



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**“VIOLENCIA DE PAREJA COMO FACTOR DE RIESGO PARA
LA PSICOPATOLOGÍA INFANTIL”**

TESIS

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

**PRESENTA:
ESTEVEZ GÓMEZ MACARHEC LIBERTAD**

DIRECTORA: MTRA. VERÓNICA RUIZ GONZÁLEZ

REVISORA: DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA

SINODALES: MTRA. LAURA AMADA HERNÁNDEZ TREJO

MTRA. KARINA BEATRIZ TORRES MALDONADO

LIC. VALERIA ROJO LAGARDE

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX.

JUNIO, 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.

Agradezco a la vida por las oportunidades otorgadas.

Gracias mamá y papá por su apoyo incondicional; gracias por el ejemplo de amor y completa entrega a lo que hacen.

Gracias Jarito por hacerme reír y ser mi confidente; admiro el gran ser humano que eres.

Gracias Gilo por compartir conmigo momentos increíbles, por el amor y la confianza.

Gracias a mis amigos y familia a quiénes dejé de ver frecuentemente en estos últimos meses.

Gracias a las mujeres que me brindaron la oportunidad de llevar a cabo esta investigación.

Gracias Vero, por el apoyo y conocimiento compartido.

Gracias compañeros por la colaboración en la elaboración de este trabajo, principalmente a Miriam, Xóchitl y Ángel.

Gracias Ana Lilia por el apoyo brindado durante este proceso.

Gracias PAPIIT por apoyar este proyecto, PAPIIT IN307016

“Parentalidad Positiva como Factor Protector ante
Violencia de Pareja y Psicopatología Infantil”.

ÍNDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	7
I. VIOLENCIA DE PAREJA	10
1.1 Definición de violencia y de violencia de pareja	19
1.2 Tipos de violencia de pareja	22
1.2.1 Violencia psicológica.....	23
1.2.2 Violencia física	24
1.2.3 Violencia sexual	24
1.2.4 Violencia económica	25
1.3 Etiología	26
1.3.1 Modelo de los factores de riesgo	26
1.3.2 Modelo de perspectiva de género.....	30
1.3.3 Modelo psicodinámico	32
1.3.4 Modelo conductual y cognitivo-conductual	34
1.3.5 Modelo histórico-sociocultural (biopsicosociocultural)	36
1.3.6 Modelo ecológico	38
1.4 Consecuencias.....	44
1.5 Aspectos legales relativos a la violencia	47
1.6 Violencia y prácticas de crianza	50
II. PSICOPATOLOGÍA INFANTIL.....	51
2.1 Etiología	56
2.2 Tipología y clasificación	61
2.3 Evaluación y diagnóstico.....	71
2.3.1 Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños revisada, 2da Ed. (CMASR-2)	71
2.3.2 Cuestionario de Conductas Antisociales-Delictivas (A-D).....	72
2.3.3 Entrevista para Síndromes Psiquiátricos en Niños y Adolescentes (CHIPS)	72
2.3.4 Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes (MMPI-A)	73
2.3.5 Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBDT)	73

2.3.6 Escala de Violencia e Índice de Severidad (EV)	79
2.4 Aspectos legales relativos al maltrato infantil.....	80
2.5 Psicopatología infantil y violencia de pareja.....	81
III. CENTRO COMUNITARIO.....	85
IV. MÉTODO	93
4.1 Justificación	93
4.2 Objetivo general.....	94
4.3 Pregunta de investigación.....	94
4.4 Hipótesis	94
4.5 Definición de variables	95
4.6 Diseño de investigación	96
4.7 Muestra	96
4.8 Procedimiento	97
4.9 Instrumentos	100
V. ANÁLISIS DE DATOS.....	101
VI. DISCUSIÓN	121
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	126
ANEXOS	132

RESUMEN

La presente investigación forma parte de la primera etapa del Proyecto PAPIIT IN307016 “Parentalidad Positiva como Factor Protector ante la Violencia de Pareja y Psicopatología Infantil”, el objetivo es conocer el grado de relación entre la violencia de pareja y la cantidad de síntomas reportados por la madre o tutora acerca del niño, niña y/o adolescente. La metodología que se utilizó fue mixta, el diseño de investigación fue no experimental transeccional de tipo correlacional (Hernández-Sampieri, Fernández, & Baptista, 2014), la muestra estuvo conformada por 140 mujeres de 21 a 63 años, quienes son madres o tutoras de menores de edad entre 4 a 16 años y han solicitado atención psicológica en el Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”; la muestra fue denominada “muestra clínica”. Fueron aplicados dos instrumentos, la Escala de Violencia e Índice de Severidad (Valdez-Santiago, Hajar-Medina, Salgado de Snyder, Rivera-Rivera, Ávila Burgos, & Rojas, 2006) y el Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (Caraveo-Anduaga, 2006), del primero resultó que el 25.8% de las participantes fueron víctimas de violencia psicológica; 28.4% de violencia física y 10.6% de violencia sexual; asimismo, el 70.2% de los menores son foco de atención en salud mental. Por medio del análisis inferencial, se encontró que existe correlación muy baja (Hernández-Sampieri, 2010) entre estas dos variables ($r = .178$, $s = .005$), lo cual pudo deberse a que la psicopatología es multicausal y la violencia sólo es uno de los factores que la explican. Además, la investigación fue realizada a una muestra clínica, la cual solicitó algún servicio de atención psicológica, y se desconoce la etapa del proceso psicoterapéutico en la que se encontraban las niñas, niños y adolescentes, lo que es visto como una limitación, por lo que se sugiere considerar este factor para similares estudios, ya que puede estar influyendo en los resultados del presente estudio.

Otra limitación de la investigación se encuentra en los criterios de inclusión de las participantes (muestra) pues se consideraron sólo mamás o tutoras, sin embargo, el cuidado de los y las menores se comparte con otros familiares, como los papás,

abuelas/os, tías/os y hermanas/os, por lo que se sugiere integrar la participación de dichos cuidadores y el autoinforme de los niños, niñas y adolescentes. El escenario para realizar la aplicación fue otra limitante, se sugiere determinar espacios específicos y adecuados para la aplicación. Por otro lado, la sección de preguntas abiertas integradas en la escala de violencia se realizó de forma inconsistente afectando el proceso de aplicación y recolección de datos, por lo que se sugiere que se planifique de forma específica este apartado y se mejore la capacitación de evaluadores, considerando el entrenamiento en la aplicación de preguntas abiertas. Finalmente, la escala de violencia utilizada no evalúa violencia económica, a pesar de que la ENDIREH en 2011 (INEGI, 2011) la presenta en segundo lugar a nivel nacional, por lo tanto se sugiere integrar reactivos ó instrumentos que evalúen este tipo de violencia.

Palabras clave: *Violencia de pareja, psicopatología infantil, factor de riesgo*

INTRODUCCIÓN

La violencia de pareja es un problema de salud pública, que sucede en cualquier parte del mundo, sin importar la raza, la edad o el nivel socioeconómico, y además tiene repercusiones en los hijos, quienes a menudo son testigos (víctimas silenciosas) de la violencia ejercida entre sus padres (Howell, 2011; Rizo, Macy, Ermentrout & Johns, 2011, citados en Cantón, Cortés, Justicia, & Cantón, 2013).

Es justo éste el punto central de la presente investigación, cuyo objetivo es conocer el grado de relación existente entre la severidad de la violencia de pareja y la cantidad de síntomas reportados por la madre o tutora acerca del menor. La violencia de pareja ha sido estudiada desde hace muchos años, a partir del estudio de las consecuencias que tiene en las personas implicadas y en el entorno social; referente a esto, la Organización Mundial de la Salud (2013) comunica que las mujeres expuestas a la violencia de pareja tienen el doble de probabilidades de sufrir depresión, cerca del doble de probabilidades de padecer trastornos asociados al consumo de alcohol y 1.5 veces más probabilidades de contraer el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) u otra infección de transmisión sexual.

Por otro lado, estadísticas nacionales reflejan que el 46.9% de las mujeres, en un rango de edad de 15 años en adelante han presentado algún incidente de violencia a lo largo de su vida en pareja o en relación con su última pareja (Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI, 2011). Estas cifras son alarmantes, ya que, casi la mitad de las mujeres en la República Mexicana han sido víctimas por lo menos de un incidente de violencia de pareja en su vida.

Existen diversos modelos, teorías e investigaciones relacionados con la violencia de pareja, sus repercusiones y factores etiológicos, de los cuales se hablarán en próximos apartados, asimismo, de la influencia que éstos actos violentos tienen en el desarrollo emocional del niño, por ejemplo, Evans et al., (2008); Holt, Buckley y Whelan, (2008); Yount et al., (2011) (citados en Cantón, et al., 2013), concluyen que ser testigo de violencia de pareja se ha relacionado con un peor estado de salud y desarrollo deficiente durante la infancia temprana, además, es más probable que

tengan una actitud favorable al uso de la violencia como estrategia de reducción del estrés y resolución de conflictos.

Este estudio evidencia la relación existente entre la violencia de pareja y la psicopatología infantil, lo que permitirá el diseño de estrategias de intervención dirigidas a la prevención de ambas variables, basadas en la parentalidad positiva, siendo parte del Proyecto PAPIIT IN307016 “Parentalidad Positiva como Factor Protector ante la Violencia de Pareja y Psicopatología Infantil”; además busca contribuir a la mejora de los servicios ofrecidos en el centro comunitario, al mismo tiempo que favorece la promoción de salud mental.

La presente investigación está conformado por seis capítulos, los cuales serán mencionados enseguida.

En el primer capítulo se mencionan estadísticas tanto internacionales como nacionales, la definición y clasificación de violencia y de violencia de pareja, posteriormente se presentan los principales modelos teóricos que estudian algunos de los factores de riesgo más comunes, así como las consecuencias de este fenómeno social. Después, se mencionan los aspectos legales relativos a la violencia de pareja y para finalizar este apartado, se proporciona un subtema que describe la relación existente entre la violencia de pareja y las prácticas de crianza.

El segundo capítulo está integrado primeramente por los antecedentes de la psicopatología infantil, los factores etiológicos que contribuyen a ésta, las clasificaciones que diversos autores o instituciones han creado como parte de la tipología de las enfermedades mentales en los niños, niñas y adolescentes, seguido de los instrumentos psicométricos utilizados en México para evaluar y diagnosticar enfermedades mentales en este grupo etario, además, son mencionados los aspectos legales relativos al maltrato infantil, y por último, las repercusiones encontradas en diversos estudios a nivel de desarrollo cognitivo, emocional y social de los infantes a causa de la violencia de pareja.

Debido a que esta investigación fue realizada en el Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”, el tercer capítulo contextualiza el trabajo dentro

de esta institución, para conocer el tipo de población que asiste, los principales motivos de consulta, el procedimiento realizado para dar atención a los usuarios, y el tipo de programas implementados para atender las necesidades de la población que solicita servicio.

El cuarto capítulo está conformado por la metodología que fue utilizada al realizar la investigación, dentro del cual se describe el método, incluyendo la justificación, la pregunta de investigación, las hipótesis, el objetivo, el diseño de investigación, se menciona el tipo de muestra y el procedimiento metodológico que se llevó a cabo para ejecutar este estudio.

Posteriormente como parte del capítulo 5, se describen y analizan los resultados obtenidos mediante la estadística descriptiva e inferencial.

El último capítulo incluye las conclusiones, considerando el análisis teórico y empírico de los resultados, los alcances, las limitaciones y las sugerencias para investigaciones similares que se realicen en el futuro.

I. VIOLENCIA DE PAREJA

Hoy en día la violencia de pareja es considerada un problema de salud pública que puede ocurrir en cualquier parte del mundo, sin importar la raza, el sexo, la edad o el nivel socioeconómico; por lo tanto, es importante disponer de datos fidedignos sobre este fenómeno, no sólo para planificar y vigilar, sino también para sensibilizar a la población, ya que sin información precisa, poco puede realizarse para que las personas reconozcan el problema o reaccionen ante él. Sin embargo, es importante reiterar que este trabajo enfatiza la influencia de la violencia de pareja en el desarrollo psicológico de la infancia.

Según las últimas estimaciones mundiales, el 35% de la población femenina ha sido alguna vez en la vida víctima de violencia de pareja. Por término medio, el 30% de las mujeres que han tenido una relación de pareja han experimentado algún tipo de violencia física o sexual por parte de su compañero, también se estima que hasta un 38% de los asesinatos de mujeres han sido cometidos por sus respectivas parejas (OMS, 2013).

Las mujeres expuestas a la violencia de pareja tienen el doble de probabilidades de sufrir depresión, cerca del doble de probabilidades de padecer trastornos asociados al consumo de alcohol y 1.5 veces más probabilidades de contraer el VIH u otra infección de transmisión sexual. El 42% de estas mujeres han experimentado traumatismos a causa de estos abusos (OMS, 2013).

Algunos estudios demuestran que las tasas de prevalencia de violencia en hombres y mujeres son similares, sin embargo, la mayoría rechaza que esta experiencia sea simétrica. Autores como Holt, Buckey y Whelan (2008 citado en Cantón; Cortés; Justicia; Cantón, 2013), consideran que el número de casos de violencia de pareja contra la mujer es mayor; su impacto emocional y físico probablemente también lo sea y el riesgo de abusos graves o letales es mayor en la mujer. Se ha comprobado que las mujeres informan más sobre las lesiones como resultado de la violencia y también de sentir miedo, dolor, humillación y cólera, mientras que en los hombres

es más probable que reaccionen con enojo y no lo denuncien (Felson y Pare, 2005, citado en Cantón et al., 2013).

Si bien las mujeres suelen ser las principales víctimas de violencia en la pareja (Ellsberg y Heise, 2005 citado en Jurado, 2012), actualmente, los índices de hombres violentados a manos de su pareja han aumentado (Instituto Mexicano de la Juventud IMJ, 2008; Trujano, 2007, citados en Jurado 2012). Para autores como Archer (2000, citado en Marueta, 2015) los índices de violencia contra hombres y mujeres suelen ser similares. De acuerdo con Johnson (2010, citado en Marueta, 2015), estas similitudes resultan de la forma de medición del fenómeno, así como de la población de donde se obtuvo la muestra, de tal forma que las encuestas que contemplan la violencia situacional suelen mostrar índices de violencia similares para hombres y mujeres; mientras que aquellas que recogen información sobre el terrorismo patriarcal suelen mostrar a la mujer como principal y/o única víctima.

Las cifras anteriormente mencionadas, brindan un panorama de la violencia de pareja a nivel internacional, sin embargo, es momento de contextualizar este fenómeno en México, ya que el presente estudio tiene lugar en dicho país, con el fin de mostrar la información existente sobre la gravedad del problema de salud pública, durante los últimos años.

En la República Mexicana al momento de la publicación del Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud en 2002, no existía una encuesta probabilística de cobertura nacional que diera cuenta de la magnitud y características de la violencia contra las mujeres en el contexto de las relaciones de pareja; por lo que en el año 2003 se crearon dos iniciativas de gran relevancia para el trabajo de prevención y atención a la violencia contra las mujeres, una de ellas realizada por la Secretaría de Salud en colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública, denominada Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM); la otra iniciativa fue realizada por el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), nombrada Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) (Secretaría de Salud, 2009).

Estos dos estudios fueron en su momento de gran utilidad para dar sustento a las políticas públicas para la prevención y atención de la violencia hacia las mujeres, a partir de esta fecha se han realizado nuevas aplicaciones de dichas encuestas, con el propósito de recabar datos cada vez más actualizados y a la vez, permitir compararlos, analizarlos, y de esta manera observar el progreso o retroceso respecto a este fenómeno. Gracias a lo anterior, en el año 2003 y 2006 (primeras dos aplicaciones de cada una de las encuestas), se brindan aspectos importantes que conducen a la creación de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (Secretaría de Salud, 2009).

La ENVIM en el año 2003, permitió documentar la importancia que la violencia contra las mujeres representa como problema de salud pública al reportar, que la prevalencia de violencia de pareja en los últimos 12 meses entre mujeres usuarias de servicios de salud alcanzó el 21.5%, siendo la violencia psicológica el tipo más frecuente (19.6%), seguida de la violencia física con 9.8%, la sexual con 7% y la económica con 5.1%. Entre otros hallazgos de gran relevancia, la ENVIM 2003, reportó que la mayor parte de las mujeres que viven en violencia no han buscado apoyo legal (78%), mientras que 40% no le había contado a nadie sobre el maltrato y casi el 80% nunca le había contado al personal de salud que la atendía sobre ésta situación (Secretaría de Salud, 2009).

