su relación con trastornos psicológicos en niños(as) en una muestra clínica y no clínica. Se realizó un diseño no experimental correlacional. Participaron 338 madres/tutoras de niños(as) entre 4 y 16 años. Se utilizó el Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (Caraveo & Soriano, 2013) y la Escala de Violencia (Valdez-Santiago et al., 2006). Los resultados indican que la muestra no clínica presenta mayor cantidad de casos de violencia física, psicológica y violencia física severa, mientras que en la muestra clínica hay más casos de violencia sexual. Solo en la muestra no clínica existe una relación de las conductas reportadas por las madres con la violencia psicológica y física. La violencia de pareja podría derivar en inadecuadas prácticas parentales en donde se refuerza y legitima el uso de la violencia en las relaciones familiares. Las diferencias entre las muestras se podrían deber a factores como la resiliencia, deseabilidad social y relación cercana con un cuidador primario. Se sugiere trabajar a nivel comunitario para la prevención de violencia de pareja y psicopatología infantil desde la perspectiva de la parentalidad positiva.

Palabras clave: violencia de pareja, psicopatología infantil, violencia psicológica, violencia de género, violencia física, violencia sexual.

ABSTRACT

The prevalence, risk, course and severity of mental disorders may be influenced by adverse experiences during childhood as intimate partner violence (Petrek, Elbert, Weierstall, Müller & Rockstroh, 2013; Farnós & Sanmartin, 2005). In Mexico, 33.3% of women have had at least one violent relationship, being the main aggressor of women the male partner (Public Health Bureau, 2009) and it is estimated that 19% of children and adolescents have witnessed domestic violence (Benjet et al., 2005 in Rodríguez et al., 2009). There is a greater risk of developing psychopathology in those children who have witnessed domestic violence compared to those who have not been exposed to violence (Maikovich, Jaffee, Odgers, & Gallop, 2008). The objective of this study was to know the rates of intimate partner violence and its relation with psychological disorders in children and adolescents from a clinical and a non-clinical sample. It was a non-experimental correlational study. Participated 338 mothers of children and adolescents between 4-16 years old. Two questionnaires were used; the Brief Screening and Diagnostic Questionnaire, Caraveo & Soriano, 2013) and Violence Scale (Valdez-Santiago et al., 2006). The results indicates in non-clinical sample exists more cases of physical, psychological and severe physical violence, on the other hand in clinical sample exists more cases of sexual violence. Only in non-clinical sample the behaviors reported by mothers are related with psychological and physical violence. The presence of intimate partner violence could derive in inadequate parenting practices and justify the use of violence in family relationships. The differences between samples could be explained by factors as resilience in clinical sample children, social desirability and a close relationship with a caregiver. It is suggest to perform interventions in the community from positive parenting perspective to prevent intimate partner violence and child psychopathology.

Key words: Intimate partner violence, child psychopathology, psychological violence, physical violence, sexual violence.

INTRODUCCIÓN.

El objetivo general del Programa de Maestría en Psicología con Residencia en Psicoterapia Infantil de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México es formar profesionales competentes en los campos axiológico, metodológico y disciplinar dentro de la psicoterapia de juego infantil, capaces de trabajar en el diagnóstico y tratamiento de los problemas emocionales “*per se*” y los asociados a diferentes trastornos que presentan los niños, empleando las teorías y avances más recientes de la psicoterapia infantil. (Residencia Psicoterapia Infantil, Posgrado de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, 2016). De tal manera que la experiencia profesional adquirida en la maestría no solo se enfoca en desarrollar competencias clínicas, sino también en la investigación; lo cual forma a profesionales más competentes, quienes son capaces de generar nuevos conocimientos a partir de la investigación, aplicándolos y proponiendo innovaciones metodológicas, técnicas y tecnológicas para generar soluciones a problemáticas psicosociales.

Tanto en la práctica profesional como en la teoría, se encuentra que los problemas psicológicos en la infancia son multifactoriales, siendo el entorno familiar uno de los factores ambientales de mayor relevancia, destacándose la violencia que ocurre en la relación de la pareja conyugal y/o parental (Farnós & Sanmartin, 2005). La violencia de pareja en el país de acuerdo a encuesta realizada por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2014), muestra que al menos el 64.3% de las mujeres quienes han tenido alguna relación de pareja han sufrido de algún tipo de violencia; siendo la violencia emocional o psicológica la más común. Las consecuencias de la violencia en la salud de la mujer son diversas; y van desde lesiones físicas, emocionales o psicológicas, sexuales y hasta consecuencias tales como el homicidio (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano 2003). Los efectos que las mujeres sufren a causa de la violencia en la pareja afectan también su entorno más próximo, como su trabajo, familia y principalmente los menores que son testigos y víctimas de esta violencia; ya que a menudo están presentes durante los altercados domésticos.

En este ámbito, Frías y Gaxiola (2008) encontraron que la violencia familiar, tanto la recibida por los niños como la violencia que observaban en los padres, tuvo un efecto directo sobre los problemas de conducta y psicológicos, los que a su vez influyeron en los problemas escolares; sin embargo, falta información sobre la relación existente entre la violencia de pareja ejercida del hombre a la mujer y los problemas psicológicos en menores en la población general, en los casos donde la violencia no ha sido detectada o no ha llegado a niveles que requieran la intervención de instituciones especializadas.

Por lo tanto, la presente investigación pretende dar respuesta a la situación antes planteada, ya que se trabajó con la población aledaña al Centro Comunitario y se compararon los resultados con la muestra obtenida a partir de mujeres que acuden al Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro” (CCMG); lo anterior debido a que por voz de los terapeutas y psicólogos del Centro Comunitario se reportaban casos de violencia familiar, pero no existía una forma unificada y sistemática de realizar dicha detección, tampoco de conocer la relación de la violencia de pareja con los comportamientos (síntomas) presentados por los menores de edad, ya que dichas conductas son un factor que motiva que las madres soliciten atención para sus hijos e hijas. Así, este trabajo busca resolver las interrogantes sobre la presencia de violencia de pareja y su relación con problemas psicológicos en niñas, niños y adolescentes, conocer características sociodemográficas específicas de la comunidad interna y externa al Centro Comunitario, lo cual contribuye al campo de la psicología infantil para conocer aquellos factores que colocan al menor de edad en situaciones de riesgo; además proveer de evidencia empírica para fundamentar el diseño e implementación de propuestas de intervención psicológica a nivel comunitario que promuevan factores protectores ante la violencia de pareja y psicopatología infantil.

La estructura del trabajo busca ser una guía para la contextualización y entendimiento del fenómeno estudiado y está conformado por seis capítulos: en el Capítulo 1 se explica el contexto y las características generales del Centro Comunitario, antecedentes históricos de la comunidad aledaña, características sociodemográficas y recursos en la comunidad, de igual forma se expone los principales procesos del CCMG relacionados con el servicio de atención psicológica ; en el Capítulo 2 se aborda el tema de la violencia contra las mujeres,

señalando las diferencias entre la violencia contra las mujeres, la violencia de género y la violencia de pareja, sus principales características e incidencia a nivel nacional, describiéndose un modelo que da explicación a la violencia de pareja además de mencionar las repercusiones en la salud de la mujer como en el bienestar de los menores de edad, quienes han sido testigos y/o víctimas de esta violencia.

En el Capítulo 3 se muestra una perspectiva general acerca de la situación de salud mental infantil en nuestro país, incluyéndose información relativa a la etiología e investigación acerca de los factores de riesgo y protección, tomando como referencia un modelo ecosistémico. Posteriormente en el Capítulo 4 se expone el método que se utilizó para la recolección y análisis de datos referentes a la violencia de pareja y su relación con la psicopatología infantil, detallando las características sociodemográficas de las muestras y retomando los principales resultados comparando la relación de la violencia de pareja y psicopatología infantil en ambas muestras y retomando las principales cualidades de cada una de las poblaciones estudiadas.

En el Capítulo 5 se desarrolla una propuesta de intervención comunitaria que permitirá trabajar sobre las problemáticas encontradas con base en las características de cada población, en donde se propone la realización de acciones a nivel comunitario que promuevan la parentalidad positiva como un factor de protección ante la violencia de pareja y psicopatología infantil.

Finalmente, se desarrollan las conclusiones y discusión acerca de los resultados encontrados en este proyecto, marcando también las limitaciones y sugerencias para estudios posteriores.

CAPÍTULO 1. CONTEXTUALIZACIÓN: CENTRO COMUNITARIO “DR. JULIÁN MAC GREGOR Y SÁNCHEZ NAVARRO”.

En la intervención clínica infantil se deben considerar no solo los aspectos individuales y familiares, sino que también factores contextuales relativos a la comunidad en donde los niños y niñas se desenvuelven, ya que estos junto con su familia se encuentran inmersos en un contexto con características particulares que marcan diferencias con otros menores de edad de diferentes zonas de la ciudad o del país; de tal forma que considerar las características del barrio o colonia permite entender de una forma más global e integral su contexto, que si bien éste no se puede modificar, se pueden rescatar aspectos importantes de su ambiente; por lo que desde una perspectiva de trabajo psicosocial, conocer y comprender las características de una comunidad o zona en particular amplía la perspectiva para el entendimiento de fenómenos que influyen en el desarrollo integral de una persona.

De esta manera, la finalidad de este capítulo es mostrar de forma general las particularidades de la comunidad de donde se obtuvieron las muestras de esta investigación; principales características sociodemográficas y antecedentes históricos de las colonias en las cuales se realizó el trabajo de campo: Ruiz Cortines, Ajusco y Pedregal de Santa Úrsula

1.1 Historia del Centro Comunitario.

La vinculación con la sociedad siempre ha ocupado un lugar destacado dentro de las actividades de la Facultad de Psicología de la UNAM; formar profesionistas comprometidos con la sociedad, el enriquecimiento de las actividades académicas, así como la estrecha relación con diversas entidades públicas y privadas es la misión de la Coordinación de los Centros de Servicio a la Comunidad Universitaria y al Sector Social cuyo nombre cambió en el 2016 a Coordinación de los Centros de Formación para la Atención e Investigación en Psicología (CCFAIP) (Reidl, 2011).

De esta manera, la Facultad de Psicología ha canalizado importantes esfuerzos a la vinculación académica con la práctica profesional; prueba de ello son los programas de profesionalización impartidos en los centros dependientes de la CCFAIP; que a través de

prácticas en escenarios reales permiten a los estudiantes de licenciatura y posgrado una inmersión en diferentes sedes que proporcionan servicios de atención psicológica; siempre apoyados por el sustento teórico adquirido en el aula y la supervisión en vivo por académicos de la Facultad de Psicología (Centros de Formación para la Atención e Investigación en Psicología, Psicología, UNAM, 2016)

Como parte de este compromiso con la formación profesional y la atención a la comunidad; la UNAM ofrece tanto a la comunidad universitaria como al público en general atención psicológica, educativa, social, atención de educación especial y de sexualidad; servicios con los que busca contribuir a que las personas mejoren su convivencia social, sean capaces de resolver sus problemas y eleven su calidad de vida (Universia México, 2016). Los servicios que se llevan a cabo en el Centro de Prevención de Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez” (CEPREA), Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (CSP) y en el Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro” (CCMG) se encuentran regidos por la Norma de Calidad ISO 9001:2008, garantizando la mejora continua de sus procesos de atención a usuarios externos y supervisión a los estudiantes en formación (usuarios internos). Estos Centros se encuentran distribuidos al sur de la Ciudad de México; uno de estos centros se ubica muy cerca de Ciudad Universitaria, y es el Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”.

En 1979, un grupo de profesores y profesoras, encabezados/as por el Dr. Julián Mac Gregor, realizaron una investigación en la Colonia Ruiz Cortines, fundando el Centro Comunitario de la Facultad de Psicología. Dos años después, en 1981, en el mes de mayo el nombre cambió a Centro Comunitario “Dr. Oswaldo Robles” y para el año 2002, en la administración de la Dra. Lucy Reidl y siendo Jefa del Centro la Mtra. Olga Bustos se finaliza el trabajo de remodelación, lográndose la renovación de los espacios y su acondicionamiento para ofrecer un mejor servicio; de esta manera, en marzo de ese año se reinauguró ya con el nombre Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”.

Junto con la remodelación y acondicionamiento de espacios se han sumado otros esfuerzos en los años siguientes que han permitido ampliar el equipo y mejorar el funcionamiento de muchos espacios. De esta manera, actualmente el centro cuenta con ocho cubículos amueblados, una sala de lectura, sala de juntas, sala de usos múltiples, sala de cómputo, cocina, dos cámaras de Gesell, cuatro equipos de circuito cerrado y grabación, sanitarios para usuarios y para personal (Díaz & Flores, 2011).

En el 2013 el Centro Comunitario a través del Instituto Mexicano de Normalización y Certificación (IMNC), certifica sus procesos de formación en la práctica y atención psicológica con base en la Norma ISO 9001:2008, recertificándose en el 2015.

1.2 Objetivo, Visión, Misión y Valores.

El Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro” se crea con el objetivo de formar a los estudiantes de licenciatura y posgrado de la Facultad de Psicología, para realizar servicios de Intervención Clínica, Intervención Psicoeducativa y Actividades de Promoción de la Salud Mental, a través de las actividades de docencia y servicio en los diferentes modelos que se practican en el CCMG.

Gracias al Sistema de Gestión de Calidad se han establecido lineamientos que permiten dar continuidad y oportunidad de mejora continua a los procesos que se llevan a cabo en el CCMG, enfatizando la formación de los estudiantes (usuarios internos) a través de la atención de calidad a los usuarios externos. El usuario interno se define como el/la estudiante quien está inscrito(a) en algún programa de profesionalización y siendo supervisados en su formación profesional; mientras que el usuario externo es toda persona quien a través de canalizaciones y/o solicitud directa de atención psicológica acuden a algún tipo de servicio en el CCMG.

Para el Centro Comunitario es muy importante que la atención que reciban los usuarios externos sea de calidad; lo cual se logra brindando mayor apoyo y soporte al estudiante que realiza prácticas profesionales en dicha sede, pues es a través de su formación y supervisión constante y de calidad que se garantiza una atención oportuna y adecuada a los usuarios externos, quienes soliciten atención o que sean canalizados.

Toda empresa debe establecer sus objetivos organizacionales y en función de ellos delinear los criterios generales o formular las políticas mediante las cuales busca alcanzar dichos objetivos (Rojas, 2013); así la Misión, Visión y Valores del Centro Comunitario permiten ser un componente importante que abarca las metas y valores éticos bajo los cuales realiza su labor.

Misión. Brindar a las y los estudiantes de la Facultad de Psicología la oportunidad de desarrollar y consolidar sus habilidades profesionales al ofrecer a la comunidad un servicio de calidad, desde una perspectiva psicosocial.

Visión. Lograr que a través de la profesionalización de estudiantes de licenciatura y posgrado se logre incidir en las principales problemáticas que afectan a la comunidad.

Valores. El Centro asume la responsabilidad de actuar, en el desempeño de sus actividades profesionales, académicas y de atención a la comunidad, bajo un criterio rector que garantice en todo momento el bienestar de aquellos que requieran de sus servicios.

- Respeto. El Centro considera que tanto su personal docente y/o administrativo, así como estudiantes de licenciatura, posgrado y miembros de la comunidad, tienen derecho a diferentes formas de pensamiento, creencias y prácticas, y a no ser juzgados o discriminados por ellas, por lo que brinda un trato con equidad y dignidad.
- Profesionalismo. Uno de los principales objetivos del Centro, es brindar la más alta calidad en enseñanza a sus estudiantes, lo que al final redundará en una mejor práctica profesional en beneficio de la comunidad.
- Responsabilidad. Los profesionales del Centro supervisan de manera constante a estudiantes en formación tanto a nivel licenciatura como de posgrado, otorgando la oportunidad de desarrollar y consolidar habilidades profesionales en escenarios reales, siempre bajo su supervisión.
- Sensibilidad. El Centro y su estudiantado buscan conocer y comprender las demandas y necesidades de la comunidad, poniendo énfasis en la equidad y respeto con el objetivo de coadyuvar en el bienestar individual y social. (Centro Comunitario Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro, 2015)(p. 10)

1.3 Servicios de atención psicológica y de formación profesional.

El Centro Comunitario otorga diversos tipos de atención tanto para los usuarios internos y externos, los cuales tienen el objetivo de que ambos (estudiantes en formación y solicitantes) obtengan un servicio de calidad a través de la práctica supervisada de los estudiantes en formación. Al ser estas figuras importantes para lograr los objetivos del CCMG, se explica la atención que cada uno tiene y que está íntimamente relacionada; ya que la atención de las personas que solicitan servicio se da en el marco de los programas de formación en la práctica.

Servicios a usuario interno: Programas de Profesionalización.

La Coordinación de los Centros de Formación para la Atención e Investigación en Psicología, brinda a estudiantes de la Facultad de Psicología la oportunidad de desarrollar y consolidar sus habilidades profesionales en un escenario real a través de su formación en el servicio comunitario.

A lo largo de los años, las diferentes generaciones de estudiantes y la integración de personal académico, así como la demanda de la comunidad a la que se le da servicio, han permitido que el Centro Comunitario vaya creciendo cualitativa y cuantitativamente en espacios, servicios y personal que labora en el mismo.

En el Centro participan programas de licenciatura y de posgrado para la formación de estudiantes tanto del sistema escolarizado, como del Sistema de Universidad Abierta (SUA), mismos que están supervisados por profesoras de la Facultad de Psicología, quienes son responsables de los diferentes programas de formación en la práctica. Así, la formación del estudiante no solo se da a nivel teórico sino también práctico y se enriquece con la retroalimentación de las responsables académicas de los programas de profesionalización.

El seguimiento oportuno de la formación de estudiantes se da gracias al Sistema de Gestión de Calidad (SGC), En este sentido, la Norma ISO 9001:2008 especifica los requisitos para los Sistemas de Gestión de la Calidad aplicables a toda organización que necesite demostrar su capacidad para proporcionar productos que cumplan los requisitos de sus clientes y los reglamentarios que le sean de aplicación, y su objetivo es aumentar la

satisfacción del cliente a través de producto o servicio de calidad que ofrecen. (Rojas, 2013); es decir, planear, controlar y mejorar aquellos elementos de una organización que influyen en satisfacción del cliente y en el logro de los resultados deseados por la organización; con base en lo anterior los procedimientos que actualmente se encuentran certificados en el Centro Comunitario son la intervención clínica y la formación profesional de los alumnos que realizan prácticas en el Centro.

Para lograr la formación de estudiantes de pregrado y posgrado, un eje central de esta institución es la participación permanente de estudiantes que se integran al equipo de trabajo bajo distintas modalidades: a través de alguno de los programas de Formación Profesional Supervisada, prestadores/as de Servicio Social, realizando Prácticas de Asignatura tesisistas o residentes de maestría.

Los programas de Formación Profesional Supervisada constituyen una parte sustancial del Centro Comunitario, ya que contribuye en gran medida a la formación de estudiantes en escenarios reales bajo la supervisión y guía de profesores y profesoras especialistas en diversas áreas; de esta manera no sólo las y los estudiantes se benefician sino que permiten la ampliación de los servicios, de tal forma que la comunidad resulta ampliamente beneficiada.

El CCMG cuenta con tres programas de servicio social: intervención en problemas de conducta en niños preescolares y escolares, promoción de la salud e intervención con adolescentes y evaluación de programas para la formación en la práctica; en donde dependiendo de la supervisora a cargo se definen las actividades a realizar. Además el CCMG es sede los Programas de Maestría en Psicología Escolar en donde se cuenta con el Programa Alcanzando el Éxito en Secundaria (PAES) y Comunidades de Aprendizaje; mientras que en el área clínica se cuenta con la Residencia en Psicoterapia Infantil, Residencia de Psicoterapia con Adolescentes y Residencia en Terapia Familiar.

Además de hacer hincapié en la práctica profesional supervisada, en la última administración se ha enfatizado la investigación como un servicio adicional que se puede otorgar a los estudiantes; esto a través de facilitar la elaboración de tesis o de la implementación de proyectos a largo plazo, promoviendo la creación de diversas líneas de

investigación por parte de alumnos de posgrado, en especial de maestría, que buscan dar respuestas a las principales problemáticas presentes en el Centro Comunitario, siendo un ejemplo de dicho compromiso este proyecto de investigación.

Servicios a usuario externo: atención psicológica.

El Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro” brinda servicio a la comunidad de las colonias aledañas: El reloj, Adolfo Ruiz Cortines, Ajusco, Pedregal de Santa Úrsula, Pedregal de Santo Domingo, La Candelaria, San Pedro Tepetlapa, Díaz Ordaz y Pueblo de Santa Úrsula Coapa. Los tres principales tipos de atención que los usuarios externos pueden recibir son: la intervención clínica, intervención psicopedagógica y ser atendido en alguna actividad de promoción de salud mental como talleres enfocados a padres, niños y adolescentes, Grupos Reflexivos con Perspectiva de Género, cine debate o conferencias; todas estas actividades se realizan con base en las características y principales problemáticas de la comunidad, buscando ser una alternativa de solución a dichos conflictos.

Para la intervención clínica el Centro cuenta con académicos especializados en distintas orientaciones clínicas y formas de trabajo, de esta manera todos/as ellos/as permiten ofrecer servicios de tratamiento diversos y enfocados a distintos grupos de edad; teniendo una diversidad de modalidades de intervención como son el tratamiento individual, familiar, de pareja y grupal dirigido a todos los grupos etarios (Díaz & Flores, 2011).

1.4 Características de la comunidad aledaña al CCMG (muestra no clínica)

Como se mencionó anteriormente el CCMG se estableció para dar servicio a las ocho colonias aledañas al mismo; para fines de éste proyecto se consideraron las tres colonias que están más cercanas al centro: Adolfo Ruiz Cortines, Ajusco y Pedregal de Santa Úrsula; ya que debido a su proximidad reconocen al Centro Comunitario y su labor, lo que facilita la recolección de información y la cooperación de las participantes; asimismo, será en éstas colonias en donde se implementarán actividades de intervención psicológica y

comunitaria que buscarán atender las principales problemáticas detectadas a partir de éste trabajo.

En este apartado se describe el contexto sociocultural de la zona que comprende estas colonias, así como las principales características sociodemográficas de la población y los antecedentes históricos de la comunidad aledaña al CCMG, lo que permite contextualizar la investigación realizada.

Como parte de los antecedentes históricos de la comunidad aledaña al CCMG se encuentra la migración masiva del campo a la ciudad, que comenzó a experimentarse en nuestro país gracias al desarrollo industrial y agudizó los problemas no resueltos de vivienda para los sectores más desfavorecidos; lo anterior alentó la formación de una serie de colonias en la periferia de la ciudad que sirvió para la formación de movimientos y organizaciones populares muy diversas.

A partir de 1940 se inicia el actual desarrollo urbano en la delegación Coyoacán; que inició con la construcción de la Calzada Taxqueña que alivió el tránsito de la calle Francisco Sosa. Después al construirse la Ciudad Universitaria en 1954, se trazó hasta ella la Avenida Universidad; sobre el Río Churubusco ya entubado se dispuso una vialidad y la Avenida Cuauhtémoc se prolongó hacia el sur (Gobierno del Distrito Federal, 2013).

Con el incremento de la población, los problemas de vialidad, carencia de infraestructura y servicios comenzaron a agudizarse. A pesar de contar con arterias que integran las nuevas colonias al resto del Distrito Federal, la concentración masiva y prolongada de la población tendió a sobresaturar las redes de infraestructura (Gobierno del Distrito Federal, 2013).

Posteriormente entre los años de 1960 y 1970 se inició la formación de las colonias de los Pedregales (Santo Domingo, Ajusco y Santa Úrsula). A partir de esa década, el crecimiento poblacional en la delegación se concentró en este sector, el cual se desarrolló de manera anárquica y con tendencia a la concentración de habitantes. El principal problema en esta zona fue la dificultad para la introducción de los servicios de infraestructura y la falta de espacios adecuados para el esparcimiento de la población. Actualmente la gran

concentración de habitantes en los Pedregales, no ha podido revertir completamente la carencia de infraestructura y servicios (Gobierno del Distrito Federal, 2013).

La zona conocida como los pedregales (que incluye las colonias Pedregal de Santo Domingo, Ajusco, Adolfo Ruíz Cortines y Pedregal de Santa Úrsula) es considerada una de las zonas más densamente pobladas y con una carencia importante de servicios e infraestructura (Gobierno del Distrito Federal, 2010). Los Pedregales de Santo Domingo se encuentran en un suelo totalmente volcánico, producto de años de erupciones del volcán Xitle; lo cual lo vuelve un suelo muy difícil para la construcción de viviendas; sin embargo, esto no fue impedimento para que a principios de los años setenta cientos de personas llegaran ahí buscando un lugar para vivir; dado que el suelo tenía esas dificultades, la construcción de las viviendas fue un trabajo colectivo.

Poco tiempo llevaba el proceso de urbanización, cuando el Instituto Nacional para el Desarrollo de la Comunidad Rural y de la Vivienda Popular (INDECO) expropió la tierra comunal llamando la atención del entonces Departamento del Distrito Federal (DDF) para destinarla al desarrollo de programas de habitación popular en la zona. En 1973, el Fideicomiso de Desarrollo Urbano Ejidal (FIDEURBE) inició los trámites para regularizar la zona; así los Pedregales quedarían sujetos a las normas de regulación urbana enviadas desde el DDF y poco después se introdujeron los servicios de agua y luz (Alfaro, Burgueño, Cervantes, Pérez, & Vázquez 2016).

El proceso de regulación culminó en 1993 cuando se expidió un decreto para que la Dirección General de Regulación Territorial fuera la única institución a cargo de regular los lotes (Las ZODES sin futuro: la lucha de los pedregales en Coyoacán, 2015). En la Delegación Coyoacán se presentan zonas con tenencia irregular, algunas consolidadas y otras en proceso, cuya problemática ha sido señalada desde 1997 y subdividida en dos categorías, la primera territorializada en la zona de conflictos agrarios derivados de expropiaciones a tierras ejidales y comunales, correspondiendo al Ejido Viejo de Santa Úrsula, San Francisco Culhuacán y la zona de Pedregal de Santo Domingo. A la fecha, la Comisión para la Regularización de la Tenencia de la Tierra (CORETT), en coordinación

con la Secretaría de la Reforma Agraria (SRA), sólo han avanzado en la regularización de las Colonias Adolfo Ruíz Cortines y Pedregal de Santa Úrsula.

La segunda, corresponde a la ocupación irregular de predios de propiedad particular y del Gobierno del Distrito Federal, básicamente localizada en la zona de los Pedregales, la cual ha experimentado un fuerte incremento de población sin un proceso simultáneo en la regularización de las nuevas subdivisiones. Esto es notorio cuando en la misma calle o manzana se pueden encontrar casas perfectamente construidas, departamentos y se observan lotes en donde no hay una construcción planificada o terminada. Esta situación contribuye a que en la zona aún haya marginación en el acceso a servicios. Por otra parte, en la zona junto con su función habitacional predominante, la ubicación del centro educativo más importante del país, Ciudad Universitaria, permitió a esta delegación diversificar su rol en la estructura urbana, con la generación de zonas de servicios alternos (Gobierno del Distrito Federal, 2013)(p. 4).

Estos antecedentes permiten comprender fenómenos actuales en la zona, como lo son el elevado activismo político de la población; sin embargo para tener una visión más completa de las colonias también se requiere contar con información reciente que brinde una fotografía actualizada de esta población.

Con el objetivo de poseer información reciente de esta zona; en el 2016 alumnos del Programa de Servicio Social (Alfaro et al., 2016) realizaron una búsqueda en diferentes bases de datos para tener información precisa en relación a datos sociodemográficos de la población, servicios en las viviendas, acceso a servicios de salud, población económicamente activa y servicios educativos y culturales de la zona; de dicho trabajo se retoma la información más importante, considerando solo la correspondiente a las colonias mencionadas anteriormente.

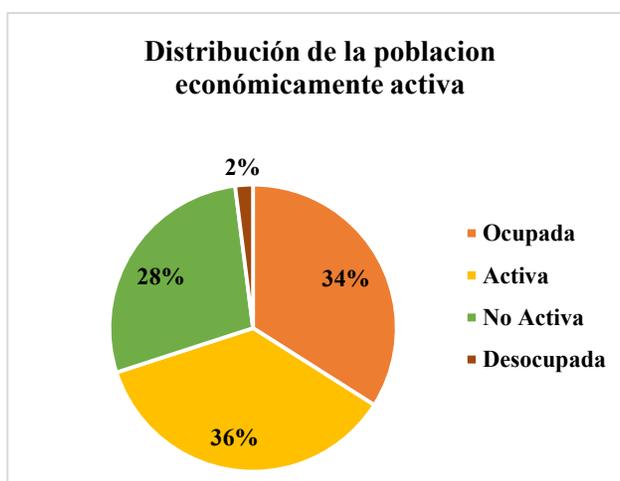
La población de la colonia Adolfo Ruiz Cortines, Ajusco y Pedregal de Santa Úrsula, se divide en un 50% de población femenina y otro 50% compuesto por varones. En cuanto a los rangos de edad el 13% de la población corresponde a niños(as) entre los 3 y 5 años de edad, 33% entre los 6 y 11 años, 15% está integrado por jóvenes entre los 12 y 15 años; es

decir, que del total de ésta población 61% corresponde a por menores de edad entre los 3 hasta los 15 años; cifra importante que revela que la población es mayormente joven.

En los hogares de esta zona, 31% es llevado por una mujer que es jefa de familia, y en el 69% el jefe de familia es un varón; este dato muestra que cada vez más mujeres llevan un rol económicamente activo en casa, ya que son la principal o única fuente de ingreso familiar. En relación a la población económicamente activa, esta es definida y clasificada por el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) de la siguiente forma:

- Población ocupada: personas de 12 y más años de edad que en la semana de referencia realizaron alguna actividad económica durante al menos una hora. Incluye a los ocupados que tenían trabajo, pero no lo desempeñaron temporalmente por alguna razón, sin que por ello perdieran el vínculo con este; así como a quienes ayudaron en alguna actividad económica sin recibir un sueldo o salario.
- Población económicamente activa: lo que implica que a personas de 12 y más años de edad que tuvieron vínculo con la actividad económica o que lo buscaron en la semana de referencia, por lo que se encontraban ocupadas o desocupadas.
- Población no económicamente activa: personas de 12 y más años de edad que en la semana de referencia únicamente realizaron actividades no económicas y no buscaron empleo.
- Población desocupada: personas de 12 y más años de edad que en la semana de referencia buscaron trabajo porque no estaban vinculadas a una actividad económica o trabajo.

Figura 1.1 Distribución de la población económicamente activa de la comunidad aledaña al CCMG

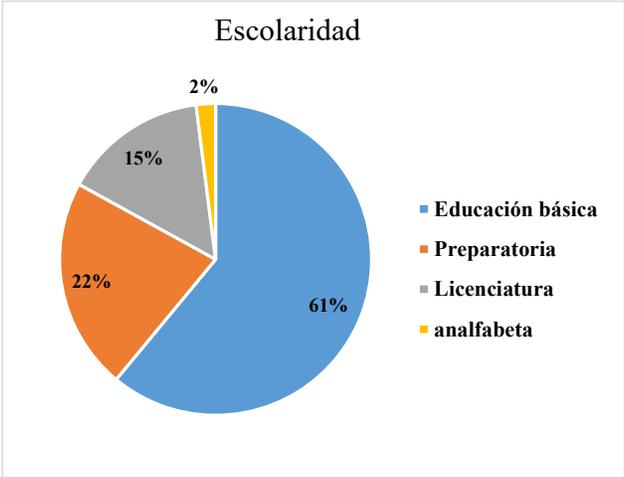


Con base en estos datos y en comparación con los grupos de edad, se puede deducir que los menores (a partir de los 12 años) son incorporados a actividades laborales no remuneradas, lo cual se podría explicar dado que la mayor actividad económica de la zona es el comercio; estas tres colonias son reconocidas por la Delegación como *centros de barrio* ya que se ubican al interior de colonias habitacionales, cuentan con equipamientos, actividades comerciales y de servicio básico cuyo rango de influencia es el barrio, en ellos los giros permitidos son limitados y se consideran de bajo impacto (Gobierno del Distrito Federal, 2010). Los giros comerciales son diversos e incluyen desde tiendas, estéticas, tortillerías, hasta consultorios médicos, odontológicos y veterinarios (Figura 1.1).

Por otra parte, el nivel educativo de esta población abarca desde educación básica hasta licenciatura, lo que refleja que el índice de analfabetismo sea muy bajo (Figura 1.2). Sin embargo, la escolaridad de la mayoría de la comunidad se encuentra por debajo del promedio para la Ciudad de México el cual es de 11.1 grados de escolaridad (hasta segundo año de preparatoria aproximadamente) (INEGI, 2016); mientras que los años de escolaridad del 61% de la comunidad son 9 (equivalente a la secundaria terminada). El acceso a servicios educativos de las colonias es diverso ya que cuentan con un total de 42 escuelas que abarcan desde el nivel preescolar hasta la secundaria, adicionalmente en la zona

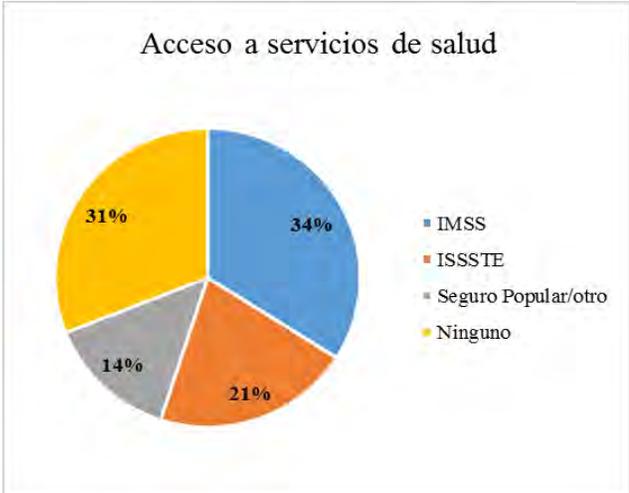
cercana se encuentra Ciudad Universitaria y otras instituciones de nivel medio superior y superior privadas.

Figura 1.2 Nivel de escolaridad en la comunidad aledaña



Un factor que permite un desarrollo óptimo en la población es el acceso que tiene a servicios de salud; en el caso particular de estas colonias un porcentaje importante de la población de esta zona no cuenta con acceso a servicios de salud pública o privada (Figura 1.3)

Figura 1.3 Población con acceso a servicios de salud pública.



De acuerdo con la Ley General de Salud es un derecho constitucional el acceso a la protección de la salud y al no contar con acceso a éstos se considera que una persona se encuentra en situación de carencia por la restricción a los servicios de salud; en el Distrito Federal, 32% de la población no tiene acceso a éstos servicios (Consejo Nacional de la Evaluación de la Política de Desarrollo Social. CONEVAL, 2016). Por lo que en ésta comunidad la cifra concuerda con datos a nivel estatal.

Como se mencionó, la forma en la que estas colonias han crecido, la tenencia y regularización de las tierras ha dificultado que en la zona aún no esté cubierto de forma total el acceso a servicios públicos básicos; según los datos obtenidos por Alfaro et al. (2016) 98% de las viviendas cuentan con agua entubada, luz y drenaje; mientras que el acceso a bienes como refrigerador, lavadora y televisión se cubre en 85% aproximadamente; un menor porcentaje (40%) cuenta con automóvil y computadora; el acceso a teléfonos celulares y línea telefónica es de aproximadamente 70%, mientras que el servicio que menor cobertura tiene es el de internet, en donde 33% de la población de la zona cuenta con éste servicio.

A pesar de que los servicios básicos públicos aún no tienen una cobertura total en la zona, en las mismas colonias y a sus alrededores se cuenta con recursos culturales y recreativos cercanos; como son el Museo Casa Frida Kahlo, Museo Nacional de las Intervenciones, Museo Diego Rivera Anahuacalli al cual la población de la colonia tiene acceso gratuito si presenta un comprobante de domicilio; el Museo Universitario de Arte Contemporáneo (MUAC); Universum. Museo de las Ciencias y el Museo del Automóvil, así como el Parque Huayamilpas en donde se pueden realizar diversas actividades recreativas y deportivas. Se puede observar que la colonia tiene acceso a una diversidad de servicios al ubicarse cerca de vías de comunicación, estaciones de metro cercano, lo cual le permite tener una diversidad de recursos y alternativas para la recreación, esparcimiento y la educación.

Con base en la información hasta aquí descrita, se puede decir que la zona de los pedregales como una comunidad de contrastes en donde el acceso a servicios básicos no está cubierto en su totalidad, pero que por otra parte está lleno de recursos culturales y educativos que

permiten dar atención a la población que más se puede nutrir de ellos, que son los jóvenes que componen más de la mitad de la población de la zona. La falta de acceso a servicios de salud en un tercio de la población los coloca en una situación de vulnerabilidad en donde sus necesidades de atención en caso de alguna enfermedad no pueden ser atendidos por alguna institución pública, en éstos se incluye el acceso a servicios de salud mental; de ahí que el Centro Comunitario es un recurso importante para aquellas personas quienes buscan atención psicológica, ya que permite una atención adecuada y asequible para esta población.

Esta zona también cuenta con altos índices de violencia, sin embargo, no se cuenta con datos actualizados ni específicos sobre las principales situaciones presentes en la comunidad, estas referencias se han deducido a partir de los diversos casos de violencia que han sido atendidos en el CCMG y que son de mujeres que viven en la zona aledaña al centro. Por lo que el conocer los índices de violencia de pareja a partir de cuestionarios estandarizados y aplicados específicamente en ésta población permite tener datos más precisos en torno a esta problemática.

1.5 Comunidad interna del CCMG (muestra clínica).

El CCMG es un centro de formación que busca la profesionalización de estudiantes a través del servicio comunitario, el cual ha definido procedimientos que permiten la adecuada administración de los procesos de ingreso, atención supervisada y egreso de los usuarios que son atendidos en el CCMG en los diferentes servicios que éste ofrece, tanto de forma individual, grupal o en alguna actividad de promoción de salud mental. Para tener una mejor comprensión de dichos procedimientos se presenta una breve descripción de los principales procesos implicados en la atención psicológica dirigida a los usuarios externos; primero se describe el proceso de atención para intervención clínica y los dos diferentes canales de recepción de solicitudes así como los principales motivos de consulta; después se describe la forma en que se realizan las actividades de promoción de salud mental y las principales temáticas y población atendida a través de ésta modalidad.

Pre-registro

Como se explicó anteriormente el centro tiene dos usuarios principales el usuario interno y usuario externo el cual recibe atención por parte de los estudiantes en formación en algún servicio que otorga el CCMG. Al depender de la Facultad de Psicología, el centro se rige por el calendario académico de la UNAM y bajo este calendario es que se abren las listas de pre-registro para que las personas puedan solicitar atención; es decir, existen periodos específicos para la solicitud de servicio, lo cual ha permitido optimizar la atención a las personas que lo solicitan. Las fechas de pre-registro se establecen al inicio de cada semestre por el Comité de Calidad; el solicitante puede comunicarse vía telefónica, ser canalizado o acudir personalmente al Centro, así el procedimiento de atención a usuarios se resume de la siguiente forma:

1. El solicitante pide informes de atención clínica o psicopedagógica de manera personal o telefónica, se le informa que sus datos personales se capturan en la base de datos de pre-registro en las fechas que la jefatura indique de acuerdo a la capacidad de atención del Centro; en un horario de lunes a viernes de 8 a 20 horas. El día que se pre-registran se les indica la fecha en que deberán asistir a la reunión para el registro formal de la atención. Los datos que se piden para registrar al solicitante en la base de datos de Pre-registro son: nombre del solicitante, en caso de ser menor de edad también es importante el nombre del padre o tutor, domicilio, edad, sexo, correo electrónico, teléfono, horario para contactarlos. Si la atención es de promoción de la salud mental, se anotará en la lista de la actividad en la cual quiere participar.

2. Si el solicitante que se pre-registra no asiste a la reunión para el registro formal de la atención, su pre-registro se cancela. Esta reunión tiene el objetivo de poder explicar la forma en que labora el CCMG, alcances y limitaciones del trabajo a realizar.

3. Si después del registro formal de la solicitud de servicio, el solicitante no llama o no asiste a la cita asignada, su solicitud queda cancelada. Los datos que se registran en la solicitud de servicio son, además de los que se solicitan en el pre-registro, si son estudiantes o personal de la UNAM, ocupación, total de miembros de la familia, monto de ingresos familiares y dependientes económicos, motivo de consulta, canalizaciones o tratamientos previos, enfermedad o tratamiento actual. Esta solicitud deberá ser llenada y firmada por el solicitante, padre, tutor o representante.

4. Recibidas las solicitudes se analizan para evaluar que el Centro Comunitario sea la mejor opción para la atención, de lo contrario se realiza una canalización a otra institución adecuada para que sea atendido; después de la revisión la Jefatura asigna el número de usuarios a cada Programa, dependiendo la capacidad de atención del CCMG, esta asignación se hace respetando el orden de registro de los solicitantes para su asignación a entrevista inicial.

5. Una vez que el solicitante llama para confirmar su cita, se le asigna una fecha de entrevista de primera vez según la disponibilidad de horario y capacidad de atención reportada por los responsables académicos y se informa al responsable del programa de formación la asignación final de usuarios.

6. Después de la asignación se solicita al responsable del programa de formación el resultado del primer contacto con el solicitante, eso permite saber cuántas personas de las que solicitan atención la inician y cuantas se dan de baja.

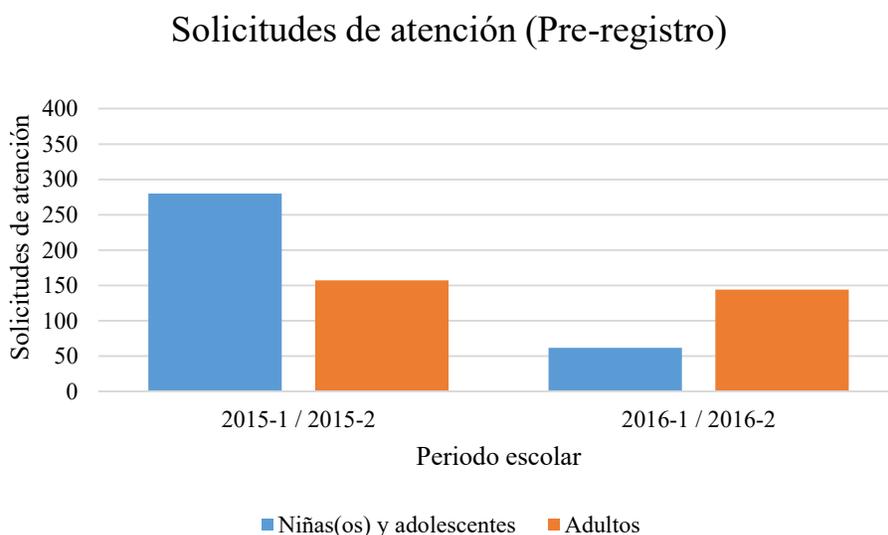
En este punto el solicitante aún no se considera como un usuario en activo del Centro Comunitario; sin embargo, gracias al procedimiento de pre-registro se puede conocer información relativa a los motivos más comunes por los cuales la gente solicita atención de los servicios del CCMG.

En el periodo escolar 2015-1 y 2015-2 (que comprende de agosto del 2014 a julio del 2015) se recibieron 437 solicitudes (53.3% mujeres y 46.7% hombres); en particular en éste periodo la mayor cantidad de solicitudes fue para niños(as) y jóvenes, mientras que en el periodo escolar comprendido entre el semestre 2016-1 y 2016-2 (que va de agosto del 2015 a junio del 2016) se recibieron 206 solicitudes de atención; siendo la población adulta la que más solicitó atención en el CCMG (Figura 1.4)

En cuanto a la modalidad de intervención que más solicita la población en el periodo 2015-1/2015-2, un 90% de las personas solicitaron atención individual, 2.7% atención en el programa de Enseñanza Inicial de Lectura y Escritura (EILE), 4.1% buscó atención familiar y 2.3% buscaron ser atendidos en pareja. Mientras que en el periodo 2016-1/2016-2 Alfaro et al. (2016) encontraron que 90% de las solicitudes son para atención individual y 10% piden atención familiar.

Para poder procesar la solicitud de atención, es preciso que las personas que asistan a la junta informativa y proporcionen el motivo por el cual requieren el servicio; esto permite saber si en el Centro Comunitario cuenta con un programa que pueda brindarles la atención que necesitan. Para los periodos escolares antes mencionados, el motivo de consulta más frecuente para los niños (as) entre 3 y 12 años son los problemas de conducta (Figura 1.5), seguidos de los problemas de aprendizaje y otros en los cuales se engloban situaciones referidas por las madres y los padres como conflictos familiares, periodos cortos de atención y concentración, ansiedad y problemas de lenguaje.

Figura 1.4 Comparativo solicitudes de atención en el CCMG en el periodo escolar 2015-1 al 2016-2



Mientras que para el mismo periodo, el motivo de consulta más común para los adolescentes también son los problemas de conducta (Figura 1.6)

Figura 1.5. Distribución de los principales motivos de consulta para niños(as) en el periodo escolar 2015-1 a 2016-2.

Motivos de consulta en niños(as) en el periodo escolar 2015-1 a 2016-2

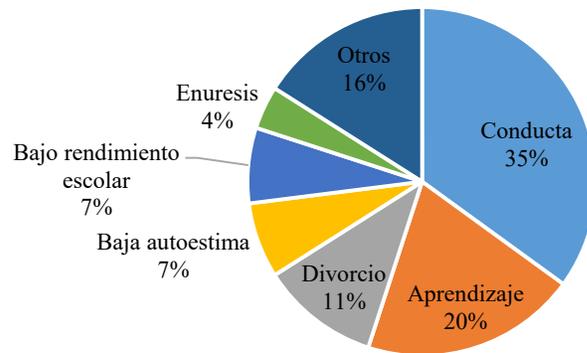
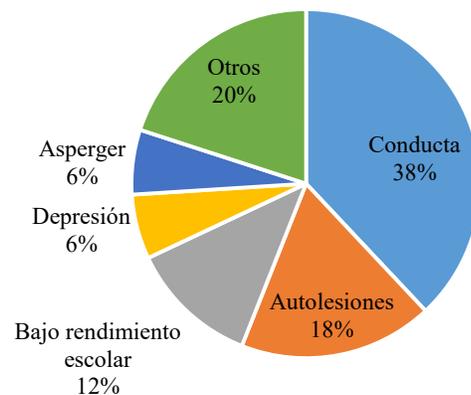


Figura 1.6 Distribución de los principales motivos de consulta para adolescentes en el periodo escolar 2015-1 a 2016-2.

Principales motivos de consulta en adolescentes en el periodo escolar 2015-1 a 2016-2



Los problemas que más reportan los tutores y por el cual solicitan la atención para adolescentes al igual que en los niños, son problemas de conducta, seguidos de las

solicitudes para atender conflictos familiares, evaluaciones psicopedagógicas y de orientación sexual.

Estos datos solo consideran el motivo de consulta de los tutores; los problemas de conducta son las más recurrentes en ambos grupos de edad, estos son referidos por los padres o tutores como que “no hacen caso”, que “son inquietos”, que son enviados por la escuela porque “no ponen atención”, “todo el tiempo están moviéndose”, “no se pueden estar quietos”, etcétera (Alfaro et al., 2016).

Canalización externa

Otra forma en la que los usuarios llegan al CCMG es por medio de canalizaciones externas; las cuales son solicitudes directas por parte de diversas entidades para que las personas sean atendidas en el CCMG; lo cual implica que instituciones de salud y educación conocen la labor del Centro. Las instituciones que más canalizaciones realizan al Centro Comunitario son: el Hospital Psiquiátrico Infantil (HPI) “Dr. Juan N. Navarro”, La Escuela Primaria “Espartaco”, Escuela Primaria “Liberal”, la Escuela Secundaria Técnica 40 “Virgilio Camaco Paniagua”, la Telesecundaria “Juan Amos Comenio” y las Escuelas Preescolares “Gral. Manuel González Otega” y “República de Nicaragua”; en donde varias de ellas se encuentran en las cercanías del centro (a excepción del HPI); de hecho, la primaria Liberal se encuentra a unos cuantos metros; en total el 82% de las canalizaciones provienen de escuelas, de éstas al menos el 50% se encuentra en las zonas aledañas al Centro Comunitario, por lo que el CCMG es considerado un recurso de atención por las instituciones educativas de la zona.

En este punto se puede observar que del total de las solicitudes de pre-registro y las canalizaciones de otras instituciones el 46% son solicitudes de atención para menores de edad, en su mayoría por problemas de conducta; esta información da una pauta importante para tener un panorama general de la demanda de servicios de atención en salud mental en la comunidad, donde el principal foco de atención reside en la atención a menores de edad.

Entrevista inicial

El siguiente paso en el proceso de atención, es que el usuario asista su entrevista inicial; la cual tiene el propósito de obtener la información necesaria para conocer a detalle el motivo de consulta del usuario externo, la etiología y efectos en las áreas de desarrollo; determinar la posibilidad de intervención mediante alguno de los servicios que ofrece el Centro Comunitario, o si lo requiere el caso, hacer la referencia adecuada a otras instituciones. Este procedimiento se lleva a cabo llevando la siguiente secuencia general:

1. El estudiante o el responsable del Programa verifica el arribo del usuario externo al CCMG en todo momento. El estudiante debe estar en constante supervisión para tener un amplio conocimiento y revisión teórica supervisada sobre el enfoque que atienda la problemática del usuario, adecuada al grado de estudios que tenga y habilidades que posea ya sea de pregrado o posgrado. En caso de ser menor de edad se entrevistará al padre, madre o tutor legal. Regularmente en la primera sesión se realiza el llenado de formatos que conformarán en expediente del usuario; estos formatos incluyen: ficha de identificación la cual sirve para tener el nombre completo del usuario, número telefónico de contacto, dirección y correo electrónico, y en caso de ser el usuario un menor de edad se agregan además los datos de los padres y/o tutores; otro formato requerido es el estudio socioeconómico; que facilita la obtención de información sobre el acceso a diversos bienes y servicios así como saber la principal fuente de ingreso económico; y por último el consentimiento informado el cual tiene la función de informar al usuario que sus datos serán protegidos, los lineamientos y alcances del trabajo a realizar y que la atención brindada se da en el marco de una formación profesional haciendo un uso ético y responsable de la información obtenida durante el servicio brindado.

2. Una vez finalizada la evaluación apropiada a la problemática del usuario externo, el estudiante debe cumplimentar en todos los casos el formato de Evaluación Diagnóstica y el informe de la entrevista y/o evaluación psicodiagnóstica previamente revisado por el responsable del Programa de Formación. Los demás formatos que son proporcionados a los usuarios difieren de acuerdo a la edad y al tipo de atención individual o familiar.

3. Con base en la información derivada de la Evaluación Diagnóstica, se realiza una canalización interna a los usuarios al servicio que más se ajuste a las necesidades detectadas: Psicoterapia infantil, Psicoterapia familiar, Psicoterapia con Adolescentes, Terapia Cognitivo Conductual o alguna intervención psicoeducativa. En la Evaluación Diagnóstica se incluye una impresión diagnóstica clara y concisa especificando las hipótesis clínicas iniciales, que sustenten la canalización o derivación del usuario externo a un servicio interno o externo.

4. La canalización externa se realiza a pacientes que presenten indicios de problemas severos de adicción, padecimientos psiquiátricos, del área de educación especial y/o daño neurológico, así como las solicitudes de peritajes psicológicos.

Intervención clínica

La intervención individual es de los servicios que mayor demanda tienen en el centro, la cual inicia una vez realizado el proceso de evaluación antes mencionado y puede comenzar cuando la canalización es interna; es decir, que un psicólogo de otro programa considera que se debe realizar una intervención; para esto se requiere una revisión por parte del responsable del programa de formación para determinar la conveniencia de la recepción del usuario externo en su programa y el acuerdo de la Jefatura con el responsable del programa.

El psicólogo atenderá a los usuarios externos que solicitan un servicio psicológico de acuerdo al enfoque terapéutico que maneje y las necesidades del usuario; y la atención puede ser recibida directamente por el responsable del programa o por el estudiante en formación ya que la participación del estudiante dependerá del semestre en el que se encuentre y de los conocimientos y habilidades con las que cuente, por lo que su intervención puede ser paulatina (observación en cámara de Gesell, co-terapia con profesor/a y terapia con observación supervisada) a criterio del supervisor o responsable del programa.

De acuerdo con las necesidades del usuario externo y el enfoque terapéutico, se define bajo supervisión el alcance y tipo de tratamiento, o su canalización. Cuando el estudiante está a cargo del tratamiento, la supervisión puede ser a través de la Cámara de Gesell, narración, circuito cerrado de televisión, videgrabación o audio. Lo anterior se realiza para garantizar

la calidad en la formación del estudiante que repercutirá en la atención dada al usuario; de forma general el procedimiento se lleva a cabo de la siguiente forma:

- 1 Están al pendiente de la llegada del usuario externo en la recepción.
- 2 Recibe a usuario externo y le indica el lugar de la intervención clínica
- 3 Retoma la información del expediente para dejar en claro motivo de consulta; definen objetivos terapéuticos y menciona la forma de trabajo.
- 4 Inicia el desarrollo de la Intervención.
- 5 Pide al usuario externo que comente lo trabajado en la sesión anterior. El usuario comenta con el responsable o el alumno lo trabajado. Solicita la participación activa del usuario externo durante todas las sesiones y éste participa activamente en las sesiones según lo establecido para trabajar con el tema a resolver. Llegado el momento, el alumno indica que la sesión está a punto de acabar y propone tareas y/o reflexiones entre una sesión y otra, pregunta al usuario externo cómo se sintió durante la sesión. Realiza comentarios sobre lo revisado en la sesión y se da por terminada la sesión.
- 6 Una vez que el paciente se haya retirado, el estudiante realiza el reporte de sesión para integrar en el expediente.
- 7 Los criterios de alta se establecen de acuerdo con el supervisor, mientras que la baja del servicio en el Centro se da a partir de 3 inasistencias. En cualquiera de los dos casos, el usuario debe llenar un formato de satisfacción en torno a la atención recibida en el CCMG y el estudiante o académico llena un formato de alta/baja para dar por terminado el proceso del usuario.

Es importante señalar que este procedimiento explica el *qué* se debe hacer en una intervención más no el *cómo*, ya que la forma de trabajo dependerá del académico responsable, orientación clínica y de los objetivos del programa de formación.

Como se describe en el procedimiento de atención la supervisión del estudiante se vuelve fundamental para brindar el servicio; ya que tiene como objetivo proporcionar a los estudiantes una supervisión adecuada a su nivel de competencias iniciales, que le permita en forma gradual alcanzar los objetivos teóricos- prácticos del Programa.

De acuerdo con el manual de procedimientos del CCMG la supervisión tiene como alcance los estudiantes inscritos en el programa de formación supervisada, prácticas en escenarios especializados, servicio social y responsable del programa. La retroalimentación al estudiante se realizará en el marco de respeto y no enjuiciamiento y en al menos tres momentos a lo largo del programa. Cuando el estudiante sea el responsable de la intervención, el supervisor determinará su intervención o detiene su sesión (Centro Comunitario Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro, 2015) El procedimiento de ésta supervisión se puede resumir de la siguiente forma:

1. El supervisor y/o académico responsable explica al grupo la actividad que hay que realizar y selecciona a los estudiantes participantes.
2. El estudiante asiste a la cita y recibe al usuario externo.
3. El responsable académico realiza la intervención del usuario externo y el estudiante observa la intervención que realiza el responsable del programa.
4. Analizan la intervención basándose en el marco teórico del programa y proponen actividades para interacciones subsecuentes.
5. Realiza la intervención y el responsable del programa observa la interacción de los estudiantes.
6. Análisis de la intervención en base al marco teórico del programa.
7. Análisis de interacción estudiante(s)- usuario(s) y se realiza una retroalimentación acerca del desarrollo de la sesión de las competencias adquiridas.
8. Al finalizar el programa el responsable académico realiza una retroalimentación del estudiante la cual se anexa a al expediente del estudiante, esta evaluación se realiza al inicio, a la mitad y al final del programa.

En resumen, un usuario externo que solicita atención individual es atendido en un primer momento en evaluación, la cual comienza con una entrevista inicial, para posteriormente ser atendido en intervención clínica en modalidad individual, grupal o familiar.

En el periodo escolar comprendido del 2016-1 y 2016-2 se atendieron a 852 usuarios externos de los cuales el 46% eran niños y adolescentes hasta los 19 años de edad, siendo una mayor cantidad de niños los atendidos tanto en intervención como evaluación (Alfaro et al., 2016). Las estadísticas relacionadas con esta población se obtienen de un registro

mensual que tiene el objetivo de conocer la cantidad de usuarios que atiende cada alumno de forma mensual, sexo, grupo de edad, modalidad de intervención y la impresión diagnóstica del usuario externo.

De estas intervenciones clínicas (tanto en evaluación como algún tipo de intervención), en el periodo semestral 2016-1 y 2016-2 se realizaron un total de 66 altas de usuarios, esto significa que los usuarios terminaron su proceso de intervención de manera satisfactoria o que después de la evaluación no se requirió más atención por parte del Centro Comunitario; mientras que en el mismo periodo hubo un total de 142 bajas de usuarios, estas se pueden deber a que por alguna razón no concluyeron su atención de evaluación o intervención en el CCMG, la gran cantidad de bajas también se puede deber al tiempo de espera que ocurre entre el término de la evaluación y el comienzo de la intervención psicológica, la cual con base en los registros se ha prolongado hasta por un año.

Actividad de promoción de salud mental.

Aunque una de las modalidades de trabajo que más demanda tiene en el centro es la atención clínica individual, las actividades de promoción de salud mental son una opción más de atención que puede otorgar el centro; las actividades se desarrollan en función de los programas establecidos y/o de la detección de necesidades en la población de la comunidad interna y externa al centro.

El procedimiento para la realización de una actividad de promoción de salud mental requiere planeación; ya que con tres semanas de anticipación se envían a la jefatura del CCMG las cartas descriptivas del taller, y las propuestas de carteles para la difusión de la actividad. El procedimiento para la elaboración e implementación de la actividad se lleva de la siguiente manera:

1. El supervisor solicita al estudiante revise marco teórico sobre tema del programa, defina los objetivos a trabajar para la realización de la carta descriptiva de la actividad, la cual se elabora con base en los objetivos planteados y de acuerdo al marco teórico revisado.

2. Una vez elaborada la carta descriptiva la propuesta se presenta a la Jefatura del Centro comunitario quien revisa horarios y espacios disponibles para que se lleve a cabo.

Aprobada la propuesta se asigna un espacio y horario, y se elabora la propuesta de difusión en cartel el cual también es revisado, ya que debe contener lineamientos básicos para su aprobación: Los escudos de la UNAM y de la Facultad de Psicología; los nombres del Centro y las dependencias participantes: Facultad de Psicología, UNAM; Coordinación de los Centros de Formación para la Atención e Investigación en Psicología, Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”, Título del evento, Población a la que se dirige; Horario(s), Fecha (s) y costo. Descripción breve de la actividad (Recomendable). Nombre de la/el responsable académico y de las/los coordinadoras/es (si es el caso). Dirección del Centro Comunitario y Teléfono del Centro Comunitario.

En el periodo semestral 2016-1 y 2016-2 se realizaron 31 talleres, donde 65% estuvieron enfocados a población adulta, 19% a niños, 8% a adolescentes, y 6% incluía actividades con padres e hijos (Alfaro et al., 2016). Sin embargo, de las actividades orientadas a adultos 46% de ellas tienen temáticas que van relacionadas a la población infantil, por ejemplo: “comprendiendo a nuestros niños”, “juegos que conectan con mi hijo”, “abuelos y abuelas que cuidan de sus nietos ¿un acto de amor o responsabilidad?”, “Padres e hijos ¿amigos o enemigos?, ¿Qué hago con mi hijo adolescente?”, “Desarrollo infantil y salud mental” “Padres asertivos. Mejorando la comunicación con mis hijos”. Esto indica que tanto en la atención individual como en la grupal, la principal motivación de los adultos que buscan algún tipo de atención en el CCMG es en relación a temas de desarrollo infantil.

En este tiempo se atendió a 152 personas, teniendo un promedio de asistencia de 5 personas por cada taller. De las actividades realizadas, la que más asistentes presentó fue taller titulado “negociando con mi pareja” y en el cual se abordan temáticas relacionadas con la dinámica de pareja, relaciones de poder, comunicación, negociación y violencia en la pareja.

Con base en las estadísticas de atención al usuario, se observa que la mayoría de la atención que se solicita en el Centro Comunitario está enfocada en la población infantil; dicha atención puede ser abordada de forma directa en atención clínica o psicoeducativa individual o de forma indirecta a través de aquellos padres buscan recursos

psicoeducativos en temas relacionados con la infancia y crianza; estos servicios abarcan más de la mitad de la atención en el CCMG.

Por otra parte, los índices de altas vs bajas de usuarios externos es un punto importante a tomar en cuenta y una oportunidad de mejorar para el Centro; ya que el tiempo de espera para intervención clínica individual es prolongado, es importante se consideren otras modalidades de atención para la población. Por ejemplo, se observa que la atención grupal en talleres o actividades de promoción de salud mental, también puede ser un recurso importante para cubrir la demanda de atención tanto a los padres, madres o cuidadores que solicitan atención para sus hijos(as); ya que en la intervención clínica individual con niños(as) el trabajo con los padres es imprescindible si se quieren lograr avances importantes en el tratamiento del menor. Otro dato que refuerza la importancia de poder realizar intervenciones a nivel grupal o comunitario, es que la mayoría de escuelas a los alrededores reconocen al Centro Comunitario como un recurso para la atención de menores de edad; principalmente de niños y niñas en edad preescolar y escolar.

Algo que dificulta la atención en salud mental es la idea de que la gente sea la que se acerque a los centros donde se otorgan éstos servicios; sin embargo, se sabe que el tiempo que una persona tarda en buscar atención se puede prolongar hasta 14 años (Medina Mora, 2007), por lo que una manera de poder acercar las intervenciones preventivas y de rehabilitación, es a través de atención grupal y comunitaria; las cuales permitirían atender a la población con mayor riesgo, que es la población infantil y las mujeres.

CAPÍTULO 2. VIOLENCIA DE PAREJA.

La investigación relativa a la violencia contra la mujer es reciente, el preocupante incremento a nivel mundial ha promovido el aumento de información importante que permite entender tan complejo fenómeno. En este capítulo se muestran de manera breve las principales diferencias entre los conceptos que comúnmente se utilizan para referirse a la violencia contra la mujer; como la violencia de género, familiar y de pareja y se enlistan los diferentes tipos de violencia de pareja.

Se retoma el modelo ecosistémico que permite tener una visión integral de la violencia de pareja; se presentan datos a nivel mundial y nacional sobre la presencia de éste fenómeno en las mujeres de nuestro país tomando información de las dos encuestas más importantes a nivel nacional. Después se abordan las principales consecuencias que ésta violencia acarrea en la salud de la mujer que la padece y la forma en que afecta su entorno; finalmente se muestran los principales instrumentos utilizados a nivel nacional e internacional que facilitan la detección oportuna de violencia.

2.1 Violencia contra las mujeres: violencia de género, violencia familiar y violencia de pareja.

Violencia de género

La violencia es un fenómeno que está presente en la vida de todo ser humano a lo largo de su crecimiento; y aqueja a las poblaciones con condiciones más endebles ya sea económica o políticamente; teniendo como sus víctimas más frecuentes los grupos vulnerables como mujeres, niños/niñas y adultos mayores. La violencia se rige de acuerdo al momento histórico y cultural de una región (Krug et al., 2003). La OMS, en el reporte mundial sobre la violencia y salud (2003) define la violencia como *“El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”* (pág. 5). Bajo esta definición se recalca la relación asimétrica entre quien ejerce violencia en relación con quien es víctima de ésta, además considera que las consecuencias de esta

violencia pueden ser tanto físicas como psicológicas considerándolas como de igual importancia.

A lo largo de la historia, las mujeres han sido vulneradas en diversos niveles; la violencia hacia la mujer en sus diferentes manifestaciones está presente en la vida cotidiana y en diferentes escenarios; tanto en la calle, en el trabajo, en la familia y en las relaciones interpersonales que establece, incluyendo las relaciones de pareja; siendo ésta última una realidad que ha alcanzado tales niveles que se ha llegado a considerar como un problema de salud pública y de derechos humanos, tanto para organismos nacionales como internacionales (Krug et al.,2003, OMS,2005; Valdéz-Santiago & Ruiz-Rodríguez, 2009 y Organización Panamericana de la Salud, 2013).

En 1993, con la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, la Asamblea General de las Naciones Unidas reconoce que *“la violencia contra la mujer constituye una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer, que han conducido a la dominación de la mujer y a la discriminación en su contra por parte del hombre e impedido el adelanto pleno de la mujer, y que la violencia contra la mujer es uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se fuerza a la mujer a una situación de subordinación respecto del hombre”* (Organización de las Naciones Unidas, 2016). De igual forma, la OMS (2013) considera que la violencia ejercida contra mujeres (de pareja y sexual) es una grave y clara violación a sus derechos humanos.

Diversos autores marcan la diferencia entre los conceptos de violencia de género y violencia contra las mujeres, al parecer el primero atiende más a un concepto que se sustenta en la jerarquía y dominancia del sexo masculino en una relación asimétrica de poder y que justifica la violencia cuando la mujer no cumple con los roles que le han sido asignados social y culturalmente (CONAVIM, 2012 y Castro & Casique, 2008). Los hombres que establecen relaciones violentas con las mujeres (desde la violencia verbal disfrazada de “piropos”, hasta el feminicidio) constituyen una muestra de cómo el género estructura las jerarquías y el poder tanto en el nivel público como en las familias. La expresión violencia de género comúnmente se refiere a la violencia que es producto de la

subordinación de las mujeres y va encaminada a perpetuarla (Instituto Nacional de las Mujeres, 2014). Mientras que la violencia contra las mujeres se deriva de lo que la Convención para la Erradicación de la Violencia Contra la Mujer define como “*todo acto de violencia basada en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o que pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública o privada*”(p.2) (Declaración de la eliminación de la violencia contra la mujer, 1993). En la literatura anglosajona el término utilizado es violencia contra las mujeres (violence against women), y en el cual su origen y explicación se hayan en el concepto de género. Elsberg y Heise (2005) en un informe sobre la investigación que se ha hecho en el tema de violencia contra las mujeres, realizan un análisis de los diferentes términos y definiciones que se tienen en relación a las situaciones de violencia; por ejemplo, mencionan que en muchas de las investigaciones se utiliza el término violencia doméstica; la principal crítica a este término es que no incluye las diferencias de género en las cuales se basa la violencia hacia las mujeres y que el término de violencia doméstica en Latinoamérica es usado para cualquier tipo de violencia que ocurre en casa (es decir que pueden ser entre diferentes miembros de una familia y que no solo se infringe de hombre a mujer); señalan además que éste término no engloba los diferentes tipos de violencia a los que se encuentra expuesta una mujer fuera de casa. Así, éstos y otros autores parecen utilizar indistintamente los términos violencia contra las mujeres y violencia de género o basada en el género para referirse al rango de actos de las cuales las mujeres son víctimas, de acuerdo a las Naciones Unidas (CONAVIM, 2012; Elsberg & Heise, 2005, Olaya 2009 y OMS, 2005)

En México, el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) realizó un estudio para conocer la dinámica en las relaciones dentro del hogar a través de La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) que en su versión 2011 brinda información de importancia, ya que presenta un panorama general de la violencia hacia la mujer en el ámbito público y privado. La ENDIREH retoma la definición de violencia contra la mujer que la Organización de las Naciones Unidas adoptó en 1994.

Al parecer ambos conceptos marcan la relevancia de la diferencia sexual como componente importante y que sustenta la violencia hacia las mujeres, en la literatura se ha encontrado que se llega a usar en ocasiones como sinónimos.

Desde la perspectiva social de la teoría feminista se busca dar una explicación a la violencia contra la mujer y desde esta arista el género es un concepto importante, el cual se entiende como un sistema culturalmente construido de relaciones y normas sobre el comportamiento de los hombres y las mujeres, mediados por diferentes instituciones, tanto económicas, sociales políticas y religiosas; haciendo una diferencia con el “sexo” de origen biológico (Lamas, 1996 & Echeburúa, 2010). A partir de este complejo entramado, el entorno se encarga de ir moldeando lo que es *ser* un hombre o una mujer; como lo resume Simone de Beauvoir “uno no nace mujer, se hace mujer” (citada por Lamas, 1996). Desde ésta perspectiva el hecho de nacer mujer u hombre marca diferencias en cuanto a los roles que se espera que cada uno desempeñe, así la supremacía del hombre sobre la mujer abarca diversas esferas, en las cuales el hombre puede violentar a una mujer con el propósito de conservar su papel de superioridad; y una forma de ejercer este poder y reafirmarlo es a través de la violencia en sus diversas expresiones (Burazeri et al., 2005 en Simister, 2012).

Aunado a esto, la sociedad y la cultura permiten la reproducción y aceptación de conductas violentas hacia la mujer (Organización Panamericana de la Salud, 2013; Castro & Casique, 2008 y CONAVIM, 2008). En este sentido diferentes autores marcan la importancia de considerar la perspectiva de género cuando se habla de violencia hacia las mujeres en sus diferentes expresiones (Corsi, 1998; Casique & Castro 2008, CONAVIM 2012).

En una revisión de los estudios realizados en México en relación al tema de violencia de pareja se explica que éste fenómeno se asocia a relaciones de género y maritales que se basan en la dependencia de las mujeres a su pareja en aspectos económicos y emocionales; y que se sustentan en ideologías románticas y estructuras familiares (Finkler, 1997 en Castro & Casique 2009).

Violencia Familiar.

En ocasiones se llega a usar indistintamente el término violencia familiar y de pareja, sin embargo, es importante mostrar ambos conceptos para vislumbrar las diferencias; la violencia familiar se define como “*acto abusivo de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar, o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexual a las mujeres, dentro o fuera del domicilio familiar, cuyo agresor tenga o haya tenido relación de parentesco por consanguinidad o afinidad, de matrimonio, concubinato o mantengan o hayan mantenido una relación de hecho*” (Instituto Nacional de las Mujeres, 2007)(p. 13); lo anterior implica que el agresor puede ser un familiar hombre o mujer e incluye las acciones violentas ejercidas dentro de una relación de pareja, éste término es usado en el ámbito legal para referirse a las conductas ya descritas.

Violencia de pareja.

La violencia contra la mujer en la pareja se expresa de diversos modos y es un problema que afecta de manera individual a quienes la padecen y se entiende como un fenómeno con repercusiones sociales múltiples. Inicia, por lo regular, durante las relaciones de noviazgo y, en la mayoría de los casos, continúa y se acentúa en la vida conyugal; posteriormente, en algunas ocasiones sigue manifestándose después de terminada la relación, con agresiones hacia la mujer por parte de su ex pareja (INEGI, 2014). La violencia contra la mujer es un hecho complejo que aqueja a la mayoría de las sociedades en el mundo entero.

En México, la ENDIREH (2011) refiere que *la violencia contra la mujer* puede adoptar diversas dimensiones y que su principal objetivo es someter a la mujer en todos los aspectos de su vida, y que además afecta a las personas con quien ellas mantienen ciertos vínculos afectivos (INEGI, 2014). En esta encuesta el INEGI marca una diferencia entre la violencia en el ámbito público y privado; ésta última es considerada una de las formas en que la violencia de género se manifiesta y es definida *como aquella que es perpetrada por la persona con quien la mujer mantiene una interacción cotidiana ya sea compañeros, familiares o amigos, y puede producirse dentro o fuera del ámbito doméstico, y no entendiéndolo éste último como un espacio físico sino como la relación entre cercana entre el agresor y la víctima* (INEGI, 2014)(p. 4). En esta definición se considera la violencia que

la mujer puede sufrir por parte de alguna persona con quien guarde una relación cercana, no haciendo una diferencia entre aquella que pueda ser perpetrada por un familiar (padre, hermano, etcétera) y la que es cometida por la persona con quien guarda una relación de pareja. Sin embargo, la violencia de pareja mantiene peculiaridades que la pueden diferenciar de la violencia familiar o en el ámbito privado; en este trabajo se delimitará el estudio a la violencia ejercida contra la mujer en las relaciones de pareja, una de las definiciones que se ofrecen en la literatura es la que puntualiza a la violencia de pareja como *“un ejercicio de poder, en el cual, a través de acciones u omisiones, se daña o controla contra su voluntad a aquella persona con la que se tiene un vínculo íntimo, ya sea de noviazgo (relación amorosa) mantenida entre dos personas con o sin intención de casarse y sin convivir), matrimonio (relación de convivencia y mutuo apoyo entre dos personas legalmente instituida y que suele implicar un vínculo amoroso) o cohabitación (relación amorosa entre dos personas que conviven con o sin intención de casarse y que puede tener un reconocimiento legal distinto al matrimonio”* (Moral y López, 2012 en López Rosales, et al., 2012)(p. 6). La claridad de éste concepto ayuda a comprender los diversos tipos de relación de pareja que pueden establecer las personas dejando claro que la violencia puede ser ejercida tanto por las mujeres como por los hombres.

Por otra parte, en un documento emitido en el 2003 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se define la violencia en la pareja como *“cualquier comportamiento, dentro de una relación íntima, que cause o pueda causar daño físico, psíquico o sexual a los miembros de la relación”* (Krug et al., 2003)(p. 97), ésta, al igual que la ofrecida por Moral y López (2012), señala cómo ambos miembros de la pareja pueden sufrir de violencia; sin embargo, en este mismo documento se señala que si bien ambas partes pueden ejercer violencia, en la mayoría de los casos es la mujer quien es víctima y que en las ocasiones en las que la mujer ha llegado a agredir a la pareja masculina ha sido como una forma de defenderse. También considera que la violencia familiar puede ser ejercida por cualquier miembro de la familia hacia otro, incluso niños, sin marcar que sea de un hombre hacia una mujer y que mantengan una relación de pareja.

Otros autores definen la violencia de pareja como la gama de acciones sexuales, psicológicas y físicamente coercitivas practicadas contra adultas y adolescentes mujeres por parejas íntimas varones actuales y pasadas (Elsberg & Heise, 2005). En un estudio multipaís de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la violencia de pareja se definió como *“Cualquier acción u omisión de una pareja actual o anterior que afecta negativamente el bienestar, la integridad física o psicológica, la libertad o derecho al pleno desarrollo de la mujer”* (Organización Mundial de la Salud, 2005). Llama la atención que en estas últimas definiciones violencia de pareja se asume como la ejercida del hombre hacia la mujer marcando, la unidireccionalidad de la violencia de pareja.

En todas las definiciones descritas se marca la presencia de cualquiera de las acciones realizadas puede causar daños en diferentes áreas de la vida de la mujer, señalando la sexual, emocional, física o económica. Sin embargo no todos los documentos definen las acciones violentas que se ejercen en diversas esferas de la relación de pareja.

2.2 Tipos de violencia en la pareja

La violencia dentro de una relación de pareja puede ser manifestada y ejercida de diferentes formas, unas de ellas sutiles y que pudieran pasar desapercibidas para quien las vive, mientras otras son de tal magnitud que llegan a tener consecuencias graves a largo plazo para la mujer y que incluso pueden llevarla a la muerte.

En un informe sobre la violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe (Bott, Guedes, Goodwin & Adams, 2013) se muestran definiciones concretas en relación a la violencia ejercida por la pareja en las diferentes esferas marcadas en las definiciones anteriormente revisadas, las cuales son bastante generales al delimitar la intensidad y magnitud del daño en cada una de las áreas que marcan.

- **Agresiones físicas:** abofetear, golpear, patear o pegar.
- **Violencia sexual:** por ejemplo relaciones sexuales forzadas y otras formas de coacción sexual.
- **Maltrato emocional:** mediante insultos, denigración, humillación constante o intimidación (como al destruir objetos), amenazas de causar daño o llevarse a los hijos.

- **Comportamientos controladores y dominantes:** aislar a una persona de sus familiares y amigos, vigilar sus movimientos y restringir su acceso a recursos financieros, empleo, educación o atención médica.

En esta clasificación se muestra un aspecto muy general sin marcar la posible combinación con otras formas de violencia (como el impacto emocional que la violencia sexual tiene en la víctima), además de que no se considera el control económico como una forma de ejercer control sobre una mujer.

En México, la ENDIREH (INEGI, 2014) define y clasifica los diferentes tipos de violencia en que la mujer puede ser víctima en el ámbito privado de la siguiente forma:

- **Violencia física:** se centra en someter su cuerpo, puede ir desde un pellizco hasta la muerte. La agresión puede ser perpetrada con objetos; mencionan además que éste tipo de violencia vulnera la integridad emocional de la mujer, en la cual también engloba la violencia sexual.
- **Violencia sexual:** se arremete contra la mujer a través de exigencias para tener algún tipo de relación sexual, siendo su expresión más indiscutible la violación, ésta en especial ataca una parte íntima, y que de igual forma que la anterior conlleva un impacto emocional en la víctima.
- **Violencia económica:** muestra dos vertientes una ejercida en el ámbito público en el cual las mujeres cuentan con limitadas oportunidades para encontrar un trabajo remunerado, con condiciones y salarios dignos, y la ejercida en el ámbito privado limitando su acceso al dinero que cubre los gastos cotidianos y a aquellos que constituyen el patrimonio familiar. Este tipo de violencia puede ir desde omisiones de las necesidades básicas de una familia, hasta el robo y actos fraudulentos. Este tipo de violencia se acentúa más ante la dependencia económica de las mujeres.
- **Violencia emocional o psicológica:** es considerada una forma sutil de agresión no visible a simple vista. Su espectro va desde insultos, amenazas, celotipia; intimidaciones, humillaciones, burlas, aislamiento, infidelidad, entre otras. Debido a su naturaleza resulta difícil de percibir. Señalan que la violencia emocional puede presentarse de forma aislada y en combinación con otras.

La importancia de las definiciones que ofrece la ENDIREH es que se señala de forma más amplia a que se refiere cada uno de los diferentes tipos de violencia; además de que brinda una definición más integral abarcando los lugares en donde puede ocurrir y lo que implica para la mujer los diferentes tipos de agresión y haciendo una descripción en conductas que se pueden presentar lo que hace más fácil su identificación.

Por último, se muestra la definición aportada por Valdéz-Santiago et al. (2006) quienes se encargaron de elaborar el cuestionario de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres (2006), la cual define la violencia de pareja como: “un patrón repetitivo de maltrato por parte de la pareja masculina hacia la mujer, caracterizado por una serie de conductas coercitivas que pueden incluir:

- a) violencia física: empujones, golpes, heridas de arma de fuego o punzo cortante.
- b) violencia emocional: intimidación, humillaciones verbales, amenaza de violencia física.
- c) violencia sexual: forzar física o emocionalmente a la mujer a la relación sexual.
- d) *Violencia* económica: ejercicio del control a través del dinero” (p. S223)

A lo largo de la revisión bibliográfica en diferentes fuentes tanto nacionales como extranjeras se marca como una constante la dificultad en poder generar una definición global que pudiese aplicar a todos los países, ya que como se ha revisado la violencia tiene un componente cultural importante. Partiendo de este punto, encontrar una definición que empate y englobe todas las áreas y componentes de este fenómeno se vuelve un problema que dificulta su medición; lo cual provoca que la recolección de datos para conocer su prevalencia se vuelva imprecisa.

Por último, es importante aclarar que en los últimos años se ha comenzado a ampliar la visión en relación al estudio de la violencia en la pareja; en donde no sólo se da por sentado que el hombre es quien ejerce la violencia contra la mujer y que pareciera que el desequilibrio de poder se debe a aspectos de género y lo que ha generado la ampliación de la investigación en relación a los hombres que ejercen violencia considerando una visión suma información para el entendimiento del fenómeno de violencia de pareja. Jorge Corsi (1998) ofrece otra definición de “violencia doméstica” aludiendo a las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre quienes sostienen o han sostenido un vínculo afectivo

relativamente estable, realizando además la aclaración del término *relación de abuso* definiéndola como aquella forma de interacción en donde existe un desequilibrio de poder, y en donde se presentan conductas de una de las partes que por acción o por omisión, causan daño físico y/o psicológico al otro miembro de la relación.

En la primera definición no queda del todo claro si ocurre dentro del marco de una relación de pareja o si es en el contexto de familiar, mientras que con el término de relación de abuso manifiesta que el desequilibrio de poder, que en otras definiciones se asume implícitamente que el hombre es quien abusa de la mujer, deja abierta la posibilidad de que el hombre o la mujer sea quien ejerza ese poder sobre el otro; marcando el hecho de que no en todos los casos la mujer puede ser la víctima, sino quien incluso sea ella quien ejerza violencia en contra del hombre. Esta perspectiva marca una diferencia importante en cuanto al resto de la teoría de la violencia de pareja; ya que se tiene conocimiento que también existen mujeres que violentan a sus parejas; sin embargo, aún el porcentaje que se reporta es muchísimo menor en comparación con el de las mujeres violentadas (que aunque mínimo es igual de importante estudiar este fenómeno) por lo que una de las justificaciones para centrarnos en el trabajo de la violencia contra la mujer siguen siendo los altos índices de violencia contra la mujer que prevalecen a nivel internacional y nacional; adicionalmente, siguen siendo las mujeres las que en un gran porcentaje se acercan a los centros comunitarios o a servicios de salud mental a solicitar ayuda ya sea para ellas o para su familia.

Finalmente, se entiende que la violencia de pareja puede ser ejercida tanto del hombre hacia la mujer y viceversa; y que al estar enmarcada en el ámbito cultural y social existen factores que crean el caldo de cultivo ideal para que éste fenómeno siga presente en la vida diaria de muchas mujeres; estos elementos se encuentran en los hombres y mujeres involucrados en la dinámica violenta; otros son parte del contexto que permiten que se manifieste y mantenga la violencia en las relaciones de pareja. Una de las aproximaciones teorías que buscan explicar esta situación considerando los múltiples componentes involucrados es la teoría ecosistémica.

2.3 Modelo Ecosistémico de la violencia de pareja

La violencia presente en las relaciones de pareja ha sido abordada desde diferentes perspectivas; las cuales intentan desde sus marcos de referencia, dar explicación al porqué de las agresiones entre los miembros de una pareja. Dentro de estas aproximaciones se incluyen la teoría del aprendizaje social, la cual sostiene que la violencia es aprendida a partir de haber experimentado castigo físico o mediante la observación de violencia ejercida a otros, y en donde las consecuencias de éstas conductas violentas son positivas, como tener el control sobre otro, resolver conflictos o adquirir status o autoridad (Johnson, Ollus, & Nevala, 2008).

Al ser la violencia una realidad compleja que involucra actores y circunstancias a muchos niveles, la Organización Panamericana de la Salud en Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud recurre a un marco ecosistémico que busca comprender lo diverso del fenómeno (Krug et al., 2003).

Este modelo desarrollado en los años 70 por Urie Bronfenbrenner, busca entender el desarrollo humano considerando todo el sistema ecológico en donde el crecimiento ocurre. Este sistema está compuesto por cinco subsistemas organizados socialmente que ayudan y dan soporte y guía al crecimiento humano (Bronfenbrenner, 1994).