La ENVIM en 2006 arroja otros datos, el 33.3% de las mujeres encuestadas han experimentado violencia alguna vez en su vida por parte de alguna pareja, es importante enfatizar que este rubro incrementó ocho puntos porcentuales respecto al año 2003. En ambas aplicaciones se incluyó la variable del antecedente de *violencia en la infancia*, ya que se presume que ésta puede ser un gran desencadenador de violencia en la vida adulta. Sin embargo, en la primer aplicación existió un mayor porcentaje respecto a la segunda, presentando una diferencia de nueve puntos porcentuales. Nuevamente el tipo de violencia que más prevalece es la psicológica con 28.5%, comparada con la aplicación anterior existió un incremento de casi nueve puntos porcentuales, la física con 16.5%, la sexual con

12.7% y la económica con 4.4%. Con estos datos podemos observar que en los tres primeros tipos de violencia contra la mujer, existe un incremento para el año 2006.

El Estado de México se encontró en primer lugar, de acuerdo a la prevalencia de la violencia de pareja a nivel nacional, obteniendo un porcentaje de 37.9; Nayarit, 32.7%; Durango 32.4%; Yucatán y Quintana Roo, 31.6%, y Sinaloa, 31.2%. Nuevo León fue el último lugar a escala nacional con 9.2% (Secretaría de Salud, 2009).

La otra herramienta para obtener datos estadísticos a nivel nacional que se mencionó anteriormente es la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH), llevada a cabo por parte del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en 2011 (más reciente aplicación). De la cual se obtuvo la siguiente y más reciente información: a nivel nacional el 46.9% de las mujeres, en un rango de edad de 15 años en adelante, han presentado algún incidente de violencia a lo largo de su vida en pareja o en relación con su última pareja (INEGI, 2011).

De esto se concluye que los tres estados con mayor índice de violencia de pareja son: el Estado de México (57.6%), en segundo lugar Nayarit (54.5%) y por último Sonora (54%), en comparación con Chiapas (31.6%) siendo éste, el estado con menor nivel de violencia de pareja (INEGI, 2011).

Nuevamente el tipo de violencia predominante es la violencia psicológica, seguida de la económica, luego la física y por último la sexual. Cabe mencionar, que algunas mujeres experimentan más de un tipo de violencia.

Asimismo, el rango de edad en el que existe un mayor índice de violencia es de 35 a 44 años. Sin embargo, es particularmente relevante que las mujeres de 50 años en adelante, se han enfrentado mayormente a las agresiones físicas y sexuales (INEGI, 2011).

Haciendo referencia a las dos aplicaciones de la ENVIM citadas con anterioridad, es interesante comparar con esta última los resultados obtenidos respecto a la predominancia de los tipos de violencia, ya que en años anteriores (2003 y 2006), la violencia económica se encontraba en último lugar, es decir, fue la que menos

puntos porcentuales obtuvo, pero, para el 2011, de acuerdo a la ENDIREH, se colocó en segundo lugar.

Así, como previamente se realizó la comparación de los resultados de 2003 y 2006 obtenidos de la ENVIM, para acotar e ir observando los cambios que se han generado respecto a estadísticas en este tema; se llevará a cabo el mismo procedimiento con la ENDIREH, con sus dos últimas aplicaciones.

Para el año 2006, 43.2 por ciento de las mujeres mayores de 15 años asintieron haber sido violentadas por su pareja durante su relación; cinco años después (en 2011), esta proporción de mujeres se incrementó tres puntos porcentuales (46.1%).

La violencia de tipo emocional tuvo mayor porcentaje en el año 2011 (42.4%) comparada con 2006 (37.5%). Al igual que la violencia económica ésta también tuvo un incremento de un punto porcentual en este periodo. Sin embargo, es notable el decremento existente de la violencia física ejercida por la pareja a lo largo de una relación, seis puntos porcentuales menos en el transcurso de estos cinco años.

El porcentaje de mujeres mayores de 15 años, que en 2011 declararon haber sido víctimas de violencia sexual fue de 7.3%, cifra que disminuyó casi dos puntos porcentuales respecto al 2006.

Las mujeres separadas, divorciadas o viudas y las solteras, son las que presentan un cambio notorio en cuanto al aumento de la proporción de mujeres que declararon haber sido víctimas de violencia por parte de sus parejas. Las primeras registraron un porcentaje de violencia de 61.5 en el año de 2006 y en 2011 de 64.3 por ciento. El cambio en la prevalencia de violencia en el caso de las mujeres solteras fue de más de diez puntos porcentuales en este periodo, de registrar 26 por ciento en el año 2006 a 37.2% en 2011.

Este último cambio en los porcentajes de la prevalencia de violencia contra las mujeres solteras, se considera consecuencia del reconocimiento de la violencia de tipo emocional o psicológica ejercida hacia ellas, ya que en el año 2006 fue reconocido por el 24% de las mujeres solteras y en el año 2011 por el 37%, lo que se traduce en un incremento de 13 puntos porcentuales (INEGI, 2011).

Cabe mencionar que Durango en 2006 registró una alta proporción de mujeres con algún incidente de violencia (48.6%) y que en 2011 se colocó como una entidad con un bajo porcentaje de mujeres violentadas por su pareja (38.2%) (INEGI, 2011).

Por su parte la Unidad de Atención y Prevención a Víctimas de Violencia Intrafamiliar (UAPVIF), en el Distrito Federal, reporta que el periodo de enero a diciembre de 2008, el 84% de los usuarios fueron mujeres y el 16% hombres. De estos, el 96% eran receptores femeninos y el 4% eran masculinos. En el caso de las mujeres se reportó como principal agresor a su pareja, es decir, el esposo, novio o concubino; respecto a la violencia contra los hombres, en el reporte de la UAPVIF no se incluye el parentesco del perpetrador, por lo que resulta imposible señalar si éstos fueron agredidos por la pareja o algún otro familiar (Secretaría de Desarrollo Social, Dirección General de Igualdad y Diversidad Social y Dirección de Atención y Prevención de la Violencia Familiar, 2008, citado en Cienfuegos, 2010).

En una sociedad patriarcal, como la latina, la violencia contra el hombre es despreciada, de hecho en pocos países se conocen estudios sobre la violencia ejercida contra el hombre. En México, por ejemplo fue realizado un estudio a 285 adolescentes, alumnos de enseñanza media, en el cual se halló que el 5.23% de las chicas y el 3.23% de los chicos declararon que habían ejercido violencia física (arrojar objetos, dar patadas, golpear, dar puñetazos y bofetadas, empujar o ahogar) contra su pareja, al menos una vez durante el último año, además, 3.5% de las adolescentes y 2.6% de los chicos declararon haber repetido el maltrato de tres a cinco veces durante el año (Antônio & Hokoda, 2009, citado en Moral de la Rubia, López, Díaz-Loving & Cienfuegos, 2011).

En el mismo tenor, en 2011, un estudio en México, acerca de las diferencias de género en afrontamiento y violencia en la pareja, por parte de Moral de la Rubia y colaboradores, en el cual se empleó una muestra no probabilística incidental de 400 participantes voluntarios, todos mayores de edad, que tuvieran pareja heterosexual (matrimonio, noviazgo o cohabitación) y que residieran en Monterrey; de estos participantes el 56% fueron mujeres y el 44% hombres. Los resultados fueron los siguientes: el promedio de violencia ejercida es equivalente en hombres y mujeres,

es decir, la ejercen con la misma frecuencia; a su vez los varones se quejan más de recibir mayor violencia de sus parejas femeninas que las mujeres de sus parejas masculinas, los encuestados hacen referencia sobre todo a aspectos de menosprecio, desvalorización y desatención, por lo tanto el ejercicio de la violencia tiene un promedio significativamente mayor que el ser víctima de ésta, más en mujeres que en hombres. Asimismo, refleja que se recibe más violencia en la medida que se ejerce más violencia, pero a su vez en la medida que se evitan mayormente los conflictos y se muestra más acomodación ante los mismos. Sin duda los estudios presentados anteriormente generan discrepancia respecto a la expectativa de mayor victimización femenina y agresión masculina de la perspectiva de género, lo que lleva a Moral de la Rubia y colaboradores (2011) a tratar de interpretar los datos obtenidos en el último estudio mencionado a partir de algunos puntos importantes, uno de ellos es el hecho de que las mujeres atenúan los reportes de quejas y los hombres las incrementan, a su vez las mujeres exageran sus reportes de actos violentos y los hombres los infravaloran. La muestra fue no probabilística, por lo que el nivel de violencia es bajo y probablemente sin consecuencias forenses. En relación al nivel de violencia, ellos mencionan que si observáramos al tipo de violencia que tiene consecuencias jurídicas, es decir, la violencia denunciada, claramente destacaría la que es ejercida por el hombre hacia la mujer.

Bachman y Pellemer, 1992; Olaiz, Franco, Palma, Echarri, Valdez y Herrera, 2006, citados en Cienfuegos, 2010, consideran importante que al momento del análisis de las estadísticas se tomen en cuenta las características de la muestra, que pueden influir en los datos y que deben ser incluidas en la interpretación, algunas de estas pueden ser el tipo de población de la que se obtiene la muestra, si fueron evaluados sólo los hombres o sólo las mujeres, el lugar dónde se llevó a cabo la entrevista, entre otros. Cienfuegos (2010) al respecto menciona, que al realizar encuestas de participación voluntaria, por ejemplo, puede que quienes experimentan situaciones de violencia más extremas decidan no participar en las investigaciones, para no hacer pública su situación, pese a la confidencialidad de los estudios; aunado a que

muchas entrevistas son realizadas en los hogares, lo cual impide que exista la privacidad necesaria para hablar acerca ciertas situaciones y tipos de violencia.

Personalmente, los resultados arriba mencionados, en los que se habla de una victimización similar en hombres y en mujeres, me resulta hasta cierto punto contradictoria ya que la literatura y las estadísticas oficiales mexicanas demuestran otro panorama, es importante considerar dentro de este fenómeno, que México es un país con un sistema patriarcal en el cual el sexo femenino es desvalorizado, ya que los estereotipos de género están bastante arraigados en nuestra cultura, lo que lleva a la naturalización del problema, generando la dificultad para reconocer la violencia de género en la pareja y por lo tanto la escasa probabilidad de búsqueda de apoyo especializado para poner fin a una situación de violencia dentro de la pareja específicamente. Respecto a este fenómeno la Academia Mexicana de Derechos Humanos realizó un estudio con jóvenes mexicanos dónde se les cuestionaba sí habían sido alguna vez víctimas de violencia por parte de su pareja, a lo que únicamente el 3% respondió afirmativamente; posteriormente, se llevó a cabo un análisis de contenido de los relatos escritos por estos mismos jóvenes dónde describen su relación de pareja y se encontró, que sin percibirlo, el 43% de los y las jóvenes eran receptores de violencia verbal por parte de su pareja y el 34% lo eran de violencia física. Sólo las mujeres reportaron violencia sexual y discriminación por parte de su pareja, en el 15% y 8% de los casos respectivamente (Del Castillo y Castillo, 2009, citado en Cienfuegos, 2010).

Tampoco se puede negar la existencia de un aumento de violencia de pareja dirigida al sexo masculino, sin embargo, es importante considerar que la alienación de la mujer en muchos ámbitos pero sobre todo en lo laboral y profesional, ha llevado a muchas mujeres a obtener puestos cada vez más altos –los que años atrás únicamente podían ser considerados para los hombres-, pero el problema no radica en esta situación, sino que, el ejercicio del poder de las mujeres desde un sistema patriarcal origina que las diferencias entre hombres y mujeres sean cada vez más grandes, generando únicamente agresión de estas mujeres al subordinar a los otros, tanto varones como mujeres.

Por tales motivos, es importante generar consciencia respecto a lo anterior, e implementar estrategias para disminuir esta brecha cada vez más pronunciada y marcada entre hombres y mujeres, así como en el ejercicio de poder y la transversalidad de género en todos los ámbitos de las personas, promoviendo la equidad de género.

1.1 Definición de violencia y de violencia de pareja

La OMS (2002) en el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, declara que dentro del tema de violencia, uno de los grandes retos para poder abarcarla y prevenirla es ir más allá de nuestro propio concepto de lo aceptable y cómodo, con el fin de cuestionar la idea de que los actos violentos son meros asuntos de intimidad familiar o de elección individual, o bien aspectos inevitables de la vida.

La violencia es un fenómeno sumamente difuso y complejo, cuya definición no puede tener exactitud científica, ya que es una cuestión de apreciación, es decir, la noción de lo que son o no comportamientos aceptables, de lo que constituye un daño, está influido por la cultura y sometido por lo tanto, a una continua revisión a medida que los valores y las normas sociales evolucionan; existe una amplia variedad de códigos morales imperantes en los distintos países que hace de la violencia una de las cuestiones más difíciles y delicadas de abordar en un foro (OMS, 2002).

Para Ruiz (2003, citado en Moral de la Rubia & López, 2013, p. 50) la violencia es toda “conducta *intencional*, cuyo objetivo prioritario es *dañar*, imponer, vulnerar, reprimir o anular; posee direccionalidad, ya que siempre va dirigida a una persona específica que se encuentra en una posición de más desprotección y debilidad; es un medio posible en la resolución de conflictos, imponiendo una solución sin utilizar el diálogo, la tolerancia y/o la negociación; es un *ejercicio de poder*, dado que la violencia en cualquiera de sus manifestaciones se ejerce del más fuerte al más débil”. Dentro del Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (OMS, 2002), la violencia es dividida en tres grandes categorías según el autor del acto violento: violencia dirigida a uno mismo, violencia interpersonal y violencia colectiva.

Es así como la violencia dirigida contra uno mismo comprende los comportamientos suicidas y las autolesiones, como la automutilación.

La violencia interpersonal se divide en dos subcategorías:

- a) Violencia intrafamiliar o de *pareja*: se produce entre los miembros de la familia o compañeros sentimentales, y suele acontecer en el hogar, aunque no exclusivamente.
- b) Violencia comunitaria: se produce entre individuos no relacionados entre sí y que pueden conocerse o no; acontece generalmente fuera del hogar.

Por otro lado, la violencia colectiva es el uso instrumental de la violencia por personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo frente a otro grupo o conjunto de individuos, con el fin de lograr objetivos políticos, económicos o sociales, adopta diversas formas: conflictos armados, genocidio, represión entre otras violaciones a los derechos humanos; terrorismo; crimen organizado.

Esta clasificación también tiene en cuenta la naturaleza de los actos violentos, que pueden ser físicos, sexuales o psíquicos, basados en privaciones o el abandono, así como la importancia del entorno en el que se producen, la relación entre el generador y la víctima, y en el caso de la violencia colectiva, sus posibles motivos (OMS, 2002).

La clasificación anterior del Informe Mundial de la Violencia y la Salud (2002), incluye a la *violencia de pareja* dentro de una de sus subcategorías, lo cual da pie a mencionarla en este apartado ya que es uno de los pilares de la presente investigación.

En 1993, la Organización Mundial de la Salud (citado en Ibarra, 2012), promulga una de las primeras definiciones respecto a la *violencia de pareja*, con el fin de entender y acotar el problema existente, enunciándola como “cualquier acto de *violencia de género* que tenga como consecuencia, sufrimiento o perjuicio en la salud *física, sexual y psicológica de la mujer*, incluyendo amenazas de dichos actos, coerción o privaciones de la libertad, tanto en la vida privada como pública”. Diez años después en 2003, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, citado en Ibarra, 2012, p. 9), dentro del Informe Mundial sobre la Violencia y Salud se refiere a la *violencia de pareja* como “cualquier comportamiento dentro de una *relación íntima* que cause daño *físico, psíquico o sexual* a los miembros de una relación. Este comportamiento incluye las agresiones físicas: abofetear, golpear con los

puños, patear; maltrato psíquico: intimidación, denigración y humillación; relaciones sexuales forzadas, otras formas de coerción sexual y diversos comportamientos dominantes entre ellos se encuentran aislar a una persona de su familia y/o amigos; vigilar y restringir su acceso a la información y/o asistencia”.

Las posturas que tratan de comprender este fenómeno consideran que ambos miembros de la pareja pueden ser víctimas de violencia dentro de ésta.

Sin embargo, ninguna de las acepciones anteriormente mencionadas logra abarcar los fenómenos inmersos en este problema, lo que lleva a McLaughlin, O'Carroll y O'Connor (2012, citado en Marueta, 2015), a desarrollar la definición que logra comprender a la violencia de pareja de forma completa hasta nuestros días, mencionando que se trata de cualquier incidente de conducta amenazante, *violenta* o *abusiva* (psicológica, física, sexual y/o económica), entre personas que son o han sido pareja sentimental, independientemente del sexo u orientación sexual.