- El microsistema se refiere a un patrón de actividades, roles sociales y relaciones interpersonales, experimentadas cara a cara, con características físicas, sociales y simbólicas particulares; que permiten, invitan o inhiben particularidades, físicas, sociales y simbólicas que permiten o inhiben el compromiso sostenido progresivamente más complejo de interacción y actividad en el ambiente inmediato, ejemplos de estos incluyen la familia, la escuela, grupo de iguales y el lugar de trabajo.
- El mesosistema comprende los enlaces y procesos que tiene lugar entre dos o más escenarios; por ejemplo, la relación entre la escuela y el hogar, la escuela y el lugar de trabajo, etcétera; es decir, el mesosistema es un sistema de microsistemas.
- El exosistema comprende los enlaces y procesos que toman lugar entre dos o más escenarios; en donde al menos uno de ellos no contiene a la persona, pero en el que

eventos que ocurren ahí, influyen directamente procesos con el escenario inmediato en donde la persona se desarrolla; por ejemplo, para un niño, la relación entre su hogar y el lugar de trabajo de su papá, ya que sin estar el niño/niña desarrollándose directamente en el lugar de trabajo de su padre, lo que ocurre en ese escenario lo puede afectar de forma indirecta; por ejemplo, si el padre cuenta con jornadas laborales largas, puede influenciar el tiempo de convivencia del padre con su hijo/hija.

- El macrosistema consiste en un patrón general de características del micro, meso y exosistema dadas por la cultura o subcultura, con referencia particular en el sistema de creencias, cuerpos de conocimiento, recursos materiales, costumbres, estilos de vida y peligros, que están incrustados en cada uno de estos sistemas más amplios. Es decir, estos patrones y escenarios de cada uno de los subsistemas anteriores son influenciados directamente por la cultura.
- Por último el cronosistema que abarca el cambio o la consistencia a través del tiempo no solo en las características de la persona sino del ambiente en el que la persona vive; como los cambios en la estructura familiar, estatus socioeconómicos, lugar de residencia, etcétera (Bronfenbrenner, 1994).

Al ser un modelo que considera diversas esferas de la vida del individuo en desarrollo, Jay Belsky lo toma de referencia para integrar un modelo que explica el maltrato infantil; y en el cual considera los subsistemas de Bronfenbrenner, ordenando aquellos factores que explican el maltrato y negligencia infantil a partir de la evidencia científica; colocándolos en cada una de las esferas que mencionó Bronfenbrenner. En la teoría de la integración ecológica del maltrato infantil, se retoman tres de los cinco subsistemas originales de la teoría ecológica. En el microsistema se encuentra el ambiente familiar, ya que menciona que existen formas complejas en que las características interpersonales y sociales de este microsistema pueden interactuar con otros factores de desarrollo y estimular así el maltrato; por ejemplo los antecedentes de maltrato en la infancia de los padres y madres, la exposición a violencia y agresiones, estilos de crianza punitivos, etcétera (Belsky, 1980).

En el exosistema se encuentran aquellos ambientes que pueden afectar directamente al niño o niña, sin que este se encuentre directamente en ellos; por ejemplo se menciona el mundo del trabajo y el vecindario; siendo dos de los principales ambientes que promueven el maltrato infantil; ya que se ha encontrado que los padres que han maltratado a sus hijos/hijas sufrieron desempleo en el último año; por otra parte los factores asociados con el vecindario concluyen que las familias que abusan de menores se encuentran aisladas de sistemas de apoyo formales e informales; lo que limita su capacidad para establecer relaciones sociales (Belsky, 1980).

Por último, en el macrosistema Belsky coloca a la cultura en donde el individuo, la familia y la comunidad se encuentran inmersas y entrelazadas; coloca de ejemplo la actitud de la sociedad ante la violencia y el castigo físico hacia los niños/niñas; en donde éste es aceptado como una forma de controlar la conducta de los/las menores y en donde la paternidad es interpretada en términos de propiedad sobre los hijos.

Al ser un modelo que integra factores individuales y contextuales que permiten conocer los factores que originan y mantienen el maltrato infantil; Heise en 1998 retoma la nomenclatura que Belsky utilizó y los renombra en cuatro esferas que incluyen al individuo, la familia la comunidad y la sociedad, los cuales en su interacción originan preservan la violencia hacia la mujer. (Figura 2.1)

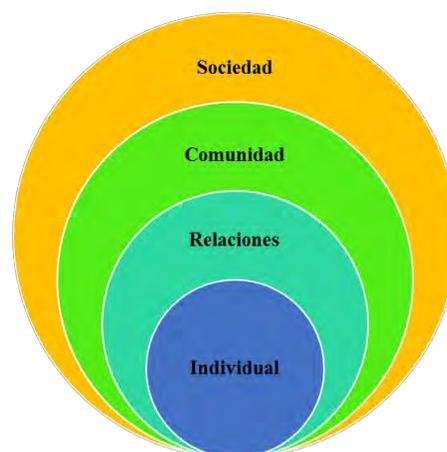


Figura 2.1. Esquemización del modelo ecosistémico. Adaptado de Heise (1998), Population Reports (1999) y Olivares & Inchaústegui (2011).

La ventaja de este modelo es que explica la interacción de múltiples causas que interaccionan entre sí para representar factores de riesgo para ser víctimas de violencia o ejercerla.

- ❖ **Individuo:** en éste rubro se enmarcan aquellos factores que tienen que ver con la historia personal, factores biológicos y de vida que incrementan las posibilidades de convertirse en víctima o perpetrador de violencia (Krug et al., 2003). Estos factores ontogénicos son aquellos que tienen que ver con experiencias en la historia de desarrollo del individuo que pueden mediar la forma en que reacciona ante estresores del micro y exosistema (Heise, 1998). Esta autora recopila evidencia empírica al respecto; por ejemplo, menciona que el haber sido testigo de violencia de pareja, el haber sufrido algún tipo de abuso durante la niñez, la ausencia o rechazo del padre y el consumo de alcohol por parte de los padres pueden ser factores que se asocian más con ser víctima o agresor(a). En el caso de las mujeres tener menos de 25 años, haber presenciado violencia del padre hacia la madre, vivir en un área urbana y un bajo nivel socioeconómico, incrementa el riesgo de sufrir abuso (Elsberg & Heise, 2005). Además se incluyen los factores biológicos como la impulsividad, el bajo nivel educativo, abuso de sustancias y antecedentes de comportamiento agresivo (Bott et al., 2013). López Rosales y colaboradores encontraron en una muestra mexicana que el haber recibido violencia del padre del sexo opuesto es un predictor para ejercer violencia en la pareja; para estos autores se considera que la violencia de pareja puede ser perpetrada por ambos sexos a sus parejas (López, Moral, Díaz-Loving, & Cienfuegos 2013)

- ❖ **Relaciones.** Este nivel se refiere a las interacciones y relaciones que las personas establecen con otros así como el significado subjetivo que le da a esas interacciones (Heise, 1998). Aquí la familia toma un papel importante ya que es el escenario principal en donde se comienzan las primeras dan estas interacciones. Entre los factores que la autora enmarca en este nivel son la dominancia del hombre en la familia, lo cual se refleja en el control económico que éste tiene, la estructura familiar patriarcal y el abuso de alcohol.

Desde la perspectiva de género; en este nivel se puede analizar la forma en que se conciben las relaciones entre mujeres y hombres; que incluyen el patriarcado, machismo y marianismo como factores que modelan el comportamiento dentro de los cuales existen prácticas que pueden legitimar el uso de la violencia contra la mujer o entre varones de diversas formas (Olivares & Inchaústegui, 2011). Un factor que actúa como protector de recibir violencia es el apoyo de la pareja, por lo que su falta sería un factor de riesgo para ejercerla (mayormente en hombres) (López Rosales et al., 2013), para estos investigadores los roles de género pueden enmarcar una relación de pareja sin necesidad de ser violenta, siempre y cuando exista comunicación y exista apoyo en la pareja; estos autores mencionan que se puede estar de acuerdo en asumir los roles de género tradicionales dentro de una pareja, pero al parecer lo que vuelve complicada la relación es la interacción de los miembros de la pareja; Cienfuegos (2010) menciona que lo que más se asocia con ejercer violencia no es el rol de género establecido por la sociedad; sino la dificultad para llegar a acuerdos y las diferencias que surgen con respecto a roles, derechos y obligaciones que se asumen como propios.

- ❖ **Comunidad.** Se refiere a las estructuras formales e informales que impregnan el ambiente inmediato en el que la persona se encuentra y que por lo tanto influyen, delimitan o determinan lo que hace ahí (Heise, 1998); es decir, son los entornos que incluyen a las personas pero en los cuales éstas no forman parte activa, como por ejemplo la escuela, la iglesia, la familia, etcétera (Cienfuegos, 2010). Dentro de los factores que se han encontrado en ésta área y que se asocian a la violencia de pareja son el desempleo y un nivel socioeconómico bajo; si bien la violencia de pareja ocurre en todos los niveles socioeconómicos, sin embargo se ha encontrado que la prevalencia de violencia en la pareja es mayor en aquellos sujetos con un nivel bajo, aunque no queda claro cómo actúan exactamente los bajos ingresos económicos como un factor que aumenta la probabilidad de sufrir o ejercer violencia, la autora propone que se pudiera deber a otros factores asociados como el hacinamiento o la desesperanza; además de que el aspecto económico podría generar más discusiones

en la pareja y también la pobreza puede dificultar que una mujer abandone una relación que no la satisface (Heise, 1998).

El bajo nivel de aislamiento de la mujer y la familia puede ser un factor que disminuya la probabilidad de que se ejerza violencia de pareja, ya que se explica que en comunidades existen muy bajos niveles de violencia, ya que los miembros de una comunidad sienten que es su derecho y obligación intervenir si una mujer es acosada o maltratada; otro factor que se asocia a la comunidad es cuando las personas cambian constantemente de residencia ya que dificulta el que se puedan integrar de lleno a la comunidad, cuando existe poca cohesión debido a la gran heterogeneidad de la misma y una alta densidad de población, sí como comunidades en donde hay poco apoyo institucional (Krug et al., 2003).

- ❖ **Sociedad.** El área más grande y que engloba a las tres anteriores es la sociedad, esta se refiere a un amplio conjunto de valores culturales y creencias que permean e influyen en las otras tres áreas del sistema ecológico; un ejemplo de esto puede considerarse como la supremacía del rol masculino, el cual influye en otros niveles al dar el rol de mando a hombres (Heise, 1998). Se consideran también aquellos factores como la impunidad, la cultura de la ilegalidad, la corrupción; ya que propician la delincuencia o desobediencia de la ley (Olivares & Inchaústegui, 2011). Otros elementos que también se engloban aquí son la aceptación de la violencia como una forma de resolver problemas, normas que asignan prioridad a la patria potestad por encima del bienestar de los hijos y en donde también se pueden incluir normas de educación, salud, políticas y económicas que mantienen la desigualdad económica y social entre los diversos grupos que conforman una sociedad (Krug et al., 2003).

La importancia del modelo ecológico es el nivel de análisis que realiza; ya que destaca la multicausalidad de la violencia y la interacción de factores de riesgo que pueden co-ocurrir en la familia, en la sociedad y con la propia historia de vida de los individuos. Otro punto a favor de ésta perspectiva es que no señala factores determinantes, sino factores que pueden aumentar la probabilidad de sufrir o ejercer violencia; esto es importante porque también puede dar cabida a aquellos factores que podrían ser protectores en cada uno de los

diferentes niveles. La utilidad de este enfoque es la posibilidad para implementar acciones preventivas a diferentes niveles lo que podría fortalecer los factores protectores. Es así que diversas organizaciones como la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Consejo para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres (CONAVIM) consideren este modelo como un marco de referencia para la implementación de programas y políticas públicas que busquen disminuir y erradicar la violencia contra las mujeres en específico, y en general la violencia y disminuir las consecuencias que tienen para la salud de la población.

2.4 Prevalencia.

La violencia contra la mujer es una realidad a nivel mundial y considerándose como un problema de salud, se vuelve necesario conocer las dimensiones de éste problema; a quienes afecta, sus consecuencias, en dónde hay mayor número de casos, lo que permitirá entender el problema para poder generar propuestas de intervención desde diferentes niveles.

A pesar de la importancia que ha tenido, no ha sido sino hasta el siglo pasado (década de los 70) cuando a partir del movimiento feminista se comenzó a estudiar este fenómeno. En México el estudio de este fenómeno social se dio formalmente en los noventa (CONAVIM, 2012).

Estudios señalan las dificultades para obtener datos precisos sobre la prevalencia de violencia de pareja, ya que muchos de los casos que ocurren no salen a la luz, por lo que pocos llegan a ser denunciados (Ferrer, Bosch, & Riera, 2006)

En el ámbito internacional en una recopilación que realiza la Organización Mundial de la Salud (OMS) con base en estudios internacionales, indica que entre el 10 y el 60 por ciento de mujeres casadas han experimentado al menos una vez un incidente de violencia física por parte de una pareja. Otros estudios estiman una prevalencia a lo largo de la vida de entre un 20 y 50 por ciento (Elsberg & Heise, 2005). En este estudio la OMS confirma que la mayoría de las mujeres que sufrieron abuso físico o sexual por su pareja, generalmente

experimentan varios actos a través del tiempo; es decir, no es una situación ocasional y señalan que la violencia física y sexual suele ocurrir simultáneamente. El estudio se realizó en 10 diferentes países (Samoa, Perú, Brasil, Namibia, Serbia y Montenegro, Etiopía, Bangladesh, República Unida de Tanzania, Tailandia, Japón y Nueva Zelanda) y se investigó los diferentes tipos de violencia a los que las mujeres son expuestas a lo largo de su vida, como la violencia sexual sufrida en la infancia, violencia ejercida por algún miembro de la familia o si se fue expuesta a violencia doméstica, de tal modo que es un panorama general en estos países. En relación a la violencia de pareja este estudio muestra que del 13 al 61 por ciento de las mujeres señalaron que alguna vez habían sufrido violencia física perpetrada por su pareja; del 4 al 49 por ciento comunicaron que habían sido víctimas de violencia física grave infligida por su pareja; del 6 al 59 por ciento indicaron que en algún momento de sus vidas sufrieron violencia sexual perpetrada por su pareja; y del 20 al 75 por ciento notificaron que en el transcurso de su vida habían sufrido uno o más actos de maltrato emocional perpetrados por su pareja (OMS, 2005).

Las investigaciones existentes indican que a menudo coexisten diferentes formas de violencia; la violencia física de pareja va acompañada a menudo de abuso sexual y de maltrato emocional. Por ejemplo, en este mismo estudio la OMS refiere que entre el 23% y 56% de las mujeres que alguna vez habían sufrido violencia física o sexual infligida por sus parejas informaron haber padecido ambas formas.

Otro estudio realizado en 12 países de América Latina y el Caribe (Bolivia, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Paraguay, Perú y República Dominicana) realizado por la Organización Panamericana de la Salud y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados, se pudo obtener información relativa a la violencia contra las mujeres, en el que participaron mujeres de entre 15 y 49 años de edad. En éste se revela que entre la cuarta parte y la mitad de las mujeres declararon haber sufrido *alguna vez* violencia de parte de un compañero íntimo. Otros resultados muestran que entre el 17 y 53 por ciento de las mujeres habían sufrido alguna vez en su vida de agresiones físicas o sexuales por parte de su pareja, mientras que en lo relativo al maltrato emocional (como ellos lo clasifican) se reporta que entre un 17 y 47 por ciento de las mujeres alguna vez sufrieron de este abuso por parte de su pareja,

mientras que aquellas mujeres que reportaron haber sufrido este maltrato en los últimos 12 meses iba entre un 13.7 y 32.3 por ciento. De igual forma mencionan que estos tipos de violencia no son mutuamente excluyentes y se pueden presentar en formas combinadas, por ejemplo en todos los países, la mayor parte de las mujeres que habían sufrido violencia física *en los 12 meses precedentes* también informaron maltrato emocional, desde un 61,1% en Colombia 2005 hasta un 92,6% en El Salvador. Mientras que el porcentaje de mujeres que reportaron solo maltrato emocional fue más bajo oscilando entre un 7 y un 18.9 por ciento. Lo anterior respalda la evidencia de que el maltrato emocional junto con los comportamientos controladores a menudo acompañan la violencia física (Bott et al., 2013)

Al parecer los criterios para medir los diferentes tipos de violencia son similares entre ambos estudios, ya que mencionan también la categoría de comportamientos de control, lo cual es congruente pues ambos son derivados de programas en salud pública por instancias internacionales. Como se puede observar hasta ahora, a pesar de que los rangos de presencia de ciertas conductas en las mujeres son bastante parecidos, puede haber una oscilación muy grande incluso dentro de una misma región.

Considerando las dificultades en la medición de la violencia de pareja, Simister (2012) realizó un análisis estadístico en donde compara encuestas alrededor del mundo puntualizando nuevamente la dificultad en cuanto a la homogeneización de los conceptos de violencia, y en la que el autor adopta el término violencia basada en el género. Así mismo apuntala que es un riesgo comparar estudios que no comparten los mismos criterios; por lo que se limita a comprar solamente estudios que contengan información relativa a la violencia física; éste trabajo consideró los estudios de tipo cuantitativo, basados en encuestas en hogares y en donde la persona que respondiera fuese la mujer, considera que se pueden comparar los datos de mujeres casadas, que cohabitan con su pareja, que son divorciadas o viudas; incluye además encuestas de diferentes años en un mismo país, otros aspectos que menciona complican el poder hacer una medición global de la violencia basada en el género es que no todas las encuestas son representativas.

Los datos recabados provienen de Las Encuestas Demográficas y de Salud (Demographic and Health Surveys DHS) que es un programa responsable de recolectar y difundir información nacional adecuada y precisa en relación a salud y población de países en desarrollo. A pesar de la cantidad de información que muestra este análisis, no ofrece una explicación acerca de los datos, sin embargo, lo notable del estudio es que revela que no hay región en el mundo en donde no se presente violencia contra la mujer (a pesar de que los índices pudiesen llegar a ser muy bajos); y aquellos países en donde no se obtuvieron datos como en la costa oeste de África se debe a la falta de datos, además menciona que el promedio no ponderado de mujeres que hayan experimentado violencia de género es de 30%, (datos similares a los ofrecidos por la ONU), por lo que se estima que más de un billón de mujeres, incluyendo niñas, de mantenerse esta prevalencia, experimentarán violencia de género cuando sean grandes.

Panorama Nacional

En México, desde la década de los noventa comenzaron los esfuerzos para conocer datos que permitieran establecer políticas públicas que protegieran a la mujer.

La Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres fue realizada en el 2006 por la Secretaría de Salud en conjunto con el Instituto Nacional de Salud Pública. Esta encuesta buscó conocer en especial la violencia ejercida hacia la mujer por parte de la pareja, conocer el origen de ésta así como identificar si es activa o reactiva. Exploró también si se había padecido violencia en la familia de origen (maltrato en la infancia) y si estos patrones se repitieron con sus hijos en la vida actual, así mismo recolectó datos sobre las instancias en donde las mujeres recurren por ayuda o los motivos por los cuales no se denuncia una agresión.

Los datos fueron obtenidos de usuarias de los servicios de salud de primer y segundo nivel pertenecientes a la Secretaría de Salud (Instituto Mexicano del Seguro Social e Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado), en donde se entrevistó a mujeres mayores de 15 años. Se conformó una muestra de 367 unidades médicas de primer y segundo nivel de atención, en las cuales se obtuvieron 22,318 cuestionarios de usuarias de

los servicios públicos de salud de las instituciones antes mencionadas. En esta encuesta se obtuvo una muestra representativa nacional de los 32 estados exceptuando Oaxaca, siendo el objetivo principal recabar información sobre violencia familiar, prestación de servicios de salud y criterios de atención médica de la violencia familiar.

La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) es otro estudio importante realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). La primera edición realizó en el 2003, teniendo ediciones en el 2006 y la más reciente 2011. De este estudio derivan documentos con cifras a nivel nacional y por Estados en donde se resalta lo particular a cada entidad y consigue información sobre la violencia que las mujeres viven en espacios privados (comprendiendo la recibida por parte de la pareja y de otros familiares) y públicos (la llevada a cabo en lugares comunitarios e institucionales como centros educativos y laborales); además ofrece indicadores para medir esta problemática padecida por las mujeres alguna vez unidas, de aquellas que continúan en esta condición conyugal, así como mujeres solteras mayores de 15 años.

Las diferencias en la definición de violencia de pareja hace complejo su estudio y medición; de ahí que las definiciones y la metodología de los dos principales estudios nacionales muestran diferencias en la conceptualización de violencia, de modo que se muestra la información más relevante de ambas encuestas; un punto en común es que ambas encuestas exploran violencia sufrida por la pareja actual durante el último año y a lo largo del ciclo de vida, lo cual es importante, pues como se observa con los datos que la violencia hacia la mujer es algo que se ha vivido a lo largo del ciclo de vida y desde edades muy tempranas.

La ENVIM 2006 se realizó con usuarias de servicios de salud públicos de primer y segundo nivel y estuvo conformada por una muestra de 22 318 mujeres; con un índice de 94% de respuestas y donde 50% de las encuestadas era menor de 40 años, lo que indica que éste grupo es quien más utiliza los servicios de salud, el 56% se encuentra casada, la escolaridad que reportan es de educación básica en 68% de los casos; 54% reportó dedicarse a las labores del hogar mientras que 33% de las mujeres reportó tener un empleo.

Los índices que violencia que detectó esta encuesta informan que el 33.3% de las mujeres tuvo alguna vez una relación violenta; lo cual de acuerdo a los autores es un incremento de 8 puntos porcentuales en comparación con la encuesta anterior del 2003. En los casos de violencia detectados el principal agresor es un miembro de la familia; siendo la pareja (novio, ex novio, pareja, ex pareja, esposo, ex esposo, etcétera) quien la ejerce en 79.4% de los casos.

La información fue obtenida de dos formas diferentes; una de ellas fue a través de preguntar a las mujeres encuestadas si su relación de pareja es o ha sido violenta, a lo que el 11.6% de las mujeres contestaron afirmativamente; otra forma fue a través de la aplicación de la escala de violencia en donde un 33.3% de las mujeres sufrió algún tipo de violencia durante el último año; entre la indagación abierta y a través de la escala es importante puesto que al parecer algunas conductas que si son exploradas en la escala y son consideradas como violentas, no son visualizadas como violentas por las mujeres encuestadas. Además se investigó acerca de la violencia del último año, se le preguntó a las mujeres si a lo largo de su vida en pareja habían sufrido algún tipo de violencia, en donde 42.9% indicó que había sufrido violencia en algún momento de su vida en pareja y por último 60% de las mujeres reportó haber sufrido violencia en algún momento de su vida. Otros datos interesantes que arroja la encuesta es en relación a los diferentes tipos de violencia que sufren las mujeres, los datos que se obtuvieron indican que 28.5% de los casos corresponde a violencia psicológica, 16.5% física, 12.7% sexual y 4.42% violencia económica.

De modo más específico de acuerdo a los datos obtenidos, hay cinco estados del país con un índice mayor a la media nacional, donde el Estado de México tiene 45.6% de casos, Nayarit 39.6%, Quintana Roo 39.6%, Durango 37.6% y Yucatán con 36.2%; mientras que el Distrito Federal ocupa el lugar 11 con un índice del 33.9%, lo que lo coloca ligeramente por arriba de la media nacional. Por otra parte el estado con menor prevalencia fue Aguascalientes con un 22.8%. En la tabla 2.1 se muestra la prevalencia de los diferentes tipos de violencia con base en los estados con mayor prevalencia para cada una.

Tabla 2.1 Estado del país con mayor índice de violencia psicológica, física, sexual y económica. Fuente: Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres 2006.

Lugar que ocupan	Violencia Psicológica	Violencia Física	Violencia Sexual	Violencia Económica
1	Estado de México (37.9%)	Estado de México (25.7%)	Sinaloa (21.2%)	Michoacán (7.9%)
2	Nayarit (32.7%)	Durango (22.9%)	Nayarit (19.5%)	Estado de México (7%)
3	Durango (32.4)	Nayarit (22.9%)	Colima (17.3%)	Sinaloa (6.8%)
4	Yucatán (31.6%)	Quintana Roo (21.8%)	Jalisco (17.1%)	Durango (6.5%)
5	Quintana Roo (31.6%)	Yucatán (20 %)	Michoacán (16.7%)	Jalisco (6.4%)

Se hará mención aparte del Distrito Federal debido a que es la entidad de donde se obtiene la muestra que contiene este estudio; la Ciudad de México presenta una prevalencia de violencia psicológica del 29.4%, violencia física 16.9%, violencia sexual de 9.3% y violencia económica del 4.5%.

Se observa que la violencia psicológica es la que más altos índices de prevalencia presenta, seguida de la violencia física y sexual, teniendo por último a la económica; estos datos quizás se deban a que la inclusión de las mujeres en las actividades económicas del país es cada vez más alta, lo que favorece que haya mujeres que sean independientes en el ámbito económico ya que como menciona ésta encuesta el 33% de las mujeres reciben un ingreso económico por alguna actividad realizada.

Además de la violencia de pareja, esta encuesta explora otros tipos de violencia que pudiesen haber sido vividas durante el ciclo de vida, en específico en la infancia; los datos más sobresalientes informan que en 13.3% declaró haber sufrido violencia sexual en la infancia (antes de los 15 años).

Otro estudio que marca un importante avance en conocer los índices actuales de la violencia en la pareja es la Encuesta Nacional sobre la Dinámicas de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) realizada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e

Informática (INEGI) la cual ha tenido versiones en los años 2003, 2006 y 2011. De esta encuesta se retomarán los datos de la última versión.

La ENDIREH 2011 está compuesta por una muestra de 152,636 casos y es representativa a nivel nacional; de los 32 estados se dividieron a las mujeres en tres grupos: mujeres casadas o en unión libre, mujeres separadas divorciadas o viudas y por último mujeres solteras con o sin relación de noviazgo o pareja; para cada grupo de mujeres se aplicó un cuestionario diferente con base en las características del grupo. Se encuestó a mujeres de 15 años o más residentes habituales de las viviendas seleccionadas. La edad del 55% de las mujeres oscila entre los 15 a 39 años de edad, en cuanto a su estado civil en un porcentaje que oscila entre el 56 y el 65 por ciento de las mujeres reportan estar casadas (población urbana y rural respectivamente). En relación a la escolaridad el 22% de las mujeres de la muestra cuenta con educación básica, seguida de licenciatura con 18.5% y primaria con 17.1%. En tanto que en las actividades que realizan las mujeres unidas, el 61.4% reportan las labores del hogar como su principal actividad y esto incluye a la población no económicamente activa. Mientras que en mujeres separadas éste índice es solo de un 22.6% y en las mujeres solteras 42.3% es económicamente activa. De la población económicamente activa un 63.1% son empleadas asalariadas y el 31.3% trabaja por su cuenta (INEGI, 2014).

Los índices de violencia de esta encuesta indica que 26.3% de las mujeres encuestadas reportan haber sufrido algún tipo de maltrato o agresión en su vida conyugal mientras que el 19.2% reporta haberla sufrido durante el último año. Como se ha estado refiriendo, la violencia se puede manifestar de muchas formas, esta encuesta encontró que el 25.8% de las mujeres reporta haber sufrido violencia física, el 11.7% violencia sexual, el 56.4% han sufrido algún episodio de violencia económica y la violencia psicológica tiene el índice más alto con 89.2%. En la tabla 2.2 se muestra una tabla comparativa de las cifras nacionales y las obtenidas en el distrito federal para los diferentes tipos de violencia.

Tabla 2.2 Comparativa de prevalencia en los diferentes tipos de violencia entre el Distrito Federal y los Estados Unidos Mexicanos. Fuente: ENDIREH Distrito Federal, 2011.

	Estados Unidos Mexicanos (%)	Distrito Federal (%)
Violencia psicológica	81	86.3
Violencia Física	18.7	17.9
Violencia Sexual	8.4	5.2
Violencia económica	51.3	42.6

Adicionalmente se explora la búsqueda de ayuda; donde el 9.2% de las mujeres solicitó apoyo a través del Dirección Integral de la Familia (DIF), Instituto de la Mujer u otra autoridad o con el ministerio público, policía o la Delegación; para el Distrito Federal la búsqueda de ayuda se da en un 7.4% de los casos. De la población que no denunció estas agresiones refiere que fue en su mayor parte porque se trató de algo sin importancia o porque su pareja no va a cambiar. (INEGI, 2014); lo anterior es un punto importante pues deja ver la aceptación y normalización de la violencia en la interacción de pareja. Al igual que la ENVIM, en la encuesta del INEGI se exploran antecedentes de maltrato en la mujer y en su pareja, es así que 32.2% de los casos que presentaron violencia, tanto las mujeres como sus parejas presentan antecedentes de maltrato en la infancia, mientras que para el Distrito Federal esta cifra se eleva a 35.5%. Con relación a estas dos variables, los antecedentes de violencia en la familia y la presencia de violencia en la pareja actual; el 64% reporta que en tanto ella como su pareja presenciaron violencia en las familias de origen, mientras que en el Distrito Federal esta cifra sube a 65.2%. Ambas encuestas muestran gran cantidad de información en relación a la violencia de pareja; sin embargo existen diferencias sustanciales que se reflejan en la disparidad de las cifras que cada una marca (Tabla 2.3).

Tabla 2.3 Resultados en violencia de pareja y en los diferentes tipos de acuerdo a las encuestas ENVIM 2006 y ENDIREH 2011. Fuente: Secretaría de Salud, 2009; INEGI 2014)

	ENVIM 2006	ENDIREH 2011
Violencia General.	33.30%	19.20%
Violencia Psicológica	28.50%	81%
Violencia Física	16.50%	18.70%
Violencia Sexual	12.70%	8.40%
Violencia económica	4.42%	51.30%

Como se observa en la tabla, las diferencias entre ambas encuestas es de alrededor de 14.2 puntos porcentuales para la violencia general, mientras que para la violencia psicológica y económica las diferencias rebasan los 40 puntos porcentuales, siendo la ENDIREH la que más elevados índices de violencia psicológica y económica muestra. Otra diferencia significativa es el tamaño de las muestras; en donde la de ENDIREH es significativamente elevada; esto se puede explicar ya que la ENVIM se realizó en los Centros de Salud, lo que deja de lado a la población que no tiene acceso a estos servicios; mientras que la muestra de ENDIREH al ser probabilística da la oportunidad de poder acceder a una mayor diversidad de la población. Otra diferencia entre ambos trabajos es que la ENVIM no realiza una diferencia clara entre aquellas mujeres que están casadas, solteras, separadas y viudas; mientras la ENDIREH realiza una clara diferencia entre estas poblaciones a fin de proporcionar información más minuciosa.

A pesar de éstas diferencias, también existen puntos que comparten ambos trabajos; por ejemplo, aunque no igualan las cifras, en ambas la violencia psicológica es la que más presente se encuentra en las usuarias de servicio de salud y en la población general; ambos trabajos coinciden en que el nivel de escolaridad que las mujeres presenten alcanzan la escolaridad básica, y en que las labores del hogar son la principal actividad que realizan las mujeres. Otro punto importante es que ninguna de las encuesta aborda si coexisten diferentes tipos de violencia.

Antes de reflexionar si una encuesta es mejor que otra, hay que considerar que las diferencias existentes radican en la capacidad y objetivos de los dos organismos responsables de su realización, lo que permitirá entender mejor los alcances de estos reportes. La ENVIM fue desarrollada por la Secretaría de Salud en conjunto con el Instituto de Salud Pública en donde el principal objetivo fue conocer la prevalencia en la población a quienes atiende (las usuarias de los servicios de salud). Por otra parte, la ENDIREH fue llevada a cabo por el INEGI, organismo encargado de obtener información estadística de la población en general y su objetivo fue conocer a la población total del país; de ahí que cuenta con la experiencia, recursos humanos y materiales para poder realizar un trabajo de la magnitud que implica un censo de población; la visión de ambos reportes es desde una perspectiva de género en donde las agresiones a mujeres se atribuyen a aquellos factores de la sociedad en donde la mujer y el hombre se encuentran en una situación asimétrica de poder. A pesar de las diferentes perspectivas, objetivos, poblaciones o resultados, ambos buscan dar información útil para establecer estrategias de acción para la erradicación y prevención de la violencia (en sus diferentes modalidades). Al ser un problema que atañe a muchos actores de la sociedad y de organismos políticos queda claro que la presencia de esta violencia tiene consecuencias para la mujer y su entorno.

2.5 Consecuencias de la violencia de pareja en la salud.

La violencia como fenómeno presente en la sociedad tiene efectos a muchos niveles, al igual que la violencia de pareja como parte de ésta sociedad presenta consecuencias no solo para la persona que es víctima sino también para aquellos quienes se encuentran en contacto ella, y que en el caso específico de la violencia de pareja puede llegar a alcanzar a los niños que se encuentran inmersos en esta dinámica violenta.

2.5.1 Consecuencias de la violencia de pareja en la mujer.

Las consecuencias de la violencia en la pareja no solamente afectan al individuo sino también a su entorno familiar pudiendo llegar a afectar a su comunidad (Bott et al., 2013);

dichas consecuencias pueden afectar diversas áreas de la salud física y emocional de la mujer, o bien poniendo en riesgo su vida.

En el Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud, se realiza un resumen de las investigaciones que han mostrado las diversas consecuencias que la violencia puede tener en la salud de las mujeres, y en donde se menciona que aquellas mujeres que han sufrido maltrato físico o sexual en la niñez o vida adulta experimentan mala salud con mayor frecuencia, presentan riesgos en su bienestar psíquico y pueden adoptar comportamientos riesgosos como abuso de alcohol y drogas (Krug et al., 2003).

La salud física de la mujer se puede ver afectada a diversos niveles y de diversas formas, que pueden ir desde los moretones, fracturas, desgarros y abrasiones, lesiones oculares hasta el grado de poner en riesgo su vida. Las mujeres tienen más probabilidades de ser físicamente agredidas o asesinadas por alguien que conoce como un miembro de la familia o una pareja íntima. (Elsberg & Heise, 2005). Problemas de salud, erosión del autoestima, heridas y la violencia, incrementa el riesgo a largo plazo de que las mujeres sufran otros problemas de salud, como dolor crónico, discapacidad física, abuso de alcohol y drogas y depresión. (Elsberg & Heise, 2005)

En México, la Secretaría de Salud a través de la ENVIM reporta que la atención de las lesiones consecuencia de la violencia puede llegar a requerir el uso de servicios médicos, formales o informales; y que en muchas de las ocasiones las afectadas recurren a la automedicación (Instituto Nacional de Salud Pública, 2004). Se reportó que las consecuencias más usuales fueron quemaduras, pérdida del uso de la función física de alguna parte del cuerpo, fracturas, quemaduras y cortadas que necesitaron sutura, sangrado vaginal o anal a consecuencia de la violencia sexual; de las mujeres atendidas, 3.8% necesitó hospitalización y 0.7% requirió intervención quirúrgica; por lo que el uso de los servicios de salud, se encuentra íntimamente ligado a la gravedad de la lesión. Se realiza una especial atención dentro de las secuelas físicas de la violencia a aquellas que ocurren en el área sexual, donde se consideran la esterilidad, enfermedad inflamatoria de la pelvis, complicaciones del embarazo, aborto, disfunción sexual, enfermedades de transmisión

sexual aborto y embarazo no deseado, las cuales se asocian a la presencia de violencia sexual y física.

Aunado a las lesiones físicas, existen otras consecuencias ocultas a simple vista, como las posibles alteraciones de la estabilidad emocional de la mujer, que, además de obstaculizar su desarrollo personal, también agudizan su vulnerabilidad. Comúnmente las víctimas de agresiones infligidas por su pareja tienen problemas de salud mental; angustia, cuadros de estrés, tristeza o depresión, que minan su autoestima y las orillan al aislamiento; incluso, en ocasiones culmina en comportamientos suicidas como una forma de liberarse ante el sufrimiento padecido. Según la información de la ENDIREH, de las mujeres casadas o unidas violentadas por su pareja, 8.1% han pensado en quitarse la vida, y de ellas 38.8% lo han intentado por lo menos en una ocasión (INEGI, 2014). También estudios indican que las mujeres maltratadas presentan mayor riesgo de suicidio e intentos suicidas (Krug et al., 2003; Valdez-Santiago et al., 2006). En general, otras de las consecuencias que puede haber a nivel emocional tienen que ver con fobias, poca autoestima, trastorno de estrés postraumático, trastornos psicossomáticos y autolesiones.

Como un análisis adicional a datos de la ENVIM; Valdez-Santiago et al. (2006) buscaron conocer el nivel de malestar general de las mujeres maltratadas, y encontraron que los índices de malestar reflejan más que solo una enfermedad emocional específica; lo cual de acuerdo a las autoras definen como “el sufrimiento femenino, ligado a una situación específica de subordinación que se manifiesta a través de trastornos mentales”, lo cual refuerza que de las principales consecuencias emocionales de sufrir cualquier maltrato son una autopercepción de vulnerabilidad e indefensión, que se puede manifestar a través de síntomas depresivos.

Las múltiples consecuencias en la salud física y emocional de la mujer, la limitada búsqueda de ayuda médica, legal o psicológica permite que la violencia se mantenga o empeore con el paso del tiempo. Factores individuales, familiares y sociales en conjunto, crean las condiciones para que las secuelas de la violencia permeen diferentes ámbitos de la vida de la mujer; como la relación con su familia, en el trabajo y con sus hijos; siendo estos últimos quienes debido a la convivencia diaria con la madre, perciben y viven de forma

más inmediata los efectos de la violencia de pareja ejercida contra su mamá/tutora, ya que en casos más extremos, son quienes, incluso, han llegado a ser víctimas de forma directa o indirecta, a través de presenciar estos actos o siendo agredidos directamente.

2.5.2 Consecuencias en la salud de los niños y niñas testigo de violencia de pareja.

La violencia en la pareja, en un gran porcentaje de los casos, queda circunscrita al espacio privado de casa; por tanto, ocurre que en muchas de las ocasiones los menores de edad están presentes cuando los episodios de violencia se presentan. Las cifras de cuántos menores son expuestos a violencia en casa no son claras en México, ya que en las dos encuestas que se expusieron anteriormente no se aborda este tema, y los datos que se tienen provienen de espacios en donde los menores se encuentran bajo resguardo del Estado y se desconocen los índices en la población general. En 1996 Shiroma reportó que el 50% de las mujeres maltratadas mencionó que sus hijos fueron testigos de la violencia que su pareja ejercía (Krug et al., 2003), esta exposición a violencia puede ser directa (vean, escuchen o participen en las agresiones) o indirecta a partir de los cambios que se generan en la interacción con su madre, cambio de reglas, etcétera (Olaya, 2009).

En una investigación más reciente en México se obtuvo que el 40% de los menores habían sido testigos de un hecho violento entre sus padres en los últimos 6 meses (Frías & Gaxiola, 2008). La investigación que se ha realizado en torno a este tema busca conocer el impacto que crea el que los/las niños(as) sean expuestos a violencia dentro de su sistema familiar; ya sea como testigo de la misma o como víctima directa de la violencia entre los padres; los resultados mostraron que los principales problemas de conducta que se presentaron son tanto internalizados (ansiedad, depresión, retraimiento, quejas somáticas) como externalizados (agresividad), y que incluso puede afectar su rendimiento académico y tener dificultades para formar relaciones posteriores; resultando niños y niñas igualmente afectados (Maikovich et al., 2008; McKloskey, Figueredo, & Koss, 1995; Patró & Limiñana, 2005, Alcántara, López-Soler, Castro, & Castro, 2013; Martínez, 2015).

La violencia en la familia incrementa el riesgo del menor para desarrollar un trastorno psicológico, ya que niños/as que han sido expuestos(as) a violencia son además propensos a vivir muchos otros estresores que están asociados con elevados grados de psicopatología como son la pobreza, una comunidad violenta y falta de apoyo escolar (Maikovich et al., 2008). Una característica importante acerca las investigaciones enfocadas en el desarrollo de los niños que están en un ambiente en donde se presenta la violencia de pareja, es que se desconoce qué tanta violencia ocurre en la presencia de los niños, y es esta razón por la cual los niños son considerados las víctimas invisibles (Osofsky, 2003). Por ejemplo, se ha encontrado que los menores que son testigos de violencia son más comunes que aquellos que han sufrido directamente el abuso, y que los efectos en éstos niños no han sido estudiados (McKlosley et al., 1995).

Hay factores que se involucran en el efecto que la exposición a esta violencia puede acarrear como la frecuencia, intensidad, gravedad, coocurrencia y diferentes formas de violencia en la pareja a la cual los menores han estado expuestos (Anda et al., en Martínez, 2015). Incluso, se ha establecido que el maltrato durante ciertas etapas de la infancia afecta el desarrollo de regiones del cerebro, por lo que el hecho de maltrato puede coincidir con un periodo sensible del desarrollo cerebral (Petrek et al., 2013); los menores entre los 8 y 12 años expuestos a violencia, presentan una prevalencia mayor de alteraciones psicológicas, cuanto a problemas externalizados e internalizados (Martínez, 2015).

Los niños expuestos a violencia de pareja son más agresivos con sus iguales y tienen más problemas de conducta en general que otros niños (Farnós & Sanmartín, 2005). La investigación coincide en que existe un efecto negativo en el desarrollo infantil de los menores que son expuestos a violencia y que esto implica afectaciones a su desarrollo afectivo y físico, manifestándose a través de trastornos internalizados y externalizados, siendo sensibles a periodos específicos del desarrollo y mostrando más síntomas en edades más tempranas; debido a los múltiples efectos en la salud de los niños/as que la exposición a violencia de pareja crea, ésta se ha llegado a considerar como un tipo de maltrato infantil (Olaya, 2009).