Su característica fundamental es la *relación* sentimental o *íntima* entre víctima y agresor, al margen del estado civil, orientación sexual o cohabitación. Toda clase de pareja (heterosexuales y homosexuales), en distintas fases de la relación (noviazgo, convivencia, matrimonio, ruptura) y en edades cada vez más tempranas (adolescencia y primera juventud). Un componente importante es la utilización del *poder*, mediante el uso de la amenaza, intimidación o actos que refuercen la *desigualdad* en la relación.

Como podemos observar, esta definición contempla la violencia de tipo económico que en años anteriores no había sido considerada.

1.2 Tipos de violencia de pareja

La violencia en la pareja es ejercida de diversas maneras, por ejemplo, Johnson en 2010, (citado en Marueta, 2015) distingue tres modalidades siendo el eje central la intención de controlar al otro. El primero es el *terrorismo patriarcal o íntimo* cuyo objetivo es tener el *control* sobre la pareja, que incluye un patrón de amenazas, empleo de la fuerza o violencia, abusos emocionales y otros mecanismos coercitivos para dominar y atemorizar al otro. Sin embargo, recurre también a otras estrategias de control como abusos económicos, utilización de los hijos, intimidación, vigilancia constante e inculpação a la víctima. El segundo es la *violencia de resistencia*, la cual es ejercida principalmente por las mujeres y resulta de un intento por sobrevivir y/o defenderse del terrorismo íntimo ejercido por su pareja. Es decir, se trata de una *reacción* instintiva ante el ataque y se produce en el primer golpe, para algunos autores, para otros ésta no se produce hasta que se tiene la sensación de que las agresiones nunca van a terminar sino se hace algo para detenerlas. En la mayoría de los casos, la diferencia física entre la víctima y el agresor, provoca que ésta no sirva y sólo empeore las cosas.

Las modalidades de violencia mencionadas anteriormente son las más comunes en los centros de atención a víctimas y refugios; son además por las cuales se suelen presentar demandas legales (Marueta, 2015).

La *violencia situacional* es el tercer tipo (Johnson, 2009 citado en Marueta, 2015), es la más común en la población abierta y resulta de *discusiones* entre los miembros de pareja que se vuelven más intensas y escalan hasta agresiones verbales e incluso físicas, pero no involucran un patrón general de control, sino que se relacionan más con la manera en que uno o ambos suelen resolver los conflictos, con las estrategias de comunicación y/o abuso de sustancias. Este tipo de violencia puede ejercerse por igual entre hombres y mujeres. Existe una tendencia de los hombres a ejercer violencia física más que las mujeres y de las mujeres a ejercer más violencia psicológica que los hombres; debido a que la violencia abarca una amplia gama de actos violentos, como se mencionó en apartados anteriores, tanto

hombres como mujeres pueden convertirse en perpetradores o receptores. Sin embargo, algunos estudios señalan que las mujeres son más violentas que los hombres si se toman en cuenta la frecuencia y diversidad de los actos violentos, mientras que si se considera la severidad de los actos y las lesiones causadas, los hombres resultan ser más violentos (Trujano, 2007 citado en Cienfuegos, 2010). Así como Johnson realiza la clasificación de las modalidades que el generador y víctima de violencia ejercen o pueden ejercer sobre el otro; en la literatura, diversos autores como Cienfuegos (2010); Díaz (2010); Instituto Nacional de las Mujeres (2009); Villagómez (2010); parten de la clasificación en la que se incluyen la violencia emocional o psicológica, la violencia física, económica y sexual que a continuación será mencionada, la cual básicamente hace referencia al tipo de daño o de acción que se realiza sobre el otro; siendo ésta la tipificación más común.

1.2.1 Violencia psicológica

Representa la violencia de género más frecuente, también es la que tiene mayor *impacto* en las víctimas. Villagómez en 2010 expresa que este tipo de maltrato es silencioso, *discreto*, *invisible* a los demás y *tolerado* por las propias víctimas quienes no lo consideran violencia, dado que se corresponde con *códigos de comunicación* en la pareja. Dicha comunicación incluye lenguaje no verbal como miradas, gestos, ademanes, tensión muscular, tono y ritmo de voz (Díaz, 2010). La mayoría de las mujeres señalan que es la forma de ser de sus parejas y lo justifican con argumentos como: “es su carácter”, “tiene problemas en su trabajo y está tenso”, “así es él” (Villagómez, 2010).

La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en la fracción I del artículo 6 (2009, p. 12), se refiere a este tipo de violencia como “cualquier acto u omisión que dañe la *estabilidad psicológica*, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, desamor, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales

conlleven a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de la autoestima e incluso al suicidio”.

1.2.2 Violencia física

En la fracción II del artículo 6 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2009, p. 12), se define como “cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la *fuerza física* o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sea internas, externas o ambas”.

Es probablemente el tipo de violencia más visible, *más conocido* y reconocido. Dentro de la amplia gama de conductas específicas que la integran se encuentran: las bofetadas, pellizcos, patadas, golpes con el puño o algún objeto en cualquier parte del cuerpo de la víctima, ahorcamientos, quemaduras e incluso el asesinato, éste último es la manifestación más extrema de violencia física (Díaz, 2010).

1.2.3 Violencia sexual

En la fracción VI del artículo 6 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2009, p. 12), tipifica a la violencia sexual como “cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o sexualidad de la víctima y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de *abuso de poder* que implica *la supremacía masculina* sobre la mujer, al denigrarla y concebirla como objeto”.

La violencia sexual en relación a la pareja, se manifiesta a través de críticas constantes o burlas de alguna parte del cuerpo de la persona, no tomar en cuenta sus necesidades sexuales, o bien, obligar a que realice actos sexuales que no desea. Son parte de ésta, los roces sexuales eróticos sin su consentimiento, la prohibición del uso de anticonceptivos, la transmisión de infecciones de transmisión sexual o el acto de obligar a tener relaciones sexuales con otras personas (Cienfuegos, 2004; Trujano et al., 2002, citados en Cienfuegos, 2010).

Respecto a este tipo de violencia el campo es delicado y complejo, ya que de acuerdo con las pautas culturales, parte de las obligaciones de la esposa con el marido es tener relaciones sexuales cuando él las mande, de ahí que esta forma de violencia sea *poco identificada* (Díaz, 2010).

1.2.4 Violencia económica

Dentro del sistema capitalista, el dinero es un signo de poder, es decir, más allá del valor monetario tiene valor simbólico: quién genera dinero y/o quién lo posee, tiene el poder, toma decisiones y disfruta mayor estatus no sólo económico sino también político y social. Asimismo, los hombres dentro de una sociedad patriarcal, y en correspondencia con los roles tradicionales de género, producen mucha mayor riqueza (en términos económicos) que las mujeres, porque las labores que ellas hacen no son valoradas ni remuneradas (Coria, 2004, citado en Díaz, 2010).

La violencia económica se presenta cuando los *recursos monetarios* se emplean para controlar y/o fomentar la dependencia del o la receptora, se expresa en acciones como prohibir que su pareja gaste su propio dinero, exigirle explicaciones detalladas de la forma en que lo gasta, excluirla(o) de la toma de decisiones financieras, controlar los gastos e ingresos, impedir u obligar a que el otro trabaje o estudie, o bien, pedir dinero prestado a la pareja y nunca pagárselo. (Cienfuegos, 2004; Trujano et al., 2002, citado en Díaz, 2010).

1.3 Etiología

Para entender la etiología se tratará de abarcar la mayoría de los factores que propician la violencia de pareja, los cuales serán mencionados a continuación, partiendo de los modelos teóricos más importantes que tratan de dar respuesta a este fenómeno, como son: el modelo de los factores de riesgo, modelo de la perspectiva de género, modelo psicodinámico, modelo conductual y cognitivo-conductual, modelo historicosociocultural o biopsicosociocultural y por último el modelo ecológico.

1.3.1 Modelo de los factores de riesgo

La *cultura* juega un papel fundamental de configuración del ser humano como pacífico, ya que, como cualquier otro animal tiene una biología que le induce agresividad. Sin embargo, la cultura también puede hacer lo contrario e hipertrofiar la agresividad natural convirtiéndola en violencia. No existe por lo tanto la violencia si no hay cultura, es decir, la violencia no es un producto de la evolución biológica sino, resultado de la evolución cultural. Consecuentemente, la violencia, es en definitiva, el resultado de la interacción entre la agresividad natural innata y la cultura (Sanmartín, 2001).

Frecuentemente en las sociedades donde existen marcadas desigualdades entre hombres y mujeres, así como *rigidez en los roles de géneros*, el sexo femenino tiende a ser particularmente vulnerable al maltrato infringido por la pareja, muchas veces son parte de estilos de crianza previamente establecidos desde la familia de origen, por lo tanto, forma parte de un sistema de tradiciones transgeneracionales y en donde ciertos comportamientos son aprendidos y son replicados a través de la conducta (González y Jara, 2005, citado en Jurado, 2012).

En 2005, Urritia considera que cada persona socializa de acuerdo a sus propias pautas y valores. La familia por lo tanto, es la unidad con la que la persona tiene contactos continuos y el primer contexto donde se desarrollan las pautas de socialización. Por consiguiente, los grupos familiares tienen una intensa incidencia

afectiva e ideológica sobre el individuo a lo largo de toda su vida. Cada grupo familiar posee una interpretación específica de los valores de su cultura y así los transmite por medio de códigos propios, generando sus particulares reglas de interacción (Urritia, 2005).

Por lo que la violencia en la pareja está estrechamente relacionada con sistemas familiares autoritarios, es decir, cuando la *educación familiar* está profundamente enraizada en las jerarquías del sistema familiar preestablecido, el grado de violencia es mayor. Por lo tanto, al existir una mayor adhesión a los valores tradicionales acerca de la familia y los roles de género, existen más posibilidades de que se originen pautas de conductas violentas. Otro factor desencadenador de violencia es una educación sexista (Martínez, 2008).

Martínez (2008) considera que cuando una pareja se forma, implica que existan acuerdos explícitos e implícitos para la convivencia, con una modalidad más o menos ajustada al modelo cultural vigente en la sociedad. En algunas sociedades los supuestos explícitos que circulan con más habitualidad son: “el matrimonio es una elección libre producto del amor”, “la pareja complementa funciones de coexistencia”, entre otros. Sin embargo, también existen acuerdos implícitos que pueden facilitar la existencia del fenómeno, como son: organización jerárquica fija e inamovible, distribución de poder de acuerdo a las jerarquías, fuerte adhesión a los estereotipos de género.

Frecuentemente existe una estrecha relación entre la *violencia que los protagonistas vivieron durante la infancia* y la agresión generada o recibida en la relación marital. Se afirma que el comportamiento violento es una conducta aprendida socialmente, ya que el contexto social favorece la discriminación de la mujer, por lo que el resultado será un desarrollo personal desvalorizado, respaldado socialmente, que acentuará las carencias y frustraciones y en consecuencia, reforzará la adaptación a circunstancias de maltrato y adversidad (Martínez, 2008).

En el mismo tenor Tyler, Brownridge y Melander (2011, citado en Cantón, et al., 2013), afirman que el *historial de experiencias infantiles negativas (exposición a la violencia entre los padres o maltrato infantil)* está fuertemente relacionado con la

posterior perpetración o victimización de la violencia de pareja; el abandono y la falta de afecto durante la infancia y delincuencia en edades posteriores se han relacionado con la perpetración de la misma.

El *nivel educativo* puede desempeñar un papel importante, ya que el estrés asociado a la falta de educación y por lo tanto el escaso poder adquisitivo puede tener consecuencias negativas (Franklin y Kercher, 2012, citado en Cantón et al., 2013), asimismo, el *desempleo, bajo nivel de ingresos y factores laborales* (por ejemplo: cantidad de horas trabajadas a la semana), están asociados a mayor riesgo de sufrir violencia de pareja.

Para Capaldi et al., (2012, citado en Cantón et al., 2013) *la estructura familiar (casado, cohabitando, separado)*, está asociada también con la violencia de pareja, por ejemplo: las personas casadas son las que tienen menor riesgo y las personas divorciadas es el grupo más vulnerable. Asimismo, la falta de satisfacción en las relaciones y sobre todo un alto nivel de conflictividad aumenta la probabilidad de que se produzca violencia de pareja, lo que lleva a afirmar que la implicación con iguales agresivos, constituye un fuerte predictor de violencia de pareja (Cantón et al., 2013).

Martínez (2008), refiere que la mujer joven está menos dispuesta a tolerar los actos de violencia y afrontar con mayor decisión la situación de separación. En edades más avanzadas es más difícil el enfrentamiento de una ruptura. Las agresiones maritales constituyen un fenómeno que afecta a distintos sectores de la población, son los niveles bajos y medios los que más denuncian. Las víctimas de sectores socioeconómicos más elevados tienen acceso al asesoramiento profesional y poseen mayor conciencia de sus derechos. Sin embargo, el maltrato marital tiene una prolongada historia de enfrentamientos y reconciliaciones antes de hacerse público mediante la denuncia.

En 2011, Abramsky y colaboradores (citados en Gómez, 2014) analizaron los resultados del estudio sobre la Salud de la Mujer y la Violencia Doméstica de la OMS, y encontraron la existencia y relación de muchos factores de riesgo de sufrir violencia dentro de la pareja en diversos países, por ejemplo; el testimonio de

violencia en el matrimonio durante la infancia, abuso infantil, escolaridad inferior a secundaria, unión libre, relación de pareja menor a cinco años, mujer joven y alcoholismo.

Dentro de un estudio realizado a una muestra representativa de las fuerzas armadas americanas, Slep et al., (2011, citado en Cantón et al., 2013) encontraron que la perpetración de la violencia de pareja a nivel clínico en el hombre se asocia a *factores individuales (depresión, otros problemas de salud mental, alcoholismo, drogadicción, estrés económico)*, familiares (ingresos y satisfacción en las relaciones), laborales (satisfacción en el trabajo) y *comunitarios (apoyo social)*. En el caso de las mujeres la perpetración sólo se relacionaba con factores individuales y familiares.

Sin embargo, las estadísticas demuestran que únicamente entre el 10 y el 20% de los casos de violencia familiar son causados por personas con trastornos psiquiátricos (psicosis) o de la personalidad (antisocial o borderline), en la mayoría de los casos el agresor es una persona normal desde un punto de vista clínico (Sanmartín, 2001).

Las personas dentro de este porcentaje frecuentemente presentan alteraciones y déficits psicológicos como dificultades en el control de la ira y expresión de emociones, escasa empatía, distorsiones cognitivas, déficits en las habilidades de comunicación y de solución de problemas, baja autoestima y apego inseguro. Pero a su vez, suelen presentar sesgos cognitivos relacionados con creencias equivocadas sobre los roles sexuales y la inferioridad de la mujer y también con ideas distorsionadas sobre la legitimidad de la violencia para resolver los conflictos (Echeburúa y Amor 2010; Lonaiz y Echeburúa 2012, citados en Cantón J., et al. 2013). Asimismo, utilizan diversas estrategias de afrontamiento para eludir la responsabilidad de sus conductas, como justificar, minimizar o negar la violencia ejercida (Dutton, 2007, citado en Cantón et al., 2013).

Ahora bien, después de conocer algunos de las tantas causas de la violencia de pareja, surge la siguiente pregunta: ¿A qué se debe que no todas las personas, a

pesar de encontrarse inmersas ante factores de riesgo, se convierten en perpetradores o víctimas de violencia? (Villagómez, 2010).

Algunos autores tratan de dar explicación a esta interrogante, por ejemplo, Villagómez, (2010) alude a que el impacto emocional y la recuperación dependen de los *recursos íntimos de la víctima*, depende de cada historia familiar, de las *redes y recursos sociales*, familiares, psíquicos, económicos, culturales y simbólicos con los que cuentan las mujeres. Por lo tanto, los procesos de recuperación requieren diferentes niveles, velocidades y formas de rehabilitación dependiendo de las herramientas internas de cada persona.

Es así como la resiliencia (Villagómez, 2010) que es la capacidad que tienen los seres humanos de afrontar las adversidades de la vida, superarlas y salir fortalecidos de la situación, se convierte en uno de los *principales factores protectores* ante este fenómeno.

Abramsky y colaboradores (2011, citados en Gómez, 2014) en el análisis mencionado anteriormente, encuentran que la *escolaridad mínima de secundaria*, el *matrimonio formal* y el *alto nivel socioeconómico* forman parte también de los *factores protectores*.

Este modelo abarca tanto factores de riesgo como de protección, dentro de los cuales se encuentran aquellos que tienen que ver con la perspectiva de género, la cultura, la interacción familiar, entre otros, por lo que enseguida serán retomados por los modelos que se dedican al estudio específico de cada uno de ellos.

1.3.2 Modelo de perspectiva de género

Lamas en 1986 (citado en Díaz, 2010) define el género como el conjunto de ideas basadas en la diferencia sexual que atribuye características “femeninas” y “masculinas” a cada sexo. Para la autora, esta simbolización cultural de la diferencia anatómica sexual (vagina/pene) toma forma en un conjunto de prácticas, ideas, discursos y representaciones sociales que da atribuciones de conducta objetiva y subjetiva de las personas en función de su sexo. El género por tanto, es el conjunto

de maneras aceptadas de ser mujer o ser hombre en una época y cultura determinadas.

El sistema de género constituido a partir de la adjudicación implícita de características a hombres y mujeres –sobre la base de las diferencias biológicas– deviene en pautas socialmente admitidas y valoradas sobre formas de ser, sentir, actuar y relacionarse los unos con los otros. Éste se reproduce constantemente de lo individual a lo colectivo y viceversa, en una dinámica donde existen cuatro dimensiones; los símbolos que evocan las representaciones (mitos, estereotipos), los conceptos normativos (doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas), las prácticas sociales (instituciones y organizaciones sociales) y las identidades subjetivas (Scott, 1990, citado en Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, 2010).

Desde este enfoque es posible observar que las mujeres se encuentran en una situación de desigualdad frente a los hombres, lo que explica la alta incidencia de violencia; pues desde esta perspectiva la violencia contra las mujeres se presenta como un problema social y político que tiene su origen en la cultura, en los modelos y representaciones asumidos por todos y todas (Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, 2010).

La perspectiva de género nos demuestra que las mujeres no son las únicas afectadas por el sistema sexo-género, ya que en la práctica y en el discurso patriarcal los varones padecen de otro tipo de sometimiento, ellos están exigidos a esforzarse y rendir evaluaciones para conservar su lugar y privilegios, deben responder por su masculinidad, la cual se construye en oposición a lo femenino (él es el proveedor, protector y representante público de la familia, mientras que ella es la responsable del cuidado de los niños y de las tareas domésticas y reproductivas), debe permanentemente pelear para calificar y en esta alineación somete a la mujer a través de discursos y prácticas patriarcales como la violencia, para seguir aprobando el examen infinito de su masculinidad (Coblier, 2006, citado en Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, 2010).

Por lo tanto, la Teoría de Género pone en evidencia y denuncia los mecanismos que encubren la desigualdad social entre hombres y mujeres. De igual modo, sabemos que desde esta perspectiva, importa menos por qué determinado hombre maltrata a determinada mujer, sino más bien entender por qué los hombres en general utilizan el maltrato físico y psicológico como arma de poder y control sobre las parejas y qué función tiene ésta en una determinada sociedad y contexto histórico (Velázquez, 2002, citado en Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, 2010).

La violencia en relación a la pareja ha sido abordada desde diversas posturas; por un lado se encuentran las que aluden la violencia a factores internos y por otro las que comprenden los elementos ambientales y contextuales.

1.3.3 Modelo psicodinámico

Estas teorías apoyan *el origen interno* de la violencia como son la *etológica* y el *psicoanálisis*, ambas aluden a motivaciones o *pulsiones innatas* que llevan a un individuo a manifestar conductas violentas; los postulados de esta teoría hacen referencia a la violencia de manera general y no específicamente a la violencia de pareja. La etología señala que el individuo manifiesta agresión como una forma de supervivencia cuando está en riesgo su acceso al alimento, al territorio o a la reproducción; se argumenta que al ser una respuesta innata no puede modificarse totalmente, pero si dentro de ciertos límites. En uno de sus escritos, Lorenz y Leyhausen (Lorenz, 1981, citado en Cienfuegos, 2010) afirmaban que los humanos han rebasado los límites biológicos en cuanto a la manifestación de conductas violentas, pues suelen dañar a miembros de su misma especie incluso cuando su supervivencia no se encuentra en riesgo.

Desde la perspectiva del psicoanálisis, la violencia (agresión) es vista como una característica latente en la especie humana que intenta expresarse de múltiples formas, principalmente cuando no son satisfechas pulsiones como el hambre, la sed y el sexo (Denker, 1971; Megargee y Hokanson, 1976; Tedeschi y Smith, 1974,

citados en Cienfuegos, 2010). Posteriormente Freud indica que la agresión es la contraparte de la libido, que es la energía de la vida; por lo tanto es un instinto de muerte (tanatos) cuyo fin es la destrucción, en consecuencia, es autodirigida en primera instancia, cuando esto no es posible, se dirige hacia terceros.

Desde estas perspectivas, no es considerado el contexto social, los factores culturales ni las diferencias individuales; sin embargo, actualmente existen modificaciones en la teoría que afirman que los individuos pueden aprender a canalizar sus instintos hacia actividades socialmente aceptadas y menos dañinas como el deporte, sólo cuando los factores sociales, culturales y personales lo favorezcan (Molinar, 2004; Pérez y Martínez, 2002; Storr, 2004; Tecla, 1995, citado en Cienfuegos, 2010).

Respecto a la violencia de pareja algunos de los factores internos que explican su existencia, son: enfermedad mental en el agresor, alteraciones psicofisiológicas, falta de control sobre sus acciones, baja autoestima de la víctima y el alcoholismo. Diversos estudios han demostrado que no existe relación directa entre alguna de estas variables y la violencia en sí; sino que son meros facilitadores (Bosch y Ferrer, 2002; Jewkes, 2002; Kandel, 2003; Pérez y Martínez, 2002; Uriarte, 1997; Weizmann- Henelius, Sailas, Viemero y Eronen, 2002, citados en Cienfuegos, 2010).

Ferenczi en 1932 (citado en Daurella, 2012) hizo aportaciones importantes en el Congreso de Wiesbaden, aseverando que cuando los niños son traumatizados son capaces de utilizar mecanismos de defensa, y en especial el que él denominó *identificación con el agresor*, cabe mencionar que la mayoría de los psicoanalistas vinculan este concepto con Anna Freud (1936, citado en Daurella, 2012) quien hace referencia al fenómeno de cómo el niño “personificando al agresor, asumiendo sus atributos o imitando su agresión, se transforma y pasa de ser la persona amenazada para convertirse en la que profiere la amenaza” (p. 7). Pero Ferenczi da un alcance más amplio, describiendo tres acciones virtualmente simultáneas: a) el niño se somete mentalmente al agresor, b) ésta sumisión le permite adivinar los deseos del

agresor, y c) el niño hace una pseudo-progresión traumática que le permite hacer aquello que él siente que le salvará.

Por otro lado, Jay Frankel (2009, citado en Daurella, 2012), explora el concepto de la identificación con el agresor proporcionado por Ferenczi y dice que se refiere a nuestra respuesta defensiva cuando nos sentimos presionados por la amenaza, cuando hemos perdido la sensación de que el mundo nos protegerá, cuando estamos en peligro sin posibilidad de escapar. Entonces hacemos desaparecer nuestro self; disociamos la experiencia presente, nos mimetizamos con el mundo que nos rodea, exactamente con aquello que nos da miedo, para protegernos. Dejamos de ser nosotros mismos y nos transformamos en la imagen que otro tiene de nosotros.

1.3.4 Modelo conductual y cognitivo-conductual

Cualquier modalidad de comportamiento, desde la más simple hasta la más compleja, es aprendida a partir de las asociaciones establecidas entre las respuestas y los estímulos ambientales; por lo tanto, el objeto de estudio del modelo conductual es la conducta observable, evaluable y cuantificable (Corsi, 2005).

Diversas contribuciones a éste, generaron el surgimiento de tres paradigmas del aprendizaje, los cuales son: el del condicionamiento clásico, el de condicionamiento operante y el del aprendizaje por modelado, que serán descritos enseguida (Corsi, 2005).

- Condicionamiento clásico: estímulo inicialmente neutro que provoca respuestas condicionadas como consecuencia del emparejamiento con otros estímulos.
- Condicionamiento operante: establece la capacidad del contexto ambiental para incidir en la frecuencia de aparición de una conducta al reforzarla (positiva o negativamente) o no reforzarla. Skinner (1977, citado en Montero, 2006) refiere que la conducta operante es controlada por las consecuencias.

- Aprendizaje por modelado: aprendizaje de conductas complejas a partir de la observación de un modelo; en otras palabras, consiste en la adquisición de conductas mediante la *imitación de modelos sociales*, lo cual se instaura principalmente a través de la observación de dichos modelos (Bandura & Walters, 1974, citado en Montero, 2006).

A diferencia del conductismo, el modelo cognitivo-conductual concibe la importancia en el comportamiento humano de las *cogniciones* (ideas, imágenes, creencias, expectativas, etc.), las cuales son patrones en las que participan emociones, pensamientos y conducta (Corsi, 2005). Por lo que, el modelo se basa en el supuesto teórico de que las conductas y efectos que tienen en un individuo, están determinadas en gran medida por el modo en que la persona estructura el mundo (Beck, 2000, citado en Montero, 2006). Dicho esto, la representación, que alude a la elaboración simbólica de la realidad que guía el comportamiento, pasa a ser un factor fundamental para comprender la intencionalidad del mismo; así que, hablar de realidad construida implica entenderla en función de las creencias propias y compartidas del individuo (Corsi, 2005).

Partiendo de esta información, el modelo cognitivo conductual plantea que la agresión o la violencia, como toda conducta, lleva un patrón de interacción entre estímulos o eventos-pensamientos-emociones-conductas-consecuencias, los cuales están interrelacionados de manera tal, que se van retroalimentado cada vez que se presentan. Así que entre más se utilicen conductas agresivas para obtener determinados beneficios, y estas conductas resulten eficaces para lograr el propósito, mayor será la probabilidad de su utilización futura. Por otra parte, también considera que las conductas se instauran por aprendizaje y por lo tanto, cualquier conducta puede ser aprendida o desaprendida, esto incluye también a los patrones cognitivos, conductuales y emocionales que comprenden habilidades que permitan hacer frente a situaciones de violencia, a reparar los daños causados y al afrontamiento exitoso de las nuevas experiencias (Montero, 2006).

Según la postura del aprendizaje social (Bandura, 1973, citado en Montero, 2006), las personas no nacen con repertorios de conducta agresiva, sino que son

aprendidos, ya sea por observación de los modelos agresivos o por la experiencia directa; para Bandura, (1973, citado en Montero, 2006) las tres fuentes principales de conducta agresiva son:

- Las influencias familiares: la fuente destacada de la agresión es la modelada y reforzada por los miembros de la familia, ya sea deliberada o inadvertidamente.
- Las influencias subculturales: es el medio en que reside una persona y con el cual tiene contactos.
- El modelamiento simbólico: se ha comprobado que los patrones de respuesta transmitidos, ya sea gráfica o verbalmente, pueden ser aprendidos, este modelamiento es proporcionado principalmente por los medios de comunicación masiva, principalmente por la televisión por su predominio y por lo vívidamente que retrata los acontecimientos.

El abordaje de la violencia mediante el aprendizaje social, considera factores externos y argumenta que cuando los infantes son víctimas o testigos de violencia por parte de sus padres tienden a *replicar* tal situación en sus relaciones posteriores (Kowng, Bartolomew, Henderson & Trinki, 2003, citados en Cienfuegos, 2010).

1.3.5 Modelo histórico-sociocultural (biopsicosociocultural)

En apartados anteriores se han abordado los factores que en determinado momento pueden hacer vulnerable a una persona o grupo de personas a vivir una experiencia de violencia o de violencia de pareja en particular, y de los principales factores etiológicos que diversos autores han mencionado, es el aspecto *cultural*, en específico las *premisas* que existen en la cultura; premisas que pueden validar la violencia.

A partir de los primeros estudios que realizó Díaz-Guerrero (1952, 1972, citado en Vargas, 2008) confirmaba que “el marco fundamental y motor del comportamiento humano es la cultura” (p. 56), también aseveraba que “el comportamiento más

consistente, el que se presenta con mayor frecuencia a través de las distintas situaciones, será el *programado* por las premisas histórico-socioculturales” (p.57).

Una premisa es entonces, una afirmación simple o compleja que parece proveer las bases para la lógica específica de los grupos y que *norma su pensar, sentir y actuar*. Son afirmaciones usadas constantemente por la mayoría del grupo (Díaz-Guerrero, 2003, citado en Vargas, 2008). Díaz Guerrero (2003, citado en Vargas, 2008) encontró nueve premisas en la cultura mexicana, que son:

1. Machismo. Hace hincapié en la *supremacía cultural del hombre* sobre la mujer.
2. Obediencia afiliativa. La obediencia que los hijos les tienen a sus padres
3. Virgindad. Grado de importancia que se asigna a *tener o no relaciones sexuales* antes del matrimonio.
4. Consentimiento. Grado de aceptación, por los sujetos, de que el papel desarrollado por las mujeres es más difícil y predica que ellas son más sensibles que los hombres.
5. Temor a la autoridad. El grado hasta el cual el sujeto siente que en la cultura mexicana los hijos temen a sus padres.
6. Status quo familiar. Representa la tendencia a mantener sin cambios la estructura tradicional de relaciones entre los miembros de la familia mexicana.
7. Respeto sobre amor. Se evalúa una relación de poder frente a una relación de amor.
8. Honor familiar. Disposición a defender hasta el extremo la reputación de la familia.
9. Rigidez cultural. Grado en que los sujetos están de acuerdo con las normas culturales verdaderamente estrictas.

Dentro de la literatura sobre violencia se han detectado algunas creencias que están muy arraigadas en la mentalidad de la sociedad y en la familia, ejemplo de ellas son: “a las mujeres les gusta que las golpeen”, “en realidad ellas lo provocan”, “te pego porque te quiero”, “es una tonta sigue con él”, “será que en el fondo le gusta que la

traten así”, “se lo estaba buscando”, entre otros (Velázquez, 2004, citado en Vargas, 2008). Este autor menciona que la consecuencia de estas creencias es que *minimizan o niegan* los hechos de violencia considerándolos habituales o normales, se desmienten las experiencias de las mujeres y se desvía la responsabilidad de los agresores.

Este modelo permite contextualizar el problema de la violencia, en la cultura mexicana, ya que, “la cultura consiste en patrones, explícitos e implícitos, y del comportamiento adquirido y transmitido por símbolos; el punto esencial de la cultura consiste en *ideas tradicionales* (derivadas y seleccionadas históricamente) y especialmente de los valores que representan; los sistemas culturales pueden ser considerados por una parte como producto de la acción, y por otra parte, ser condicionantes de acciones futuras” (Kroeber y Kluckhohn, 1952, p.357, citado en Vargas, 2008).

México, dentro de la cultura latina toma como pilares ideológicos la religión católica y la familia patriarcal (Gombrich, 2004, citado en Moral de la Rubia & López, 2013), por consiguiente una persona nacida en este país internaliza un conjunto de premisas socioculturales que le permiten ser funcional en su medio.

1.3.6 Modelo ecológico

Con el objetivo de encontrar un modelo que integrara los principales elementos involucrados en este fenómeno, autores como Heise, Ellsberg y Gottemoeller (1999, citados en Cienfuegos, 2010) retoman el *Modelo Ecológico* de Bronfenbrenner (1987) y lo adaptan para el estudio de la violencia, considerando que es un fenómeno donde influye la cultura, las motivaciones del individuo y el contexto.

El punto de partida es reconocer que la violencia es un problema complejo, polifacético, de raíces biográficas, psicológicas, sociales y ambientales, para el que no existe una solución sencilla o única, su tratamiento requiere enfoques multidisciplinarios e intervenciones en varios planos, con la ocurrencia simultánea

de diversos sectores de política pública (OPS, 2002; ONU, 2006, citado en Cienfuegos, 2010).

El modelo ecológico propuesto por Bronfenbrenner a principios del siglo pasado, es un marco conceptual que busca entender el origen de algunas conductas, teniendo en cuenta las características del individuo así como su ambiente mediato e inmediato. Bronfenbrenner en 1987 (citado en Díaz, 2010) divide los factores más importantes que inciden en el desarrollo humano en diferentes áreas, las cuales varían respecto a la participación del individuo, que puede ser directa o indirecta. Estas áreas son:

- Macrosistema
- Exosistema
- Mesosistema
- Microsistema

La OMS retoma el modelo ecológico en el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (2002) para intentar comprender la naturaleza polifacética de la violencia. Ya que, su principal utilidad estriba en que permite distinguir los numerosos factores que influyen en la violencia, al tiempo que proporciona un marco para comprender como interactúan. Este modelo por lo tanto, permite analizar los factores que influyen en el comportamiento (o que aumentan el riesgo de cometer o padecer actos violentos) clasificándolos en los cuatro niveles o áreas que son: microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema, los cuales serán explicados enseguida.