Sin embargo, también es importante mencionar que no todos los menores que se encuentran expuestos a violencia muestran afectaciones (Atenciano,2009), esta autora resume en su experiencia acumulada en 25 años de trabajo, puntos importantes a considerar en cuanto a los menores testigos de violencia en la pareja; hace mención de la importancia de la historia familiar y en específico de la madre, ya que puede dar información acerca de la violencia que ocurre en casa, señala que no todos los niños y niñas sufren consecuencias de la exposición a violencia de pareja; considera importante evaluar los recursos del menor como de su entorno y considera que la relación materno-filial es una de las más afectadas cuando existe violencia, pero también esta relación permite una recuperación más favorable por lo que se considera se debe de trabajar en la intervención.

Las consecuencias de la exposición son claras, en el sentido de que se pueden considerar un factor de riesgo para los menores, sin embargo, parece que a partir de las encuestas, es difícil lograr que las mujeres tomen conciencia de aquellas conductas que se son consideradas como violencia de pareja, por lo que el uso de instrumentos estandarizados se vuelve una herramienta útil para tener una medición confiable y objetiva de esta situación.

2.6 Detección de violencia contra la mujer en la pareja.

A nivel mundial existen dificultades entre los expertos en el tema de la violencia de pareja en cuanto llegar a un consenso en su definición, ya que existen factores que dificultan su conceptualización; sin embargo, gracias a la investigación se han desarrollado instrumentos a nivel mundial y nacional que han permitido su detección y medición; por lo que en éste apartado busca mostrar los instrumentos más utilizados, sus principales características, ventajas y limitaciones.

Escala de Tácticas de Conflicto (Conflict Tactics Scale CTS). Es una de las herramientas más utilizadas en Estados Unidos. El CTS original tiene varias subescalas que miden conflictos, incluidas las tácticas de negociación, y agresión verbal y física. La subescala de agresión física mide la frecuencia y gravedad de los actos específicos de violencia física dentro de la familia, incluyendo la violencia del marido a la esposa, de la esposa a su marido y violencia entre los padres e hijos. La versión revisada incluye preguntas sobre

violencia sexual. El enfoque de esta prueba sirve para comparaciones debido a su especificidad conductual, por lo tanto es probable detectar cuales mujeres han experimentado actos de violencia, pero no necesariamente se identifican como maltratadas. (Elsberg & Heise, 2005). A pesar de lo amplio de la escala muestra algunos inconvenientes ya que proporciona información limitada sobre el contexto y las consecuencias del abuso, así como el control y la degradación psicológica que muchos investigadores consideran como características centrales del abuso hacia la mujer. Otra limitante es que enmarca la violencia en el contexto de la resolución de conflictos, e incluye una escala de negociación; esta parte es cuestionada por investigadores feministas, pues cuestionan la neutralidad de género detrás de la escala; ya que desde esta perspectiva, la violencia masculina se considera como una táctica para mantener el poder y la dominación dentro de una relación; lo anterior bajo el supuesto de que existe igualdad en la relación, lo cual supone un conflicto a nivel cultural en donde las mujeres se consideran menores a los hombres (Elsberg & Heise, 2005)

Índice de Abuso del Cónyuge (Index of Spouse Abuse ISP). Este cuestionario está compuesto por 30 ítems de autoreporte en una escala diseñada para medir severidad o magnitud del abuso físico y no físico (Elsberg & Heise, 2005).

Otro instrumento utilizado es el "Marco de las Mujeres que tienen experiencia con el abuso" (Women's Experience with Battering Framework. WEB), cuya particularidad radica en la medición del maltrato basada en la experiencia subjetiva de la mujer más que en la incidencia discreta de violencia física. La escala WEB se compone 10 ítems que describen diferentes dimensiones de la experiencia de abuso, como vergüenza y disminución de autonomía; sin embargo ésta escala aún no está validada internacionalmente para determinar cuáles de las experiencias proveen una medición significativa de maltrato en contextos transculturales (Elsberg & Heise, 2005).

Inventario de Riesgo de Abuso. (Abuse Risk Inventory. ARI) (Yegidis, 1989). Este inventario identifica a mujeres que han sido, o están en riesgo, de ser víctimas de maltrato por sus parejas o ex parejas. Este cuestionario está compuesto por 25 ítems, requiere de un tiempo de respuesta entre 10 y 15 minutos. Cada ítem pregunta por la frecuencia con la

mujer ha experimentado la mujer diversos comportamientos abusivos. Esta frecuencia se mide mediante una escala de cuatro puntos (de “nunca o raramente” a “siempre”). Una puntuación final de 50 o más indica que la mujer entrevistada se encuentra en riesgo de sufrir maltrato por parte de su pareja. Es una de los instrumentos más ampliamente utilizados en contextos clínicos y es habitualmente empleado en la comparación y validación de otros instrumentos (Ruiz et al., 2008). Sin embargo, no se cuenta con datos sobre su validez y confiabilidad estadística.

Detección computarizada de violencia de pareja computarizada. (Rhodes, Lauderdale, He, Howes & Levinson, 2002) permite identificar víctimas de violencia de parte de la pareja íntima en contextos clínicos. Este cuestionario es auto administrado por computadora, con el objetivo de incrementar el grado de detección de violencia por parte de la pareja en los servicios de atención sanitaria. Se encuentra validada por los autores en EE.UU. en una muestra de 248 estudiantes, mujeres y hombres, universitarios. Una de las ventajas que ofrece este instrumento es que gracias a la confidencialidad y anonimato que ofrece la aplicación de este cuestionario por computadora se puede incrementar la eficacia en la detección de casos de violencia contra la mujer por parte de la pareja íntima (Ruiz, et al., 2008).

Cuestionario Breve para Detectar Situaciones de Violencia de Género en las Consultas Clínicas (Majdalani, Alemán, Fayanás, Guedes & Mejía, 2005). Este cuestionario busca detectar casos de violencia (psicológica, física y sexual) en mujeres de habla hispana en los consultorios de atención primaria. Consta de cinco preguntas y está elaborado originalmente en español. Cada pregunta corresponde a cada una de las formas más frecuentes de violencia basada en el género, identificadas por los autores que comprende lo emocional, físico, sexual y abuso sexual durante la niñez; explorando cómo y cuándo ocurrió el hecho y quién perpetró la agresión, incluyendo la pareja íntima. También se indaga por la percepción de la mujer entrevistada respecto al riesgo actual en el que se encuentra. Validado por los autores en una muestra de mujeres que acudían a las clínicas de salud sexual y reproductiva en cinco países de América Latina y el Caribe, mostrando que sus propiedades lingüísticas y psicométricas eran adecuadas. Una de las ventajas del uso de éste cuestionario es que es corto y apropiado para la detección sistemática de violencia

doméstica en los servicios de salud tanto por su solidez, formato y contenido como por su comprensibilidad y confiabilidad. Es uno de los pocos instrumentos desarrollados originalmente en español (Ruiz et al., 2008).

Herramienta para la detección de Violencia Doméstica (Domestic Violence Screening Tool) (Furbee, Sicora, Williams & Derk, 1998). Su objetivo es detectar la violencia doméstica contra la mujer ejercida por el marido, novio o cualquier otra persona significativa para la víctima. Se centra fundamentalmente en la violencia física, aunque incluye algunas cuestiones relativas a amenazas y sentimientos de seguridad. Esta herramienta está originalmente diseñada para ser empleada en contextos clínicos, específicamente de urgencias. Las preguntas del instrumento hacen referencia concretamente a diversos episodios de violencia física (golpes, heridas, etc.) y psicológica como amenazas y a los sentimientos de miedo hacia la pareja. Estas preguntas conciernen a episodios que han ocurrido en el pasado, en el último mes y en el mismo día en el que se aplica la entrevista y también la probabilidad futura de que se repitan estos sucesos. Este instrumento fue validado por los autores en una muestra de 186 mujeres usuarias de los servicios de urgencias en EE.UU., contrastando dos métodos diferentes de administración: el método tradicional de entrevista personal entre paciente y médico/a y el método de entrevista pregrabada, mediante el cual las mujeres escuchaban una grabación con las preguntas y debían anotar sus contestaciones en una plantilla de respuestas. El método de la entrevista pregrabada pretende resolver los problemas de reactividad y rechazo que suelen surgir cuando los y las profesionales preguntan a los pacientes por violencia doméstica. Los resultados mostraron que no es más efectivo que el método más usualmente utilizado, el de la entrevista personal. Una limitación que presenta esta herramienta es que no diferencia claramente entre violencia física y violencia psicológica, ignorando el acoso y la violencia sexual (Ruiz et al., 2008).

Herramienta para la Evaluación de la Violencia en Curso (Ongoing Violence Assessment Tool. OVAT). Permite identificar situaciones actuales de violencia por parte de la pareja. Está compuesto por cuatro cuestiones referentes al abuso físico y emocional sufrido por la víctima en el último mes. Esta escala presta especial interés a las amenazas que ha podido ejercer la pareja contra la víctima, incluye un ítem específico sobre maltrato emocional

referente a la falta de respeto por parte de la pareja a los sentimientos de la víctima. Estas cuestiones tienen dos alternativas de respuesta “verdadero” y “falso”, excepto la referente al maltrato emocional en donde se indaga por su frecuencia, desde “nunca” a “muy frecuentemente”. Se tarda menos de un minuto en ser respondido. La simplicidad y la brevedad de la escala facilitan su uso en servicios de atención sanitaria con una elevada densidad de trabajo. Este instrumento fue aplicado tanto a mujeres como a hombres (Ruiz et al., 2008).

Una de las principales desventajas de estos instrumentos es que no se encuentran en idioma español o estandarizado en población latina; varios de ellos se limitan a explorar una dimensión de la violencia de pareja enfocándose principalmente en la violencia física, dado que algunos fueron desarrollados para ámbitos clínicos (específicamente hospitales o clínicas); otra desventaja es que no se cuenta con datos sobre los índices de confiabilidad y validez estadística o las muestras con los que fueron obtenidas son muy pequeñas, lo cual limita su implementación para la población en general.

Otra forma de contar con instrumentos para la detección de violencia de pareja es la utilización de cuestionarios utilizados en censos nacionales; sin embargo, el acceso o calificación de estos instrumentos se vuelve difícil. Para este trabajo se utilizó la Escala de Violencia e Índice de Severidad (Valdez-Santiago et al., 2006), la cual fue desarrollada para ámbitos clínicos en población general, se cuenta con acceso a datos sobre su elaboración, validación y confiabilidad, así como la forma en que se califica para la detección de violencia psicológica, física, sexual y física severa. La información de esta escala se amplía en el capítulo cuatro, en donde se especifican los aspectos metodológicos de la investigación.

CAPÍTULO 3. PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

La salud mental es una parte esencial de la salud general de los niños y tiene una relación interactiva compleja con su salud física, su capacidad de tener éxito en la escuela, en el trabajo y en la sociedad; tanto la salud física y mental afecta su forma de pensar, sentir e interactuar con su entorno por lo que la presencia de alguna enfermedad deteriora en cierto grado su adaptación al medio.

3.1 Definición de salud y enfermedad mental.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) especifica que la salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales, y la define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2015). La Secretaría de Salud define la salud mental como: *el bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en aspectos cognitivos, afectivos y conductuales y en su último término, el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación* (Secretaría de Salud, 2012) (p. 22).

En la ley de Salud Mental del Distrito Federal (2011) la salud mental se define como: *el bienestar psíquico que experimenta de manera consciente una persona como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, que le permiten el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación, de manera que pueda contribuir a su comunidad* (p.17). Lo que predomina de los anteriores conceptos es que consideran que la salud mental no es la ausencia de trastornos mentales, mientras que retoma el estado general de bienestar que le permita tener un equilibrio consigo mismo y con su ambiente.

Otra definición encontrada en la literatura es la que considera a la *salud como un recurso* que se enriquece o encarece de acuerdo a los intercambios de los diferentes procesos en que la persona se encuentra involucrada, siendo la persona protagonista de estos procesos; lo anterior subraya la importancia de los *vínculos entre personas y grupos*; por lo tanto, un

problema de salud mental ocurre cuando se rompe este equilibrio del individuo con su *ecosistema* y redundando en una alteración del *bienestar psicosocial* (García, 2003).

La Secretaría de Salud junto con la OMS refieren que la salud mental es un fenómeno complejo determinado por sociales, ambientales, biológicos y psicológicos; por lo que lograr que la población conserve la salud mental además de la salud física, depende en gran parte de la realización exitosa de acciones de Salud Pública, para prevenir, tratar y rehabilitar (Secretaría de Salud, 2012). Por lo que la ejecución de políticas públicas desde diferentes órdenes de gobierno, programas de intervención en las comunidades e instituciones podría ser un factor a trabajar en la prevención y tratamiento de los trastornos mentales que afectan la salud de las personas.

Para hablar de salud, también se debe hablar de enfermedad (trastorno) el cual es definido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (2014) como:

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Los comportamientos socialmente anómalos (ya sean políticos, religiosos o sexuales) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales, salvo que la anomalía o el conflicto se deba a una disfunción del individuo como las descritas anteriormente. (p. 20)

Es decir, que un trastorno tiene manifestaciones a nivel cognitivo emocional y del comportamiento, que le dificultan su adaptación al entorno y en donde su comportamiento debe ser adaptativo y adecuado a su entorno.

La percepción y definición de salud y enfermedad mental ha evolucionado, a la par de los avances científicos y de teorías que buscan dar una explicación a la normalidad/anormalidad en la conducta de los niños/as y adolescentes, así los modelos explicativos de psicopatología brindan parámetros para saber en qué momento y cuáles son las conductas que podrían ser indicativas de enfermedad mental.

3.2 Modelos explicativos en psicopatología infantil.

El desarrollo infantil es complejo y la “normalidad” y “anormalidad” se ha considerado a lo largo de la historia de la psicología desde diferentes marcos de referencia, algunos de estos marcos han servido para crear categorías e identificar a sujetos en riesgo.

El *modelo estadístico* parte del consenso de la mayoría para definir lo que es normal; la normalidad se expresa en términos estadísticos (media, mediana, moda) comparando el comportamiento de los individuos. Por lo tanto, las desviaciones de la norma de la población son el parámetro para definir la anormalidad. Sin embargo, es importante considerar que las desviaciones de la norma no siempre son negativas, sino a veces productivas, como es el caso de los genios o los atletas; ya que en ambos casos se encuentran en un nivel “superior” estadísticamente hablando en comparación con el resto de las personas, por lo que su “anormalidad” yace en la comparación del grupo con el que se contrasta (Solloa, 2010).

En el *modelo sociocultural* la normalidad se decide por lo que es deseable, según la sociedad. Para decidir si una conducta es normal para una sociedad es necesario determinar si su función es la de mantener y promover la cultura. Un parámetro sociocultural puede determinar lo que estadísticamente es normal y viceversa, por lo que, para definir lo normal es imprescindible tomar en cuenta el buen funcionamiento interno, ya que muchos individuos con inhibiciones neuróticas intensas se comportan bien socialmente, pero hay un gran malestar subjetivo, en éste criterio el componente cultural es importante, ya que es el contexto el que marca las pautas de conducta; así, por ejemplo es normal que en algunas culturas puede no serlo para otras (Solloa, 2010).

De la clasificación psiquiátrica de los trastornos mentales se deriva el *modelo clínico*, como en el caso de los modelos anteriores, esta concepción de normalidad-anormalidad está influida por factores sociales. Este modelo ha sido criticado porque encasilla y etiqueta a las personas con diagnósticos que no siempre resultan exactos ni explican las diferencias individuales; sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (Clasificación Internacional de las Enfermedades) y la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM) se han basado en este modelo para unificar criterios en cuanto a la definición, diagnóstico y características clínicas de los diferentes trastornos mentales. La unificación de los criterios ha permitido mejores investigaciones sobre las diferentes patologías y así, impulsado y maximizado la prevención y tratamiento (Solloa, 2010).

El ser humano es una unidad bio-psico-social y cultural; por consiguiente, la influencia de variables de los cuatro subsistemas interactúan, mediadas principalmente por la *familia* y por el *entorno social inmediato*, para conformar la personalidad y el proceso de salud-enfermedad.

De esta forma, Wenar y Kerig (2006, citado en Caraveo & Soriano, 2013) mencionan que el desarrollo incluye la dimensión del tiempo a través de cinco contextos: biológico, individual, familiar, social y cultural, los cuales se describen a continuación:

- a) Contexto biológico. Involucra un número de influencias orgánicas que son relevantes para el entendimiento del desvío del desarrollo normal: *genético* (conjunto de rasgos, ideas, circunstancias etc., que son transmitidas), *neuropsicológico* (funciones neurológicas, *psicológicas*, la química y estructura cerebral) y el *temperamento* (tipo, personalidad, características y dimensiones de la forma de ser de cada persona).
- b) Contexto individual. Conciernen a las variables psicológicas de cada persona, es decir, al *desarrollo cognitivo* (intentos del niño para adaptarse al medio ambiente y al comprensión del entorno físico y social), el *desarrollo emocional* (tipo de apego, *entornos interactivos*, cuidado y socialización) y las expectativas interiorizadas acerca de las relaciones con los demás como el apego, desarrollo del yo, el desarrollo moral y lo relativo al sexo y género.

- c) Contexto familiar. Es de suma importancia en el desarrollo del niño. Existen patrones normativos de *estructura familiar*, crianza y tipo de relación, por lo tanto se recomienda mirar a la familia desde una perspectiva de sistema familiar, poniendo en relieve las cualidades de la familia que influyen en el desarrollo.
- d) Contexto social. Es importante poner especial interés en las relaciones positivas e *involucramiento entre pares*, como la popularidad, la amistad, así como su contraparte negativa, el rechazo y las conductas antisociales. Se debe considerar también a los adultos que no son parte de su familia, como los maestros u otras figuras de autoridad que pueden proveer al niño de modelos positivos o negativos.
- e) Contexto cultural. La cultura juega un papel importante con factores que pueden incrementar el riesgo o protegerlo de una psicopatología. Algunos de estos son: la clase social, la raza, la etnia; así como las *normas culturales*. Dentro de una cultura específica puede existir la probabilidad de que una conducta pueda ser considerada como psicopatológica.

De igual manera, es relevante considerar la interacción de estos contextos entre sí, porque pueden ser factores que influyen en el desarrollo de la psicopatología.

La *psicopatología del desarrollo* no sigue un modelo teórico unitario, sino que es una guía para una perspectiva organizacional del niño y del adolescente; esta perspectiva ve al ser humano de manera holística, es decir, como un sistema integrado y dinámico en el cual todos los dominios del desarrollo (cognitivo, social, emocional y biológico) están en continua interacción uno con otro (Caraveo & Soriano, 2013).

El objetivo de la psicopatología es el estudio de los fenómenos psíquicos, el conocimiento de las organizaciones dinámicas psicológicas que están en la base de las perturbaciones del psiquismo, logrando así un mayor conocimiento de sus determinantes, evolución de las consecuencias que un trastorno puede originar en el desarrollo (Almonte & García, 2003).

La psicopatología infantil y de la adolescencia resulta de situaciones producidas por desviaciones del desarrollo biopsicosocial normal del individuo en crecimiento (Secretaría de Salud, 2002). Desde el punto de vista de la psiquiatría infantil, se consideran todas las categorías diagnósticas en el campo de la salud mental aplicables a niños y adolescentes

que se registran en los libros de texto especializados con base en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), las cuales son categorías propuestas para el trabajo clínico y de investigación que seguirán siendo revisadas en un futuro por los expertos. (Secretaría de Salud, 2002).

Con base en los criterios de normalidad y anormalidad se crean sistemas de clasificación para poder contar con criterios estandarizados para la medición de las desviaciones que se presentan en el desarrollo (González, 1998 citado en Lucio & Heredia, 2014) son dos los principales; el primero deriva de la nosología de los adultos como el CIE-10 y el DSM y los sistemas creados en particular para la infancia: categoriales, dimensionales y evolutivos. En los segundos se consideran los realizados por Ana Freud en donde consideraba para el diagnóstico diversos aspectos (categorías) con base en su marco teórico de trabajo (Lucio & Heredia, 2014). Sin embargo, la psicopatología (en especial la infantil) consta de elementos descriptivos (fenómeno) y dinámicos (interacción entre diferentes componentes). La psicopatología del niño y del adolescente se preocupa tanto del estudio transversal de la manifestación psiquiátrica como del estudio longitudinal de los cambios que este experimenta con el desarrollo, por lo que en el proceso de determinar la normalidad o anormalidad, es necesario utilizar además de los criterios estadísticos o axiológicos, aquellos que consideran al desarrollo, este último permitirá describir las características de acuerdo a la etapa de vida (Almonte & García, 2003).

La salud mental del niño y del adolescente tiene características propias, en la medida que se trata de un individuo en desarrollo que requiere el cuidado de otros, y por lo tanto, recibe la influencia de múltiples factores en distintos periodos de su evolución, con los cuales interactúa pudiendo resultar un desarrollo dentro de parámetros normales, con problemas de salud mental o trastornos bien definidos (Almonte & García, 2003) (p.80)

La psicopatología del desarrollo resalta la importancia de estudiar la psicopatología en relación con los cambios habituales que se suscitan a lo largo de la vida (Lucio & Heredia, 2014), estas autoras señalan que este enfoque sugiere un marco conceptual relacionado a

hitos y secuencias en áreas físicas cognitivas, sociales-emocionales y educativas del desarrollo. Esta perspectiva es evolutiva porque describe los cambios que experimenta la patología por acción del desarrollo, ya sea que esta se supere espontáneamente, se atenúe por efecto del tratamiento, o persista y se vuelva compleja (Almonte & García, 2003), esto contextualizado en la interacción entre el individuo y su ambiente.

Se puede entender a la psicopatología del desarrollo como un macroparadigma que incorpora los criterios evolutivos con la comprensión psicobiológica y social agregando las aportaciones de la experiencia clínica (Achenbach, 1990 en Torrás de Bea, 2012), cuyo fundamento se rige en tres grandes teorías del desarrollo, las cuales fueron influenciadas por la filosofía y embriología, la teoría psicoanalítica, la organísmica y la teoría estructural de Piaget (Cicchetti, 2008). La psicopatología evolutiva fue descrita por Sroufe y Rutter (1984) como "el estudio de los orígenes y el curso de los patrones individuales de desadaptación conductual, cualquiera que sea el comienzo, las causas o transformaciones de su manifestación en la conducta, y cualquiera que sea el curso del patrón evolutivo" (p. 18). (Citado en Lemos, 2003).

De forma general los investigadores en psicopatología del desarrollo están enfocados en identificar el proceso dinámico que subyace al curso del desarrollo (Cummings, Davies, & Campbell, 2000) y en donde la psicopatología se conceptualiza como una

..desviación del desarrollo y en donde el tratamiento es mejor llevado por el entendimiento de los procesos que subyacen y su trayectoria en el tiempo, por lo que el trastorno no es algo que se tiene, sino que es visto como el desarrollo a lo largo del tiempo desde complejas transacciones entre procesos genéticos, biológicos y psicosociales que influyen la adaptación en momentos específicos del desarrollo, por lo que esta perspectiva engloba tanto influencias negativas y positivas en el desarrollo, considerando también el contexto familiar, comunitario y cultural, ya que bajo estos esquemas se hace la evaluación e interpretación de los patrones de adaptación y mal adaptación del menor (p. 23).

El campo de la psicopatología del desarrollo requiere el análisis de la conducta del menor a varios niveles, lo cual le hace una disciplina que requiere un trabajo interdisciplinario y multidisciplinario (Cicchetti, 2008; Cummings et al., 2000).

Cummings y colaboradores (2000) exponen las diferencias que tiene el campo de la psicopatología del desarrollo en contraste con otras teorías que buscan explicar el comportamiento anormal de los niños y adolescentes, la primera de ellas es que esta perspectiva es más integrativa ya que se enfoca en la investigación y en la práctica sobre la psicopatología. Otra diferencia es que este enfoque está preocupado por resultados en múltiples muestras (normales, anormales y en riesgo), una tercera diferencia es que toma en cuenta un amplio rango de influencia en el desarrollo humano incluyendo factores positivos y negativos, así como diversas conductas de adaptación (resiliencia) y mal adaptación (psicopatología), se menciona que el considerar estos factores es esencial ya que de su dinámica se determina el desarrollo del menor. Cuarto, este acercamiento conceptualiza la psicopatología como un proceso dinámico, ya que es el resultado de un complejo interjuego de múltiples influencias que cambian en el curso del desarrollo humano y por último, en relación al diagnóstico y nosología, el énfasis recae en el entendimiento de la mal adaptación como un resultado del desarrollo y no entender la mal adaptación como una enfermedad (modelo médico), ya que al etiquetar o categorizar el comportamiento anormal no significa explicar cómo o porque esta conducta ocurre (Cummings et al., 2000). Así, la perspectiva de la psicopatología del desarrollo mantiene características especiales en su concepción de la psicopatología (Arias, 2012):

1. Enfoque biopsicosocial que integra los condicionantes biológicos con los intrapsíquicos y el contexto social.
2. La multicausalidad del enfermar psíquico infantil.
3. La existencia de unas estructuras psicopatológicas cambiantes a lo largo del tiempo, con capacidad autorreguladora, en un juego dinámico de reversibilidades-irreversibilidades, maduraciones-dismaduraciones, organización-desorganización y todo con un criterio evolutivo-funcional en que el tejido psíquico está en permanente situación de adaptación y progreso pero con riesgo de inmaduración o desestructuración.

4. La existencia de un continuum entre lo normal y patológico. Se explica como una continuidad en el funcionamiento de síntomas graves, los cuales son colocados en la misma dimensión que las conductas normales (Lucio & Heredia, 2014)
5. Admite la posibilidad de cronodependencia de las estructuras psicopatológicas infantiles, de forma que estas se organizan y manifiestan de distinta manera, dependiendo de la edad y del momento evolutivo. El mismo síntoma puede tener diferentes significados dependiendo de la edad del menor.
6. La existencia de una comorbilidad evolutiva al comprobar que las organizaciones psicopatológicas suelen acompañarse a lo largo del desarrollo de otros síntomas o trastornos de diversa índole
7. Una relación de continuidad y discontinuidad entre las organizaciones psicopatológicas del niño y las del futuro adulto
8. La existencia de diferencias individuales.
9. Perspectiva longitudinal.

Otro principio importante que sustenta la psicopatología evolutiva es que la persona ejerce un *rol activo* en la dirección del curso de su desarrollo; de modo que, aunque los factores más lejanos en la historia personal o las influencias del momento presente sean importantes para el proceso del desarrollo, las elecciones que hace la persona y la auto organización se cree que ejercen una influencia crítica creciente en su desarrollo (Lemos, 2003).

La psicopatología del desarrollo a través de la investigación, busca identificar los factores de riesgo en un individuo en particular en un contexto en particular, ya que se consideran pocos los factores que se pueden generalizar o ser universales para el desarrollo de un trastorno (Lucio & Heredia, 2014).

Dentro de la psicopatología del desarrollo se encuentra la llamada “segunda generación”; esta segunda generación de la investigación se construye sobre las bases establecidas en las asociaciones entre el niño y la familia de factores de provistos por la investigación anterior y mueve el campo de investigación más allá, generando modelos explicativos más

sofisticados sobre el curso y la predicción del desarrollo normal y el desarrollo de la psicopatología. Entre los objetivos de esta segunda generación de la investigación orientada a los procesos de trastornos de la infancia son: identificar y entender los agentes causales subyacentes en los trastornos de niños como organizaciones dinámicas de procesos sociales, emocionales, fisiológicos, genéticos, cognitivos y/o de otros procesos (Cummings, et al., 2000).

Por lo tanto, en el estudio de menores se deben tomar en cuenta la edad, sus condiciones biológicas, individuales, el aspecto sociológico o contexto en el cual está inmerso, siendo uno de los principales componentes contextuales la familia; a partir de estos factores, se pueden conocer cuáles los factores protectores y de riesgo en el sistema individual o familiar.

Hablar de normalidad y anormalidad en la infancia y adolescencia implica el entendimiento del proceso del desarrollo y su relación con diversos factores involucrados que permiten evaluar la conducta del menor con base en su entorno, contexto familiar y características personales. La epidemiología permite conocer el curso de desarrollo de los trastornos psicológicos; de los cuales muchos tienen inicio en edades tempranas, esto facilita la identificación de población en riesgo a fin de implementar medidas preventivas.

3.3 Epidemiología.

La información epidemiológica es de gran utilidad para el desarrollo de políticas públicas que estén enfocadas en mejorar la salud mental. La epidemiología brinda información de cuántos niños en una comunidad tienen problemas mentales, cuál es la distribución de estos con base en la edad, sexo, nivel socioeconómico; como se da esta información (por medio de maestros, padres o el propio niño), y por último cuál es el curso del desarrollo de los problemas mentales en los niños (Costello & Angold, en Kuschel, 2016).

De acuerdo con la OMS, los trastornos mentales son una de las principales causas de discapacidad en el mundo; se estima que tres de cada diez casos de discapacidad entre personas de 15 a 44 años son a causa de los trastornos mentales. Tanto en investigación retrospectiva y prospectiva se ha mostrado que la mayoría de los desórdenes en la vida

adultas comienzan en la infancia y adolescencia (en Merikangas, Nakamura, & Kessler, 2009). Por su parte la Asociación Psicológica Americana estima que existen 15 millones de jóvenes en Estados Unidos que en la actualidad pueden ser diagnosticados con un trastorno de salud mental, mientras que una cantidad mayor se encuentran en riesgo de desarrollar un trastorno debido a los factores de riesgo biológicos o genéticos y aquellos que se desarrollan dentro de sus familias, escuelas, comunidades y entre sus pares (American Psychological Association, 2014).

En América Latina y el Caribe se calcula que 17 millones de niñas y niños de 4 a 16 años sufren de algún trastorno psiquiátrico que amerita atención. De acuerdo a la Secretaría de Salud, en México en el primer nivel de atención la frecuencia de trastornos mentales en la infancia fue entre 12 y 29% (Secretaría de Salud, 2002). Estos datos coinciden con los encontrados en otros países en donde la prevalencia de trastornos oscila entre el 56% y 22.5%, siendo los trastornos más frecuentes los trastornos de eliminación, comportamiento disruptivo (trastorno de déficit de atención, oposicionista y de conducta), los trastornos de ansiedad (fobia social, ansiedad generalizada y ansiedad de separación) (De la Barra, Vicente, Saldivia, & Melipillan, 2012; Navarro-Pardo, 2012).

Los estudios de epidemiología psiquiátrica en población infantil y adolescente de América Latina y el Caribe han sido escasos y dificultan su comparación debido a los instrumentos utilizados, los rangos de edades (niño(a), adolescente), las fuentes de información (niño, adolescente, padre, maestro, tutor) y el período de referencia (Rodríguez et al. 2009). La Organización Panamericana de la Salud (2009) informa que en América Latina y el Caribe estima que de acuerdo a estudios realizados en México, Puerto Rico, Brasil, Chile y Colombia, la prevalencia de cualquier trastorno varía de 12.7% a 15%, siendo la ansiedad y problemas de conducta los más frecuentes, dando indicios que las edades de inicio de los trastornos son más tempranas; añade que los adolescentes suelen presentar mayores tasas de depresión y ansiedad, el trastorno por déficit de atención se presenta más en varones pre-púberes que en niñas. Con base en estos datos se estima que por lo menos 53 millones de niños, niñas, adolescentes y jóvenes requieren atención en salud mental en estos países.

El análisis se realizó buscando en las bases de datos de PubMed, Medscape y LILACS, y las principales revistas de psiquiatría de niños y adolescentes y las últimas ediciones de textos de psiquiatría infantil y adolescente, se incluyeron los artículos publicados sobre el tema en los últimos 10 años; como resultado se revisaron 52 estudios en donde se mostró la prevalencia de trastornos psiquiátricos, con una variación entre 1 y 51%. Se concluyó que variaba según el instrumento de medición utilizado: los criterios de Rutter mostraban 12%, la entrevista K-SADS 14% y el DISC 20-25%. También había problemas en las muestras, definición de caso, análisis y presentación de los datos (De la Barra, 2009).

En una investigación a cargo de Almeida-Filho en Brasil (1982) se observó que 10% de los niños de 5 a 14 años presentaba un trastorno psiquiátrico que requería tratamiento; sin embargo, el estudio no se basó en criterios de diagnóstico estandarizados, ya que no se disponía de ellos en el país en aquel momento (Rodríguez et al., 2009). Esta investigación fue la base para que en 2005 se llevará a cabo otro estudio realizado con 3139 niños y adolescentes de la Ciudad de Pelotas en el mismo país, en la cual los investigadores observaron problemas conductuales en 13.5% de los niños y adolescentes de 10 a 17 años de edad. Con la participación de 1251 alumnos de escuelas públicas y de las zonas rurales de Brasil, de edades comprendidas entre 7 y 14 años) se concluyó que los trastornos de externalización fueron significativamente más frecuentes en varones, siendo los de oposición y del comportamiento los más comunes (Rodríguez et al., 2009).

La investigación epidemiológica de trastornos mentales en la infancia y adolescencia en México se remonta a 1988, con un estudio enfocado a la detección de problemas de salud mental en la infancia; a partir del reporte de padres se estimó una prevalencia de trastornos psiquiátricos entre 16.4% y 20.7% en niños de 3 a 12 años a partir del uso del Reporting Questionnaire for Children (RQC) (Caraveo, Medina, Villatoro, López, & Martínez 1995).

En la Encuesta Nacional de Salud de 1988, única que existe en su especialidad, se detectó que el grupo de edad entre 15 y 24 años es de alto riesgo, ya que la incidencia anual de accidentes y acciones violentas (muchas de ellas vinculadas a problemas de salud mental) alcanzó una prevalencia de 2.3% en la población masculina y 0.6% en la femenina. Los problemas psiquiátricos que con más frecuencia se detectaron fueron caracterizados por

angustia y depresión, así como intentos de suicidio y suicidios consumados. Se observa que la mayoría de las personas que atentan contra su vida padecen más de un problema mental, y que 35% de estos jóvenes abusan de sustancias (Secretaría de Salud, 2002).

En 1998 Benjet et al., realizó un estudio con una muestra probabilística multietapa de 3005 adolescentes entre 12 y 17 años utilizando la Entrevista CIDI-A, con la cual midieron la prevalencia de trastornos psiquiátricos en los últimos 12 meses; se encontró una prevalencia de 39.4% de trastornos psiquiátricos, de los cuales 29.8% fueron trastornos de ansiedad, 7.2% de ánimo, 15.3% trastornos de control de impulsos y 3.3% por abuso de sustancias (De la Barra, 2009). En un estudio más reciente y que tuvo el objetivo de la detección oportuna de casos a través de los sistemas de salud, se obtuvo que la mitad de la población reportada por los padres resultó ser sintomática; los síntomas que más reportaron los padres fueron inquietud, irritabilidad, nerviosismo, déficit de la atención, desobediencia, explosividad y conducta dependiente (Caraveo-Anduaga, Colmenares-Bermúdez, & Martínez-Vélez, 2002).

Los datos de la Encuesta de Salud Mental en Adolescentes mostraron que el 16% de estos jóvenes desertaron de la escuela; el 10% tenía responsabilidades adultas (tener hijos, está casado o trabajar de tiempo completo) y una tercera parte no vivía con ambos padres (Rodríguez et al, 2009). Casi el 69% de los entrevistados vivió algún suceso traumático, de estos el 13% han sufrido maltrato físico por sus cuidadores y el 19% ha sido testigo de violencia intrafamiliar. Dentro del mismo estudio, se detectó que alrededor de la mitad de los adolescentes (51.3%) cumplieron con criterios para algún trastorno mental alguna vez en la vida. Las fobias tanto específica como la social, eran los más frecuentes; seguidas por los trastornos de impulsividad, los trastornos afectivos y los trastornos por uso de sustancias. Así mismo, los trastornos de ansiedad se presentan a edades más tempranas (mediana de inicio de 5 años para fobia específica y de 6 años para ansiedad por separación); otros datos que arrojan es que el 11.5% de los adolescentes notificó ideaciones suicidas a lo largo de su vida, mientras que el 3.9% notificó planes suicidas y 3.1% intentos de suicidio a lo largo de su vida. Los comportamientos suicidas se presentan aproximadamente a los 10 años de edad y la edad de mayor riesgo era la de 15 años. La

prevalencia de comportamientos suicidas era más alta entre los adolescentes con antecedentes de un acontecimiento traumático.

A partir del año 2000, se han identificado dos estudios realizados en México con población escolar, la mayoría utilizando instrumentos diagnósticos estructurados o semiestructurados que proporcionan diagnósticos según el DSM-IV, en los que se ha demostrado que los grupos de trastornos más frecuentes son los de ansiedad y de conducta. Detectaron que la edad media de inicio para el uso de sustancias ilícitas en la Ciudad de México es de 14 años, uno o dos años después del inicio del uso de alcohol y tabaco; añaden que la ocurrencia de un acontecimiento traumático se asociaba con un incremento de 3.2 veces en las probabilidades de ideación, de 5.1 veces en las probabilidades de planificación y de 6.6 veces en las de intento de suicidio (Rodríguez et al., 2009).

En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica se informó que la mediana de edad de inicio cualquier trastorno mental oscila entre los primeros 25 años de vida, lo cual es un dato de gran interés e importancia ya que con esto es posible realizar Programas de Prevención en Salud Mental a grupos muy específicos y por ende reducir la carga de los trastornos mentales. En lo particular, las edades de inicio más jóvenes se observan en los siguientes trastornos: trastorno de ansiedad de separación de la infancia, trastorno de la actividad de la atención y la fobia social; por el contrario, la dependencia al alcohol, a la nicotina, la depresión mayor y la bulimia nerviosa corresponden a edades mayores (Secretaría de Salud, 2012).

En la Ciudad de México, 11.5% de los jóvenes entre 12 y 17 años de edad han tenido ideación suicida alguna vez en la vida, 3.9%, un plan para suicidarse y 3.1% ha realizado un intento. El riesgo de conducta suicida comienza a los 10 años de edad y alcanza su pico a los 15 años. Las adolescentes tienen mayor riesgo de ideación, planeación e intento que los adolescentes. Entre aquellos con ideación, el intento de suicidio se asocia a tener un plan, en la mayoría se lleva a cabo el mismo año en el que aparece la ideación. La presencia de algún trastorno psiquiátrico es un factor de riesgo para la conducta suicida y conforme aumenta el número de trastornos mórbidos, también aumenta el riesgo suicida. La depresión es trastorno que se presenta en la niñez y adolescencia, el Instituto Nacional de Salud Mental de Chile reporta que en niños y adolescentes entre los 6 y 17 años, más del

6% habían padecido algún trastorno depresivo en los últimos 6 meses, mientras que otros estudios estiman que el índice se incrementa por arriba del 15% , después de los 14 años el trastorno depresivo es más común en niñas que en niños y en muchas de las ocasiones la depresión en los jóvenes se presenta con ansiedad o abuso de sustancias (Acosta-Hernández et al., 2011).

Lo relevante de los datos presentados es que son recabados de la población general lo que brinda una perspectiva epidemiológica de los trastornos mentales en los niños, niñas y adolescentes en México, con lo cual se puede concluir que un número importante de menores de edad en México están cursando o tienen mayor riesgo de presentar un trastorno psicológico; este punto es relevante ya que llevaría a preguntar cómo es que el sistema de salud puede dar respuesta frente a las necesidades de salud mental en México.

La población infantil en México se estima en más de 33 millones de niños, un 7% entre los 3 y los 12 años de edad se encuentran afectados por uno o más problemas de salud mental que requieren algún tipo de ayuda o ayuda especializada. Existen aproximadamente 200 psiquiatras con entrenamiento específico en psiquiatría infantil y de la adolescencia en el país, muchos de ellos no ejercen la especialidad y otros han emigrado al extranjero. La mayor parte de los psiquiatras que atienden niños están distribuidos en áreas metropolitanas, por lo que algunos estados no cuentan con especialistas para este tipo de problemas.

En el Prontuario Estadístico de la Dirección de Educación Especial de la Secretaría de Educación Pública en el periodo 2000-2001, informa que en los Centros de Atención Múltiple (CAM) en el Distrito Federal, fueron atendidos un total de 8 137 alumnos, de los cuales, 397 padecen ceguera, 221 discapacidad visual, 598 sordera, 353 discapacidad auditiva, 750 discapacidad motriz, 5,696 discapacidad intelectual y otras discapacidades 122. Así, dos terceras partes de los niños atendidos corresponden a trastornos mentales (Secretaría de Salud, 2002).

La falta de habilidades de algunos jóvenes para la vida social tiene antecedentes en problemas escolares y familiares tempranos que no fueron atendidos oportunamente, así como en la variabilidad evolutiva de algún trastorno en el desarrollo, predisponiendo al

niño a manifestar deficiencias posteriores. Se observa que a mayor gravedad de trastornos en edades tempranas no tratados a tiempo, mayor repercusión y riesgo en el individuo de padecer alguna alteración psiquiátrica al llegar a la vida adulta, generando una conflictiva no sólo personal, sino en sus relaciones interpersonales, de pareja, familiar, social y laboral (Secretaría de Salud, 2002).

A pesar de la prevalencia de trastornos en la población infantil y juvenil, actualmente en México existe solamente un Hospital Psiquiátrico Infantil situado y se encuentra en el Distrito Federal, por lo que la demanda de atención es elevada, con una prevalencia de utilización de 13.7% de adolescentes con algún trastorno en el último año. Además, sólo la mitad de los que acudieron a los servicios recibieron algún tratamiento adecuado (Rodríguez et al., 2009).