Microsistema

En el primer nivel se identifican los *factores biológicos y de la historia personal* que influyen en el comportamiento de los individuos y por lo tanto, aumentan las probabilidades de convertirse en víctimas o perpetradores de actos violentos (OMS, 2002), como son: la impulsividad, la baja tolerancia a la frustración, el abuso de sustancias, haber sido víctima directa o *testigo de violencia* en la infancia (Díaz, 2010).

Mesosistema

En el segundo nivel se abordan las *relaciones más cercanas*, como las mantenidas con la familia, los amigos, las parejas y los compañeros, y se analiza cómo estas aumentan el riesgo de sufrir o perpetrar actos violentos (OMS, 2002).

Exosistema

En el tercer nivel se exploran los *contextos comunitarios* en los que se desarrollan *las relaciones sociales*, como las escuelas, los lugares de trabajo y el vecindario, y se intenta investigar los factores que aumentan el riesgo de actos violentos, como: la densidad de población, niveles altos de desempleo o la existencia de tráfico de drogas en la zona (OMS, 2002). Estas pautas son replicadas por instituciones educativas, religiosas, laborales, judiciales, entre otras. Y es en este nivel donde se da la *legitimación institucional de la violencia*, ya que las instituciones reproducen el funcionamiento vertical del poder, así como el autoritarismo. Se utilizan métodos violentos para resolver conflictos, por ejemplo, en la escuela o el trabajo, el que tiene mayor poder (maestro, jefe), somete al que tiene menos (alumno, empleado). Lo cual se transforma en un espacio simbólico institucional propicio para el aprendizaje y/o legitimación de las conductas violentas a nivel individual (Corsi, 1994, citado en Díaz, 2010).

Macrosistema

Es el conjunto de factores sociales que determinan la violencia, como son (Corsi, 1994, citado en Díaz, 2010):

- Normas culturales que apoyan la violencia como una forma aceptable de resolver conflictos.
- Normas que refuerzan el dominio masculino sobre las mujeres y los niños
- Normas que respaldan el uso de la fuerza excesiva
- Sistema de creencias patriarcales, en el que la jerarquía es rígida y las leyes y mandatos incuestionables

Este cuarto nivel se interesa por los factores de carácter general relativos a la *estructura de la sociedad* que contribuyen a crear un clima en el que se alienta o se inhibe la violencia, como la posibilidad de conseguir armas, además de factores culturales y sociales en los que se incluyen las que conceden prioridad a los derechos de los padres sobre el bienestar de los hijos, consideran el suicidio como una opción personal más que un acto de violencia prevenible, reafirman la dominación masculina sobre las mujeres y los niños, respaldan el uso excesivo de la fuerza policial contra los ciudadanos o apoyan conflictos políticos; dentro de este nivel los factores más generales son, las políticas sanitarias, económicas, educativas y sociales que contribuyen a mantener desigualdades económicas o sociales entre los grupos de la sociedad (OMS, 2002).

El modelo permite ilustrar cómo cada uno de los factores de cada nivel refuerza o modifica los del otro. Además de ayudar a esclarecer las causas de la violencia y sus complejas interacciones, el modelo ecológico también pone de manifiesto que, para prevenirla, es necesario actuar en varios niveles a la vez (OMS, 2002). Por ejemplo:

- Hacer frente a los factores de riesgo individuales y tomar medidas para modificar los comportamientos de riesgo individuales.
- Influir en las relaciones personales más cercanas y trabajar para crear entornos familiares saludables, así como brindar ayuda profesional y apoyo a las familias disfuncionales.
- Vigilar los lugares públicos como las escuelas, los lugares de trabajo y los barrios, y tomar medidas para hacer frente a los problemas que pueden conducir a la violencia.
- Hacer frente a la desigualdad de género y a las actitudes y prácticas culturales adversas.
- Prestar atención a los factores culturales, sociales y económicos que contribuyen a la violencia y tomar medidas para modificarlos, como las orientadas a reducir las diferencias entre ricos y pobres y garantizar un acceso igualitario a los bienes, los servicios y las oportunidades.

Enseguida se presenta un ejemplo sugerido por Díaz (2010), sobre un caso de violencia de pareja con el objetivo de que cada uno de los niveles o áreas de este modelo teórico sea más claro. Un mujer sufre violencia de pareja, y ha pensado separarse de su esposo, pero dentro del macrosistema se encuentra la premisa de que “el matrimonio es para toda la vida”. Por otra parte tiene escasas oportunidades laborales, aunado a discriminación en el trabajo, lo que hará que tenga dificultades económicas para concretar su aspiración (exosistema). Además, de que su familia reafirma la premisa anterior, al decirle que “siempre hay problemas pero él te quiere” (mesosistema). Probablemente esté convencida de que es incapaz de salir adelante sola y que no tiene alternativas (microsistema).

El modelo gráficamente es representado con cuatro círculos o elipses concéntricos, como analogía de la manera en la que el individuo influye y se ve influenciado por diferentes contextos, el cual se mostrará a continuación.

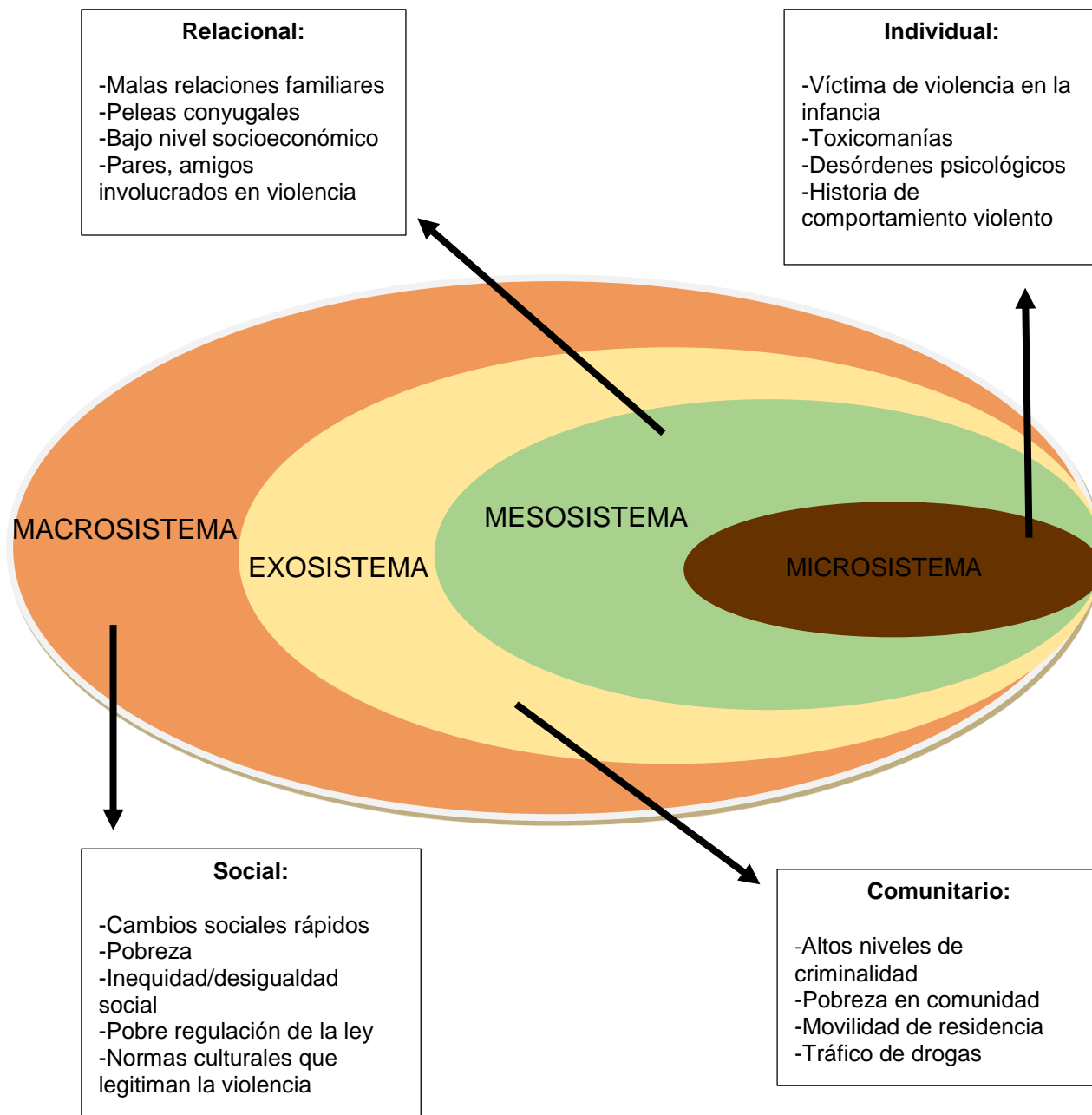


Figura 1. Modelo Ecológico para el análisis de la violencia (OMS, 2002)

1.4 Consecuencias

El estudio de la OMS sobre la violencia doméstica constató la fuerte relación existente entre la violencia de pareja y la mala salud de las mujeres víctimas de ésta, a nivel de lesiones físicas, complicaciones del embarazo, consumo de drogas y alcohol, pérdidas económicas, desempleo, depresión y suicidio (Demarais et al., 2012; Edlin y Golanty, 2010, citados en Cantón et al., 2013).

La violencia física afecta la salud física de la víctima, aumentando el riesgo de migraña, desórdenes gastrointestinales y diabetes, infecciones de transmisión sexual, infecciones de vías urinarias, mayor riesgo de enfermedades cardíacas, asma, artritis, alcoholismo y prácticas sexuales de riesgo. Asimismo, se ha asociado a consecuencias negativas en la salud reproductora como aumento de embarazos no deseados y de alto riesgo, aborto espontáneo, hemorragias, desarrollo inadecuado del feto, nacimiento prematuro y bajo peso al nacer. Además, pueden presentar una variedad de lesiones físicas como erosiones, contusiones, heridas superficiales en diversas localizaciones, quemaduras, fracturas o traumatismo craneales graves (Cantón et al., 2013).

Martínez (2007) menciona que las consecuencias no sólo son a nivel físico sino también a nivel emocional y psicológico en la víctima, por ejemplo, un único episodio puede tener un enorme impacto psicológico y provocar sentimientos de vergüenza, culpa, terror, disminución de la autoestima, insomnio y pesadillas y sentimiento de infelicidad general. Con mayor frecuencia la indefensión, puede impedir afrontar el problema y buscar una vía de escape a la situación.

En la mayoría de los casos los efectos secundarios más dañinos en la persona receptora de violencia son los de tipo psicológico, éstos están en función de la intensidad, duración y el grado de violencia; los recursos propios de quien la vive y la red de apoyo social; sin embargo, los síntomas emocionales más comunes son los siguientes (Martínez, 2007):

a) Ansiedad

Estará en función del grado y continuidad de la violencia. Se presentan en periodos de arrepentimiento y ternura, pues debido a la ambivalencia se suscita una ansiedad extrema; por ejemplo, respuestas de alerta y sobresalto permanentes. La percepción de amenaza de la vida y a la seguridad personal provoca una sensación de temor continuo, dificultades de concentración, irritabilidad y un estado de hipervigilancia; así como trastornos del sueño, pesadillas y pensamientos obsesivos relacionados con el maltrato y el maltratador.

b) Depresión

Por lo general existe una pérdida de autoestima y sentimientos de culpa: la mujer cree que la conducta de su pareja depende de su propio comportamiento, se siente responsable e intenta una y otra vez cambiar las conductas del maltratador; cuando fracasa de forma reiterada, desarrolla sentimientos de culpabilidad, de fracaso y tiende a efectuar conductas para evitar la violencia mintiendo, encubriendo al agresor, con encuentros sexuales a su pesar, sufriendo el maltrato de su pareja contra ella y contra sus hijos en silencio.

El malestar psicológico crónico en el que se encuentra la mujer produce una alteración en su forma de pensar que le hace sentirse incapaz de buscar ayuda, de proteger a sus hijos y a sí misma o de adoptar medidas adecuadas para pedir ayuda.

c) Aislamiento social

La vergüenza social, los límites que el propio maltratador establece para evitar los contactos con la familia y amigos provocan que la mujer dependa de su pareja como una fuente de refuerzo social y material; esta circunstancia hace que se sienta más vulnerable ante la sociedad y se haga crónico el miedo a enfrentarse a un futuro que percibe incierto y peligroso.

d) Trastornos psicosomáticos

Los malos tratos crónicos provocan en la mujer trastornos psicosomáticos como dolor de cabeza, caída de cabello, pérdida de apetito, ansiedad crónica, fatiga, problemas intestinales, entre otros. Las mujeres violentadas por su pareja íntima, también registran una marcada disminución en su rendimiento intelectual que afecta las actividades laborales y educativas (ausentismo, dificultades de concentración).

Hay evidencia además de que las consecuencias de la violencia de pareja no se limitan a las personas adultas que se ven inmersas en el conflicto, sino que también hay percusiones en los menores que la presencian, pero sin duda éste es un tema amplio y elemental para esta investigación, por lo que será detallado en próximos apartados.

1.5 Aspectos legales relativos a la violencia

En 1789 se emitió la Declaración de los Derechos Humanos del Hombre y del Ciudadano; en la cual se erigió una norma que excluía a ciertos grupos como las mujeres (quienes representaban la mitad de la población), los negros y los pobres. Por lo tanto, el concepto de humanidad abarcaba a un pequeño sector: hombres, blancos, adultos, con posesiones y heterosexuales (Gutiérrez de Velasco, 2000, citado en Díaz, 2010).

Fue hasta el término de la segunda guerra mundial en 1948, cuando se emite la Declaración Universal de los Derechos Humanos que establece que todos los seres humanos nacen libres e iguales y que por lo tanto hay un conjunto de derechos inalienables, que tienen por el sólo hecho de ser personas, los cuales abarcan la vida, la integridad física, la libertad, la igualdad ante la ley (Torres 2004, citado en Díaz, 2010). Sin embargo, Torres (2004, citado en Díaz, 2010) enfatiza la subsistencia de criterios de jerarquía y por tanto de exclusión. Es así como, se visualiza la convergencia entre los derechos humanos y el maltrato familiar; especialistas en la materia denunciaron que la violencia contra la mujer es la violación más constante a estos derechos. Al percatarse de esta situación, surge en 1994 la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Díaz, 2010), que será descrita enseguida.

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (1994, citado en Comisión Nacional de los Derechos Humanos CNDH, 2013) también nombrada Convención de Belém do Pará, establece por primera vez el derecho de las mujeres a vivir una *vida libre de violencia*. De igual manera ha dado la pauta para la adopción de leyes y políticas sobre prevención, erradicación y sanción de la violencia contra las mujeres en los Estados parte de la Convención (México forma parte de ésta); formulación de planes nacionales; organización de campañas e implementación de protocolos y de servicios de atención, entre otras iniciativas, y ha sido un aporte significativo al fortalecimiento del Sistema Interamericano de Derechos Humanos.

La Convención considera la existencia de tres ámbitos de visibilización de la violencia, los cuales son:

1. En la *vida privada*: la violencia es ejercida dentro de la familia, la unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, aún cuando el agresor no viva con la víctima.
2. En la vida pública: la violencia es ejercida por cualquier persona, ya sea que ésta se lleve a cabo en la comunidad, en el lugar de trabajo, en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar.
3. Perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, donde quiera que ocurra.

Ya que México forma parte de esta convención, el primero de febrero de 2007 se publicó la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, la cual es obligatoria para toda la República Mexicana, su objetivo es establecer la coordinación entre la Federación, las entidades federativas y los municipios para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, así como los principios y modalidades para garantizar su acceso a una vida libre de violencia que favorezcan su desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y de no discriminación, además, de garantizar la democracia, el desarrollo integral y sustentable que fortalezca la soberanía y el régimen democrático establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Artículo 1, p.11, Instituto Nacional de las Mujeres, 2009).

Esta ley contiene medidas precautorias y cautelares que señalan a los gobiernos para que en primer lugar reconozcan que la violencia contra las mujeres es un problema real y grave, y establece obligaciones para que los gobiernos federal, estatal y municipal se hagan responsables de dicho problema. En este sentido obliga al Estado a destinar recursos suficientes para enfrentar la violencia contra las mujeres, a los congresos locales a legislar en la materia, a las autoridades a garantizar, por medio de políticas gubernamentales, la atención, sanción y erradicación de la violencia desde el nivel municipal hasta la federación (Díaz, 2010).

En otro contexto, la Norma Oficial Mexicana NOM-190 SSA1-1999 engloba criterios para la atención médica de la violencia familiar, entró en vigor en marzo de 2000, es un instrumento para atender en los establecimientos de salud a las personas involucradas en situación de violencia familiar y que tiene por objeto establecer los criterios que el personal de la salud está obligado a observar en la detección y diagnóstico, atención médica y la orientación que se proporcione a los usuarios que se encuentren involucrados en esta problemática. De igual manera establece criterios específicos para la promoción de la salud y la prevención, para la detección y el diagnóstico, para el tratamiento y la rehabilitación, para dar aviso al Ministerio Público y para la sensibilización, capacitación y actualización del personal encargado de proporcionar los servicios de salud (Díaz, 2010).

A pesar del avance que significa la publicación de esta norma en México, la puesta en práctica de forma generalizada, está muy lejos de lo que se hace en realidad, por ejemplo, la gran mayoría de los prestadores de servicios de salud la desconocen y aquellos que están informados sobre la misma, no la llevan a cabo (Díaz, 2010).

Como es sabido cada país crea sus propias leyes o normas con base en las características demográficas, culturales y sociales; dentro de la República Mexicana cada entidad federativa lleva a cabo el mismo procedimiento, es decir, cada Estado, tiene sus propias leyes que rigen, sancionan o regulan el comportamiento de sus habitantes.

Haciendo referencia a esto, el gobierno del Distrito Federal creó la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar para el Distrito Federal en 1998, tiene énfasis en el carácter *preventivo*, no se habla de agresores y víctimas sino de generadores y receptores, para efectos de esta ley, la familia comprende a las personas unidas por parentesco consanguíneo que estén unidas por matrimonio, concubinato, se incluyen además las uniones por hecho (Díaz, 2010).

1.6 Violencia y prácticas de crianza

La violencia de pareja impacta también en las relaciones de la víctima con los hijos, asociándose a un mayor estrés en la crianza, prácticas de crianza más permisivas o métodos de disciplina más duros, controladores y agresivos (Owen, Thompson & Kaslow, 2006; Rossman y Rea, 2005; Levendosky, Leahy, Bogat, Davidson & Von Eye: 2006, citados en Cantón et al., 2013). Cantón y colaboradores (2013) mencionan que el padre violento (versus no violento) es menos probable que se implique en la crianza y más que utilice métodos negativos; es controlador y autoritario y muestra una escasa consistencia. Suele encolerizarse más con los hijos, y es menos probable que permita libertad de expresión y creatividad.

Sin embargo, existe evidencia de que algunas víctimas de violencia por parte de su pareja (alrededor del 20 por 100) aumentan su sensibilidad en el trato con los hijos, intentando compensar la violencia y crianza abusiva del perpetrador (Holt et al., 2008, citado en Cantón et al., 2013). Por ejemplo: le proporcionan un contexto positivo, utilizando conductas de crianza adecuadas (sensibilidad y apoyo), desestimulando la violencia y mostrándose empáticas o protectoras.

Algunos autores opinan que, tradicionalmente los servicios de atención a las víctimas han minimizado y a menudo ignorado, el hecho de que las mujeres maltratadas abusan de sus hijos, de manera similar los servicios de protección infantil no han considerado los efectos de la violencia de pareja sobre las madres que son abusivas y negligentes, y sus hijos (Fried, Shlonsky & Lambert, 2008; Morales, 2008, citados en Cantón et al., 2013). Esto ha llevado a muchos autores a considerar la exposición de los menores a la violencia de pareja como un tipo de maltrato. Un importante número de niños en todo el mundo padece algún tipo de maltrato y la exposición al mismo se encuentra altamente asociado con la psicopatología (Wekerle & Wolfe, 1996, citado en Caballo, 2005).

II. PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

A diferencia del tratamiento para adultos, que inició desde civilizaciones muy antiguas, el tratamiento de la salud mental del niño se comienza a ver con claridad en el siglo XX, antes de esta fecha, específicamente en la Edad Media, los niños no eran percibidos, de hecho, prácticamente no hay pinturas de ellos durante esta etapa de la historia; esto refleja la poca importancia que se concebía a este periodo de la vida. Los infantes eran considerados propiedad de los padres y aunque se les prodigaba atención y afecto, lo que prevalecía era dejarlos al cuidado de la nodriza o de los hermanos mayores (Solloa, 2010).

Por lo que de manera tradicional, la conducta anormal ha sido clasificada con base en los trastornos de los adultos, incluso algunos autores clínicos consideran que clasificar trastornos infantiles y de la adolescencia sería contraproducente, así que hablar de psicopatología durante la niñez y la adolescencia es aún una controversia (Solloa, 2010).

Sin embargo, se considera pertinente definir a la psicopatología, ya que es parte central de este estudio; autores como Wenar (2000, citado en Caraveo-Anduaga, 2007) entienden a la psicopatología infantil como un desarrollo normal que se ha vuelto inapropiado o desviado, es decir, hay conductas esperables a cierta edad pero que si persisten pueden convertirse en patológicas. Debido a que la anterior definición no logra acotar la acepción de este término, se recurre al APA Diccionario Conciso de Psicología (2010), donde la psicopatología es el “estudio científico de los trastornos mentales, lo que comprende teoría, etiología, progreso, sintomatología, diagnóstico y tratamiento; o bien las manifestaciones conductuales o cognitivas de estos trastornos; por lo que el término en este sentido se utiliza en ocasiones como sinónimo de psicología anormal y/o de trastorno mental” (p. 417).

Debido a la carencia de autonomía del niño y a la variabilidad de su situación, aunado a su proceso evolutivo acelerado, la evaluación infantil es un proceso mucho más complejo que el de los adultos, Por otro lado, Archer, 1997; González, 1998

(citados en Lucio & Heredia, 2014) refieren la necesidad de considerar que en la evaluación infantil es fundamental, estudiar las conductas, afectos, cogniciones y estado físico del niño, y que la información no debe provenir de una sola persona.

Aunado a esta información los estudios de epidemiología psiquiátrica en población infantil y adolescente de América Latina y el Caribe han sido escasos y poco comparables en cuanto a los instrumentos de medición, el rango de edades, la fuente de información (niño, adolescente, padre, maestro, tutor) y el período de referencia (OPS, 2009).

Sin embargo, es importante señalar que a partir del año 2000, se han identificado seis estudios epidemiológicos en América Latina- dos de ellos realizados en México- (Caraveo-Anduaga, 2007; Benjet, Medina-Mora, Zambrano, Borges, & Aguilar-Gaxiola, 2009, citados en OPS, 2009), 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*. Los adolescentes tienden a presentar mayores tasas de depresión y ansiedad que los niños, mientras que los varones prepúberes tienden a mostrar tasas mayores de trastorno por déficit de atención que el sexo opuesto y tasas ligeramente mayores de trastorno disocial y oposicionista desafiante, asimismo, 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 (OPS, 2009).

En el año 2000, según estadísticas del INEGI (citado en OPS, 2009) el 10% de la población de la Ciudad de México y área metropolitana, se encontraba entre las edades de 12 y 17 años, al mismo tiempo 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, estar casado o trabajar de tiempo completo) y una tercera parte no vivía con ambos padres (Benjet, Median-Mora, Borges, Zambrano, Aguilar-Gaxiola (en prensa), citados en OPS, 2009). Casi el 69% de los entrevistados vivió algún suceso traumático, por ejemplo, el 13% ha sufrido maltrato físico por sus cuidadores y el 19% *ha sido testigo de violencia*

intrafamiliar (Orozco, Borges, Benjet, Medina-Mora, López-Carrillo, 2008, citados en OPS, 2009). Dentro de la misma encuesta, 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, por lo tanto, los *trastornos de ansiedad*, representan las enfermedades mentales más comunes en este grupo etario; seguidas por los *trastornos de impulsividad*, los *trastornos afectivos* y los *trastornos por uso de sustancias*. Además de que, 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).

Por otro lado, una investigación realizada a 3005 adolescentes de 12 a 17 años de edad de la Ciudad de México (Borges, Benjet, Medina-Mora, Orozco, & Nock, 2008, citados en OPS, 2009) encontró 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 presentaban 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.

Cualquier 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 (Borges, Benjet, Medina-Mora, Orozco, & Nock, 2008, citados en OPS, 2009).

Hasta hace poco tiempo se ha prestado atención a la psicopatología en las niñas, comparado con el número de estudios centrados en los niños. Habían excluido totalmente al sexo femenino de las muestras o bien ignorado la cuestión de género al examinar los hallazgos para ambos conjuntamente. Sin embargo, las investigaciones epidemiológicas señalan que los problemas *externalizantes* son más prevalentes en los niños que en las niñas (Achenbach et al., 1991, citado en Caballo, 2005). Se ha encontrado también que los varones superan al número de mujeres en la mayoría de los trastornos de la infancia y la adolescencia, con las

excepciones de los trastornos de alimentación, depresión, trastornos de ansiedad y mutismo selectivo (Hartung & Widiger, 1998, citados en Caballo, 2005).

La investigación al respecto revela que las diferencias debidas al género en la psicopatología infantil interactúan con la edad. Los niños manifiestan más dificultades que las niñas durante la primera y mediana infancia, especialmente con respecto a los trastornos de comportamiento perturbador. Las dificultades en las mujeres pueden aumentar en la adolescencia, con mayores tasas de depresión y el estado de ánimo disfórico desde la mitad de la adolescencia hasta la edad adulta (Caballo, 2005).

De igual forma la evidencia sugiere que los problemas externalizados son más estables a lo largo del tiempo que los problemas internalizados (Caballo, 2005).

No obstante respecto a la salud mental en América Latina se han encontrado deficiencias, y en México esto no es la excepción, por ejemplo, en la República Mexicana sólo existe un hospital psiquiátrico infantil, situado en la ciudad capital, por lo que las necesidades de atención son mayores, 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 mínimamente adecuado (Borges, Benjet, Medina-Mora, Orozco, & Wang, 2008, citados en OPS, 2009).

Por lo que para fines de esta investigación, a continuación se mencionarán estadísticas obtenidas de la base de datos del Hospital Psiquiátrico "Dr. Julián N. Navarro", localizado en la Ciudad de México; de la cual resulta lo siguiente; durante estos últimos cinco años han asistido 13,361 varones, comparado con 8,554 mujeres de edades comprendidas entre 4 y 19 años, de las cuales la edad más frecuente a la que asisten a solicitar un servicio a este hospital es de 8 años. Dentro del grupo de los varones los trastornos más comunes son las *perturbaciones de la actividad y la atención* representando un 27.54%, seguido del trastorno general del desarrollo no especificado con 13.83% y el trastorno depresivo leve teniendo 9.39%. Por otro lado, respecto al sexo femenino, la prevalencia de trastornos psiquiátricos es la siguiente: *trastorno depresivo moderado* con 19.21%; las perturbaciones de la

actividad y la atención 9.63% y el trastorno depresivo grave sin síntomas psicóticos obteniendo el 5.84% (Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, 2016).

2.1 Etiología

Como en muchas otras áreas de ciencias de la salud, en psicología y particularmente en psicopatología hay una serie de fenómenos y/o condiciones que pueden incrementar la probabilidad de padecer alguna enfermedad o trastorno, por lo que a continuación serán mencionados algunos de estos factores específicamente dentro del grupo etario infancia-adolescencia.

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 (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 (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. La Organización Mundial de la Salud y la Asociación Americana de Psiquiatría 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, e impulsado y maximizado la prevención y tratamiento (Solloa, 2010).

Como es bien sabido 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 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 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 la 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, ya que, existen patrones normativos de *estructura familiar*, crianza y tipo de relación, por lo que es importante poner 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 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; como 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.

Gracias a que este etapa de la vida, es primordial para el óptimo desarrollo, y por tanto, complicada de evaluar, diagnosticar y tratar, surge la *psicopatología del desarrollo*, la cual no sigue un modelo teórico unitario, sino que es una guía para una perspectiva organizacional del niño y del adolescente; ésta 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).

Ésta, va más allá de modelos tradicionales de enfermedad mental al enfatizar el *funcionamiento biológico y psicológico* en un modelo general de regulación del desarrollo (Lucio & Heredia, 2014). Además, una de las principales contribuciones, es la identificación de factores de riesgo de un individuo en particular en un contexto particular, pues son pocos los factores de riesgo que se pueden considerar como generales o universales. Algunos de estos factores que se estudiaron en las primeras investigaciones respecto a los niños son:

- *Enfermedad mental de la madre* (cronicidad)
- Ansiedad en la madre
- Pocas perspectivas en la educación del hijo
- Falta de educación de los padres
- Pertenecer a un grupo minoritario
- Estilo de interacción inadecuado
- *Falta de apoyo familiar*
- *Sucesos de vida estresantes*

- *Maltrato de padres o cuidadores*
- Bajo nivel socioeconómico

Estas primeras investigaciones concluyeron que ninguno es por sí mismo definitivo y que lo más importante es la acumulación de riesgos que se da en poblaciones vulnerables, pero además que hay diferentes formas de responder a los ambientes de alto riesgo dentro de los cuales se encuentra la adaptación positiva a pesar del riesgo (Lucio & Heredia, 2014).

La clave para entender el desarrollo desde esta perspectiva es atender a las *tareas, actitudes y conductas claves de cada etapa*. El desarrollo previo puede tener un efecto restrictivo o favorecedor en el futuro, que tiende a incrementar la probabilidad de psicopatología, sin embargo, en el continuo entre el desarrollo normal y anormal, muchos de los factores de riesgo en cada contexto, pueden intervenir para cambiar el curso del desarrollo (Caraveo & Soriano, 2013).

Sameroff (s.f., citado en Meneghello, 2000) agrega factores de riesgo los cuales son: rigidez en las actitudes, creencias o valores de la madre respecto al desarrollo del niño, *déficit en el rol de la madre que dificulta la interacción entre ella y el niño* y perturba el desarrollo del infante, estatus ocupacional poco calificado del jefe del hogar, educación materna mínima y poco apoyo familiar.

Rutter (1990, citado en Caraveo & Soriano, 2013) menciona por su parte la existencia de *factores de vulnerabilidad* o elementos condicionantes que contribuyen al riesgo, tales como:

1. Género. Los niños tienen mayor probabilidad de presentar problemas de conducta que las niñas ante la presencia de tensiones en el hogar.
2. Temperamento. Lo infantes con un temperamento difícil, son blanco de la irritabilidad, crítica y hostilidad de los padres.
3. Ausencia de una adecuada relación con los padres
4. Escasas habilidades de planeación
5. Falta de experiencias escolares positivas
6. Falta de cuidado afectivo

7. Deficiente habilidad para socializar
8. A nivel socio-cultural, los niños con características personales que no encajan en las expectativas del grupo social

Sin embargo, los niños que logran hacer un buen ajuste a pesar de estar inmersos en riesgos, son llamados *resilientes*. Autores como Werner y Smith (1992, citado en Caraveo & Soriano, 2013) mencionan que a través del modelo de la psicopatología del desarrollo, se entiende la resiliencia como el balance entre el riesgo y los factores protectores. En un estudio estos autores identificaron tres grupos de *protección*, los cuales son:

- a) Inteligencia normal y atributos personales, entre los que se encuentran: fortaleza, vigor y temperamento sociable, mismos que facilitaron una respuesta positiva en la interacción con familiares y otros adultos.
- b) *Lazos afectivos* con padres sustitutos o hermanos mayores que fomentaron la confianza, la autonomía y la iniciativa.
- c) El sistema de apoyo externo, como la escuela, la iglesia y grupos de amigos donde se recompensa la capacidad de logros.

También se ha reconocido la importancia de la recreación de las madres que realizan las labores del hogar, las actividades recreativas en familia, las expectativas y opciones de educación y trabajo, las actividades extraprogramáticas de los niños y la participación en instituciones sociales. Pero al mismo tiempo, la autoestima es un factor protector, muy importante que se desarrolla en la primera infancia (Meneghello, 2000). Además, este autor, menciona algunas *características de la comunidad* que actúan como factores protectores y pueden favorecer la formación de niños resilientes, como son: una atmósfera de responsabilidad, educación que fomente autoconfianza, una relación estable con algún profesor o adulto de la comunidad, oportunidad para que los jóvenes participen en alguna actividad social o con remuneración económica, recursos para el cuidado de los niños, recreación y/o entrenamiento de un oficio.

2.2 Tipología y clasificación

El ser humano desde siempre ha experimentado la necesidad de entender, controlar y predecir los hechos de la naturaleza, por lo que requiere de la elaboración de explicaciones o conceptos interpretativos de tales fenómenos. Adicionalmente, la necesidad de comunicar eficientemente tales interpretaciones conduce a la construcción de términos con qué denominarlos y a la formulación de criterios definitorios de los mismos. Estos criterios buscan establecer límites entre lo que el fenómeno es y lo que no es (Asociación Psiquiátrica de América Latina, 2004).