Los datos muestran la frecuencia con la que se presentan los diferentes trastornos de aparición en la infancia y adolescencia, sin embargo, también es importante conocer aquellos que son atendidos por las instituciones encargadas de la atención a la salud. En el Programa de Acción de Salud Mental se muestra la morbilidad de trastornos psiquiátricos atendidos por las instituciones dependientes de la Secretaría de Salud (Tabla 3.1).

Con estos datos se observa que la epilepsia y abuso de sustancias presentan una mayor morbilidad en el grupo de edad de menores de 10 años y de 10 a 19 años respectivamente (Secretaría de Salud, 2012). Existen datos epidemiológicos con base en los principales motivos de consulta en las dependencias de la Coordinación de Salud Mental (Tabla 3.2). Se observa que los trastornos hipercinéticos son los más comunes en la población, especialmente en los varones, seguidos de los trastornos mentales no especificados y las reacciones graves ante el estrés.

Tabla 3.1 Morbilidad de trastornos psiquiátricos en hospitales de la Secretaría de Salud por género y edad. Adaptado de Programa de Acción en Salud Mental; Secretaría de Salud, 2002

	Mujeres		Hombres	
	0-14 años	15-64	0-14 años	15-64
Demencia	0	33	0	42
Dependencia al alcohol	0	131	3	1700
trastorno por alcohol	19	342	35	2730
sustancias	21	303	50	2771
esquizofrenia	12	1707	8	2644
trastorno del ánimo	23	1515	9	790
Ansiedad	51	516	39	192
Trastornos secundarios	7	19	1	5
Retraso mental	14	226	27	276
Otras causas	64	1067	92	1442
Epilepsia	575	862	716	998
Enfermedad de Parkinson	0	24	2	22

Con base en estos datos, los trastornos hiperkinéticos son los más comunes en la población, especialmente en los varones, seguidos de los trastornos mentales no especificados y las reacciones graves ante el estrés.

Datos del Hospital Psiquiátrico Infantil, indican que en los últimos 5 años se han atendido tanto en consulta externa y en servicio de urgencias un total de 20,238 menores entre los 0 a 18 años. Siendo el servicio de consulta externa quien más pacientes ha atendido en este lapso de tiempo con un total de 16274 menores (80.4%), y el servicio de urgencias un total de 3964 menores. La población del sexo masculino la que más acude a éste hospital (hombres 11,684 y mujeres 8,554). (Figuras 3.1 y 3.2)

Tabla 3.2 Principales motivos de consulta en población menor de 15 años en las instituciones del COORSAME en el Distrito Federal (1999). Tomado de Programa de Acción en Salud Mental, Secretaría de Salud, 2002).

CLAVE CIE-10	Diagnóstico	Por Género		total	%
		Masculino	Femenino		
F90	Trastornos hiperkinéticos	11718	3660	15378	25.54
F99	trastorno mental sin especificación	4123	3074	7197	11.95
F43	reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación	3408	1614	5022	7.41
F91	trastornos disociales	2848	982	3830	7.29
F81	trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar	1878	1072	2950	4.9
F94	trastornos del comportamiento social	2028	655	2683	4.38
F93	trastorno de las emociones	1392	857	2249	3.73
F84	trastornos generalizados del desarrollo	1516	522	2038	3.38
F06	trastornos mentales debidos a lesión, disfunción cerebral o a enfermedad	1355	568	1923	3.19
F70	Retraso mental	1110	684	1794	2.98
	Subtotal	31376	13688	45064	74.86
	otras	9971	5162	15133	25.14
	Total	41347	18850	60197	100

Figura 3.1 Diagnósticos más frecuentes en población femenina en servicios de consulta externa y hospitalización en el Hospital Psiquiátrico Infantil (2011-2016). Fuente: Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. División de mejora continua (2016).

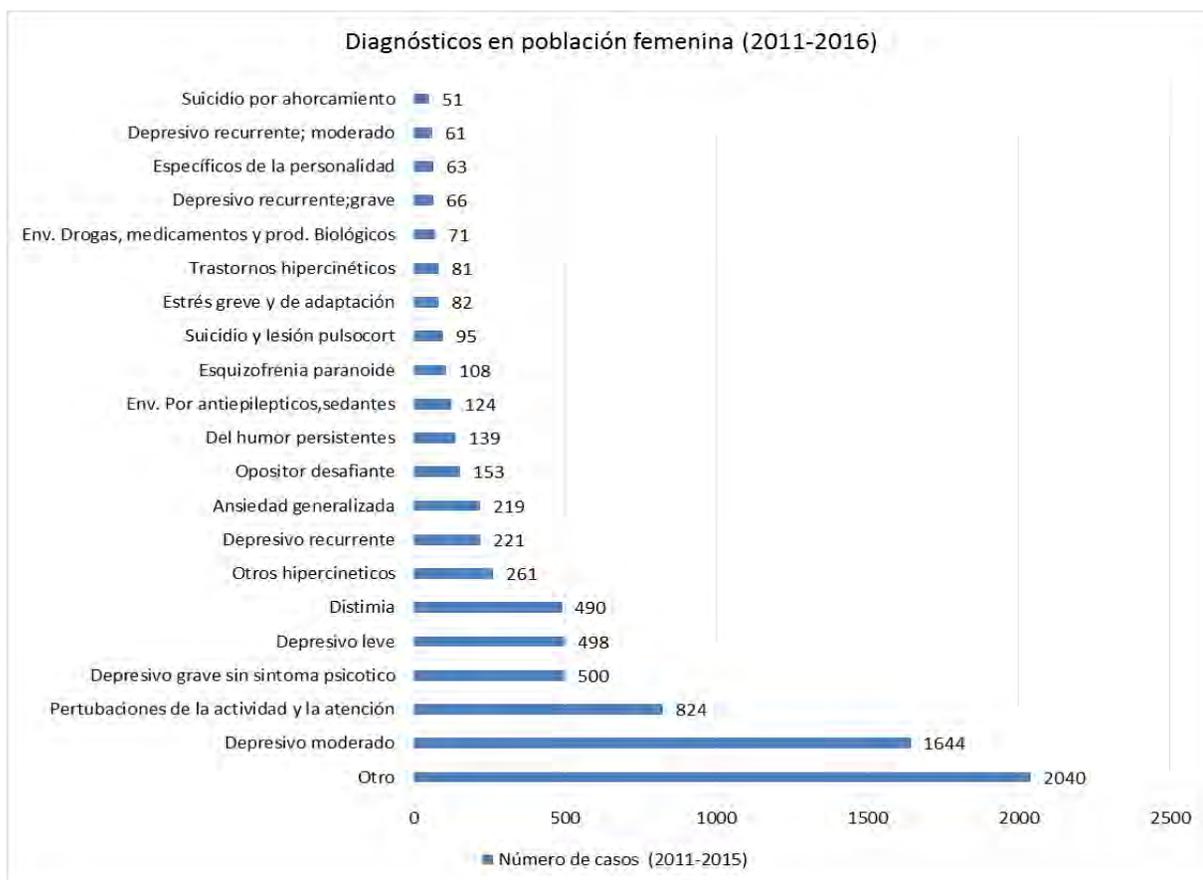
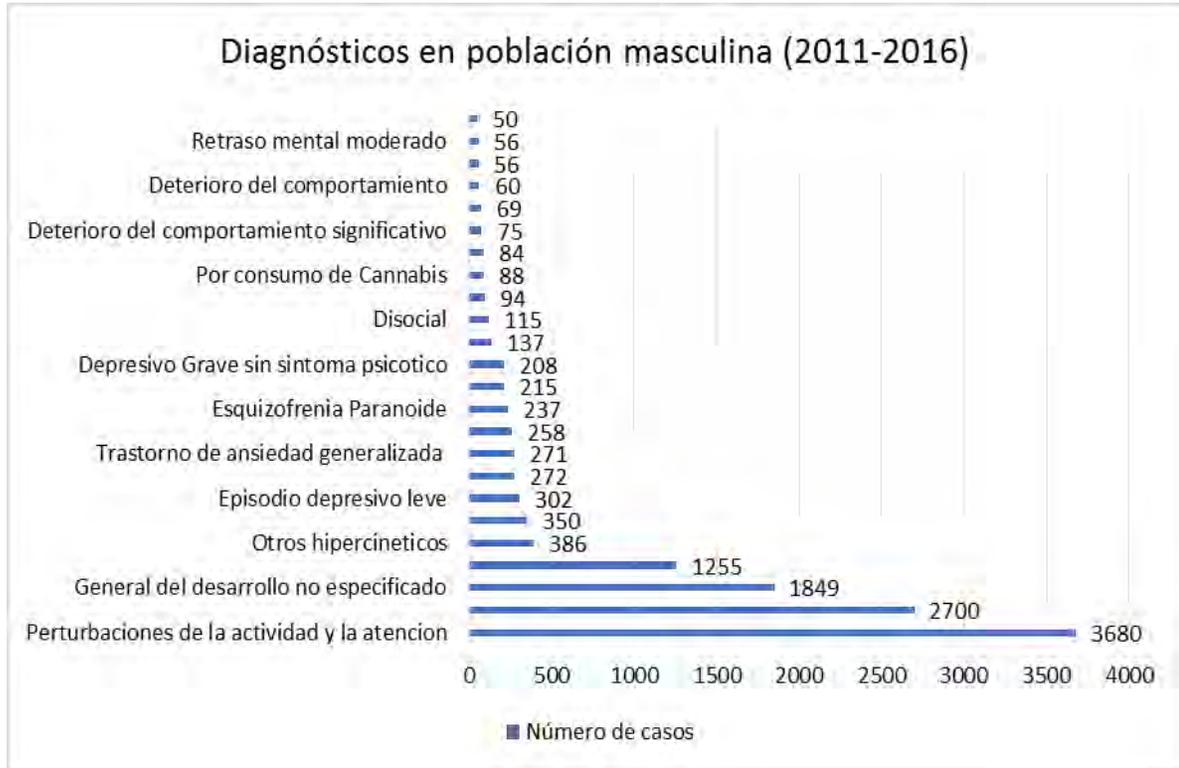


Figura 3.2 Diagnósticos más frecuentes en población masculina en servicios de consulta externa y hospitalización en el Hospital Psiquiátrico Infantil (2011-2016). Fuente: Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” división de mejora continua (2016).



Se observa que los diagnósticos más comunes en la población que acude a este hospital coincide con la prevalencia de otros trastornos en la población general, sin embargo es importante señalar que la búsqueda de ayuda a éste nivel ocurre después de que los primeros síntomas de un trastorno aparecen, Medina-Mora (2016) indica que el tiempo entre el inicio del problema y el contacto con el tratamiento puede ser de hasta 14 años, de ahí que la gravedad de los trastornos que reporta el hospital es más elevada que aquellas encontradas en la población general.

Esto se puede explicar ya que en muchas ocasiones el primer contacto en la búsqueda de ayuda es un médico general (53%), entre otros factores que se han encontrado que retrasan la llegada de las personas a los servicios de atención de salud mental son la lejanía de los centros especializados, la escolaridad de las personas, el tiempo de demora en la atención especializada, aunado a lo anterior los servicios especializados son a los últimos a los que acude la persona, los primeros recursos son la familia y amigos, otra de las causas a las que se atribuye la tardanza en la búsqueda de atención son los prejuicios asociados a la atención en la salud mental y el desconocimiento de estos servicios (Lara & Acevedo, 1996; Rodríguez et al., 2009). Las cifras actuales en torno a la presencia de los trastornos mentales en niños, niñas y adolescentes ayuda a tener una visión general de la problemática; sin embargo estos datos no brindan información acerca de cómo y en qué momento una conducta aislada puede evolucionar hasta convertirse en un trastorno que perjudica el bienestar del menor y de su familia; a pesar de que el origen de un trastorno psicológico es multicausal, la investigación arroja datos sobre factores que puedan favorecer o no el desarrollo de un trastorno psicológico, estos elementos han sido denominados factores de riesgo y factores de protección; los cuales ayudarán a tener una comprensión más objetiva de la salud mental infantil lo los promotores de ésta.

3.4 Factores de riesgo y protección.

La perspectiva de la psicopatología del desarrollo enfatiza el proceso dinámico de interacción entre múltiples factores, intra y extra orgánicos, es decir, el desarrollo es concebido en términos de imágenes en movimiento más que instantáneas estáticas (Cummings et al., 2000). Existen definiciones importantes que deben ser tomadas en cuenta para comprender la perspectiva dinámica de la psicopatología del desarrollo; una de ellas se refiere al término *estado*, el cual hace alusión al ordenamiento o condición de un sistema en un determinado punto del tiempo (García, 2003), esto se ejemplifica con la evaluación que se hace de un menor en un momento determinado, una evaluación ofrece una visión del niño o niña atendidos en un momento específico si se hicieran evaluaciones en diferentes momentos en el tiempo se podría dar un seguimiento y evolución del comportamiento. *La*

disposición hace mención a características o rasgos adaptativos más o menos persistentes de los individuos o grupos; este concepto incluye el temperamento ya que este influye en la conducta del menor y en la actitud de los padres y esta a su vez influye en sus hijos, mientras que el término de *fragilidad* se refiere a organismos que tienen la predisposición a desarrollar alteraciones, principalmente en situaciones o eventos estresantes y que pudiese desarrollarse en síntomas ansiosos, depresivos, etcétera (García, 2003); por último un término que ha tomado relevancia en los últimos años para la investigación en el desarrollo humano es la *resiliencia*, la cual es definida como la capacidad del individuo a sobreponerse a las situaciones adversas y salir fortalecido de ellas (García, 2003); este autor señala que desde esta perspectiva un menor que ha desarrollado habilidades gracias a las oportunidades que se muestran en su ambiente podría sortear de mejor forma las situaciones que se le presenten.

Los *factores de riesgo* se denominan como las características que aumentan la probabilidad que aparezca una enfermedad que comprometa la salud calidad de vida o vida y están asociadas a mortalidad futura, esto a partir de una asociación estadística (García, 2003). Los factores de riesgo son todas aquellas condiciones que propician que un trastorno mental se desarrolle y pueda agravar las circunstancias, el estado de salud físico, emocional o social de la persona, familia o comunidad expuesta a los factores biológicos y psicosociales (Secretaría de Salud, 2012); la exposición a un solo factor de riesgo puede tener diversos niveles de impacto y crear combinaciones de gran efecto interactivo, por lo que la exposición prolongada a varios factores de riesgo tiene un efecto acumulativo.

Las cadenas de riesgo operan a través del tiempo para aumentar la vulnerabilidad, como es el caso de la pobreza; sin embargo, existen otros que pueden precipitar la aparición de algún trastorno, como es el caso de la falta de atención a los hijos por parte de los padres. La definición anterior indica que existen factores predisponentes y otros que desencadenan reacciones; García (2003) retoma esto indicando que los factores que predisponen pueden estar presentes meses o años antes del inicio de la enfermedad; mientras que los factores precipitantes son eventos que aparecen poco antes del inicio de la enfermedad (García, 2003). Se podrían ejemplificar estos conceptos de la siguiente forma, un factor de riesgo para padecer depresión es que existan en la familia personas con esta condición; lo cual

podría predisponer a una persona a padecer depresión en cualquier momento, pero una situación estresante como la muerte de un familiar muy cercano, podría convertirse en un evento disparador del trastorno (Caraveo, Medina-Mora, Villatoro, & Rascon 1993). Por otra parte, los *factores de protección* han sido definidos como aquellos factores que modifican, aminoran o alteran la respuesta de una persona a algunos peligros ambientales que predisponen a una consecuencia de (Rutter, 1985 en OMS, 2004). La Secretaría de Salud (2012) define los factores protectores como condiciones o características de la persona, familia o grupo social que funcionan como mecanismos para proteger o para potenciar sus capacidades, que les permite estar fortalecidos ante situaciones de riesgo o cuando se encuentran en una adversidad, estos moderan el impacto del estrés y regulan los síntomas transitorios para lograr el bienestar físico y psicosocial, además de reducir la posibilidad de que se presente un trastorno.

Lo anterior implica que no necesariamente un factor protector es la ausencia de situaciones difíciles o adversas, sino que incluso pueden amortiguar las reacciones normales ante dicha situación para que el individuo regrese a su estado de bienestar o como lo explica Angold & Costello (en Ezpeleta, 2005), primero se identifica un factor de riesgo y después se observan otros factores que pueden reducir el impacto negativo de ese riesgo; es decir, en ausencia de un factor de riesgo, el factor protector reconocido no tiene efecto sobre el trastorno. Continuando con el ejemplo anterior de la depresión, un factor protector podría considerarse el desarrollo de habilidades sociales que le permitan a la persona sentirse en control ante una situación de estrés. Desde la perspectiva del modelo ecosistémico existen factores de riesgo a nivel individual, familiar, escolar, comunitario y social que aumentan la probabilidad de que un trastorno se desarrolle. Adicional a las consideraciones de estos factores que sirven como mediadores en el desarrollo del menor, para el desarrollo de un trastorno psicológico, se deben considerar otros elementos que pueden influir a estos factores como la intensidad de exposición a los eventos significativos, el rango de las exposiciones y el número de diferentes factores de riesgo a los que el niño está expuesto; es decir, que las tasas de psicopatología aumentan en menores expuestos a varias circunstancias o acontecimientos adversos (Rutter, 1985; Seifer, Sameroff, Baldwin, & Baldwin, 1989 citados en Ezpeleta, 2005).

- Factores de riesgo individuales. Las circunstancias que aquí se mencionan engloban situaciones que tienen que ver con aspectos biológicos del individuo; antes, durante o después de la gestación; como habilidades innatas para lidiar con problemas, pensamientos o sentimientos, la exposición a sustancias desde la gestación o algún tipo de privación al nacer (OMS, 2012). Un ejemplo de lo anterior es en los pacientes con antecedentes familiares de esquizofrenia; ya que un paciente afectado tiene alrededor de 10% de posibilidades de padecer la enfermedad, probabilidad que aumenta hasta un 50% si el afectado es un hermano gemelo monocigótico; el trastorno depresivo presenta una agrupación familiar similar, en los familiares de primer grado es de 8 a 18 veces más probable padecer un trastorno del ánimo que en población general, mientras que los gemelos monocigóticos presentan una concordancia de 50%; además que la presencia de sintomatología depresiva y desesperanza tienen una mayor repercusión en la conducta de los niños, ya que estos menores presentan mayor riesgo de presentar rasgos de ansiedad y déficit de atención (Caraveo, Medina-Mora, Villatoro, & Rascón, 1993; Secretaría de Salud, 2002). Otro factor de riesgo a nivel individual es el embarazo adolescente; un menor de edad hijo de una madre adolescente tiene más probabilidad de desarrollar un trastorno de conducta; adicionalmente la falta de nutrientes aumenta la probabilidad de un deficiente desarrollo cerebral, incluyendo el consumo de alcohol y drogas durante el embarazo, el cual ha comprobado aumenta el riesgo de que el menor nazca con bajo peso y retraso mental (World Health Organization, 2012; Secretaría de Salud, 2012). En México, el tener Responsabilidades adultas en la adolescencia, como estar casado, tener un hijo o trabajar tiempo completo, conlleva mayor riesgo de todo tipo de psicopatología. (Rodríguez et al, 2009). Otras condiciones que generan una mayor probabilidad de padecer algún trastorno en la niñez es una discapacidad física e intelectual, salud deficiente en la infancia, enfermedades crónicas, habilidades sociales deficientes, apego inseguro en la infancia, autoestima baja, aislamiento e impulsividad (Secretaría de Salud, 2012; Almonte, 2003; Arratibel, 2012). En México uno de los factores a nivel individual para que un niño o niña desarrolle un trastorno psicológico es el estrés (Lucio & Heredia, 2014).

- Factores Familiares. La capacidad de desarrollo individual se ve influenciado directamente por el entorno inmediato de las personas, que puede incluir la oportunidad de relacionarse positivamente con miembros de su familia (World Health Organization, 2012). Se ha encontrado que relaciones intrafamiliares anormales como la falta de calidez en la relación padre e hijos, peleas entre adultos, maltrato físico al menor por parte de madres y abuso sexual dentro de la familia (García, 2003 en Almonte, 2003), trastornan su desarrollo integral y afectan de manera significativa su rendimiento y funcionamiento en todas las actividades que desempeñan; estas situaciones comúnmente prevalecen en la edad adulta y los expone a un mayor riesgo de enfrentar desórdenes psiquiátricos, suicidios o consumo de drogas, en combinación con otros factores que actúan en detrimento de su salud física y mental (Instituto Nacional de las Mujeres, 2007). La población joven es la más expuesta a la violencia dentro y fuera de sus hogares. El tipo de violencia más frecuente es la que sufren dentro del hogar en forma de maltrato físico, sexual o psicológico o como testigo de violencia intrafamiliar (Rodríguez et al., 2009). Se ha encontrado que niveles elevados de hostilidad y diversas formas de conflicto entre los padres son predictores consistentes de una amplia gama de problemas infantiles, incluyendo dificultades sociales, problemas de conducta, síntomas emocionales, problemas escolares y problemas físicos como dificultades para dormir; estos hallazgos indican que la violencia física, el abuso psicológico y desacuerdos sobre la crianza de los hijos constituyen formas particularmente dañinas de conflicto entre padres, que incrementan la probabilidad de los niños (as) de sufrir psicopatología, más allá del riesgo de discusiones “generales” y hostilidad entre los padres. (Fergusson & Horwood, 1998 ; Jouriles et al., 1991; McHale & Fivaz-Depeursinge, 1999 citados en Davis & Sturge-Apple, 2014) Otros factores que se consideran de riesgo son que los niños(as) viva con padre o madre soltero, una familia numerosa, modelos con rol antisocial, violencia familiar, divorcio y/o separación, negligencia en el cuidado del menor, desempleo prolongado de los padres, abuso de sustancias en los padres, problemas mentales en los papás, disciplina inconsistente y experiencias temprana de rechazo (Secretaría de Salud, 2012; Organización Mundial de la Salud, 2012).

- Sociales/ambientales. Son aquellos factores que se relacionan con el ambiente físico o social en donde se desarrollan los individuos; y que pueden estar condicionados a su vez por aspectos culturales, políticos y económicos. Condiciones como la pobreza, repercuten en la calidad de vida, ya que implica dificultades para cubrir las necesidades básicas como la nutrición, el agua potable, la vivienda, los servicios de salud y un menor acceso a la educación. La pobreza se relaciona con la violencia, la delincuencia y la vulnerabilidad a la explotación laboral y la trata de niños, al ser la pobreza un factor que afecta a todos los miembros de la familia, ésta condición puede generar estrés crónico en los padres de familia o cuidadores principales ya que repercute en la efectividad de las habilidades de crianza, la supervisión parental y la consistencia y claridad de los límites y reglas familiares. (OPS; 2009) la discriminación social y cultural (pertenecer a un grupo indígena); es decir, no *per se* esto trae consigo un trastorno mental sino la discriminación sufrida por pertenecer a este grupo y el limitado acceso a servicios de salud y educación (Lucio & Heredia, 2014); alta densidad de población y hacinamiento, aislamiento social, al limitado acceso a servicios básicos como agua potable; guerras, conflictos sociales, desastres naturales. (Secretaría de Salud, 2012; Secretaría de Salud, 2002, Organización Mundial de la Salud, 2012).

Como se ha expuesto la salud mental es susceptible de ser influenciada por un sinnúmero de circunstancias, tanto para beneficiarla o afectarla; por lo tanto la contraparte de los factores de riesgo es la que atañe a los factores de protección o promoción de salud, que están enfocados en desarrollar aspectos que de acuerdo a las evidencias científicas favorecen el desarrollo y la salud en el individuo, grupos y comunidades (García, 2003); es decir; el objetivo principal de conocer los factores de protección está encaminado en la prevención.

Factores individuales. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud mejorando la nutrición de los menores en desventaja socioeconómica (quienes en mayor riesgo se encuentran) se puede contribuir a su desarrollo cognitivo, que deriva en mejores resultados educativos y menor riesgo de desarrollar problemas de salud mental (OMS, 2012). El promover la cercanía o apego con la familiar; en este sentido se sugiere promover un apego seguro proveyendo entrenamiento a los padres y cuidados postnatales que podrían enfocarse también en la depresión post parto (OMS, 2012; Secretaría de Salud, 2002).

Otros factores que disminuyen el riesgo de desarrollar un trastorno psicológico son la inteligencia superior a la media, logros escolares, habilidades en la solución de problemas y autocontrol, valores, creencias sociales, optimismo y una adecuada autoestima (OMS, 2012, 2014; Secretaría de Salud, 2002).

- Familiares. Aquí se pueden mencionar algunos elementos que ya han comprobado su eficacia en los programas de prevención; por ejemplo, los padres que proveen cuidado y ayuda haciendo hincapié en la parentalidad positiva ésta definida como competencias que los padres utilizan para la promoción del desarrollo del menor; las cuales son vinculares, formativas protectoras y reflexivas, y que favorecen el desarrollo afectivo de los niños y niñas (Gómez & Muñoz, 2015); se incluyen otros factores como la familia pequeña, que entre embarazos exista al menos dos años de diferencia, que existan responsabilidades y roles definidos, la relación de apoyo con otro adulto, normal y moral sólida en la familia, comunicación afectiva y expresión emocional.

- Sociales/ambientales. Se consideran aquellas circunstancias que es importante mejorar a nivel político, económico y social como el incrementar las oportunidades laborales para tener acceso a una mejor calidad de vida, y además que incluya la mejora en las condiciones de trabajo, el acceso a condiciones básicas de vivienda, seguridad social y a nivel comunitario el procurar vecindarios seguros, desarrollo e implementación de políticas de inclusión y antidiscriminación, acceso a la educación para las personas, proveer de refugios para intervención temprana a personas expuestas a condiciones traumáticas. Estos factores protectores marcan una pauta importante para los programas de prevención temprana enfocada a diferentes tópicos, niveles y poblaciones específicas.

A pesar de las investigaciones y evidencia empírica encontrada, ninguno de los factores anteriormente mencionados por sí solo es definitivo para determinar el desarrollo de un trastorno psicológico, como ya se señaló es más importante la acumulación de diversos riesgos que pueden ocurrir en grupos vulnerables; aunado a esto, existen diferentes formas de responder a los ambientes de alto riesgo, dentro de los cuales se puede mencionar la adaptación positiva (Lucio & Heredia, 2014); de tal forma que, para el campo de la psicopatología infantil hay dos conceptos importantes que permiten explicar lo anterior, la

adaptación y resiliencia que se relacionan con factores o características propias del menor que le permiten tener un desarrollo óptimo a pesar de las adversidades enfrentadas a lo largo de su vida. Como se ha podido revisar; el lograr la salud mental consiste en una compleja combinación de factores individuales, familiares y sociales; como lo menciona Benjet (en Rodríguez et al., 2009)

Un entorno que promueve la salud mental es aquel que proporciona seguridad, respeto y amor para que los jóvenes desarrollen un concepto positivo de sí mismos y un trato similar con los demás; la estabilidad suficiente para que sepan qué esperar de su entorno; consecuencias claras, consistentes y apropiadas de sus acciones, y, finalmente, oportunidades de crecimiento. Por lo tanto, la salud mental está en riesgo cuando los niños, niñas y adolescentes viven en la pobreza, tienen responsabilidades adultas más allá de su etapa de desarrollo, viven en situaciones de violencia en sus hogares o comunidades, carecen de oportunidades para estudiar, o sus familias son caóticas y sin reglas claras. Muy a menudo, en América Latina y el Caribe los jóvenes deben enfrentar un entorno que pone en riesgo su bienestar emocional, ya que muchos de ellos viven en la pobreza, trabajan en la calle, tienen embarazos tempranos y están expuestos a la violencia dentro y fuera de sus hogares (p.238)

Debido a lo complejo del desarrollo y a los múltiples factores que lo alteran, se han elaborado instrumentos que permitan parámetros estandarizados para la detección, prevención y seguimiento de trastornos mentales en niñas; de los cuales se retoman los más comúnmente usados en el campo clínico y epidemiológico.

3.5 Evaluación y diagnóstico.

La evaluación psicológica es una manera de comprender a los niños a fin de tomar decisiones informadas acerca de los mismos (Sattler, 2008). Este autor menciona diversos tipos de evaluación dentro de los cuales se encuentra la exploratoria, la cual es una evaluación breve que busca identificar niños que se encuentren en riesgo de desarrollar ciertos trastornos o discapacidades, que son candidatos para programas o que requieren de una evaluación más general; por lo que las decisiones basadas en una evaluación

exploratoria no son definitivas y deben reconsiderarse a medida que exista nueva información (Sattler, 2008).

En la evaluación psicológica se hace uso de diversos instrumentos y herramientas para la obtención de información, como son las entrevistas abiertas o estructuradas, técnicas de observación en diversos escenarios, reportes conductuales realizados por los padres o maestros, así como el uso de pruebas psicológicas que requieren la aplicación y calificación de instrumentos psicométricos que se enfocan en la recolección de datos. En el proceso de evaluación se hace hincapié en el uso de medidas con referencia a la norma, es decir, aquellas estandarizadas mediante un grupo normativo; el objetivo de éstas medidas es proporcionar una comparación justa y equitativa entre niños al proporcionar puntuaciones cuantitativas objetivas (Sattler, 2008).

El diagnóstico en psicopatología infantil implica recabar información de diferentes fuentes y también de la observación de los menores; existen conductas que son observables y que pueden llamar la atención de los adultos que rodean al menor, el término *síntoma* se refiere a conductas que llaman la atención del observador, cuando algunos rasgos, signos o conductas que son especialmente llamativas y se presentan de manera conjunta y frecuente, convencionalmente se habla de *síndromes* (Lewis, 1979 en Caraveo, 2013).

Las pruebas de diagnóstico se emplean para identificar a aquellos sujetos con una enfermedad de aquellos que no la tienen; por lo que en términos de normal y anormal, es importante entender cómo se distribuyen las enfermedades en poblaciones humanas y las diferentes características de cada una (John Hopkins University, 1996). Realizar la detección de trastornos en la infancia permite conocer el nivel de salud de la población e implementar medidas de seguimiento o prevención en salud pública. La forma en que el seguimiento epidemiológico se realiza requiere el uso de instrumentos psicométricos, de los cuales se enlistaran los más utilizados.

Entrevista para Síndromes Psiquiátricos en Niños y Adolescentes (CHIPS). Los autores de esta entrevista son Weller / Weller, la cual es aplicable a personas de entre 6 y 18 años de edad y tiene como propósito la obtención de información de manera rápida y eficiente que permita al clínico sondear la presencia de 20 trastornos en niños y adolescentes (Manual

Moderno, 2014). La ChIPS es una entrevista psiquiátrica altamente estructurada, cuya base se encuentra estrictamente en los criterios del DSM-IV. Esta entrevista detecta la presencia de 20 trastornos psiquiátricos, entre ellos:

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
- Trastorno negativista desafiante
- Trastorno disocial
- Abuso de sustancias
- Trastorno de ansiedad por separación
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno por estrés postraumático
- Anorexia – Bulimia
- Enuresis – Encopresis
- Esquizofrenia – Psicosis

Además, ChIPS cuestiona los estresores psicosociales, incluyendo el abuso o abandono del niño.

Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes MMPI-A (Lucio, Ampudia & Durán, 2004) Los autores de este inventario son Butcher y colaboradores, la cual fue adaptada al español por la Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo, es utilizada en adolescentes de 14 a 18 años edad, tiene como meta identificar los principales problemas personales, sociales y conductuales, así como la psicopatología del adolescente. El MMPI-A es la primera forma del MMPI desarrollada de manera específica para adolescentes. Este instrumento derivado del MMPI original conserva, por tanto, muchos de los rasgos de éste, a la vez que introduce nuevas características que son muy apropiadas para los adolescentes hoy día (Lucio et al., 2004)). Se utiliza primordialmente para la identificación, diagnóstico y elaboración de planes de tratamiento en diversidad de escenarios: hospitales, escuelas, práctica privada, centros de atención a menores infractores, etc.

Consta de 478 reactivos. Los primeros 350 reactivos permiten la calificación de las escalas clínicas y tres de las de validez. Se elaboraron para esta versión escalas de contenido y suplementarias, las cuales permiten abordar problemas familiares, trastornos de la

alimentación y farmacodependencia entre otras situaciones problema comunes entre los adolescentes.

Estos instrumentos se encuentran actualmente estandarizados en México, sin embargo, el tiempo de aplicación y los insumos que se requieren para su aplicación resultan costosos, o y la calificación e interpretación son laboriosos; por lo que su uso en estudios de gran tamaño dificulta su aplicación además de que en muchas de las ocasiones quienes solicitan atención son las madres de los menores y no se cuenta con el acceso directo al trabajo con los niños, por lo que las pruebas de tamizaje son una opción práctica para investigaciones epidemiológicas; ya que son elaborados a partir de la manera en que la gente expresa y busca ayuda para su problema, por lo que se apega al principio que señala que el tamizaje no implica solamente plantear en forma de preguntas criterios diagnósticos (Caraveo Anduaga, 2006). Por lo anterior, para este estudio se utilizó el Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (Caraveo & Soriano, 2013) que explora síntomas que son frecuentemente motivo de consulta en servicios de salud mental, y que algunos de ellos se refieren a síntomas cardinales de diversos trastornos.

CAPÍTULO 4. MÉTODO

4.1 Justificación

El desarrollo psicológico de los niños y niñas, se ve influido por diversos factores, tanto individuales (pre y postnatales), biológicos, de interacción con los adultos más cercanos y significativos así como contextuales que van desde la dinámica familiar hasta el ambiente sociocultural en donde se desenvuelve; por lo tanto existen circunstancias que pueden mermar el desarrollo socio afectivo del menor; sin embargo, siendo la familia tanto un elemento significativo para ser protector ante circunstancias adversas en la vida, como factor de riesgo, se vuelve importante que el vínculo con los cuidadores y entre éstos permita tener las condiciones adecuada para el adecuado desenvolvimiento de los niños y niñas. Por lo que una dinámica violenta en casa, podría derivar en un factor que ponga en riesgo al menor de edad. Farnós & Sanmartin (2005) señalan que el riesgo de maltrato infantil aumenta cuando la madre es maltratada por su pareja, ya que el hecho de presenciar ésta violencia es considerado como un tipo de maltrato emocional y que coloca a los niños y las niñas en riesgo de ser objeto de otro tipo de violencia. Adicionalmente, mencionan que en este contexto el padre tiende a resolver problemas de forma violenta y existe la posibilidad de que también lo haga así con los menores, y añaden que las madres que son maltratadas están bajo estrés y miedo, lo que dificulta que ejerzan su maternaje adecuadamente, lo que podría derivar en problemas en el desarrollo del menor de edad.

Se sabe que existe mayor riesgo de desarrollo de psicopatología en aquellos niños, niñas y adolescentes, quienes han sido testigos de violencia en el hogar en comparación con aquellos que no han tenido exposición a la violencia (Maikovich et al., 2008). Se conocen además las consecuencias que la violencia de pareja tiene en la salud mental tanto de la madre como del menor a partir de estudiar aquellos casos en donde los menores de edad y las mujeres se encuentran bajo el resguardo del estado o en una institución que atiende la violencia doméstica; en este nivel, la protección del menor de edad y la madre son imprescindibles para cuidar su integridad física y psicológica; sin embargo, aún quedan huecos en la información relativa a la prevalencia de violencia y su relación con trastornos

psicológicos en la población general, y en donde las situaciones de violencia no han sido atendidas por estas instituciones.

En este estudio se busca conocer las características sociodemográficas de la población clínica y no clínica del CCMG, para contar con datos actualizados que puedan ser utilizados por otros programas de formación en el Centro Comunitario y que ayuden a derivar líneas de acción a través de conocer éstas características.

Otra aportación es conocer la existencia de violencia de pareja en tres colonias aledañas al CCMG y en las usuarias del Centro Comunitario; adicionalmente mediante un tamizaje conocer las características psicológicas de los menores de ambas muestras mediante reporte de sus madres/tutoras sobre conductas clave que pueden denotar un posible trastorno psicológico; esto permitirá conocer a la población a la cual se atiende para así plantear propuestas de intervención a nivel preventivo en la población general y actividades de promoción de salud mental dentro del centro, que proporcionen una opción de atención a las mujeres y menores que asisten al CCMG.

Lo anterior cobra relevancia dado que un 80% de las solicitudes de atención que se reciben en el Centro Comunitario son para menores de edad quienes en su mayoría son llevados a consulta por su madre/tutora. Igualmente se contribuye al campo de la psicoterapia infantil ya que para esta área es muy importante conocer el contexto familiar y social en donde se desenvuelve el menor, lo que adicionalmente permitirá poder atender y dar diferentes opciones de tratamiento tanto a las madres como a los menores que llegan al CCMG.

Finalmente, se pretende que este trabajo sea la base para una investigación más extensa que permita aumentar la muestra a otras colonias de la zona y ampliar la muestra clínica, para contar con una mayor cantidad de datos que permitan identificar a la población en riesgo con el propósito de diseñar, implementar y evaluar intervenciones comunitarias y grupales dentro del CCMG con quienes solicitan atención psicológica y en escenarios en la comunidad, promoviendo la parentalidad positiva como un factor protector ante la violencia de pareja y la psicopatología infantil.

4.2 Pregunta de investigación e hipótesis

¿Cuál es la relación entre la violencia de pareja (física, psicológica o sexual) y el número de síntomas que puedan corresponder a un trastorno psicológico en los hijos?

H1: La presencia de violencia de pareja (física, psicológica o sexual) se relaciona con un número elevado de síntomas que podrían corresponder a un trastorno psicológico.

H0: La presencia de violencia de pareja (física, psicológica o sexual) no se relaciona con un número elevado de síntomas que pueden corresponder a un trastorno psicológico.

4.3 Objetivo General

El objetivo de este estudio es conocer la relación que existe entre los diferentes tipos de violencia de pareja y la manifestación de síntomas (reportados por la madre) que indiquen un posible trastorno psicológico en los hijos/as con el fin de identificar a la población en riesgo en una muestra clínica y una muestra no clínica, y así diseñar una propuesta de intervención comunitaria para la prevención de la violencia de pareja, incorporando la parentalidad positiva como una forma de prevenir el desarrollo de algún trastorno psicológico en la población del CCMG.

4.3.1 Objetivos Específicos

1. Describir los datos sociodemográficos de los dos grupos.
2. Conocer si en la muestra clínica y no clínica hay presencia de violencia de pareja, determinar su tipo y de ser posible su intensidad a través de la aplicación de la Escala de Violencia e Índice de Severidad.
3. Detectar en la muestra clínica y no clínica conductas que denoten algún trastorno psicopatológico en niños/as y adolescentes entre 4 y 16 años a partir del uso Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBTD).
4. Conocer el índice de correlación entre la violencia de pareja y el número de síntomas que las madres o tutoras reportan de sus hijo/hijas.

5. Realizar una propuesta de intervención comunitaria para la muestra clínica y no clínica, con base en los datos encontrados, considerando los recursos del CCMG.

4.4 Definición de variables

Definición conceptual.

Violencia de pareja.

De acuerdo con la Escala de Violencia (Valdéz-Santiago, et al., 2006) consiste en un patrón repetitivo de maltrato por parte de la pareja masculina hacia la mujer, caracterizado por una serie de conductas coercitivas que pueden incluir: a) violencia física: empujones, golpes, heridas de arma de fuego o punzocortante; b) violencia emocional: intimidación, humillaciones verbales, amenaza de violencia física; c) violencia sexual: forzar física o emocionalmente a la mujer a tener relaciones sexuales; d) violencia económica: ejercicio del control a través del dinero (Valdéz-Santiago et al., 2006).

Trastorno psicológico

La psicopatología del desarrollo recalca el valor de estudiar la psicopatología en relación con los cambios típicos que ocurren en la vida; y en donde se retoma un marco conceptual de hitos y secuencias en áreas físicas, cognitivas, sociales-emocionales y educativas del desarrollo; este modelo da particular importancia a las vulnerabilidades biológicas y al equilibrio entre habilidades de afrontamiento y estrés en la historia de vida de cada individuo (Lucio & Heredia, 2014); es decir, la psicopatología se consideran múltiples factores a diversos niveles, lo cual coincide con la definición de trastorno ofrecida por la APA ...un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Los comportamientos socialmente anómalos (ya sean políticos, religiosos o sexuales) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad no son

trastornos mentales, salvo que la anomalía o el conflicto se deba a una disfunción del individuo como las descritas anteriormente. (Asociación Psiquiátrica Americana, 2014)

Definición operacional de las variables

Caso de violencia de pareja.

Para detectar y medir los diferentes tipos de violencia se usó la Escala de Violencia e Índice de Severidad (Valdez-Santiago et al., 2006); con base en la suma final de los puntajes obtenidos para las preguntas que conforman los diferentes tipos de violencia, se obtuvo la media estadística para cada una; para así a cualquier puntaje por arriba de la media para la población será considerado caso de violencia psicológica, física, sexual o física severa.

Probable caso de psicopatología.

Para determinar el número de síntomas se utilizó el Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (Caraveo a & Soriano, 2013). Al ser un instrumento de tamizaje el CBTD permite a partir de un número de síntomas reportados diferenciar entre un no caso, un caso no complicado y un caso severo; lo anterior a partir de la cantidad de síntomas reportados por la madre o tutora que hayan aparecido en los últimos doce meses o hace más de un año, en donde se considera de cero a cuatro síntomas reportados un no caso, de cinco a ocho síntomas un posible caso no complicado y si la madre reporta más de nueve síntomas se considera un probable caso complicado.

4.5 Diseño de investigación

El tipo de diseño que se realizó es no experimental transeccional correlacional, el cual se define como la investigación que se realiza sin la manipulación deliberada de las variables; es decir, se basa en variables que ya ocurrieron o se observan en su contexto natural, para posteriormente ser analizados (Hernández, Fernández & Baptista, 2010). En este estudio las variables a relacionar son; el tipo de violencia de pareja presente en las muestras (VI) con la cantidad de síntomas reportados por la madre o tutora (VD).

4.6 Muestra

4.6.1 Tipo de muestreo

Para la recolección de datos de la muestra normativa se realizó un muestreo probabilístico por racimos en dos etapas: de las colonias elegidas se aleatorizaron las manzanas que las componen por medio del programa computarizado STATS y a través de la selección de números aleatorios se trabajó en las manzanas seleccionadas, visitando casa por casa en la que se realizó la aplicación de los instrumentos hasta completar un total de 304 datos de menores.

Los datos de la muestra clínica se obtuvieron por un muestreo no probabilístico intencional, encuestando a aquellas madres o tutoras de menores que cumplieran con los criterios de inclusión y cuyos hijos fueran usuarios de algún servicio de intervención clínica o psicopedagógica del Centro Comunitario. Las entrevistas se realizaban mientras las tutoras esperaban a los menores que estaban siendo atendidos o al finalizar las sesiones (en el caso de la atención individual), mientras que para las mujeres cuyos hijos estaban asistiendo a un taller o actividad grupal, se solicitó autorización al responsable académico de dicha actividad para realizar la aplicación de los cuestionarios a las madres una vez terminada la actividad grupal.

4.6.2 Participantes

En la muestra no clínica participaron 198 mujeres de entre 20 y 63 años con hijos/hijas con edades de 4 a 16 años y que viven en la misma casa, obteniendo los datos de 304 menores. La muestra fue extraída de tres colonias ubicadas al sur de la Ciudad de México y que se encuentran aledañas al Centro Comunitario (Anexo 1).

En la muestra clínica participaron 140 mujeres con edades entre los 21 y 63 años que solicitaron servicio de atención psicológica para sus hijos/hijas de 4 a 16 años de edad, logrando datos de un total de 151 niños/niñas y adolescentes. La muestra se obtuvo de las madres de menores que están siendo atendidos en algún servicio dentro del CCMG (talleres, evaluación psicológica, intervención clínica o intervención psicoeducativa).

4.6.3 Criterios de selección

Criterios de inclusión. Para ambas muestras se eligieron mujeres entre los 15 y 65 años de edad que tuvieran hijos/hijas o fueran tutoras de menores con edades entre los 4 y 16 años de edad y que vivieran en la misma casa.

Criterios de exclusión. Madres o tutoras que estuvieran fuera del rango de edad, padres o tutores, mujeres que no vivieran en la colonia seleccionada para la muestra y mujeres cuyos hijos no estaban siendo atendidos en el CCMG.

4.7 Escenario

El escenario para la muestra no clínica fueron los domicilios de las personas que accedieron a responder los cuestionarios dado que la aplicación de éstos se realizó casa por casa, los hogares se encuentran en las calles que forman el perímetro de las colonias aledañas al Centro Comunitario. En lo referente a la muestra clínica la aplicación de los cuestionarios se realizó dentro del CCMG, en los cubículos asignados para entrevistas.; estos espacios son de aproximadamente 9 metros cuadrados., las condiciones de luz y privacidad son adecuadas para la realización de entrevistas, sin embargo, otros cuestionarios fueron aplicados en áreas comunes del CCMG como la sala de espera o algún salón de usos múltiples.

4.8 Instrumentos

Datos sociodemográficos.

Se incluyó como parte del estudio una hoja en donde se obtienen datos generales tanto de la madre o tutora así como de su pareja (en caso de tener pareja actualmente) los cuales son: edad, estado civil, ocupación, si es madre o tutora del menor, escolaridad, religión, frecuencia en el consumo de alcohol y antecedentes de maltrato en la niñez; estas dos últimas preguntas se agregaron dado que se ha encontrado relación entre los antecedentes de maltrato en la niñez tanto en las mujeres víctimas de violencia como en los hombres que ejercen violencia con sus parejas. (Anexo 2).

Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBTD). (Caraveo Anduaga & Soriano Rodríguez, 2013).

Para evaluar la psicopatología en los menores, se eligió un cuestionario fácil en su aplicación y calificación, y que además fue estandarizado en población mexicana y se encuentra actualizado en los criterios diagnósticos señalados en el DSM IV.

El Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico para Niños y Adolescentes (CBTD) permite identificar y explorar conductas clave para el diagnóstico de los problemas y manifestaciones psicopatológicas más comunes en la infancia y adolescencia, con base en los motivos de consulta en los servicios de salud mental (Caraveo Anduaga & Soriano Rodríguez, 2013). Dicho instrumento ya se encuentra validado en población mexicana, la cual se realizó con una aplicación en 927 hogares con una población total de 1932 sujetos entre los 28 y 65 años de edad, de los que se obtuvieron datos de hijos/hijas entre 4 y 16 años, teniendo un total de 1685 menores de edad. La consistencia interna del cuestionario es de 0.81 con un rango entre 0.75 y 0.85 para los diferentes grupos de edad (nivel de significancia 95%). La obtención de agrupaciones de síntomas en síndromes específicos se realiza mediante un algoritmo que el Dr. Caraveo desarrolló y en el cual se relacionan los síntomas con la edad de aparición y si es significativa la conducta referida para ese grupo de edad.

Para la obtención de casos se realiza la sumatoria aritmética en donde se considera la presencia de cada una de las conductas que reportan los tutores durante el último año o si tiene más tiempo de haberse presentado. Así se obtiene un número de síntomas que pueden ser significativos para considerar un “caso” y en donde se establece el punto de corte en cinco síntomas para definir posible caso: puntuaciones entre 5 a 8 síntomas se considera casos probables no complicados, de 9 o más síntomas casos definitivos complicados y un no caso con 4 síntomas o menos.

El cuestionario consta de 27 preguntas que exploran síntomas que frecuentemente son motivo de consulta en los servicios de salud mental y que se refieren, algunos de ellos, a síntomas principales de diferentes trastornos (Caraveo, 2006). Con base en el proceso de análisis estadístico del cuestionario, y en las relaciones encontradas entre los síntomas que

explora, se pueden identificar síndromes de exteriorización (impulsividad, hiperactividad, déficit en atención, probable conducta oposicionista, probable trastorno grave de conducta y probable trastorno de conducta moderado), de interiorización (probable trastorno depresivo grave, probable trastorno depresivo grave 2, probable trastorno depresivo moderado 1 y 2, probable trastorno de ansiedad generalizado y probable trastorno de ansiedad con inhibición) y otros síndromes como probable trastorno de lenguaje grave o moderado, probable trastorno de epilepsia grave o moderado, conducta explosiva con probable daño cerebral, y conducta explosiva como probable rasgo de carácter (Caraveo Anduaga & Soriano Rodríguez, 2013). Las afirmaciones del cuestionario son dicotómicas y preguntan la aparición de diversos síntomas del menor en los últimos 12 meses y de su continuidad en el caso de haberse iniciado antes. Se busca asegurar que el síntoma o conducta sea significativo y relevante actualmente, además se pregunta la edad de inicio de las manifestaciones, para facilitar la evaluación del desarrollo de la condición y sopesarla clínicamente (Caraveo Anduaga & Soriano Rodríguez, 2013). A partir del análisis y calificación, el autor agrupó en tres los síndromes exteriorizados, internalizados y otros.

- Síndromes de exteriorización: se refiere a las conductas que interfieren negativamente con el desarrollo del niño y que dificultan el proceso de adaptación social y cuyas características afectan principalmente al entorno, entre las que consideran la impulsividad, hiperactividad y déficit en la atención.
- Síndromes de interiorización: corresponden a reacciones o trastornos afectivos tales como la depresión y angustia, los síntomas cardinales son la presencia de tristeza persistente e irritabilidad.
- Otros: en donde se pueden incluir problemas de lenguaje, epilepsia, conducta explosiva con probable daño cerebral.

Este cuestionario además incluye preguntas referentes a la búsqueda de ayuda para alguno de dichos síntomas por parte de las reportantes y el tipo de ayuda que solicitó (Anexo 3). La calificación del instrumento para la obtención de los diferentes grupos sindromáticos se realizó por parte del Dr. Caraveo.

Escala de Violencia de Índice de Severidad (EVIS). (Valdez-Santiago et al., 2006).

Para la detección de violencia de pareja se utilizó la Escala de Violencia e Índice de Severidad la cual se validó en población mexicana con 26 042 mujeres a partir de 15 años de edad. Este cuestionario en su aplicación original constaba de 27 preguntas y formó parte de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003 y el objetivo de su uso fue medir distintos grados de violencia en sus diferentes modalidades. Este instrumento se construyó a partir de dos escalas: el Índice de Abuso del Cónyuge (Index of Spouse Abuse) y la Escala de Severidad de Violencia Contra la Mujer (Severity of Violence Against Women Scale) (Valdéz-Santiago et al., 2006).

Con base en las respuestas obtenidas las autoras realizaron un análisis factorial para identificar los diferentes grupos de los cuales resultaron cuatro agrupaciones, las cuales corresponden a cada tipo de violencia; obteniendo una consistencia interna de 0.79. Adicional a estos procedimientos se realizó un jueceo en el cual se asignó un peso a las acciones que se describían en los cuestionarios, estos jueces expertos en el tema, calificaron las acciones de acuerdo a la severidad de cada una. Una vez identificados los 4 factores se tomaron aquellos reactivos que tuvieron valores más altos, así finalmente la combinación de estos en su conjunto explicó el 62.3% del total de la varianza. El instrumento final consta de 19 reactivos con una consistencia interna (Alpha Cronbach) de 0.99 (Valdéz-Santiago et al., 2006). (Anexo 4).

Las 19 preguntas exploran la presencia de conductas que se relacionan con violencia psicológica, física, física severa y sexual; cada uno de los reactivos presenta respuestas de frecuencia que van de nunca, alguna vez, varias veces y muchas veces; cada una de las respuestas tiene un puntaje diferente de acuerdo a la pregunta; es decir, de acuerdo al peso asignado a cada reactivo según la severidad, por ejemplo el reactivo número 7 *¿le ha disparado con una pistola o rifle?* tiene los siguientes pesos para cada respuesta: nunca (0), alguna vez (9), varias veces (18) y muchas veces (27); mientras que el reactivo número 15 *¿le ha insultado?* presenta los puntajes; nunca (0), alguna vez (4), varias veces (8) y muchas veces (12). Es decir que la severidad del reactivo número 17 es mayor que la del reactivo número 15.

La ventaja de la utilización de estos instrumentos es que ambos fueron elaborados específicamente para su uso en investigaciones a nivel nacional obteniendo altos índices de confiabilidad; ya que debido que están orientados para su uso en población general son de lenguaje sencillo, claro y de corta extensión, lo que facilitó su aplicación a la población general y clínica.

4.9 Procedimiento.

Para la elaboración del proyecto se han considerado cuatro etapas; la primera se refiere a la obtención de datos de la muestra no clínica, la segunda referente a la muestra clínica; ambas tienen puntos en común como la capacitación en la aplicación de los cuestionarios y la captura de datos; una tercera etapa corresponde al análisis de datos y por último se considera la difusión de los resultados como parte del procedimiento de este trabajo.

ETAPA 1. En la primera etapa del proyecto se realizó la recolección de la muestra no clínica, este periodo de la investigación se caracterizó por la búsqueda de instrumentos, selección de participantes para la recolección de datos, capacitación, recolección, captura y análisis de datos.

Muestra No clínica: preparación de material y capacitación.

- Búsqueda y selección de cuestionarios adecuados para la población a la cual se va a evaluar. A través de la búsqueda en bases de datos, se revisó la pertinencia de usar el CBTD y la EVIS, lo cual requirió el contacto directo con los autores de dichos instrumentos y se solicitó autorización para el uso de los cuestionarios, agradeciendo la oportunidad y con el compromiso de poder devolver resultados que puedan ser de utilidad para las investigaciones que los autores realicen y en el caso específico del CBTD se contó con la colaboración del Dr. Caraveo para la calificación del instrumento y obtención de perfiles sindromáticos.

- Capacitación de entrevistadores. Antes de la aplicación se realizaron 3 sesiones de capacitación a 2 estudiantes de servicio social del CCMG y 3 tesistas de licenciatura, dicha

capacitación abarcó principios en metodología de la investigación (muestreo) para que conocieran el plano y zonas en donde se trabajaría, así como la forma de elección de las manzanas en donde se levantarían los datos. Se explicó a cada estudiante el objetivo del estudio y se compartió con ellos información bibliográfica referente a los instrumentos a utilizar con el objetivo de que se familiarizaran con el material y conocieran todo lo referente al desarrollo de ambos instrumentos.

- Con el CBTD fue importante que los entrevistadores conocieran exactamente qué explora cada una de las preguntas, de tal forma que cuando las personas no entendiesen la pregunta o no supieran a que se refiere, los entrevistadores fueran capaces de aclarar cualquier duda y así obtener información más precisa; por ejemplo el reactivo *Q11 ¿es muy nervioso(a) o miedoso(a) sin haber una buena razón?* explora síntomas de ansiedad por lo que se en la entrevista se busca la presencia de conductas como comerse las uñas, que le suden las manos, que se asuste por todo, que se preocupe mucho, que tenga muchos miedos, etcétera (Caraveo Anduaga & Soriano Rodríguez, 2013). Además de que los entrevistadores se familiarizaran con los instrumentos, se realizó también capacitación en la aplicación de las escalas; una vez que los entrevistadores leyeron la información de los instrumentos, se realizaron ejercicios de *rol playing* para la entrevista, en el que se presentaron situaciones comunes y que permitieron saber si habría que realizar alguna modificación en la forma de abordar las entrevistas.

En las sesiones de capacitación se abordó la forma de trabajo en campo; debido a la tolerancia a la frustración que se debe tener durante la recolección de datos, ya que en muchas ocasiones las personas no se encuentran disponibles para la recolección de datos; al igual que en las entrevistas individuales es importante brindar un clima de confianza a las personas ya que esto facilita la obtención de información; esto se logró al establecer los lineamientos de trabajo y la información que brindarían a las personas entrevistadas como: informando la institución que respalda el estudio (UNAM), el objetivo y el uso de los datos obtenidos así, los entrevistadores fueron debidamente identificados como estudiantes de la Facultad de Psicología de la UNAM y se proporcionó un consentimiento informado en donde se detalla el uso de la información obtenida (Anexo 5) . La seguridad también fue un

factor a considerar, ya que algunas de las zonas en donde se levantó la información son de alto riesgo, por lo que el trabajo se realizó de lunes a viernes y algunos sábados entre las 10 am y las 4 pm. Se acordó que siempre hubiera al menos dos personas juntas trabajando en una manzana, compartir los números de teléfono celular en caso de algún incidente y se recomendó el uso de ropa cómoda para permitir un trabajo adecuado considerando las condiciones del clima.

Muestra no clínica: recolección de datos

- En el trabajo de campo los entrevistadores trabajaban en una manzana visitando casa por casa hasta haber visitado todas las casas que componían la manzana. Para cada persona que se entrevistó se realizó la lectura de un consentimiento informado y por cada participante (madre o tutora) se aplicó la EV y el CBTD para cada uno de los hijos entre 4 y 16 años que vivieran en la casa; es decir, si la madre/tutora tenía 3 hijos/hijas entre el rango de edad solicitado se contestaba la Escala de Violencia para la mujer y 3 CBTD (uno por cada hijo). En el caso de que no hubiese menores dentro del rango de edad requerido se procedía a realizar la entrevista en otra casa. Además de la obtención de los datos, se entregó a cada persona un tríptico con información acerca de los servicios con los que cuenta el Centro Comunitario que incluía información de los talleres activos realizando así difusión de estas actividades de promoción de salud mental.

La recolección de los datos se llevó a cabo durante 4 semanas, trabajando 4 días entre lunes y viernes y algunos sábados en un horario de 10am a 4 pm aproximadamente. Al finalizar cada jornada se platicaba entre los miembros del equipo lo que se observaba durante cada día, como una forma de retroalimentación al trabajo realizado, llevar un registro del avance, y si era necesario realizar ajustes en el trabajo de campo.

Muestra clínica. Capacitación.

- Capacitación de entrevistadores. Dado que ya se contaba con los materiales a utilizar; en esta segunda parte del proyecto se procedió a realizar la capacitación a alumnos o pasantes de la licenciatura en psicología que estaban como prestadores de servicio social en el CCMG. Dicha capacitación incluyó información referente al objetivo del estudio,

compartir información de los instrumentos y permitir la familiarización con los mismos para su uso posterior. La capacitación se realizó en solo dos sesiones y se enfocó en el correcto uso y aplicación de los instrumentos dado que éstas entrevistas se realizaron dentro del centro. Además de los prestadores de servicio social, también colaboraron los tesistas de licenciatura que recolectaron información en las colonias aledañas al Centro Comunitario.

ETAPA II.

Muestra Clínica. Recolección de datos

- La aplicación de los cuestionarios se realizó por parte de seis estudiantes de servicio social en el Centro Comunitario a las mamás/tutoras de niños que eran atendidos en algún servicio del CCMG y que cumplieran con los criterios de inclusión.

- Para la recolección de datos se procedió a investigar aquellos programas de formación que estuviesen atendiendo pacientes dentro de las edades requeridas, así como los horarios en los que estos menores asisten al Centro; de igual forma se buscó conocer los horarios de los talleres impartidos en el Centro Comunitario y que estuvieran enfocados en menores de edad. Se comunicó el propósito del estudio a los responsables académicos de los programas que trabajan con niños para solicitar su autorización. Los datos que se obtuvieron de esta muestra corresponden a los servicios de evaluación psicológica, intervención psicoterapéutica y talleres de sala de lectura del Centro Comunitario. En el caso de esta muestra, se informó de igual manera el uso que se daría a la información proporcionada, y debido a que al ingreso de una actividad individual o grupal a los usuarios se les entrega un consentimiento informado en donde se explica el uso de la información proporcionada al Centro Comunitario, no se precisó el uso de uno adicional.

ETAPA III. Captura y análisis de datos.

- Posterior a la recolección de los datos de ambas muestras, se procedió a la captura en una base de datos para su análisis. La captura de los datos se realizó por parte de los entrevistadores previa capacitación en el uso de la base de datos y del programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). La información obtenida permite conocer aspectos sociodemográficos de ambas muestras (edad, sexo, ocupación, religión,

antecedentes de maltrato y alcoholismo). La obtención de perfiles sindromáticos y agrupación por cantidad de síntomas se realizó por parte del Dr. Jorge Caraveo Anduaga autor del CBTD.

- La calificación de la EVIS se realizó con el uso del SPSS, de acuerdo a los lineamientos marcados por las autoras para su calificación; obteniendo con base en las respuestas de las madres/tutoras la ausencia o presencia de violencia de pareja, además de determinar si correspondía a un caso de violencia psicológica, física, física severa o sexual.

- Una vez que el Dr. Caraveo analizó los datos con los síntomas que pudieran denotar algún trastorno psicopatológico en los menores de las muestras, con base en la cantidad de síntomas reportados se realizó en análisis estadístico inferencial en donde se correlacionó el número de síntomas reportados en la base de datos del CBTD con los casos existentes de violencia de pareja, tanto violencia general como de los diferentes subtipos.

- El análisis descriptivo y de correlación se realizó en ambas muestras, haciendo una comparación de los resultados encontrados en los diferentes grupos.

ETAPA IV. Comunicación de resultados.

Los resultados preliminares de éste trabajo se han dado a conocer en Encuentros a nivel local como parte del IV Coloquio de la Residencia en Psicoterapia Infantil (Agosto 2016), también en el XII Encuentro de los Centros y Programas (Septiembre 2016) y en Congresos a nivel nacional como el XXIV Congreso Mexicano de Psicología (Octubre, 2016), con lo que se pretende dar difusión al trabajo realizado en el Centro Comunitario. De igual forma este trabajo de tesis forma parte de los proyectos de difusión.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS.

En este capítulo se presentan los principales resultados del proyecto, comenzando con una descripción de los datos sociodemográficos obtenidos en ambas muestras y mostrando las similitudes y diferencias entre ambas; después se muestran los índices de violencia de pareja encontrados tanto en la muestra clínica y la muestra no clínica; posteriormente se presentan los principales resultados de los índices de correlación entre la violencia de pareja y psicopatología infantil; finalmente se señalan datos estadísticos en relación a los antecedentes de maltrato en la niñez y consumo de alcohol tanto en las tutoras y sus parejas además de mostrar datos en relación a la exposición de los menores a violencia de pareja.

5.1. Características sociodemográficas de la muestra clínica y no clínica.

En la *muestra total* participaron 338 mujeres quienes proporcionaron los datos de 455 menores de edad. En la *muestra no clínica* participaron 198 mujeres con un rango de edad que va de los 20 a los 62 años ($M=36.7$, $DE=7.3$); quienes proporcionaron datos de 304 niños/niñas con un rango de edad de 4 a 16 años ($M=9.2$, $DE=3.4$); en la *muestra clínica* participaron 140 mujeres con un rango de edad de 21 a 63 años de edad ($M=38.34$, $DE=8.3$), quienes proporcionaron datos de 151 niños y niñas con edades de 4 a 16 años ($M=9.81$, $DE=3.4$).

En relación a las características sociodemográficas de las mujeres encuestadas 78.4% mantienen una relación de pareja, sumatoria que resulta del porcentaje de mujeres casadas más las mujeres quienes viven en unión libre de la muestra total. (Tabla 4.1). En relación con la principal actividad que las mujeres realizan, poco menos de la mitad de la muestra se dedica al hogar, mientras que en un porcentaje similar de la muestra total tienen una actividad que les significa una retribución económica (47.7%).

En cuanto a la escolaridad de las mujeres encuestadas, se observa que 45.1% cuenta con estudios de educación básica (primaria y secundaria), mostrando diferencias en la escolaridad que rebasa la educación básica, ya que en la muestra clínica el porcentaje de mujeres con estudios de preparatoria y superior es mayor que en la muestra no clínica (Tabla 4.1). En relación a la filiación religiosa, el 85.4% de las mujeres encuestadas

(muestra total) reportaron ser católicas, cristianas o testiguas de Jehová, mientras que el resto (14.5%) de la muestra total reporta no practicar alguna religión o son diferentes a las anteriores (ritos cubanos, “Santa Muerte”).

Tabla 5.1

Frecuencia de datos sociodemográficos de la muestra no clínica, clínica y total.

	Muestra No Clínica		Muestra Clínica		Muestra Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
Estado civil						
Soltera	44	22.0	29	20.7	73	21.5
Casada	103	51.9	69	49.3	172	50.8
Unión Libre	51	26.0	42	30.0	93	27.6
Ocupación						
Empleada	60	30.2	52	37.1	112	33.1
Ama de casa	96	48.7	63	45.0	159	47.1
Comerciantes	35	17.4	15	10.7	50	14.6
Otro	7	3.6	10	7.1	17	5.1
Religión						
Católica	153	77.3	102	72.9	255	75.4
Cristiana	14	6.9	14	10.0	28	8.2
Testigo de Jehová	3	1.5	3	2.1	6	1.8
Otro	28	14.1	21	15.0	49	14.5
Escolaridad						
Analfabeta	2	1.0	1	0.7	3	0.9
Sabe leer y escribir	5	2.3	1	0.7	6	1.6
Primaria	25	12.8	8	5.7	33	9.9
Secundaria	71	35.8	48	34.3	119	35.2
Preparatoria	75	37.8	57	40.7	132	39.0
Licenciatura/Posgrado	20	10.2	25	17.9	45	13.4

En ambas muestras se exploraron los antecedentes de maltrato en la niñez tanto en la madre (mujer encuestada) como en su pareja; donde 67.6% negó haber sufrido maltrato en la infancia manifestado como golpes, insultos o abuso sexual. (Tabla 5.2)

Tabla 5.2 Antecedentes de maltrato en la infancia, muestra total, muestra clínica y no clínica.

	Muestra No Clínica		Muestra Clínica		Muestra Total	
	Mujeres	Pareja	Mujeres	Pareja	Mujeres	Pareja
	%	%	%	%	%	%
No había maltrato	73.4	60.2	61.6	65.5	69.5	67.6
Ocasionalmente	10.2	15.1	20.5	18.0	13.6	17.4
Varias veces	9.2	7.2	12.6	8.6	10.3	8.4
Casi siempre	7.2	6.4	5.3	7.9	6.6	6.6

Asimismo, las madres/tutoras de la muestra clínica reportan un mayor porcentaje de maltrato ocasional y de varias veces que la muestra no clínica; mientras que las parejas de la muestra clínica presentan un porcentaje mayor de maltrato reportado como “casi siempre”, destaca que más de la mitad de las mujeres de la muestra total y sus parejas respectivamente, reportan no haber recibido maltrato, manifestado como golpes, insultos o abuso sexual.

Además se indagó respecto a los hábitos de consumo de alcohol tanto en las mujeres encuestadas como en su pareja; en la muestra total, tres cuartos de la muestra total no consume alcohol, mientras que para las parejas, esta proporción disminuye a la mitad, siendo el consumo ocasional de alcohol lo más común en las parejas de las mujeres encuestadas. (Tabla 5.3)

Tabla 5.3 Frecuencia consumo de alcohol

	Muestra No Clínica		Muestra Clínica		Muestra total	
	Mujeres	Pareja	Mujeres	Pareja	Mujeres	Pareja
	%	%	%	%	%	%
No consume alcohol	76	46.1	75.5	54.0	75.8	53.1
Ocasionalmente	23.4	33.2	24.5	41.7	23.7	39.3
Varias veces	0.3	6.3	0	4.3	.2	6.1
Casi siempre	0.3	2.6	0	0	.2	1.5

5.2 Violencia de pareja.

De la Escala de Violencia e Índice de Severidad se puede obtener un puntaje global, es decir, se incluye la dimensión psicológica, física y sexual de la violencia y se obtiene además un puntaje para cada subtipo: psicológica, física y sexual; cuyos resultados permiten detectar los casos de violencia y los casos severos, tanto de forma general como por subtipo. En la muestra no clínica el Índice de Severidad de Violencia de Pareja (ISVP) fue de 23.7 % considerando que 11.8% de la violencia es severa; mientras que en la muestra clínica el ISVP fue de 27.2% y de esta 13.9% es considerada violencia severa. El porcentaje de presencia de los tres diferentes subtipos de violencia obtenidos para cada muestra a partir de reporte de las mujeres encuestadas se muestra en la Tabla 5.4.

En la violencia psicológica y física, la muestra no clínica presenta un mayor porcentaje de casos en comparación de la muestra clínica, a excepción de la violencia sexual en donde la muestra clínica muestra un porcentaje mayor de casos en comparación con la muestra no clínica.

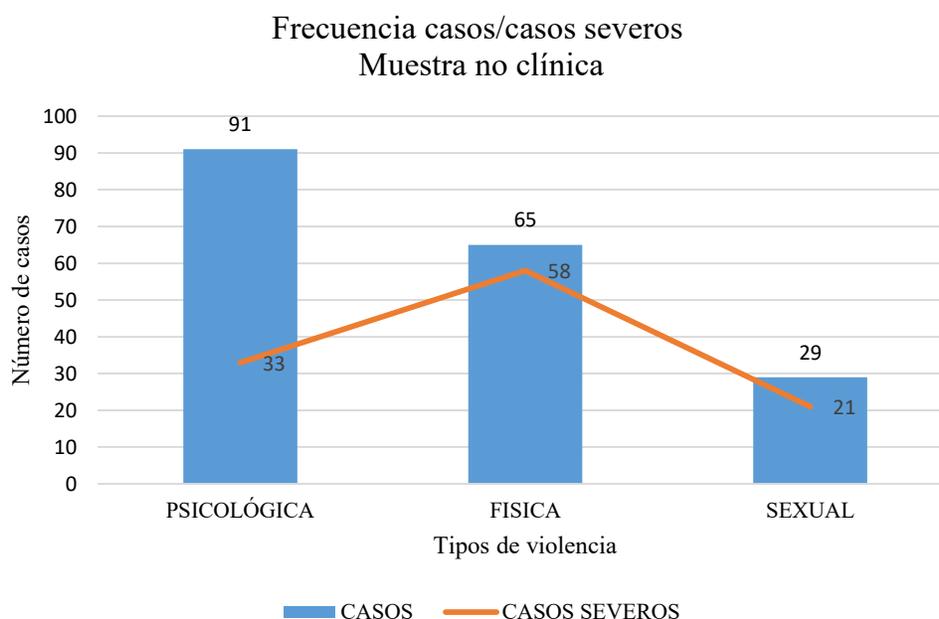
Tabla 5.4 Porcentaje obtenido por subtipo de violencia y por muestra

	Muestra No clínica	Muestra Clínica
Violencia Psicológica	29.9%	25.8%
Violencia Física	29.6%	28.5%
Violencia Sexual	9.5%	10.6%

En la violencia psicológica y física, la muestra no clínica presenta un mayor porcentaje de casos en comparación de la muestra clínica, a excepción de la violencia sexual en donde la muestra clínica muestra un porcentaje mayor de casos en comparación con la muestra no clínica.

La escala empleada permite conocer la severidad de los diferentes subtipos de violencia, identificándose grados de violencia, y diferenciando aquellos casos cuya situación de riesgo es más elevado (Figura 5.1).

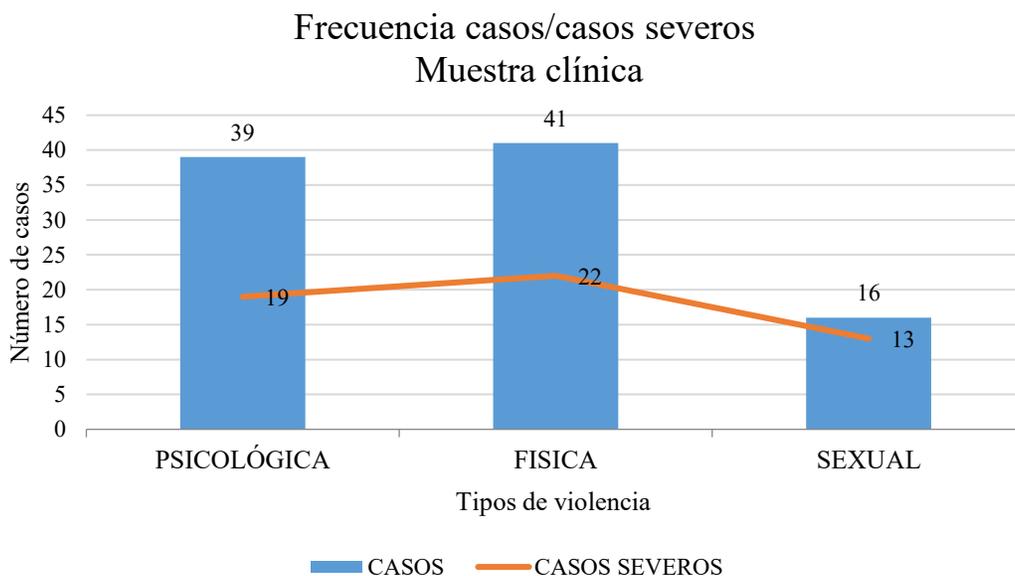
Figura 5.1 Frecuencia de Casos y Casos Severos en la Muestra No Clínica



En el caso de la muestra obtenida en los alrededores del CCMG se puede observar que los casos severos de violencia psicológica representan un 36.2%, ya que de los 91 casos reportados como violencia psicológica 33 se consideran severos, y esta proporción aumenta en la violencia física en donde 58 de 65 casos son severos (89%), de igual forma el porcentaje de casos severos de la violencia sexual rebaja la mitad de éstos (72%).

Mientras se encuentra que en la violencia psicológica y física alrededor de la mitad de los casos se consideran severos; sin embargo esta proporción aumenta en la violencia sexual, en donde 81% de los casos se consideran como severos, lo cual coincide con que en la muestra clínica el porcentaje de violencia sexual sea más elevado que en la muestra no clínica. (Figura 5.2)

Figura 5.2 Frecuencia de Casos y Casos Severos en la Muestra Clínica.



Lo anterior muestra que a pesar de que el índice de violencia general y por subtipos son similares en ambas muestras, al realizar un análisis por el índice de severidad, se encuentra que la mayor cantidad de casos severos de violencia física se encuentra en la muestra no clínica, y la muestra del centro comunitario presenta un mayor porcentaje de casos severos de violencia psicológica.

Por otro lado, se analizaron los índices globales de presencia de violencia de pareja en ambas muestras, los índices antes mencionados se obtienen a partir de la frecuencia con que las conductas exploradas se han presentado en el último año. (Figuras 5.3 y 5.4)

Figura 5.3 Frecuencia de respuestas a la Escala de Violencia para la Muestra no Clínica

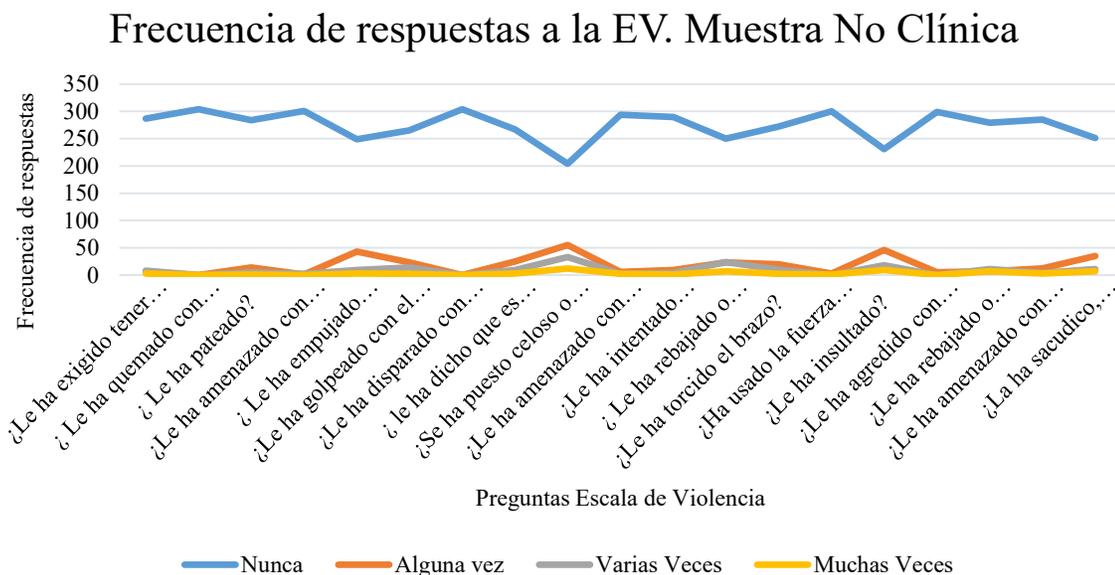
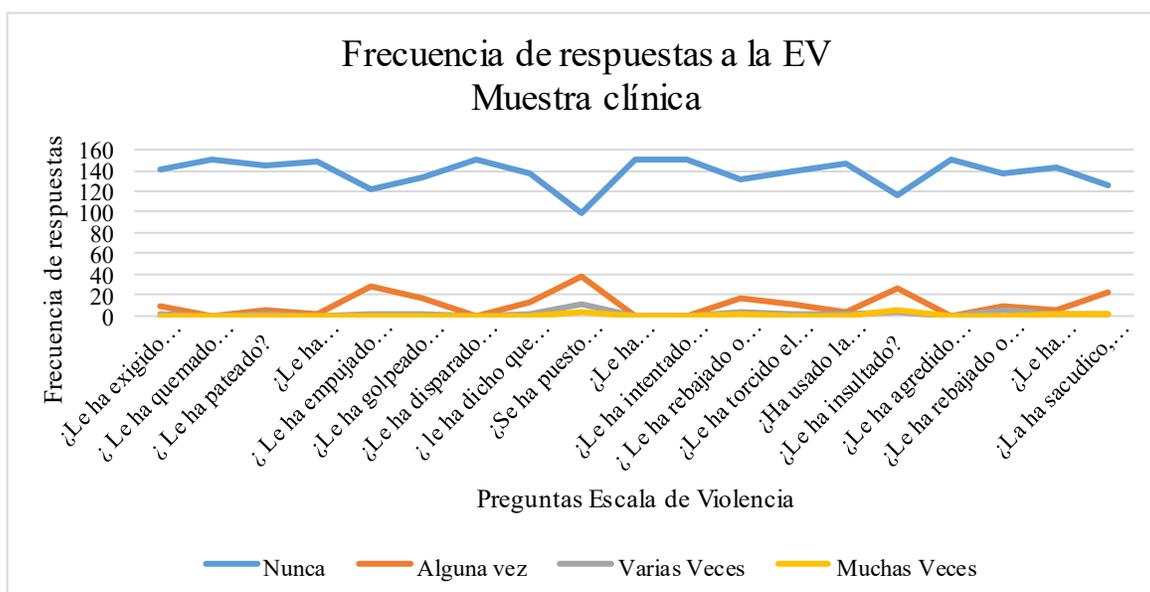


Figura 5.4 Frecuencia de respuestas a la Escala de Violencia para la Muestra Clínica



Para ambas muestras la conducta más frecuente que reportan las mujeres es que su pareja se *ponga celoso o que la haya empujado intencionalmente*, éstas como conductas que alguna vez ocurrieron en el último año. De forma general, la severidad de las conductas reportadas por las mujeres es mayor en la muestra no clínica, ya que hay más conductas que tienen una frecuencia de varias veces y muchas veces; mientras que en la muestra clínica las conductas que reportan tienen una frecuencia de alguna vez y ninguna llega a reportarse con muchas veces de ocurrencia. Es importante notar que las conductas que se consideran más severas como las amenazas o lesiones con arma de fuego o arma blanca no se presentaron en estas muestras.

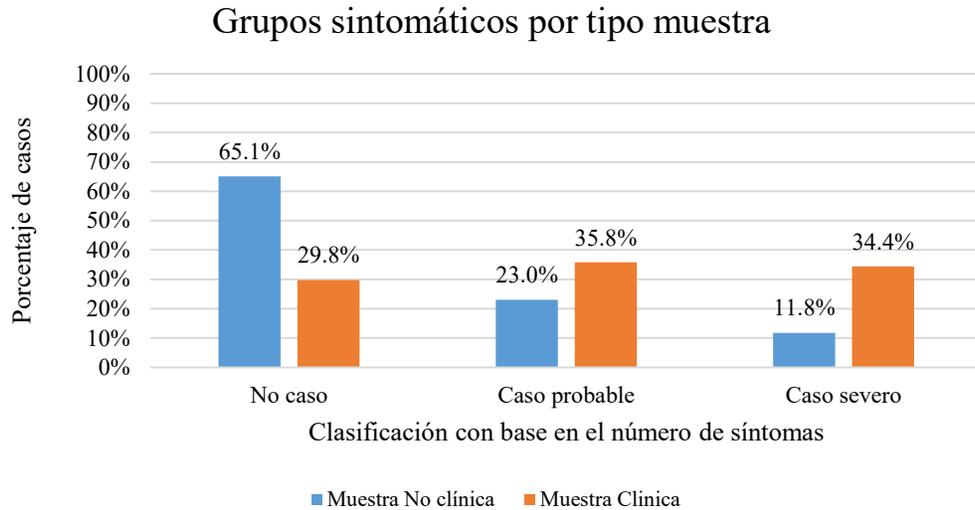
5.3 Psicopatología Infantil

De los 455 instrumentos aplicados del CBDT, 304 corresponden a la muestra No clínica y 151 a la muestra Clínica; 209 corresponden a información de niñas y adolescentes femeninas (45.9%) y 246 a datos de varones (54.1%).

El Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico tiene el objetivo de poder utilizarse como instrumento rápido y sencillo para poder detectar aquellos casos que requieren la aplicación de otras técnicas o dar seguimiento para un diagnóstico más profundo. La clasificación que propone es en tres grupos sintomáticos (no caso, caso y caso complicado).

Del total de las y los menores de edad, el 46.5% resultaron sintomáticos y de éstos 29%, sus madres/tutoras reportaron más de nueve síntomas que los colocan como un posible caso complicado (Figura 5.5). Debido a que la muestra clínica fue extraída de un lugar en donde se da atención psicológica de diversos tipos, la cantidad de casos probables y complicados es significativamente mayor.

Figura 5.5 Porcentaje de menores en cada grupo sintomático y por tipo de muestra.



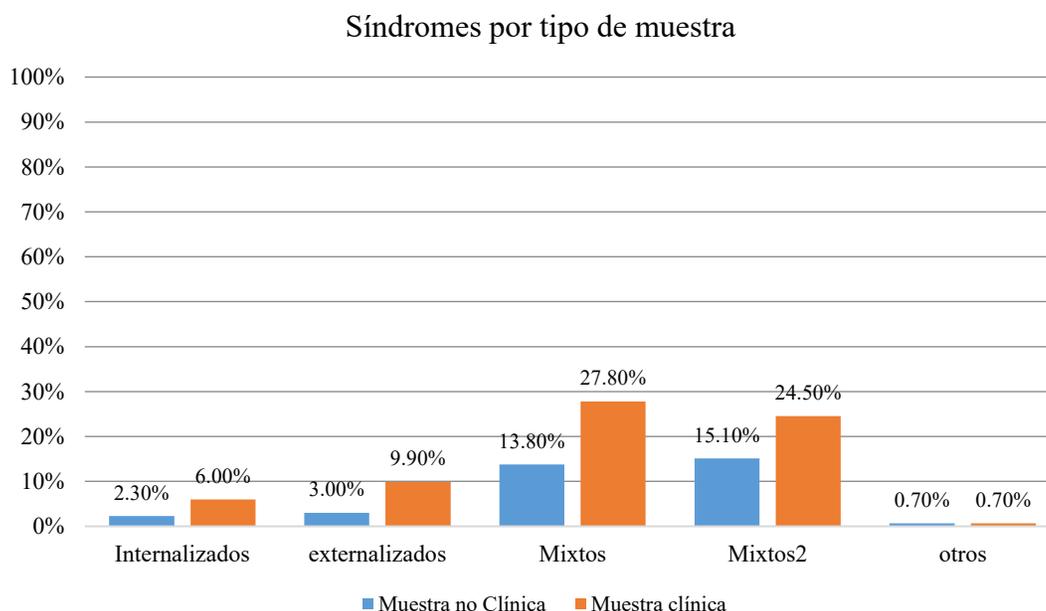
Al realizar el análisis de casos y no casos por sexo para ambas muestras los resultados muestran que en la muestra no clínica los casos probables se presentan con mayor frecuencia en los niños/adolescentes, mientras que los casos considerados como complicados presentan el mismo número de casos en niños, niñas y adolescentes; por otra parte en la muestra del CCMG, los casos complicados son el doble en niños/adolescentes que en niñas/adolescentes, y los casos probables son casi similares en frecuencia (con 18 casos complicados de niños y niñas en la muestra clínica) (Tabla 5.5).