Si diferenciar normalidad de patología en el adulto es difícil, dicha diferenciación resulta mucho más complicado en el niño, niña y/o adolescente, ya que el desarrollo del menor no es lineal sino que implica la existencia de alteraciones o conflictos que expresa a través de síntomas, alteraciones puntuales, indicadores de trastornos funcionales o de enfermedades psicosomáticas (Vives, 2007).

Por consiguiente, la clasificación debe considerarse más como un lenguaje que como una colección de objetos (Rutter & Taylor, 2003, citados en Lucio & Heredia, 2014), porque puede permitir la comunicación entre los profesionales de la salud.

De acuerdo con González y colaboradores (1998, citados en Lucio & Heredia, 2014), se pueden distinguir dos tipos de sistemas de clasificación de las alteraciones de la infancia y adolescencia, los cuales son:

- 1) Sistema de clasificación derivado de la nosología de adultos, los cuales están basados en opiniones y observaciones de diferentes profesionales en la práctica clínica (DSM, CIE).

Algunas de las ventajas de estas clasificaciones, es que utilizan un enfoque descriptivo; las categorías diagnósticas están definidas con base en signos y síntomas identificables, a los que se ha denominado criterios operacionales de diagnóstico. Estas clasificaciones son categoriales ya que la unidad de clasificación es la categoría basada en la observación y juicio clínico (Domenech & Ezpeleta, 1995, citados en Lucio & Heredia, 2014).

- 2) Sistemas de clasificación creados en particular para la infancia, se dividen en categoriales, dimensionales y evolutivos.

Los sistemas de clasificación para infantes se derivaron de la perspectiva psicoanalítica, éstos tenían un respaldo teórico importante, pero poca validez empírica. Ya que el diagnóstico del menor estaba determinado por: el funcionamiento del niño en cuanto al desarrollo de las pulsiones, ego y súper ego; puntos de fijación y regresión; tolerancia a la frustración; ansiedad, conflictos y potencial de sublimación (Lucio & Heredia, 2014).

Años después, surgen las clasificaciones *multiaxiales* que tienen como característica la formulación sistemática de las condiciones del paciente y factores asociados en diferentes ejes (Lucio & Heredia, 2014); con el propósito de capturar sus componentes críticos para el tratamiento y la evolución del paciente (Mezzich y Jorge, 1993; Mezzich, 1995, citados en Asociación Psiquiátrica de América Latina, 2004).

No obstante, Achenbach y Rescorba (2007, citados en Lucio & Heredia, 2014) consideran que para evaluar la psicopatología del niño hay que ir de abajo hacia arriba, es decir, partir de los problemas que reportan padres y maestros para establecer el diagnóstico, porque las categorías psiquiátricas van de arriba hacia abajo, esto es, primero se tiene un constructo y a partir de ahí se evalúa el problema del menor.

Se ha estado mencionando a lo largo de párrafos anteriores el inicio de la clasificación infantil y adolescente, ahora es momento de mencionar la tipología existente y la más viable para fines de esta investigación.

El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM por sus siglas en inglés), realizado por la Asociación Americana de Psiquiatría presenta entre sus principales objetivos, el proporcionar una guía útil para la práctica clínica. Entre sus objetivos adicionales, destaca el de facilitar la investigación, mejorar la comunicación entre los profesionales y servir de herramienta para la enseñanza de la psicopatología. Sin embargo, algunos autores critican esta clasificación, por

múltiples causas, pero la principal consiste en su dependencia del modelo médico de la enfermedad, del mismo modo, los criterios que se definen en los trastornos son considerados como ambiguos (Vives, 2007).

En su más reciente versión, el DSM V, clasifica a los trastornos de la infancia y la adolescencia de la forma siguiente:

Trastornos del neurodesarrollo

- Discapacidad intelectual
 - Leve
 - Moderado
 - Grave
 - Profundo
 - Retraso global del desarrollo
 - Discapacidad intelectual no especificada
- Trastornos de la comunicación
 - Trastorno del lenguaje
 - Trastorno fonológico
 - Trastorno de fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo)
 - Trastorno de la comunicación social
 - Trastorno de la comunicación no especificado
- Trastorno del espectro autista
- Trastorno por déficit de atención/hiperactividad
 - Presentación combinada
 - Presentación predominante con falta de atención
 - Presentación predominante hiperactiva/impulsiva
 - Trastorno por déficit de atención/hiperactividad no especificado
- Trastorno específico del aprendizaje
 - Con dificultad en la lectura (especificar si con precisión en la lectura de palabras, velocidad o fluidez de la lectura, comprensión lectura)

- Con dificultad en la expresión escrita (especificar si con corrección ortográfica, corrección gramatical y puntuación, claridad u organización de la expresión escrita)
- Con la dificultad matemática (especificar si con memorización de operaciones aritméticas, calculo correcto o fluido)
- Trastornos motores
 - Trastorno del desarrollo de la coordinación
 - Trastorno de movimientos estereotipados
 - Trastorno de tics
 - Trastorno de Gilles la Tourette
 - Trastorno de tics motores o vocales persistente
 - Trastorno de tics transitorio
 - Otro trastorno de tics especificado
 - Trastorno de tics no especificado
 - Otros trastornos del neurodesarrollo
 - Otro trastorno del neurodesarrollo especificado
 - Trastorno del neurodesarrollo no especificado

Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta

- Trastorno negativista desafiante
- Trastorno explosivo intermitente
- Trastorno de la conducta

Trastorno de la personalidad antisocial

- Piromanía
- Cleptomanía
- Otro trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta
- Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

Problemas de relación

- Problema de relación entre padres e hijos
- Problema de relación con los hermanos
- Educación lejos de los padres

- Niño afectado por una relación parental conflictiva

En comparación, la segunda clasificación es la realizada por la OMS, nombrada *Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (CIE)*, la cual maneja la siguiente categorización en su décima y última edición.

Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia

- Trastornos hiperkinéticos
 - Trastornos de la actividad y de la atención
 - Trastorno hiperkinético disocial
 - Otros trastornos hiperkinéticos
 - Trastorno hiperkinético sin especificación
- Trastorno disociales
 - Trastorno disocial limitado al contexto familiar
 - Trastorno disocial en niños no socializados
 - Trastorno disocial en niños socializados
 - Trastorno disocial desafiante y opositor
 - Otros trastornos disociales
 - Trastorno disocial sin especificación
- Trastorno disociales y de las emociones mixtos
 - Trastorno disocial depresivo
 - Otros trastornos disociales y de las emociones mixtos
 - Trastorno disocial y de las emociones mixto sin especificación
- Trastorno de las emociones de comienzo habitual en la infancia
 - Trastorno de ansiedad de separación de la infancia
 - Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia
 - Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia
 - Trastorno de rivalidad entre hermanos
 - Otros trastornos de las emociones en la infancia
- Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia

- Mutismo selectivo
- Trastorno de vinculación de la infancia reactivo
- Trastorno de vinculación de la infancia desinhibido
- Trastorno del comportamiento social en la infancia y la adolescencia sin especificación
- Trastornos de tics
 - Trastorno de tics transitorio
 - Trastorno de tics crónicos motores o fonatorios combinados
 - Trastorno de tics sin especificación
- Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia
 - Enuresis no orgánica
 - Encopresis no orgánica
 - Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia
 - Pica en la infancia
 - Trastorno de estereotipias motrices
 - Tartamudeo
 - Farfulleo
 - Trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia o en la adolescencia sin especificación
- Trastornos del desarrollo psicológico
 - Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje
 - Trastorno específico de la pronunciación
 - Trastorno de la expresión del lenguaje
 - Trastorno de la comprensión del lenguaje
- Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar
 - Trastorno específico de la lectura
 - Trastorno específico de la ortografía
 - Trastorno específico del cálculo
 - Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar
 - Otros trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar

- Trastornos generalizados del desarrollo
 - Autismo infantil
 - Autismo atípico
 - Síndrome de Rett
 - Otro trastorno desintegrativo de la infancia
 - Trastorno hiperkinético con retraso mental y movimientos estereotipados

Otra clasificación útil pero poco utilizada en México es la *Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP)*, la cual intenta optimizar el uso y la utilización del capítulo de trastornos mentales de la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, [WHO], 1992ª, citado en Asociación Psiquiátrica de América Latina, 2004), por lo que comporta una evaluación crítica de los estándares internacionales y la formulación de un modelo de evaluación y diagnóstico con base en la apreciación de la realidad y necesidades de la población latinoamericana. Es así como, la GLADP, presenta la siguiente clasificación, respecto a este grupo etario.

- Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje
 - Trastorno específico de la pronunciación
 - Trastorno del lenguaje expresivo
 - Trastorno de la recepción del lenguaje
 - Afasia adquirida con epilepsia
 - Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje, no especificado
- Trastornos específicos del desarrollo de las habilidades escolares
 - Trastorno específico de la lectura
 - Trastorno específico del deletreo (ortografía)
 - Trastorno específico de las habilidades aritméticas
 - Trastorno mixto de las habilidades escolares
 - Otros trastornos especificados del desarrollo de las habilidades escolares
 - Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje, no especificado

- Trastornos generalizados del desarrollo
 - Autismo en la niñez
 - Autismo atípico
 - Síndrome de Rett
 - Otro trastorno desintegrativo de la niñez
 - Trastorno hiperactivo asociado con retraso mental y movimientos estereotipados
 - Síndrome de Asperger
 - Otros trastornos generalizados del desarrollo, especificados
- Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia
 - Trastornos hipercinéticos
 - Perturbación de la actividad y la atención
 - Trastorno hipercinético de la conducta
 - Trastorno hipercinético, no especificado
 - Trastornos disociales
 - Trastorno disocial limitado al contexto familiar
 - Trastorno disocial en niños no socializados
 - Trastorno disocial en niños socializados
 - Trastorno opositor desafiante
 - Otros trastornos disociales, especificados
 - Trastornos emocionales de comienzo específico en la niñez
 - Trastorno de ansiedad de separación en la niñez
 - Trastorno de ansiedad fóbica en la niñez
 - Trastorno de ansiedad social en la niñez
 - Trastorno de rivalidad entre hermanos
 - Otros trastornos emocionales en la niñez, no especificados
 - Trastorno de ansiedad generalizada en la niñez
 - Trastorno del comportamiento social de comienzo específico en la niñez y en la adolescencia
 - Mutismo selectivo

- Trastorno de la vinculación en la niñez tipo desinhibido
- Otros trastornos del comportamiento social en la niñez
- Otros trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia
 - Enuresis orgánica
 - Encopresis no orgánica
 - Trastorno de la ingestión alimentaria en la infancia y la niñez
 - Pica en la infancia y la niñez
 - Trastornos de los movimientos estereotipados
 - Tartamudez
 - Fafulleo
 - Otros trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia, especificados

Desde otra perspectiva Solloa en 2010, creó la siguiente clasificación de los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia, la cual es útil para esta investigación, ya que del instrumento utilizado para evaluar psicopatología en niños y adolescentes del Dr. Caraveo, genera una clasificación similar a la de esta autora.

Trastornos que influyen en los procesos de desarrollo y de aprendizaje

- Retraso mental
- Trastornos generalizados del desarrollo
 - Trastorno autista
 - Trastorno de Rett
 - Trastorno desintegrativo infantil
 - Trastorno de Asperger
- Trastorno reactivo de vinculación en la infancia o la niñez
- Trastornos de la comunicación
 - Trastorno de lenguaje (mixto y expresivo)
 - Trastorno fonológico
 - Tartamudeo

- Trastorno del aprendizaje

Trastornos con *síntomas exteriorizados (comportamiento perturbador)*

- Trastorno por déficit de atención, hiperactividad
- Trastorno negativista desafiante
- Trastorno disocial

Trastornos con *síntomas interiorizados (emocionales)*

- Trastornos de ansiedad
 - Ansiedad por separación
 - Personalidad por evitación y fobia social
 - Ansiedad generalizada
 - Fobia simple
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastornos del estado de ánimo
 - Depresión infantil
 - Suicidio en los niños
 - Trastorno bipolar en los niños
- Desórdenes del sueño
 - Pesadillas
 - Terrores nocturnos
 - Sonambulismo

Todas estas clasificaciones han permitido en la mayoría de los casos que la evaluación de la población infantil contenga criterios específicos para que cada profesional del área de salud mental pueda brindar un tratamiento especializado y enfocado al padecimiento actual que presenta el menor.

2.3 Evaluación y diagnóstico

Algunos de los instrumentos de evaluación y diagnóstico utilizados mayormente para detectar problemas referentes a las patologías o alteraciones con mayor prevalencia en población infantil y adolescente en la República Mexicana son: Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños revisada 2da edición (CMASR-2); el Cuestionario de Conductas Antisociales-delictivas (A-D); la Entrevista para Síndromes Psiquiátricos en Niños y Adolescentes (chIPS); el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes (MMPI-A); y el Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico de Problemas de Salud Mental en Niños y Adolescentes (CBDT), los cuales serán desglosados a continuación, sin embargo, este último será explicado a detalle ya que ha sido utilizado junto con la Escala de Violencia e Índice de Severidad (EV) para la presente investigación, la cual también será descrita en este apartado.

2.3.1 Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños revisada, 2da Ed. (CMASR-2)

Se utiliza para niños y adolescentes de 6 a 19 años, tiene como objetivo evaluar el nivel y la naturaleza de la ansiedad en niños con problemas de estrés académico, ansiedad ante los exámenes, conflictos familiares, así como problemas de adicciones, conductas perturbadoras, problemas de personalidad, entre otros (Manual Moderno, 2014).

El CMASR-2 es un instrumento de autoinforme que consta de 49 reactivos designados a evaluar el grado y naturaleza de la ansiedad en niños. El niño únicamente responde a las preguntas con Sí o No. Las puntuaciones obtenidas dan como resultado el Índice de Ansiedad Total pero también proporcionan cinco calificaciones adicionales que tiene que ver con la ansiedad fisiológica, inquietud, ansiedad social, defensividad e índice de respuestas inconsistentes (Manual Moderno, 2014).

2.3.2 Cuestionario de Conductas Antisociales-Delictivas (A-D)

El autor de este cuestionario es Nicolás Seisdedós, en el cual se evalúa niños y adolescentes entre 11 y 19 años de edad, que tiene como objetivo detectar la existencia de conductas antisociales y delictivas en individuos de estas edades (Manual Moderno, 2014).

Es un cuestionario que consta de 40 reactivos, que recogen una amplia gama de comportamientos sociales indicativos de propensión o presencia de conductas de tipo delictivo. Con base en análisis factoriales, se determinaron las dimensiones que cubre el Cuestionario que son: a) un factor de conducta delictiva o delincuente (D), es decir, comportamientos ilegales y b) un factor de conductas antisociales (A) que rozan la frontera con lo que cae fuera de la ley (Manual Moderno, 2014).

2.3.3 Entrevista para Síndromes Psiquiátricos en Niños y Adolescentes (CHIPS)

Los autores de esta entrevista son Weller y 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 (Manual Moderno, 2014):

- 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.

2.3.4 Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes (MMPI-A)

Los autores de este inventario son Butcher y colaboradores, fue adaptada al español por Emilia Lucio, 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 (Manual Moderno, 2014).

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 (Manual Moderno, 2014).

2.3.5 Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBDT)

Para la evaluación y vigilancia de la salud mental en la población infantil y adolescente de México, es creado un instrumento de sencilla aplicación pero con suficiente validez que permite identificar y explorar conductas clave para el diagnóstico de los problemas y manifestaciones psicopatológicas más comunes en las dos primeras etapas de la vida de un ser humano, con base en los motivos de consulta en los servicios de salud mental (Caraveo, 2006, citado en Caraveo & Soriano, 2013).

El instrumento aborda algunas conductas que tienden a agruparse en constelaciones que señalan la presencia de probables síndromes psicopatológicos que pueden agruparse en problemas de atención, conducta disocial, ansiedad, depresión y otro tipo de alteraciones específicas como problemas de lenguaje, epilepsia y conductas impulsivas (Caraveo, 2007, citado en Caraveo & Soriano, 2013).

El cuestionario debe ser respondido por un adulto a cargo del menor y que por lo tanto, conozca su comportamiento y desarrollo. Para cada síntoma y conducta explorada se pregunta acerca de la presencia, es decir, que ésta esté presente de forma frecuente durante el último año, y de su continuidad en caso de haber iniciado antes; si tuvo inicio antes del último año, debe indagarse la edad aproximada en la que empezó a manifestarse la conducta, con el fin de evaluar el desarrollo de la condición y sopesarla clínicamente. De esta forma, se busca asegurar que el síntoma o conducta sea significativa y relevante actualmente.

A continuación serán presentados los reactivos que forman parte del instrumento, y las características que el aplicador de éste, debe tomar en cuenta para cada uno.