Tabla 5.5 Distribución de frecuencias de grupos sintomáticos en hombres y mujeres por tipo de muestra.

	Muestra No Clínica		Muestra Clínica	
	Niños/ adolescentes	Niñas/ adolescentes	Niños/ adolescentes	Niñas/ adolescentes
No caso	96	102	26	19
Caso probable	43	27	28	26
Caso complicado	18	18	35	17

A partir de la calificación que el Dr. Caraveo realizó de su instrumento se pueden obtener diversos perfiles que agrupan en posibles trastornos específicos, para este trabajo se tomaron en cuenta los que el autor clasifica como internalizados, externalizados, mixtos y otros; dicha agrupación incluye los posibles casos y casos complicados (Figura 5.6)

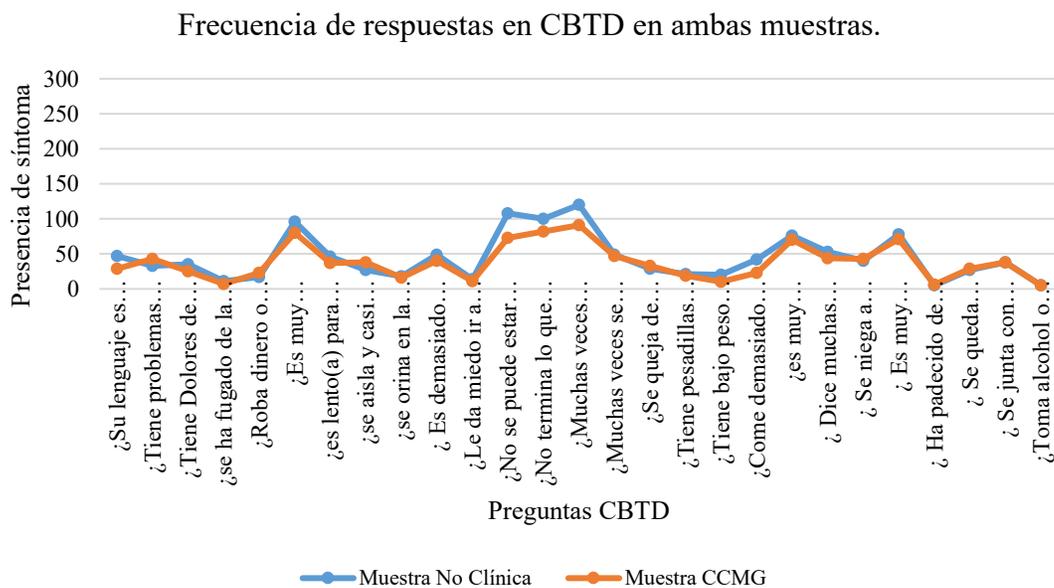
Figura 5.6 Porcentaje de casos de acuerdo a la clasificación de síndromes por cada muestra.



La muestra del Centro Comunitario es la que presenta mayor porcentaje de niños/niñas con síndromes, siendo en la clasificación de “Otros” en donde ambos tienen el mismo porcentaje de casos. Los trastornos internalizados incluyen los trastornos depresivos, ansiedad generalizada y ansiedad con inhibición, por otra parte los trastornos externalizados en la muestra clínica presentan un mayor porcentaje de casos, en éste entran el trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad, trastorno de conducta oposicionista desafiante; mientras que en la clasificación de otros se consideran aquellos trastornos que tienen un componente neurológico.

Al ser un instrumento de tamizaje nos permite conocer de forma general los comportamientos específicos que más llaman la atención de los padres (Figura 5.7).

Figura 5.7 Frecuencia de síntomas reportados por las madres. Comparación ambas muestras.



Se observa que ambas muestras tienen un comportamiento similar en relación a las conductas que con mayor frecuencia se presentan en los niños y adolescentes al momento de levantar los datos, teniendo los picos de frecuencia en las mismas preguntas, como la Q11 *¿es muy nervioso(a) o miedoso (a) sin haber una buena razón?*, Q15 *¿Es demasiado dependiente o apegado a los adultos?*, Q17 *¿No se puede estar quieto(a) en su asiento, siempre se está moviendo?*, Q19 *¿Muchas veces está de mal humor, es irritable o genioso(a)?*, Q25 *¿ Es muy desobedientes o peleonero(a)?*, Q28 *¿Es muy explosivo(a), pierde el control con facilidad?*, preguntas a las que las participantes contestaron afirmando que dichas conductas estaban presentes durante el último año o más; para ambas muestras aquellas conductas que implican hiperactividad, periodos de atención cortos, cambios de humor, desobediencia o nervios son las más frecuentes para ambas muestras.

5.4 Violencia de pareja y psicopatología infantil

Para conocer la correlación entre la violencia de pareja y las conductas que las madres reportan y que podrían indicar un posible trastorno psicológico se utilizó el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versión 23), ejecutando la prueba estadística *r* de Pearson para correlacionar el índice de violencia general con la cantidad de síntomas que los menores de edad presentan con base en el reporte de la madre o tutora. Se correlacionaron las variables Sintot1 (total de síntomas reportados por la madre) y las variables de violencia psicológica, violencia física, violencia sexual y violencia física severa que se refieren a los puntajes obtenidos en cada pregunta que conforma cada uno de los factores, estas variables son continuas por lo que no distinguen entre caso o no caso. (Tabla 5.6 y 5.7)

Tabla 5.6 Índice de correlación entre la cantidad de síntomas y los subtipos de violencia muestra no clínica.

		Violencia Psicológica	Violencia Física	Violencia Sexual	Violencia Física severa
	Correlación de Pearson	.24**	.23**	.13*	.15**
sintot1	Sig. (bilateral)	.000	.000	.021	.007
	N	304	304	304	304

** $p < 0,01$ (bilateral).

*. $p < 0,05$ (bilateral).

Tabla 5.7 Índice de correlación entre la cantidad de síntomas y los subtipos de violencia muestra clínica.

		Violencia Psicológica	Violencia Física	Violencia Sexual	Violencia Física severa
sintot1	Correlación de Pearson	.16*	.10	.14	-.04
	Sig. (bilateral)	.046	.208	.069	.626
	N	151	151	151	151

* $p < 0,05$ (bilateral)

Con base en el índice de correlación, las conductas que las madres reportan en la muestra no clínica tienen una correlación estadística *positiva débil* (Hernández, 2010) con la violencia psicológica, la violencia física y correlación estadística muy débil con la violencia sexual y física severa. Mientras que en la muestra clínica este índice es menor y sólo resulta significativo con la violencia psicológica (correlación positiva muy débil).

Posteriormente se eligió la variable grupos sintomáticos, la cual realiza la clasificación de caso con base en la cantidad de síntomas reportados por las madres y se relacionó con el Índice de Severidad de la Violencia de Pareja (ISVP) y en la cual ya se distingue caso de caso severo de violencia. (Tabla 5.8, Tabla 5.9)

Tabla 5.8 Índice de correlación entre los grupos sintomáticos y casos y casos severos en la muestra no clínica.

		CASO ISVP	CASO SEVERO ISVP
Grupos sintomáticos	Correlación de Pearson	.21**	.22**
	N	304	304

** $p < 0,01$ (bilateral).

Tabla 5.9 Índice de correlación entre los grupos sintomáticos y casos y casos severos en la muestra clínica

		CASO ISVP	CASO SEVERO ISVP
Grupos sintomáticos	Correlación de Pearson	.151	.072
	N	151	151

En la muestra no clínica se observa que la correlación se mantiene y se eleva ligeramente en los casos severos, situación que no ocurre en la muestra clínica en donde los índices de correlación no presentan una significancia estadística comparación con la otra muestra.

Otra correlación que se realizó fue entre los cinco principales grupos de síndromes y los diferentes subtipos de violencia (Tabla 5.10 y 5.11).

Tabla 5.10 Índice de correlación entre los principales síndromes, casos y casos severos de los subtipos de violencia en la muestra no clínica

	Caso Violencia Psicológica	Caso Severo Violencia psicológica	caso Violencia física	Caso severo Violencia física	Caso violencia sexual	Caso severo violencia sexual
internalizados	.13*	.15**	.13*	.15**	.09	.13*
mixto2	.16**	.14**	.20**	.11*	.01	.06

** $p < 0,01$ (bilateral).

*. $p < 0,05$ (bilateral).

En esta muestra las correlaciones más significativas se dan entre los síndromes internalizados y los mixtos, en los primeros se observa que a mayor severidad de la violencia el índice de correlación se eleva ligeramente, mientras que en los síndromes mixtos ocurre lo contrario, a mayor severidad de los subtipos de violencia el índice de correlación disminuyen ligeramente.

Tabla 5.11 Índice de correlación entre los principales síndromes, casos y casos severos de los subtipos de violencia en la muestra clínica

	Caso Violencia Psicológica	Caso severo Violencia psicológica	caso Violencia física	Caso severo Violencia física	Caso violencia sexual	Caso severo violenci a sexual
internalizados	.25**	.07	.09	-.06	.17*	.05
	.001	.365	.241	.432	.033	.495

** $p < 0,01$ (bilateral).

*. $p < 0,05$ (bilateral).

Por otro lado, en la muestra del centro comunitario sólo se obtuvo correlación estadísticamente significativa en la relación de los síndromes internalizados con los casos de violencia psicológica y los casos de violencia sexual, ésta última en un índice menor.

Otro análisis que se realizó fue entre los casos de violencia de pareja y los probables casos sintomáticos, en donde se tomó la variable de grupos sintomáticos para crear una nueva llamada caso probable en donde se incluyen todos aquellos menores que presentaron de cinco a ocho síntomas, y la otra variables llamada caso severo que incluye todos los menores que presentaron más de nueve síntomas. (Tabla 5.12 y 5.13)

Tabla 5.12 Índice de correlación entre caso probable y caso severo de psicopatología y caso severo de violencia de pareja en muestra no clínica.

	CASO ISVP	CASO SEVERO ISVP
caso probable	.008	-.007
caso severo	.227**	.244**

** $p < 0,01$ (bilateral).

Tabla 5.13 Índice de correlación entre caso probable y caso severo de psicopatología y caso severo de violencia de pareja en muestra clínica

	CASO ISVP	CASO SEVERO ISVP
caso probable	.073	-.100
caso severo	.090	.112

Se observa que en la muestra no clínica los casos severos de psicopatología infantil, es decir, los menores con más síntomas reportados tienen una correlación estadística con los casos de violencia general y aumenta la correlación en casos severos de violencia de pareja. Mientras que en la muestra clínica no existe correlación estadísticamente significativa entre los posibles casos de psicopatología infantil y los casos de violencia de pareja.

5.4 Antecedentes de maltrato en la niñez y exposición a violencia de pareja.

En cuanto a los antecedentes de maltrato en la niñez tanto en la madre como en su pareja estas variables se correlacionaron con las variables continuas de los diferentes tipos de violencia (Tabla 5.14 y 5.15). Los resultados indican que ambas muestras las correlaciones son positivas de mediana intensidad. Sin embargo es más notoria esta correlación con la violencia sexual, lo cual también se presenta en la muestra clínica; en donde los antecedentes de maltrato en la niñez por parte de la madre o tutora se relacionan con la violencia sexual, de igual forma esta correlación se mantiene cuando se trata de los antecedentes de maltrato de la pareja de la madre.

Tabla 5.14 Índices de correlación entre antecedentes de maltrato y los diferentes tipos de violencia en la muestra clínica.

	Violencia Física Severa	Violencia Psicológica	Violencia Física	Violencia Sexual	ISVP
Antecedentes de maltrato en la niñez de la pareja	.062	.188*	.199*	.214**	.235**
Antecedentes de maltrato en la niñez en la madre/tutora	.050	.170*	.151	.244**	.211**

** $p < 0,01$ (bilateral).

*. $p < 0,05$ (bilateral).

Tabla 5.15 Índices de correlación entre antecedentes de maltrato y los diferentes tipos de violencia en la muestra no clínica.

	Violencia Psicológica	Violencia Física	Violencia Sexual	Violencia Física Severa	ISVP
Antecedentes de maltrato en la niñez en la madre/tutora	.351**	.279**	.257**	.182**	.331**
Antecedentes de maltrato en la niñez de la pareja	.217**	.187**	.137*	.203**	.221**

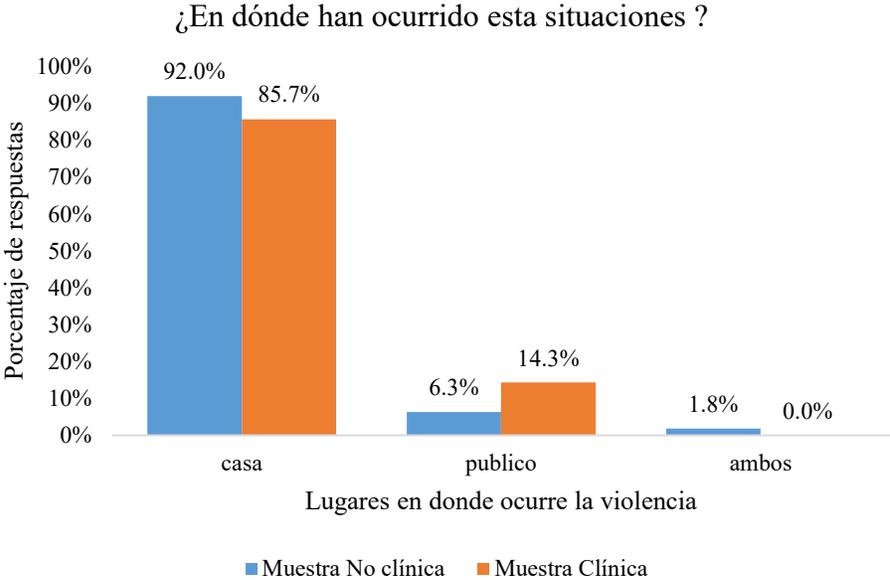
** $p < 0,01$ (bilateral).

*. $p < 0,05$ (bilateral).

A diferencia de la muestra clínica, existen más correlaciones estadísticamente significativas en la muestra no clínica, las cuales se presentan tanto en los antecedentes de maltrato de la madre como en los de la pareja, siendo los más elevados la violencia física severa y la violencia psicológica respectivamente.

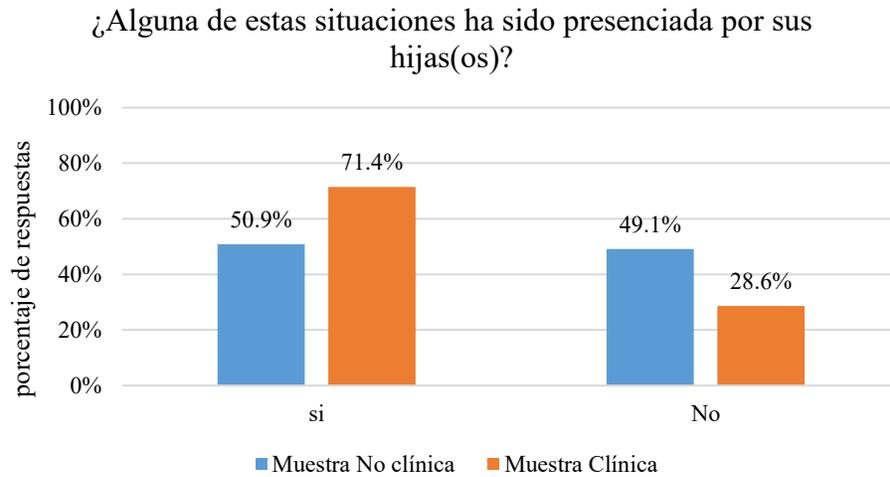
Por último, a las mujeres que contestaban de forma afirmativa a varias preguntas a la Escala de Violencia se les realizaban preguntas sobre el lugar en donde ocurrían normalmente las conductas exploradas como una manera breve de saber si los menores habrían sido expuestos a situaciones violentas, esto preguntando además si alguno de sus hijos(as) estaba presente cuando ocurrían y si consideraba que la violencia de pareja podría afectar su desarrollo socioafectivo. (Figura 5.8)

Figura 5.8 Escenario donde ocurre la violencia



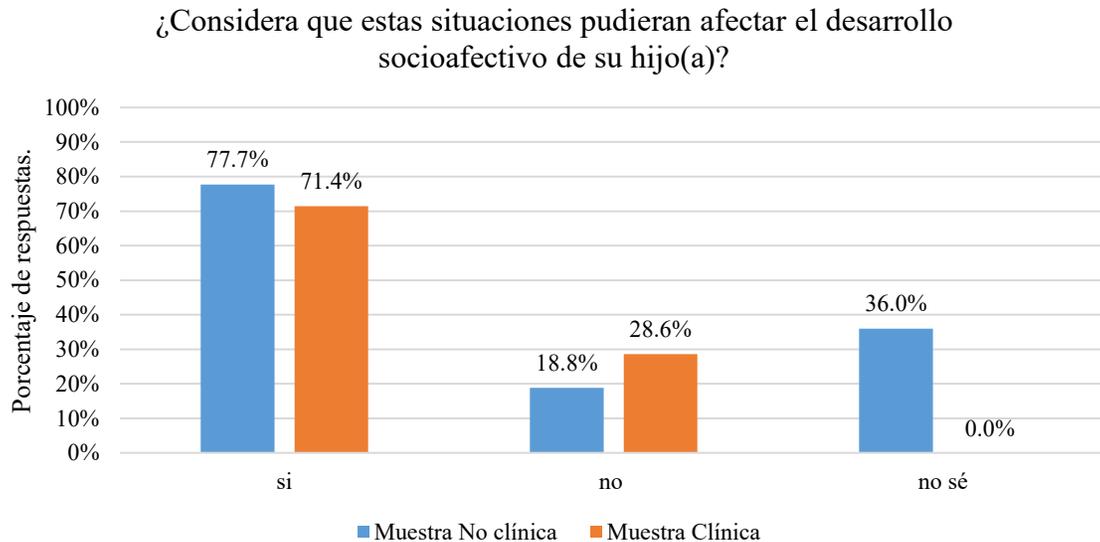
Se observa que en ambas muestras la mayor parte de las conductas consideradas como violencia de pareja ocurren en el ámbito privado, siendo más elevado el porcentaje de casos que ocurren en público en la muestra clínica, lo cual se relaciona con que al menos 50.9% de los menores de edad hayan sido testigos de la violencia de pareja. (Figura 5.9)

Figura 5.9 Hijos/hijas testigos de violencia



Por último, para ambas muestras al menos el 71.4% de las mujeres considera que éstas situaciones podrían afectar, al indagar el cómo podría afectar se obtuvieron respuestas en relación al tipo de reacciones que el menor tiene en el momento de presenciar estas situaciones, así como los efectos que está violencia podría tener en los menores y las consecuencias (Figura 5.10, Tabla 5.16)

Figura 5.10 Porcentaje de mujeres que cree que la violencia de pareja podría afectar el desarrollo de sus hijos. Ambas muestras.



Las madres reportan que cuando los hijos se encuentran en las situaciones violentas tienen diversas reacciones, las afectaciones que las mujeres consideran podrían afectar el desarrollo y las consecuencias de ésta violencia se muestran en la Tabla 5.16

Se observa que la mayoría de las reacciones que los menores llegan a presentar cuando son testigos de alguna situación violenta en los padres se relaciona con las conductas más frecuentes presentadas en el CBTD, mientras que las consecuencias y efectos que las mujeres consideran esta violencia podría tener en los menores coinciden con los motivos de consulta que más se presentan en el Centro Comunitario.

Tabla 5.16 Reacciones, consecuencias y afectación en el desarrollo de los niños/niñas de acuerdo a las respuestas de las mujeres encuestadas.

Reacciones	Afectación en su desarrollo	Consecuencia
lloran	Rebeldes	Imitación
Les da Miedo	Tienen bajo rendimiento académico	Normalizan la violencia
Se enojan	Se aíslan	Pueden llegar hacer violentos en la adultez
Se retiran	Tiene problemas en la escuela	Son violentos con las demás personas
Observan la situación	Baja autoestima	se sientes culpables
Son agresivos	inseguros	
Intervienen en la pelea		
Quedan en shock		

CAPITULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

El planteamiento central de este estudio estuvo enfocado en conocer el grado de relación entre la violencia de pareja y los síntomas en niños/as en una muestra clínica y no clínica.

Con base en los resultados, en la muestra clínica existe una correlación muy débil y no es estadísticamente significativa entre los casos de violencia de pareja y los síntomas que reportan las mamás; mientras que en la muestra no clínica la correlación es débil, pero estadísticamente significativa.

Considerando el subtipo de violencia y su correlación con los síntomas reportados por las tutoras en la muestra no clínica los índices de correlación más elevados se encontraron entre los síntomas y la violencia psicológica y física; mientras que en la muestra clínica, esta correlación entre los síntomas reportados se presentó sólo con la violencia de pareja psicológica.

Considerando los síndromes obtenidos a través del CBTD, se realizaron correlaciones entre los síndromes internalizados, externalizados y mixtos que se derivan del cuestionario con los casos severos y no severos, encontrando que en la muestra no clínica la correlación más significativa se daba entre los casos de síndromes internalizados y la violencia psicológica severa, el caso severo de violencia física y el caso severo de violencia sexual. Los índices obtenidos se consideran débiles (Hernández et al., 2010), lo cual implica que no se puede establecer una causalidad entre ambas variables; pero si se puede considerar como un factor que puede predisponer al menor de sufrir algún trastorno psicológico (en combinación con otros factores), estos resultados concuerdan con otros estudios en donde se ha encontrado una mediana asociación entre la exposición a violencia de pareja y sintomatología internalizada como ansiedad, depresión y somatización y externalizada en problemas de conducta, agresiones y rompimiento de reglas, además de otros trastornos específicos como el trastorno de estrés postraumático (Atenciano, 2009; Owen, Thompson, Shaffer, Jackson, & Kaslow 2009; Bayarri, Ezpeleta, & Granero, 2011; Harding, Morelen, Thomassin, Bradbury, & Shaffer, 2013; Lopez-Soler, Alcántara-López, Castro, Sánchez-Meca, & Fernández, 2016; MacFarlene, Groff, O'Brien, & Watson, 2003; Olaya, 2009; Petrek et al., 2013).

Otro dato importante es que al darse las situaciones de violencia en el ámbito privado los menores tienen más posibilidad de estar expuestos a las situaciones de violencia, ya que las madres reportaron en al menos el 50% de los casos los hijos/as han estado presentes durante las situaciones en donde se presenta la violencia, lo que coloca a los menores de edad en una situación de vulnerabilidad; los datos encontrados en estas muestras rebasan los expuestos en encuestas nacionales en donde se mencionaba que el 19% de jóvenes habían sido testigos de violencia intrafamiliar (Rodríguez et al., 2009).

El ser testigo de violencia de pareja o vivir en un ambiente en donde la violencia se encuentra presente se considera un factor de riesgo; ya que los menores que viven con un agresor tienen mayores probabilidades de ser víctimas directas de éste maltrato y corren más riesgo de presentar conductas agresivas y antisociales que los menores que no han sido expuestos a tal situación (Strauss 1990, en Ezpeleta 2005; Patró & Limiñana, 2005), por ello los niños y las niñas quienes han sido testigos de violencia de pareja se les ha llamado víctimas invisibles (Osofsky, 1995 en Olaya, 2009); y debido a las múltiples consecuencias que la violencia de pareja tiene en los niños/niñas, se ha considerado la exposición a estas situaciones como un tipo de maltrato infantil (Holden, 2003 en Olaya, 2009); este mismo autor menciona que existen formas en que los menores expuestos a violencia podrían ser maltratados psicológicamente, esto a través de sentirse aterrorizados o amenazados, corrompiéndolos y promoviendo conductas antisociales, rechazando a los niños/as, aislándolos/as o siendo negligente con sus cuidados básicos.

En las preguntas de exploración acerca de la exposición a situaciones de violencia; las madres refieren que posiblemente estas situaciones podrían afectar el desarrollo de sus hijos; dando respuestas sobre conductas que podrían encajar sobre las categorías de los diversos tipos de exposición que los menores tienen ante la violencia de pareja, esta clasificación incluye varios niveles que van desde la exposición prenatal, pasando por la intervención en donde el menor de forma verbal o física, en donde es testigo ocular y observa directamente el hecho, situaciones que reportan las madre como que les da miedo, observan la situación o intervienen en la pelea. Una crítica a esta postura es que el impacto en los niños/niñas va más allá de los incidentes y agresiones, ya que deja de lado “el impacto que causa en el desarrollo de los menores la exposición al sistema de creencias y

estilo parental del agresor, en su vida diaria” (Brancroft & Silverman, 2002 citado en Atenciano, 2009), lo que implica que el menor se encuentra inmerso en un sistema de castigos basados en el poder; dicho sistema de creencias se vuelve predictor para ejercer o sufrir violencia contra la pareja (Ehrensaft et al., 2003 en Smith et al., 2015). Esta información coincide con los datos encontrados en el estudio ya que varias mujeres entrevistadas comentaban que los golpes, nalgadas, jalones o pellizcos que recibían de pequeñas por parte de sus padres eran “lo normal, pues antes así se educaba a los hijos” sic. Esta observación es clínicamente significativa, pues se ha identificado que el castigo y el trato humillante son prácticas normalizadas como parte de la crianza de los hijos e hijas. Adicional a lo anterior, los resultados de ésta muestra coinciden en que los antecedentes de maltrato en la niñez se relacionan con la violencia de pareja reportada; lo cual representa un riesgo adicional para los menores de edad que son expuestos a violencia; ya que se ha encontrado que madres que han sufrido violencia en la infancia y de pareja muestran una variedad de problemas mentales que pueden afectar de manera negativa el desarrollo de los niños/as (Miranda, de la Osa, Granero, & Ezpeleta 2013).

Al comparar resultados de ambos grupos se observa que los índices de correlación en la muestra clínica son más bajos en comparación con la muestra no clínica, si bien la exposición a violencia de pareja es un factor de riesgo, no todos los niños y niñas pueden desarrollar problemas psicológicos, debido a que entran en juego otros factores protectores como la resiliencia (Atenciano, 2009). En este sentido, aquellos factores que se han considerado como mediadores es el apoyo de una persona de confianza, ya que lograr relaciones estables para los menores expuestos a violencia puede ser complicado (Osofsky, 2003).

Con base en lo anterior, el rol de la madre y/o cuidadores principales podría estar haciendo la diferencia entre estas muestras, ya que la muestra no clínica no está siendo atendida por ningún servicio de salud mental; la literatura nos muestra que cuando las mujeres están expuestas a violencia es más probable que tengan dificultad para estar emocionalmente disponibles, ser sensibles y responsivas con sus hijos/hijas, además de que esta violencia impacta en los hábitos y capacidad de las mujeres de ejercer adecuadamente su rol materno (Osofsky, 2003; Atenciano, 2009). Mientras que en la muestra clínica, si bien los niños son

igual o más sintomáticos que en la muestra no clínica, éstas madres llevan a sus hijos a ser atendidos psicológicamente; en este punto, los datos se recolectaron en etapas del proceso de atención, por lo que algunos de los usuarios ya estaban siendo atendidos para ser evaluados, otros estaban en algún proceso de intervención o en talleres dirigidos a menores y a los padres/madres, es decir, las madres y tutoras se encuentran al pendiente del desarrollo de sus hijos, siendo un factor protector en el menor de edad. Olaya (2009) en su tesis doctoral menciona que la calidad de la parentalidad está dañada cuando existe violencia de pareja, además de que contextualiza que esta violencia no es sólo un hecho aislado, ya que es el reflejo de un disfunciones generales en el ambiente familiar, ya que la presencia de violencia está asociada a múltiples factores estresantes que se han acumulado como problemas económicos, padres jóvenes, recursos educativos bajos y problemas con el consumo de alcohol. Sin embargo; esto no puede saberse con precisión dado que en este estudio no se exploró la relación existente entre madres e hijos/hijas o la forma en que las mujeres encuestadas asumen su rol materno; ya que a partir de esta información se podría saber si estas dos variables están influyendo en los resultados obtenidos.

Otro factor que podría estar explicando estos resultados son aquellos relacionados con los estilos de respuesta de las entrevistadas como la deseabilidad social la cual se define como la tendencia de los sujetos que responden los reactivos de una prueba en dirección de presentarse a sí mismos en términos socialmente aceptables para ganar la aprobación de otro.(Edwards, 1957 en Méndez, 2010), por lo que las respuestas en relación a ambos cuestionarios pudieron verse afectadas por el deseo de dar una buena impresión de sí mismas .

Retomando el hecho de que los síntomas que presentan los menores de la muestra clínica tienen una menor relación con la violencia de pareja que sufren sus madres en comparación con la muestra no clínica, se ha encontrado que el rol positivo de la madre en el cuidado y educación del menor es crucial para ayudar a mejorar su bienestar (Levendosky & Graham-Bermann, 1998, Mullender et al., 2002, Osofsky 1999 en Olaya, 2009). Otro factor que podría estar involucrado es el apoyo que los niños/as de la muestra clínica pueden recibir de adultos fuera del sistema familiar como los abuelos, tíos u otros cuidadores; ya que la resiliencia está relacionada con la presencia de relaciones positivas con pares y hermanos,

quienes pueden proveer de apoyo (Cox, Kotch & Everson, 2003 en Olaya, 2009); estas características pueden ser encontrarse en la muestra clínica, ya que en muchos de los casos atendidos en el centro comunitario los niños y niñas son llevados a tratamiento por los abuelos/abuelas, tíos/tías, hermanos /hermanas mayores o algún otro adulto responsable de su cuidado; quienes se vuelven cuidadores primarios debido a que las madres trabajan tiempo completo, por lo que solo en ciertas ocasiones los pueden acompañar a sus sesiones; incluso éste fue un factor que influyó en que la muestra clínica tomara más tiempo en ser recolectada, ya que en muchas de las ocasiones la madre no asistía a las sesiones individuales de su hija(o), sino era la abuela o tía.

Con base en el reporte de los terapeutas del CCMG y los temas de las actividades de promoción de salud mental realizadas en el Centro Comunitario; se ha encontrado que una de las principales problemáticas a abordar en el trabajo psicológico con los menores de edad son la relación padre/hijo (a), Madre/hija(o), el establecimiento de límites, aspectos relativos a la crianza y la comunicación. Olaya (2009) encontró que la sobre protección y el rechazo materno estuvieron asociados con un peor funcionamiento en niños debido a que las madres que sufren violencia de pareja tiende a utilizar un estilo parental intrusivo, sin embargo menciona que existen otros factores que no han sido considerados como la inconsistencia parental, la psicopatología de la madre y la forma en que los niños perciben e interpretan la violencia. Por lo que la violencia de pareja se encuentra asociada con estilos parentales que promueven el desarrollo de trastornos en menores; es decir; que existen estilos parentales que en combinación con la violencia de pareja podrían explicar que la sintomatología presentada en los menores tenga una menor relación con la violencia psicológica que reporta la madre; sin embargo, no se cuentan con información estandarizada acerca de los estilos de crianza en los padres/madres de la muestra clínica.

Sobre los objetivos específicos del estudio se planteó determinar la presencia de violencia de pareja en ambas muestras; en donde los resultados coinciden con la ENVIM (2009) en donde reportan que el 28.5% de las mujeres en México han sufrido violencia psicológica. Con base en los resultados resulta importante considerar aquellos factores de riesgo que las muestras presentan ya que esto permitirá de igual forma identificar los factores de

protección que se han encontrado en la literatura y que están asociados a los índices de violencia y psicopatología que se obtuvieron en la investigación.

A nivel comunitario se pueden encontrar factores de riesgo en ambas muestras, ya que esta población conocida como los pedregales mantiene un nivel socioeconómico medio-bajo a bajo, lo cual podría ser un factor de riesgo ya que se ha encontrado que las mujeres que pertenecen a éstos niveles socioeconómicos tienen un riesgo mayor de sufrir violencia de pareja que las mujeres de un estrato alto (Castro & Casique, 2009; Krug et al., 2003; Heise 1998). Los antecedentes de maltrato en la niñez, el consumo de alcohol en la madre y en su pareja también se consideran un factor de riesgo asociado a violencia; dado que en la muestra no clínica el porcentaje de casos de violencia física y psicológica fueron más elevados se encontró que las correlaciones entre la violencia psicológica, la violencia física la violencia sexual , la violencia física severa y el índice de violencia general fueron significativas; los datos concuerdan con la teoría en donde se ha encontrado que los antecedentes de maltrato en la niñez en la mujer son un factor de riesgo para sufrir violencia de pareja en la vida adulta, al igual que el consumo de alcohol incrementan la posibilidad de que la mujer sufra violencia de pareja y del hombre de ser violento en una relación de pareja , (Krug et al., 2003; Smith et al., 2015; Heise, 1998).

A nivel individual un factor de riesgo adicional es el nivel de instrucción escolar, ya que en la muestra no clínica, el grado de escolaridad es menor en comparación con la muestra clínica, lo cual concuerda con datos obtenidos en donde un nivel educativo inferior aumenta las posibilidades de sufrir violencia en la pareja (Krug et al., 2003; Heise, 1998; Castro & Casique, 2009).

Otro de los objetivos planteados fue detectar en las muestras las conductas que denoten algún trastorno psicopatológico a partir del CBTD, en donde se obtuvo que de la población el 46.59% de los menores de edad resultó sintomático y de los cuales el 19.34% se podría considerar como un caso complicado debido a que presenta 9 síntomas o más; estos datos rebasan las estimaciones realizadas con instrumentos similares en la población general, en donde se obtuvo que el 16% de los menores podrían estar cursando por algún trastorno (Caraveo, 2002), mientras que la mayor cantidad de estos casos probables y complicados se

encuentran en la muestra clínica, lo cual es esperado debido a que los datos fueron obtenidos en un lugar en donde los menores reciben atención psicológica.

Al realizar el análisis por los cinco principales síndromes que explora el CBTD, se obtuvo que los síndromes mixtos son los que mayor porcentaje de casos presentan en ambas muestras, en esta clasificación se incluyen aquellos trastornos con síntomas internalizados (depresión, ansiedad) y externalizados (conducta, hiperactividad), seguidos de los síndromes mixtos 2, que además de los síntomas internalizados incluyen algún componente de tipo orgánico. Estos datos coinciden con estudios epidemiológicos nacionales en donde los trastornos de ansiedad y depresión se consideran las enfermedades mentales más frecuentes (Benjet et al., en Ruiz et al., 2009): de igual forma los resultados obtenidos coinciden con las estadísticas del Centro Comunitario en donde la mayor solicitud de atención para menores es por problemas de conducta. Al ver la frecuencia de respuestas al Cuestionario, se observan diferencias entre ambos grupos; aunque las respuestas a las preguntas en ambas muestras son muy parecidas; por tipo de síndromes, en el Centro Comunitario se presentan mayor porcentaje de casos, lo que implica que las conductas reportadas por las madres tienen más relevancia clínica; es decir, que se podrían considerar como conductas clave para algún trastorno psicológico debido al tiempo de aparición y la edad de inicio.

Lo anterior puede comprenderse desde un marco ecológico; en donde se considera a la familia como el medio en el cual se estimula el desarrollo de habilidades emocionales, de socialización y cognitivas de los niños que le permitirán desenvolverse y adaptarse a su entorno; la presencia de violencia de pareja incrementa el riesgo en los niños/niñas de presentar algún tipo de psicopatología en combinación con otros factores de riesgo como son la pobreza y violencia en la comunidad (Maikovich et al., 2008).

Se ha mencionado que el origen de problemas emocionales o comportamentales en los niños/niñas es variado, y que el ser expuestos a violencia de pareja podría ser *sólo el inicio de una situación más grave* (Farnós & Sanmartín, 2005; Olaya, 2009; Atenciano, 2009). El hecho de que exista violencia en el sistema marital es un *factor de riesgo*, ya que una relación marital positiva puede formar las bases de un funcionamiento familiar saludable

(Cummings et al., 2000). De ahí que la presencia de situaciones conflictivas y violentas en el medio ambiente del menor son un caldo de cultivo que favorecerá en desarrollo de trastornos psicológicos si no existen factores mediadores o recursos que promuevan la salud mental.

La psicopatología del desarrollo nos muestra que existen una serie de factores que pueden favorecer la presencia de trastornos, una compleja combinación entre factores individuales y contextuales que dependerán de la edad del menor para que se pueda desarrollar o no un trastorno psicológico, lo cual se comprueba en éste estudio; en donde a pesar de que ambas muestras presentan índices elevados de violencia de pareja, los síntomas presentados por los menores atendidos en el CCMG no muestra relación con la violencia de pareja; lo cual confirma que existen otros factores que promueven el desarrollo de un trastorno psicológico. Dentro de los otros factores que se han encontrado asociados a psicopatología infantil se encuentran las prácticas parentales o de crianza (Caraveo, 2013). Esto es una de las limitaciones de éste estudio, dado que no se consideró el estilo parental de las madres o tutoras como un factor que podría mediar o aumentar la sintomatología en los menores. Otro factor que influye en el desarrollo emocional adecuado de los menores es la resiliencia, siendo éste otro factor a considerar en otras investigaciones, dado que no se midió la capacidad de resiliencia en los niños/niñas ya que toda la información obtenida fue a partir del reporte de la madre/tutora.

A partir de la experiencia en éste trabajo se sugiere que se considere se investiguen los factores protectores de los menores y sus familias, como la resiliencia de las madres y los menores; y el tener la oportunidad de poder evaluar directamente a los niños/niñas y adolescentes ya que toda la información se obtuvo a partir del autoreporte e impresión subjetiva de las madres sobre las conductas que los menores presentaban; otro factor que se podría considerar en futuros trabajos es la inclusión de cuidadores principales; ya que en muchas de las ocasiones eran éstos quienes tenían información más precisa en relación a conductas que los menores llegaron a presentar ya que pasan gran parte del día con los niños y niñas.

Otra limitante importante del estudio es que no se entrevistó a mujeres que estaban siendo atendidas de forma individual en el Centro Comunitario, por lo que no se tiene registro de aquellas mujeres que pudieran haber solicitado atención individual y que presentaran violencia de pareja.

CAPITULO 7. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA.

Desde la perspectiva de psicopatología del desarrollo; la relación padre-hijo se vuelve un factor protector para el desarrollo de trastornos psicológicos; en específico la parentalidad se vuelve una pieza fundamental en el entendimiento del desarrollo normal y anormal de los niños (Cummings et al., 2000). Se menciona además que la calidad de la vida familiar es esencial para el bienestar del menor, la relación familiar y en específico la relación entre padres e hijos tienen una influencia en el desarrollo psicológico, físico, social y económico de los niños (Chamberlain & Patterson, 1995; Patterson, 1982; Sanders & Duncan, 1995 en Cummings, Davies & Campbell, 2000). Estos autores dividen las prácticas parentales en dos dimensiones: de control y relación emocional. El control parental se relaciona con el manejo conductual o psicológico que tienen los padres respecto a su hijo/a y la relación emocional implica el afectividad, la sensibilidad y vínculos emocionales o de apego.

Con base en los resultados obtenidos en ambos grupos y sus características se plantea que una línea de trabajo que permita la promoción de salud mental tanto en las madres/padres/cuidadores/cuidadoras como en los menores es la parentalidad positiva, la cual se refiere *“al comportamiento de los padres fundamentado en el interés superior del niño, que cuida, desarrolla sus capacidades, no es violento y ofrece reconocimiento y orientación que incluyen el establecimiento de límites que permitan el pleno desarrollo del niño”* (Rodrigo, Maiquez & Martín, 2010)(p.11), cuyo objetivo fundamental es el de promover relaciones positivas entre padres e hijos, fundadas en el ejercicio de la responsabilidad parental, para garantizar los derechos del menor en el seno de la familia y optimizar el desarrollo potencial del menor y su bienestar.

La importancia de la implementación de un programa desde esta perspectiva es ya reconocida por el Consejo de Europa (Comité de los Ministros de los Estados Miembros de la Unión Europea, 2006), en donde se reconoce la importancia de la familia, dando un cambio de la autoridad parental a la responsabilidad parental, incluyendo a los niños como miembros de la sociedad en el presente y no solo en el futuro, se reconoce además la importancia de la infancia.

La parentalidad es una etapa de la vida familiar que se produce en un contexto preciso y que crea vínculos entre los miembros de la familia. La parentalidad incluye un fuerte componente “social”. Aunque en muchos aspectos, es algo privado, también es configurada por la opinión y las expectativas de la sociedad y por el modo en que las autoridades públicas definen y establecen las políticas públicas, también es una actividad en la que las experiencias y los planteamientos de los padres y las madres difieren a menudo, al igual que los de las niñas y los niños. La parentalidad positiva favorece el desarrollo de relaciones filiales benéficas y la optimización del potencial de desarrollo del niño. El término “padres” no sólo se refiere a los padres biológicos, sino a todas las personas que participan en el cuidado y la educación de los niños (Comité de los Ministros de los Estados Miembros de la Unión Europea, 2006).

Con base en lo anterior, la parentalidad positiva busca promover el desarrollo del menor en diferentes esferas a partir de 5 principios fundamentales (Rodrigo et al., 2010).

- Vínculos afectivos cálidos, protectores y estables para que los niños y las niñas se sientan aceptados y queridos.
- Entorno estructurado que proporciona modelo, guía y supervisión para que los niños y niñas aprendan las normas y valores.
- Estimulación y apoyo al aprendizaje cotidiano y escolar para el fomento de la motivación y de sus capacidades.
- Reconocimiento del valor de los hijos e hijas, mostrar interés por su mundo, validar sus experiencias, implicarse en sus preocupaciones, responder a sus necesidades.
- Capacitación de los hijos e hijas, potenciado su percepción de que son agentes activos, competentes y capaces de cambiar las cosas e influir sobre los demás.
- Educación sin violencia, excluyendo toda forma de castigo físico o psicológico degradante.

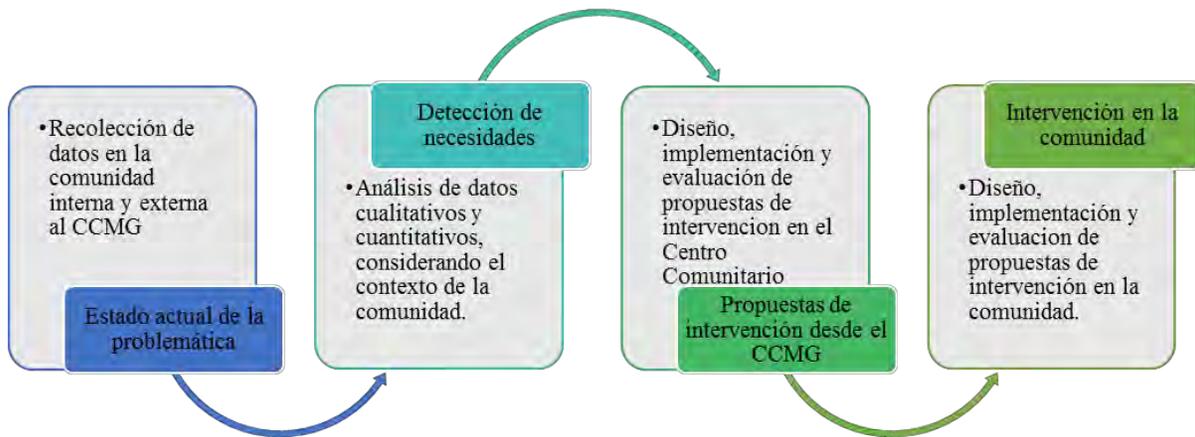
La parentalidad se ejerce en un contexto psicosocial; considerando las necesidades de los niños y niñas y capacidades parentales; por lo que existen condiciones del entorno familiar que pueden resultar tóxicas o de riesgo para las familias, o que por el contrario, pueden resultar benéficas o protectoras para su buen funcionamiento (Gabarino, 1997, Garbino y Gantezel, 2000 en Rodrigo et al., 2010); y en donde la violencia de pareja es un factor que

obstaculiza el ejercicio de la parentalidad positiva, por lo que algunas de las líneas de acción propuestas a partir de los resultados obtenidos podrían girar en torno a las siguientes líneas de trabajo:

- Intervenciones comunitarias para la prevención, detección y seguimiento de la violencia de pareja
- Intervenciones comunitarias o grupales para el trabajo de estilos de crianza basados en el buen trato y la parentalidad positiva.

Se plantea una propuesta de trabajo a largo, plazo que incluya de forma general tres etapas (Figura 6.1).

Figura 6.1 Esquematzación del proyecto en prevención de psicopatología infantil.



Primer año

Descripción de características sociodemográficas de la población infantil y sus padres/madres/tutoras; detección de niveles de violencia de pareja y psicopatología infantil y conocer la relación que existe entre la violencia de pareja, su tipo e intensidad con la manifestación de conductas que indiquen un posible trastorno psicológico, con el fin de detectar a la población en riesgo.

Segundo año

Diseñar el programa de intervención comunitaria que considere líneas de trabajo para la detección y prevención de violencia de pareja y la implementación de actividades para la promoción de la parentalidad Positiva dentro del marco del buentrato.

Tercer año

Diseñar el programa de intervención comunitaria para la promoción de la parentalidad positiva, como un factor protector de la psicopatología infantil y violencia de pareja en los espacios públicos aledaños al CCMG. Evaluación de la efectividad de las intervenciones realizadas en los espacios públicos de la comunidad y comunicación de resultados en congresos, foros y seminarios internacionalmente.

Como se puede observar en cada una de las etapas del proyecto existe recolección y análisis de datos que permite tener parámetros de medición para conocer la efectividad de las intervenciones realizadas y así realizar propuestas con base en evidencia. Este proyecto busca marcar una diferencia en las intervenciones que el Centro Comunitario realiza; ya que hasta el momento el énfasis de la atención a la comunidad se ha realizado a través de la atención individual. Con base en los resultados que se vayan obteniendo de las diferentes líneas de investigación del proyecto se busca dar prioridad a las intervenciones comunitarias y grupales.

La Organización Mundial de la Salud en un informe sobre la prevención de los trastornos mentales marca lineamientos o recomendaciones para los investigadores que buscan realizar prevención de problemas en salud mental; la mayor justificación para la realización de acciones en prevención es el costo económico y humano que las enfermedades mentales tienen en el mundo, menciona que para reducir la carga a la salud y la carga social y económica de los trastornos mentales, resulta esencial que los países y regiones presten mayor atención a la prevención y promoción de la salud mental al nivel de formulación de políticas, legislación, toma de decisiones y asignación de recursos dentro del sistema general de atención de salud (OMS, 2004), es decir, recalca la importancia de toma de acciones a diversos niveles desde federales hasta locales o comunitarios.

Para lograrlo, señala diferencias entre actividades de promoción de salud mental y prevención de trastornos mentales; define que *las actividades de promoción de salud mental* implican la creación de condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el óptimo desarrollo psicológico y psicofisiológico. Dichas iniciativas involucran a individuos en el proceso de lograr una salud mental positiva, mejorar la calidad de vida y reducir la diferencia en expectativa de salud entre países y grupos. Es un proceso habilitador que se realiza con y para las personas. *La prevención de los trastornos mentales* puede ser considerada como uno de los objetivos y resultados de una estrategia más amplia de promoción de salud mental (Hosman & Jané-Llopis 1999; citado en OMS, 2004), menciona que las intervenciones de promoción de la salud mental varían en su alcance e incluyen estrategias para promover el bienestar mental de aquellos que no están en riesgo, aquellos que están en alto riesgo y aquellos que están padeciendo o recuperándose de problemas relacionados con la salud mental; es decir, también engloba la rehabilitación y no solo la intervención como forma de prevención.

La principal diferencia entre la prevención y la promoción de salud reside en que la promoción de salud promueve la salud mental positiva la cual pretende aumentar el bienestar psicológico general buscando crear condiciones y entornos favorables, mientras que la prevención de los trastornos mentales tiene como objetivo reducción de síntomas y para lograrlo se utilizan estrategias de promoción de salud mental; es decir que, la promoción de la salud mental puede tener como resultado secundario disminuir la incidencia de trastornos mentales (OMS, 2004).

Los elementos de prevención y promoción a menudo están presentes dentro de los mismos programas y estrategias, involucrando actividades similares y produciendo resultados diferentes pero complementarios. Debido a que tanto la promoción de la salud mental como la prevención de los trastornos mentales se ocupan principalmente del mejoramiento de la salud mental y la influencia de sus antecedentes, se deben entender como enfoques conceptualmente distintos pero interrelacionados. (OMS, 2004).

Atendiendo a los lineamientos de la OMS el proyecto busca seguir las recomendaciones en atención a la prevención en salud mental, con intervenciones basadas en la evidencia. La propuesta del proyecto “La parentalidad positiva como factor protector ante la violencia de pareja y psicopatología infantil” busca promover factores de protección en la familia a partir de la promoción de la parentalidad positiva y los buenos tratos; ya que en literatura la relación afectiva entre padres e hijos ha arrojado evidencia de ser un factor que disminuye la probabilidad de que los menores desarrollen un trastorno mental, por lo que a partir de actividades de promoción de salud mental desde el CCMG y en la comunidad, se busca reducir la incidencia de trastornos psicológicos en niños.

Los resultados obtenidos hasta ahora permiten tener una visión general de ambas poblaciones con retos a enfrentar en la implementación de acciones en promoción de salud mental a nivel grupal y comunitario; ambas muestras son extraídas de la población cercana al CCMG de ahí que compartan características sociodemográficas, las cuales permiten tener un conocimiento general de ellas; sin embargo, en relación específica a la violencia de pareja y psicopatología infantil se deben asumir las diferencias encontradas para poder realizar acciones específicas para ambas. El propósito fundamental de éste trabajo es poder contar con información acertada en relación a la violencia de pareja y su prevalencia dentro y fuera del CCMG, así como un “diagnóstico” general acerca de aquellas conductas que las madres reportan más y que pudieran considerar como problemáticas, para implementar actividades grupales y comunitarias para la prevención de la violencia de pareja y la psicopatología infantil. Siguiendo con la línea de desarrollo de la teoría ecosistémica, existen factores protectores los cuales se pueden fortalecer, y los de riesgo en los que se buscaría atenuar su impacto en el desarrollo familiar a partir del trabajo con las personas. Un ejemplo de factor protector es la presencia que el Centro Comunitario tiene en las colonias a las que sirve; ya que instituciones educativas y de salud que consideran al CCMG como un referente de atención para sus usuarios; y una forma de fortalecer y mantener una forma de fortalecer dicha presencia es mediante la realización de actividades comunitarias en las que el personal académico y alumnos se muevan a esos centros para realizar propuestas de intervención grupal con base en necesidades detectadas.

REFERENCIAS

- Acosta-Hernández, M., Mancilla-Percino, T., Correa-Basurto, J., Saavedra-Vélez, M., Ramos-Morales, F., Cruz-Sánchez, J. S., & Duran-Niconoff, S. (2011). Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo. *Archivo de Neurociencia*, 16(3), 156-161. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2011/ane111e.pdf>
- Alcántara, M., López-Soler, C., Castro, M., & Castro, J. J. (Octubre de 2013). Alteraciones psicológicas en menores expuestos a violencia de género: Prevalencia y diferencias de género y edad. *Anales de Psicología*, 29(3), 741-747. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.171481>
- Alfaro, A.; Burgueño Sánchez, C., Cervantes, E. Pérez, I. y Vázquez, D. (2016) *Detección de necesidades del Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro" (Agosto 2015-Julio 2016)* (pp. 27-85). Ciudad de México: Centro Comunitario Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro. UNAM.
- Almonte, C., & García, R. (2003). Epidemiología Psiquiátrica en niños y adolescentes. En C. Almonte V., M. E. Montt S., & A. Correa D., *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia* (págs. 144-170). Chile: Mediterráneo.
- American Psychological Association. (22 de octubre de 2014). www.apa.org. Recuperado de <http://www.apa.org/pi/families/children-mental-health.aspx>
- Arratibel Siles, M. (2012). *El temperamento y el desarrollo de las habilidades sociales en la prevención de la psicopatología infantil* (Doctorado). Universitat de Barcelona.
- Arias, E. (2012). La psiquiatría infanto-juvenil, sus orientaciones teóricas y su especificidad. En E. Torras de Beá, *Normalidad, psicopatología y tratamientos en niños, adolescentes y familia* (págs. 27-34). Barcelona: Octaedro.
- Asamblea Legislativa del Distrito Federal. V Legislatura. (2011). *Ley de salud mental del Distrito Federal*. México.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5* (5a. ed.). México: Editorial Médica Panamericana.
- Atenciano, B. (2009). Menores expuestos a violencia contra la pareja: notas para una práctica clínica basada en la evidencia. *Clínica y Salud*, Sin mes, 261-272.
- Bayarri, E., Ezpeleta, L., & Granero, R. (2011). Exposure to intimate partner violence, psychopathology, and functional impairment in children and adolescents: Moderator effect of sex and Age. *Journal of Family Violence*, 2011(26), 535-543.
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment. An ecological integration. *American Psychologist*, 35(4), 320-335.
- Bott, S. Guedes, A., Goodwin, M., & Adams Mendoza, J. (2013). *Violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe. Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países*. Organización Panamericana de la Salud y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Estados Unidos : Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de www.paho.org/violence

- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. En *International Encyclopedia of Education*, Vol. 3, 2da. Ed. Osford: Elsevier. Reimpreso in: Gauvain, M. & Cole, M. (Eds.), *Readings on the development of children*, 2nd. Ed. (1993, pp. 37-43). NY: Freeman.
- Caraveo, J., Medina Mora, M. E., Villatoro, J., & Rascón, M. L. (1993). La depresión en el adulto como factor de riesgo en la salud mental del niño. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 1-8. Recuperado de http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/publica_articulos/1993_de_presion_adulto_factor.pdf
- Caraveo, J., Medina-Mora, M. E., Villatoro, J., & Rascón, M. L. (1993). La depresión en el adulto como factor de riesgo en la salud mental de los niños. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 153-156.
- Caraveo, J., Medina-Mora, M. E., Villatoro, J., López-Lugo, E. K., & Martínez-Vélez, A. (1995). Detección de problemas de salud mental en la infancia. *Salud Pública de México*, 446-451.
- Caraveo y Anduaga, J. J. (2006). Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: confiabilidad, estandarización y validez de construcción. Primera parte. *Salud Mental*, 29(6), 65-72.
- Caraveo, J., & Soriano Rodríguez, A. (2013). *Guía Clínica para la identificación de problemas de salud mental en niños y adolescentes en la atención primaria. Utilizando el Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico*. CBTD. México, D.F.
- Casique, I., & Castro, R. (2014). *Expresiones y contextos de la violencia contra las mujeres en México. Resultados de la ENDIREH 2011 en comparación con sus versiones previas 2003 y 2006*. México: Instituto Nacional de las Mujeres y Universidad Nacional Autónoma de México.
- Castro, R., & Casique, I. (2008). *Estudios sobre cultura, género y violencia contra las mujeres*. Cuernavaca, Morelos: CRIM/UNAM.
- Castro, R., & Casique, I. (2009). Violencia de pareja contra las mujeres en México: una comparación entre encuestas recientes. *Notas de población*, 35(87), 35-62.
- Centro Comunitario Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro. (2015). *Manual de Procedimientos* (pp. 8-10). Distrito Federal: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Centros de Formación para la Atención e Investigación en Psicología, Psicología, UNAM. (2016). *Psicologia.unam.mx*. Recuperado el 9 de noviembre 2016 de <http://www.psicologia.unam.mx/centros-de-formacion/>
- Cicchetti, D. (2008). A multiple-levels-of-analysis perspective on research in Development and Psychopathology. En T. P. Beauchaine, & S. P. Hinshaw, *Child and Adolescent Psychopathology* (págs. 27-57). New Jersey: Wiley.
- Cienfuegos Martínez, Y. (2010). *Violencia en la relación de pareja: una aproximación desde el modelo ecológico* (Tesis doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México.

- Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres, (2012). *Estudio Nacional sobre las fuentes, orígenes y factores que reproducen la violencia contra las mujeres*. México.
- CONEVAL, (2016). *Carencia por acceso a los servicios de salud*. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Recuperado el 9 Octubre 2016 de http://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/med_pobreza/Acceso_a_los_servicios_de_salud_Censo_2010/Carencia_a_los_servicios_de_salud_2010.pdf
- Corsi, J. (1998). *Violencia masculina de pareja*. Argentina: Paidós.
- Cummings, M., Davies, P. T., & Campbell, S. B. (2000). *Developmental psychopathology and family process*. New York: The Guilford Press.
- Davies, P. T., & Struge-Apple, M. L. (2014). Family context in the development of psychopathology. En M. Lewis, K. D. Rudolph, & 3 (Ed.), *The handbook of developmental psychopathology* (págs. 143-162). New York: Springer
- Díaz Marroquín, N. & Flores Ángeles, R. (2011). *Manual Institucional Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro"*. Manual, Distrito Federal
- De la Barra M, F. (2009). Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalencia. *Revista Chilena De Neuro-Psiquiatría*, 47(4), 303-314. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272009000400007>
- Echeburúa, E., & Redondo, S. (2010). *¿Por qué la víctima es femenino y agresor masculino? La violencia contra la pareja y las agresiones sexuales*. Madrid: Pirámide.
- Elsberg, M., & Heise, L. (2005). *Researching Violence Against Women: a practical guide for researchers and activists*. Washington DC: World Health Organización: PATH.
- Europa, C. d. (2006). *Recomendación 19 del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre políticas de apoyo a la parentalidad positiva*.
- Ezpeleta, L., (2005), *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo*. España: Masson.
- Farnós de los Santos, T., & Sanmartín Esplugues, J. (2005). Menores víctimas de la violencia doméstica. En L. Ezpeleta, *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo* (págs. 257-290). España: Masson.
- Ferrer Pérez, V. A., Bosch Fiol, E., & Riera Madurell, T. (2006). Las dificultades en la cuantificación de la violencia contra las mujeres en la pareja: análisis psicosocial. *Intervención psicosocial*, 15(2), 181-201. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179814013005>
- Frías Armenta, M., & Gaxiola Romero, J. C. (Diciembre de 2008). Consecuencias de la violencia familiar experimentada directa e indirectamente en niños: depresión, ansiedad, conducta antisocial y ejecución académica. *Revista Mexicana de Psicología*, 25(2), 237-248. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243016308004>
- García, R. (2003). Salud mental en niño y el adolescente. En C. Almonte V., M. E. Montt S., & A. Correa D., *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (págs. 79-86). Santiago, Chile: Mediterráneo.

- Gobierno del Distrito Federal, (2010). *Gaceta oficial del Distrito Federal. Decreto que contiene el programa delegacional de desarrollo urbano para la delegación Coyoacán del Distrito Federal* (pp. 5-150). Distrito Federal: Órgano del Distrito Federal.
- Gobierno del Distrito Federal, (2013). *Gaceta oficial del Distrito Federal. Decreto que contiene el Programa Delegacional de Desarrollo 2013-2015* (pp. 182-189). Distrito Federal: Órgano del Distrito Federal.
- Gómez, E. & Muñoz, M. (2015). *Escala de Parentalidad positiva. E2P* (2nd ed., pp. 3-15). Santiago de Chile.
- Harding, H. G., Morelen, D., Thomassin, K., Bradbury, L., & Shaffer, A. (2013). Exposure to maternal- and paternal- perpetrated intimate partner violence, emotion regulation, and child outcomes. *Journal of Family Violence*, 2013(28), 63-72.
- Heise, L. L. (1998). Violence against women: an integrated, ecological framework. *Violence against women*, 4(3), 262-290. Recuperado de <http://vaw.sagepub.com/cgi/content/abstract/4/3/262>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). Concepción o elección del diseño de investigación. En R. Hernández Sampieri, C. Fernández Collado, & P. Baptista Lucio, *Metodología de la investigación* (págs. 118-169). México: McGraw-Hill.
- Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro. (2016). *Morbilidad de consulta externa e interna*. División de mejora continua de la calidad. México, D.F.
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística. INEGI. (2014). *Panorama de violencia contra las mujeres en el Distrito Federal*. México.
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística. INEGI, (2016). *Escolaridad. Cuéntame de México*. *Cuentame.inegi.org.mx*. Recuperado el 9 de Octubre 2016 de <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/escolaridad.aspx?tema=P>
- Instituto Nacional de las Mujeres, (2007). *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. ¡Conócela!* (pp. 12-13). Distrito Federal: INMUJERES. Recuperado de <http://www.gobernacion.gob.mx/work/models/SEGOB/Resource/295/1/images/ley-general-acceso-mujeres-vida-libre-violencia.pdf>
- Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). (2014). *Hombres que ejercen violencia contra sus parejas. Análisis de la ENDIREH 2011*. México.
- Instituto Nacional de Salud Pública, (2004). *Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres* (pp. 11-39). Distrito Federal: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Johns Hopkins University. (1996). *Tamizaje y pruebas diagnóstico: validez y repetición; sensibilidad y especificidad*. Meryland: Departamento de Epidemiología
- Johnson, H., Ollus, N., & Nevala, S. (2008). *Violence against women. An international perspective*. New York: Springer.
- Kohn, A., Jaffee, S., Odgers, C. L., & Gallop, R. (2008). Effects of family violence on psychopathology symptoms in children previously exposed to maltreatment. *Child development*, 1498-1512.

- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A., & Lozano, R. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud* (pp. 95-124). Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Kuschel, A. (16 de marzo de 2016). *The Epidemiology of child psychopathology: Basic principles and research Data*. Recuperado de <http://www.intechopen.com/download/pdf/35761>
- La ZODES sin futuro: la lucha de los Pedregales de Coyoacán. (2015). *SubVersiones*. Recuperado el 28 de septiembre de 2016 de <http://subversiones.org/archivos/119421>
- Lamas, M. (1996). Introducción. En S. Bourque, J. Butler, J. Conway, S. Cucchiari, M. Lamas, S. B. Ortner, . . . H. Whitehead, *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. (págs. 9-20). México: Miguel Ángel Porrúa.
- Lara, M. A., & Acevedo, M. (1996). Patrones de utilización de los servicios de salud mental. *Salud Mental*, 19(Suplemento Abril 1996), 14-18. Recuperado de <http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm19s01/sm19s114.pdf>
- Lemos, S. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del psicólogo*, 24(85; mayo-agosto), 19-28. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808503>
- López, F., Moral, J., Díaz-Loving, R., & Cienfuegos, Y. I. (marzo-junio de 2013). Violencia en la pareja. Un análisis desde una perspectiva ecológica. *Ciencia Ergo Sum*, 20(1), 6-16.
- Lopez-Soler, C., Alcántara-López, M., Castro, M., Sánchez-Meca, J., & Fernández, V. (2016). The Association between Maternal Exposure to Intimate Partner Violence and Emotional And Behavioral Problems in Spanish Children and Adolescents. *Journal of Family Violence*, 1-10
- Lucio, E., Ampudia, A. & Durán, C. (2004). *Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes*. México: Manual Moderno
- Lucio, E. & Heredia, M. (2014). *Psicopatología. Riesgo y tratamiento de los problemas infantiles* (pp. 1-65). México: Manual Moderno.
- Maikovich, A., R. Jaffee, S., Odgers, C. L., & Gallop, R. (2008). Effects of Family Violence on Psychopathology Symptoms in Children Previously Exposed to Maltreatment. *Child Development*, 1498-1512
- Martínez, P. A. (2015). *Perfil externalizante e internalizante, y estrés postraumático en menores expuestos a violencia de género: características y comorbilidad (Tesis doctoral)*. Universidad de Murcia, España.
- McCloskey, L., Figueredo, A., & Koss, M. (1995). The Effects of Systemic Family Violence on Children's Mental Health. *Child Development*, 66(5), 1239-1261. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8624.1995.tb00933.x>
- MacFarlane, J. M., Groff, J. Y., O'Brien, J. A., & Watson, K. (Septiembre de 2003). Behavior of Children Who Are Exposed and Not Exposed to Intimate Partner Violence: An Analysis of 330 Black, White, and Hispanic Children. *Pediatrics. Journal of the American Academy of Pediatrics*, 112(3), 202-208

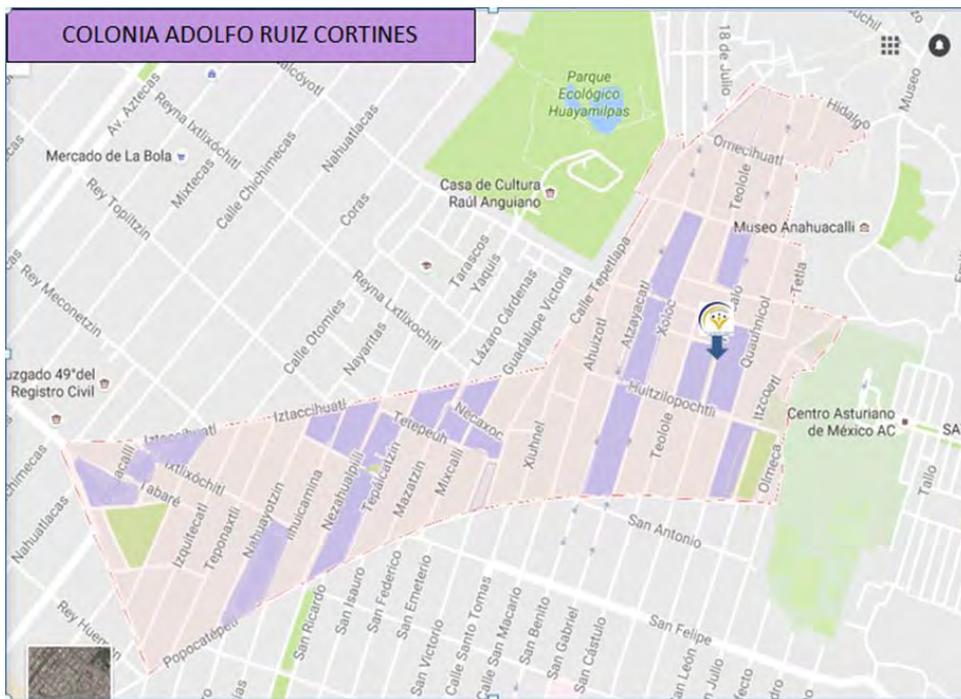
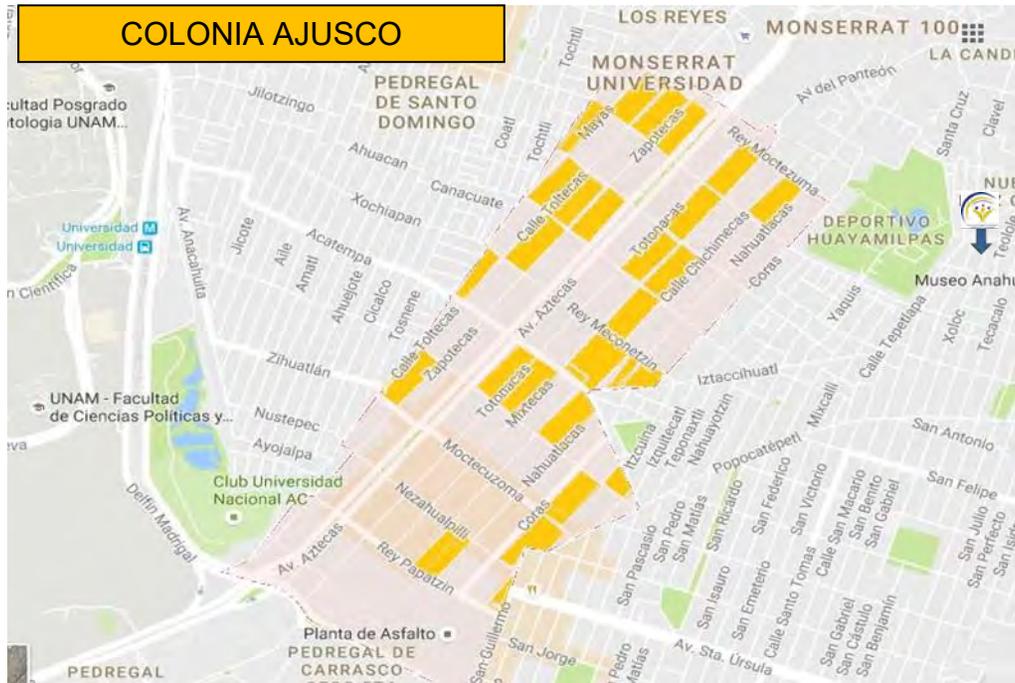
- Medina-Mora, M. E. (2016). *Conferencia Latinoamericana para la medición del bienestar y la Promoción del Progreso*. Ponencia: Medición de la salud mental. Recuperado <http://mfps.inegi.org.mx/>:
<http://mfps.inegi.org.mx/Presentas/Dia2/Sesion3/Taller2/MaElenaMedinaMora.pdf>
- Méndez García, M. (2010). *Estudio psicométrico de una escala etnopsicológica de discapacidad social para el contexto mexicano* (Tesis Doctoral). Universidad Iberoamericana. México, D.F.
- Merikangas, K. R., Nakamura, E. F., & Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in clinical Neuroscience*, 11(1), 7-20.
- Miranda, J. K., De la Osa, N., Granero, R., & Ezpeleta, L. (2013). Maternal childhood abuse, intimate partner violence and child psychopathology: the mediator role of mother's mental health. *Violence Against Women*, 19(1), 50-68.
- Olaya, B. (2009). *Children exposed to domestic violence: assessment and psychopathology* (Tesis doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona.
- Olivares Ferreto, E., & Inchaústegui Romero, T. (2011). *Modelo Ecológico para una vida libre de violencia*. México: Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. Recuperado de <http://www.conavim.gob.mx/work/models/CONAVIM/Resource/309/1/images/MoDecoFinalPDF.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas, (2016). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. *Ohchr.org*. Recuperado el 26 de Agosto del 2016 de <http://www.ohchr.org/sp/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado*. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias y Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica sobre la mujer*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2015). Recuperado el 17 de noviembre de 2015 de http://www.who.int/topics/mental_health/es/
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Resumen del informe. Violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe: análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países*. Washington: OPS.
- Osofsky, J. D. (2003). Prevalence of children's exposure to domestic violence and maltreatment: implications for prevention and intervention. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 161-170.
- Owen, A., Thompson, M. P., Shaffer, A., Jackson, E., & Nadine, N. J. (2009). Family variables that mediate the relation between intimate partner violence (IPV) and child adjustment. *Family Violence*, 24, 433-445.

- Patró Hernández, R. & Limiñana Gras, R. (2005). Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales De Psicología*, 21(1 (junio), 11-17. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v21/v21_1/02-21_1.pdf
- Petrek, C., Elbert, T., Weierstall, R., Müller, O., & Rockstroh, B. (2013). Childhood adversities in relation to psychiatric disorders. *Psychiatry Research*, 103-110.
- Population Reports Ending Violence Against Women 1999 - Gender Based Violence*. (1999). *Gender Based Violence*. Recuperado de <http://gbvaor.net/resources/population-reports-ending-violence-women-1999/>
- Reidl, L. (2001). Facultad de Psicología. Recuperado el 6 Agosto del 2016, de <http://www.planeacion.unam.mx/unam40/2003/pdf/fp.pdf>
- Residencia Psicoterapia Infantil, Posgrado de Psicología, UNAM*. (2016). *Psicologia.posgrado.unam.mx*. Recuperado 16 septiembre 2016, de <http://psicologia.posgrado.unam.mx/?p=1213>
- Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., & Martín, J. C. (2010). *Parentalidad positiva y políticas locales de apoyo a la familia. Orientaciones para favorecer el ejercicio de las responsabilidades parentales desde las corporaciones locales*. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid: Feración Española de Municipios y Provincias
- Rodríguez, J., Khon, R., & Aguilar-Gaxiola, S. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe...* Washington, DC.: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/740/9789275316320.pdf?sequence>
- Rojas, M. (2013). *Auditorías internas de calidad. Una herramienta para la mejora continua*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México
- Ruiz, I., Jiménez, L., Bermúdez, C & Plazaola, J. (2008). *Medición de la Violencia contra la mujer: Catálogo de Instrumentos*. España: Escuela Andaluza de Salud Pública
- Organización Mundial de la Salud (17 de Noviembre de 2015). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de http://www.who.int/topics/mental_health/es/
- Sattler, J. (2008). Retos en la evaluación infantil: el proceso. En J. Sattler, *Evaluación Infantil. Fundamentos Cognitivos*. (Vol. I, págs. 1-21). México: Manual Moderno.
- Secretaría de Salud. (2002). *Programa de Acción en Salud Mental*. México. Recuperado de http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/pasm_intro.pdf
- Secretaría de Salud. (2002). *Programa específico de psicopatología infantil y de la adolescencia. Servicios de Salud Mental. 2000-2006*. México.
- Secretaría de Salud, (2009). *Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres* (pp. 13-140). Distrito Federal: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
- Secretaría de Salud. (2012). *Perfil Epidemiológico de la Salud Mental en México*. México: Subsecretaría de prevención y promoción de la salud, Dirección General de Epidemiología.

- Simister, J. (2012). More Than a Billion Women Face 'Gender Based Violence'; where are most victims? *Journal of Family Violence*, 27, 607-623.
- Smith-Marek, E. N., Cafferky, B., Dharnidharka, P., Mallory, A. B., Domínguez, M., High, J., . . . Mendez, M. (Diciembre de 2015). Effects of childhood experiences of family violence on adult partner violence: a meta-analytic review. (ncfr, Ed.) *Journal of family: theory & review*, 7, 498-519. doi:10.1111/jftr.12113
- Solloa García, L. (2006). *Los trastornos psicológicos en el niño* (pp. 17-54). México: Trillas
- Torras de Beà, E. (2012). *Normalidad, psicopatología y tratamiento en niños, adolescentes y familia* (1a ed.). Barcelona: Octaedro.
- Universia México. (2016, 7 de mayo). Ofrece la UNAM una amplia gama de servicios psicológicos a la sociedad. Recuperado de <http://noticias.universia.net.mx/ciencia-nn-tt/noticia/2009/05/28/15446/ofrece-unam-amplia-gama-servicios-psicologicos-sociedad.html>
- Valdez-Santiago, R., & Ruiz-Rodríguez, M. (noviembre-diciembre de 2009). Violencia doméstica contra las mujeres: ¿cómo y cuando surge como problema de salud pública? *Salud Pública de México*, 51(6), 505-511.
- Valdez-Santiago, R., Hijas-Medina, M., Salgado de Snyder, N., Rivera-Rivera, L., Avila-Burgos, L., & Rojas, R. (2006). Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. . *Salud Pública de México*, 221-231.
- Valdez-Santiago, R., Juárez-Ramírez, C., Salgado-de Snyder, N., Agoff, C., Avila-Burgos, L., & Híjar, M. C. (2006). Violencia de género y otros factores asociados a la salud emocional de las usuarias del sector salud en México. *Salud pública de México*, 48(Sup 2), 250-258. Recuperado de <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001396>
- Weller, E., Weller, R. (2000). *ChIPS Entrevista para síndromes psiquiátricos en niños y adolescentes*. México: Manual Moderno.
- World Health Organization. (2012). *Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors Background paper by WHO secretariat for the development of a comprehensive mental health action plan*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf

ANEXOS

Anexo 1 Mapas de las colonias Ajusco, Adolfo Ruiz Cortines y Pedregal de Santa Úrsula.



Anexo 3. Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBTD).

FOLIO: _____



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA INFANTIL
Centro Comunitario “Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro”
PAPIIT No. IN307016



CUESTIONARIO BREVE DE TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO CBTD (Caraveo y Soriano, 2013)

DATOS DEL MENOR

Nombre: _____ Edad: _____
 Escolaridad _____
 Dirección: _____

A continuación le preguntaré acerca de algunas conductas que pueden presentar los niños y niñas. Por favor, dígame si en los ÚLTIMOS 12 MESES -----se ha comportado FRECUENTEMENTE así o no, o si hace más de un año que se comporta de esa manera.

ENTREVISTADOR: En caso de respuesta positiva, EXPLORE SI ES RECIENTE O HACE MÁS DE UN AÑO QUE PRESENTA LA CONDUCTA, MARQUE SOLO LA CASILLA QUE CORRESPONDE A LA RESPUESTA DADA.

	Número de hijos. _____	Últimos doce meses	Hace más de un año	Edad de Inicio	Nunca ha presentado la conducta
Q6	¿Su lenguaje es anormal? (retardado, incomprensible, tartamudea)				
Q7	¿Tiene problemas para dormir?				
Q8	¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?				
Q9	¿Se ha fugado de la casa?				
Q10	¿Roba dinero o cosas de la casa o fuera del hogar?				
Q11	¿Es muy nervioso(a) o miedoso(a) sin haber una buena razón?				
Q12	¿Es lento(a) para aprender en comparación con otros niños/jóvenes?				
Q13	¿Se aísla y casi nunca juega con otros(as) niños(as)?				

	Últimos doce meses	Hace más de un año	Edad de Inicio	Nunca ha presentado la conducta
Q14	¿Se orina en la cama en la noche?			
Q15	¿Es demasiado dependiente o apegado a los adultos?			
Q16	¿Le da miedo ir a la escuela?			
Q17	¿No se puede estar quieto(a) en su asiento siempre se está moviendo?			
Q18	¿No termina lo que empieza, es muy distraído(a)?			
Q19	¿Muchas veces está de mal humor, es irritable o genioso(a)?			
Q20	¿Muchas veces se le ve triste, infeliz o deprimido(a)?			
Q21	¿Se queja de dolores o molestias físicas sin que haya un problema médico?			
Q22	¿Tiene pesadillas con frecuencia?			
Q23	¿Tiene bajo peso porque rechaza la comida?			
Q24	¿Come demasiado y tiene sobrepeso?			
Q25	¿Es muy desobediente y peleonero(a)?			
Q26	¿Dice muchas mentiras?			
Q27	¿Se niega a trabajar en la escuela?			
Q28	¿Es muy explosivo(a), pierde el control con facilidad?			
Q29	¿Ha padecido de ataques (convulsiones) o caídas al piso sin razón?			

	Últimos doce meses	Hace más de un año	Edad de Inicio	Nunca ha presentado la conducta
Q30	¿Se queda mirando al vacío, se queda "ido" "en baba"?			
Q31	¿Se junta con niños(as)/ muchachos(as) que se meten en problemas?			
Q32	¿Toma alcohol o usa drogas?			
Q33	Suma de columnas 1 y 2. Respuestas positivas (código 1)			
Q34	Anteriormente mencionó que su hijo(a) tiene alguna de las conductas que revisamos ¿considera usted que se le debería enviar a algún servicio de salud mental para atenderlo(a)?		Si [1]	NO [2]
Q35	El o la menor ha sido llevado(a) a consulta con algún médico, psicólogo, psiquiatra, sacerdote, espiritista, u otro profesional para ayudarlo		Si [1]	NO [2]

Q36 ¿Con quiénes?

1 Médico General / Médico Familiar	Si [1]	NO [2]
2 Psiquiatra	Si [1]	NO [2]
3 Psicólogo	Si [1]	NO [2]
4 Consejero	Si [1]	NO [2]
5 Cardiólogo/ginecólogo/internista	Si [1]	NO [2]
6 Hierbero	Si [1]	NO [2]
7 Curandero	Si [1]	NO [2]
8 Espiritista	Si [1]	NO [2]
9 Trabajador Social	Si [1]	NO [2]
10 Quiropráctico	Si [1]	NO [2]
11 Sacerdote	Si [1]	NO [2]
12 Otro profesional (especifique)	Si [1]	NO [2]

OBSERVACIONES

Anexo 4. Escala de Violencia.

FOLIO: _____



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA INFANTIL
Centro Comunitario "Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro"
 PAPIIT No. IN307016



ESCALA DE VIOLENCIA E ÍNDICE DE SEVERIDAD. (VALDEZ-SANTIAGO, et al, 2006)

		NUNCA	ALGUNA VEZ	VARIAS VECES	MUCHAS VECES
SX	1.- ¿Le ha exigido tener relaciones sexuales?				
FS	2.- ¿Le ha quemado con cigarro u otra sustancia?				
F	3.- ¿Le ha pateado?				
FS	4.- ¿Le ha amenazado con pistola o rifle?				
F	5.- ¿Le ha empujado intencionalmente?				
F	6.- ¿Le ha golpeado con el puño o la mano?				
FS	7.- ¿Le ha disparado con una pistola o rifle?				
P	8.- ¿Le ha dicho que es poco atractiva o fea?				
P	9.- ¿Se ha puesto celoso o ha sospechado de sus amistades?				
FS	10.- ¿Le ha amenazado con arma, alguna navaja, cuchillo o machete?				
FS	11.- ¿Le ha intentado ahorcar o asfixiar?				
P	12.- ¿Le ha rebajado o menospreciado?				
F	13.- ¿Le ha torcido el brazo?				
SX	14.- ¿Ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales?				
P	15.- ¿Le ha insultado?				
FS	16.- ¿Le ha agredido con navaja, cuchillo o machete?				
P	17.- ¿Le ha rebajado o menospreciado frente a otras personas?				
SX	18.- ¿Le ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales?				
F	19.- ¿La ha sacudido, zarandeado o jaloneado?				

Anexo 5. Consentimiento Informado.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA INFANTIL
Centro Comunitario "Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro"
Proyecto PAPIIT IN307016



CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Este documento tiene la finalidad de que conozca la forma de trabajo para la encuesta y el uso que se dará a sus datos personales para el proyecto PAPIIT IN 307016 a cargo de la Dra Mariana Gutiérrez Lara .

1. La finalidad de la encuesta es conocer el estado de salud psicológica de los niños y las mujeres en la comunidad durante el último año.
2. Toda la información que proporcione será de carácter **CONFIDENCIAL**, quedando bajo resguardo del Centro Comunitario. Su nombre, así como cualquier información que pueda identificarla a usted o a su hijo(a) no podrá ser publicada ni difundida sin su autorización.
3. Los datos recabados se analizarán con fines de investigación para implementar programas que beneficien a la comunidad.
4. Durante cualquier momento de la entrevista puede usted rehusarse a participar en la misma o a responder cualquier preguntar.
5. En cualquier momento puede realizar preguntas relativas a la información que se le esté solicitando.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. Comprendo que mi participación es voluntaria
2. He podido hacer preguntas sobre el estudio y la información que se recabará y he recibido suficiente información de los entrevistadores.
3. Comprendo que mi información es Confidencial.
4. Comprendo que el análisis que se hará de la información será con fines de investigación y para la implementación de programas en la comunidad.
5. He recibido información relacionada a los servicios que otorga el Centro Comunitario "Dr, Julián MacGregor y Sánchez Navarro".

ESTOY ENTERADA Y ACEPTO PARTICIPAR EN LA ENCUESTA