Q5 Número de hijo. En este reactivo se escribe la posición que ocupa el hijo de referencia.

Q6 ¿Su lenguaje es anormal (retardado, incomprensible, tartamudo). Para este síntoma, la presencia es lo más importante y no necesariamente la frecuencia

Q7 ¿Tiene problemas para dormir?. Algunos problemas para dormir son: que no se quiera ir a dormir a la hora que corresponde, que se despierte en las noches, que en las mañanas le cueste trabajo levantarse. En estos síntomas si es importante tomar en cuenta la frecuencia, para precisar la relevancia clínica del síntoma, se recomienda por lo tanto, preguntar de acuerdo a lo presentado en el último mes (sin tomar en cuenta el fin de semana y el periodo vacacional). El síntoma será frecuente cuando el niño lo presente al menos tres días a la semana.

Sin embargo, en el caso de otros trastornos del dormir (sonambulismo y terrores nocturnos) se excluye el criterio de frecuencia, tomándose sólo la presencia del fenómeno.

Q8 ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?. Es importante considerar el criterio de frecuencia y que no sea consecuencia de una enfermedad física diagnosticada. Para determinar la relevancia clínica se toma como base el criterio de al menos tres días a la semana. En este caso si se incluyen todos los días de la semana y periodos vacacionales.

Q9 ¿Se ha fugado de la casa?. En ésta pregunta no es necesario tomar en cuenta la frecuencia sino la presencia de la conducta y explorar el contexto en el que acontece.

Q10 ¿Roba dinero o cosas de la casa o fuera del hogar?. Tampoco es necesario tomar en cuenta la frecuencia, sino la presencia de la conducta y evaluar el contexto en el que acontece.

Q11 ¿Es muy nervioso (a) o miedoso (a) sin haber una buena razón?. En el caso de esta pregunta es importante evaluar si hay síntomas de ansiedad tales como: comerse las uñas, que le suden las manos, que se asuste por todo, que se preocupe mucho.

Q12 ¿Es lento para aprender en comparación con otros niños/jóvenes?. No es necesario tomar en cuenta la frecuencia. Se recomienda preguntar acerca de los reportes de los profesores.

Q13 ¿Se aísla y casi nunca juega con otros niños (as)?. No es necesario tomar en cuenta el criterio de frecuencia, se debe evaluar la presencia de la conducta de asilamiento en diversos ambientes: escolar, familiar, vecindario.

Q14 ¿Se orina en la cama en la noche?. Este síntoma se tomará como presente cuando ocurra al menos dos días por semana u a partir de los cinco años.

Q15 ¿Es demasiado dependiente o apegado a los adultos?. Tampoco es necesario considerar el criterio de frecuencia. Algunas recomendaciones para corroborar la

presencia de esta síntoma es plantear preguntas tales como: ¿Le cuesta trabajo irse a dormir sólo? ó ¿Tiene mamitis o papitis?.

Q16 ¿Le da miedo ir a la escuela?. No es necesario tomar en cuenta el criterio de frecuencia

Q17 ¿No se puede estar quieto(a) en su asiento y siempre se está moviendo?. Es importante evaluar esta pregunta en varios ambientes, por ejemplo, esta conducta debe ser la queja habitual de los maestros, padres u otras personas que tratan con el niño y para considerarla como presente debe reportarse al menos tres días de la semana.

Q18 ¿No termina lo que empieza, es muy distraído(a)?. No es necesario tomar en cuenta el criterio de frecuencia pero si es importante evaluar si la conducta se presenta al realizar diferentes actividades: para hacer trabajos o tareas, labores que se le pidan en casa, para las actividades en el salón de clases.

Q19 ¿Muchas veces está de mal humor, es irritable o geniuado?. Se toma como presente este síntoma cuando se observe por lo menos tres días a la semana, o se presente como una conducta esporádica pero con una intensidad fuera de lo común, como por ejemplo: patear, insultar, escupir, romper o aventar cosas.

Q20 ¿Muchas veces se le ve triste, infeliz, deprimido?. Deberá estar presente al menos tres días a la semana

Q21 ¿Se queja de dolores o molestias físicas sin que hay problema médico?. Deberá estar presente al menos tres días a la semana. Se recomienda preguntar por: dolores de estómago, ronchas, comezón, dolores de piernas o brazos, niños quejumbrosos habitualmente.

Q22 ¿Tiene pesadillas con frecuencia?. Se tomará como frecuente cuando se presente al menos una vez a la semana y por un periodo de un mes.

Q23 ¿Tiene bajo peso porque rechaza comer?. En esta pregunta no es necesario tomar en cuenta el criterio de frecuencia

Q24 ¿Come demasiado y tiene sobrepeso?. No es necesario considerar el criterio de frecuencia

Q25 ¿Es muy desobediente y peleonero(a)?. Se tomará como frecuente cuando se presente al menos una vez a la semana y por un periodo de un mes.

Q26 ¿Dice muchas mentiras?. Si es necesario considerar el criterio de frecuencia, es importante que el entrevistador haga hincapié en que la conducta se esté presentando en forma habitual.

Q27 ¿Se niega a trabajar en la escuela?. Tomar en cuenta el reporte de que la conducta se ha presentado y no es necesario considerar el criterio de frecuencia.

Q28 ¿Es muy explosivo (a) y pierde el control con facilidad?. No es necesario considerar la frecuencia, sino la intensidad de la conducta. Se recomienda al evaluador tomar en cuenta la explosividad tanto en términos de furia y enojo, como de felicidad o alegría excesiva.

Q29 ¿Padece de ataques (convulsiones) o caídas al piso sin razón?. No es necesario tomar en cuenta el criterio de frecuencia

Q30 ¿Se queda mirando al vacío (se queda en babia)?. No es necesario considerar el criterio de frecuencia

Q31 ¿Se junta con niños(as)/muchachos(as) que se meten en problemas?. No es necesario considerar el criterio de frecuencia

Q32 ¿Toma alcohol o usa drogas?. No es necesario tomar en cuenta el criterio de frecuencia

La consistencia interna del instrumento resultó ser de 0.81, con un rango entre 0.75 y 0.85 para los diferentes grupos de edad, lo que indica que puede utilizarse confiablemente como una escala en diferentes edades. El punto de corte, para definir “caso” se estableció utilizando el intervalo de confianza superior del percentil 90, esto es, cinco síntomas (Caraveo-Anduaga, 2006).

Los resultados de estudios posteriores han brindado información para que el autor de este instrumento haya establecido criterios adicionales, los cuales son: a) casos probables no complicados que obtienen una puntuación entre 5 y 8 síntomas, b) casos definitivos complicados que puntúan de 9 a más síntomas y c) no caso con puntuación de 4 síntomas o menos (Caraveo & Soriano, 2013).

El CBDT tiene como ventaja la fácil aplicación en escenarios de atención primaria, como primer paso para establecer vigilancia en la salud mental de los infantes y adolescentes. De esta forma pueden identificarse: a) niños con diferentes perfiles sindromáticos a los cuales dar seguimiento evaluando la presencia de diferentes factores de riesgo; b) diferentes tipos de intervenciones y medidas terapéuticas las que pueden someterse a evaluación (Caraveo-Anduaga, López, Soriano, López, Contreras, & Reyes, 2011b, citados en Caraveo & Soriano, 2013).

Ahora bien, las agrupaciones de los síntomas que fueron mencionados con anterioridad, son basadas en las asociaciones encontradas entre los síntomas, a través de los grupos de edad en el total de la muestra estudiada en la población general y las descripciones de los trastornos siguiendo la clasificación del DSM-IV, se elaboraron las siguientes definiciones sindromáticas (Caraveo-Anduaga, 2007, citado en Caraveo & Soriano, 2013), que se presentan en cinco grupos: síndromes de exteriorización, síndromes de interiorización, otros síndromes, mixto tipo 1 y mixto tipo 2.

Los *síndromes de exteriorización* que son las conductas que interfieren negativamente con el desarrollo del niño o adolescente y que dificultan el proceso de adaptación social, cuyas *características afectan principalmente al entorno*, es decir, causan malestar en las personas que lo rodean, éstas conductas son: la impulsividad, hiperactividad, trastorno por déficit de atención, trastorno oposicionista desafiante y trastorno de conducta. Por otro lado, el grupo de los *síndromes de interiorización*, corresponde a reacciones o trastornos afectivos como depresión y ansiedad (Caraveo & Soriano, 2013).

Dentro de *otros síndromes*, se encuentra, un probable trastorno de lenguaje; probable trastorno por epilepsia; conducta explosiva con probable daño cerebral y

conducta explosiva como probable rasgo del carácter, por ejemplo (Caraveo & Soriano, 2013). En el grupo sindromático, mixto tipo 1, hay tanto síndromes de externalización como de internalización. Y para concluir, en el grupo mixto tipo 2, existen tanto síndromes de externalización y/o internalización, aunado a otro tipo de problemas (probable epilepsia o problemas de lenguaje) (Caraveo-Anduaga, 2007).

2.3.6 Escala de Violencia e Índice de Severidad (EV)

Escala de Violencia e Índice de Severidad, fue el otro instrumento utilizado, el cual tiene como objetivo medir la violencia hacia las mujeres por parte de la pareja masculina, asimismo, el índice de severidad (ISVP) permite establecer la dimensión del daño emocional y físico de las acciones violentas perpetradas contra las mujeres. Tiene como consistencia interna 0.99 (Valdez-Santiago, Hjar-Medina, Salgado de Snyder, Rivera-Rivera, Ávila Burgos, & Rojas, 2006).

La construcción de esta escala se desarrolló en dos procedimientos: a) el análisis de las respuestas de la ENVIM a las preguntas que conformaron la EV, b) el jueceo para asignar pesos diferenciales a cada reactivo de la escala, tomando en cuenta el daño físico y emocional de cada acción o comportamiento violento incluido en la EV. El jueceo que fue un procedimiento para construir la escala, consideró tomar en cuenta las opiniones de diferentes actores sociales, con el fin de lograr diversas opiniones acerca del problema de violencia (hombres, mujeres, investigadores, especialistas clínicos y mujeres maltratadas), quienes evaluaron los reactivos en dos dimensiones: daño emocional y físico. Por lo tanto, la asignación de los pesos se basó en las consecuencias –daño emocional y daño físico- de cada tipo de violencia (Valdez-Santiago, et al., 2006).

Los criterios para considerar casos de violencia son los siguientes: a) de cero a un valor por debajo de la media se consideró como “no caso”; b) por arriba de la media se consideró “caso de violencia”; c) por arriba de la media más una desviación estándar, se consideró “violencia severa” (Valdez-Santiago, et al., 2006).

2.4 Aspectos legales relativos al maltrato infantil

En contraste, es pertinente para fines de esta investigación brindar información respecto a las leyes que protegen a los menores de edad en México, dentro de las cuales se encuentra la Convención sobre los Derechos del Niño aprobada en noviembre de 1989, que a lo largo de sus 54 artículos, reconoce que los niños (seres humanos menores de 18 años) son individuos con derecho de pleno desarrollo físico, mental y social, y con derecho a expresar libremente sus opiniones (United Nations International Children's Emergency Fund UNICEF, 2006). Desde su aprobación, en el mundo se han generado avances en el cumplimiento de los derechos de la infancia a la supervivencia, la salud y la educación, a través de la prestación de bienes y servicios esenciales; así como por medio del reconocimiento de la necesidad de establecer un entorno protector que defienda a los niños y niñas de la explotación, los malos tratos y la violencia (UNICEF, 2006).

Uno de estos avances que la Convención generó en México, fue la creación de la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes que fue promulgada en diciembre de 2014, la cual reconoce a las niñas, niños y adolescentes como titulares de derechos, además garantiza su pleno ejercicio por medio de diversas instituciones, tales como el Sistema Nacional de Protección Integral entre otras, que permiten un trabajo más coordinado entre los actores responsables en la labor de garantizar la protección de la niñez y adolescencia (Comisión Nacional de los Derechos Humanos CNDH, 2015).

2.5 Psicopatología infantil y violencia de pareja

En el capítulo anterior se habló sobre la violencia de pareja, los posibles factores etiológicos, las consecuencias, entre muchos otros aspectos, sin embargo, el impacto negativo de esta situación no se limita únicamente a la víctima adulta, sino que provoca una gran disfunción y alteración en el sistema familiar, siendo los hijos a menudo testigos (“víctimas silenciosas”) de la misma (Howell, 2011; Rizo, Macy, Ermentrout & Johns, 2011, citados en Cantón et al., 2013).

La mayoría de los autores coincide, en que el niño es testigo o se ve expuesto a la violencia de pareja cuando ve, oye, se involucra o percibe las consecuencias de agresiones físicas o sexuales entre sus cuidadores. La bibliografía sobre esta temática se ha centrado en la violencia de pareja del hombre contra la mujer, aunque los niños y las niñas se pueden ver expuestos a violencia protagonizada por la madre y/o el padre, e inclusive a la violencia de pareja bidireccional (Evans, Davis & DiLillo, 2008, citados en Cantón et al., 2013).

No hay cifra global sobre la tasa de prevalencia o número de niños expuestos a la violencia de pareja, pero se calcula que alrededor de 15.5 millones de niños americanos anualmente se ven expuestos a esta situación, especialmente los menores de 5 años (McDonald, Jouriles, Ramisetty-Mikler, Caetano y Green, 2006; Yount, DiGirolamo y Ramakrishnan, 2011, citados en Cantón et al., 2013).

Evans et al., (2008); Holt, Buckley y Whelan, (2008); Yount et al., (2011), citados en Cantón et al., (2013), concluyen que ser testigo de violencia de pareja se ha relacionado con una peor salud y desarrollo durante la infancia temprana. Hay evidencia de su impacto en la conducta social y desarrollo emocional y psicológico.

Las investigaciones respecto al funcionamiento cognitivo del niño expuesto a la violencia de pareja se han limitado a cuestiones como la capacidad verbal general o a las puntuaciones de cociente intelectual (Jouriles et al., 2008, citado en Cantón et al., 2013). Ybarra, Wilkens y Lieberman (2007, citados en Cantón et al., 2013), encontraron que los preescolares expuestos a la violencia tenían puntuaciones inferiores en capacidad verbal y cociente intelectual en comparación con niños del

mismo sexo, edad, etnia, igual edad de la madre, hogar monoparental, pero sin historial de abusos.

Por su parte, Towe-Goodman, Stifter, Coccia y Cox (2011, citados en Cantón et al., 2013) informaron que la exposición a la violencia de pareja psicológica y/o física durante los primeros siete meses de vida del infante, se relacionaba con menores habilidades de atención a los 15 meses de edad. Jouriles y colaboradores, (2008, citados en Cantón et al., 2013) encontraron que los preescolares expuestos al mismo fenómeno, rendían menos en memoria explícita (captación, procesamiento y almacenamiento de nueva información), sin que influyera el poder adquisitivo de la familia, ni los estudios de la madre o la existencia de maltrato infantil. Y en contra parte, la existencia de la *crianza positiva* (cantidad y calidad de las interacciones con el hijo) desempeñaba un papel moderador.

De manera similar, Cantón y colaboradores (2013), refieren que los niños que viven en hogares violentos tienen más dificultades en la expresión y regulación de las emociones. De igual forma, a menudo presentan déficits de competencia social, reflejados en una escasa sensibilidad interpersonal, falta de empatía y escasas habilidades en la solución de problemas interpersonales; es más probable que tengan una actitud favorable al uso de la violencia como estrategia de reducción del estrés y resolución de conflictos, así como percepciones distorsionadas sobre la violencia de pareja.

La exposición a la violencia de pareja se relaciona con problemas *internalizados* como retraimiento, ansiedad, trastornos somáticos, trastornos del sueño, depresión y sentimientos de autoinculpação, así como un mayor riesgo de conducta suicida, fobias y una menor autoestima. Las respuestas fisiológicas a la exposición crónica elevan la percepción de peligro, reflejándose en síntomas como hipervigilancia, respuesta de miedo exacerbada, ansiedad, dificultades para regular el afecto y depresión, empeorando los problemas externalizados, disminuyendo el funcionamiento académico y perjudicando el desarrollo de habilidades sociales (Evans et al., 2008; Rizo et al., 2011; Thompson & Trice- Black, 2012, citados en Cantón et al., 2013).

La bibliografía ha confirmado la hipótesis de la transmisión intergeneracional de la violencia; verse expuesto y/o sufrir directamente violencia durante la infancia incrementa el riesgo de una mayor tolerancia o conducta violenta posterior (Holt et al., 2008; Graham-Bermann y Howell, 2011, citados en Cantón et al., 2013).

Es de vital importancia que se le dé a la violencia el peso que tiene, ya que es imprescindible que las personas no se habitúen a vivir en un ambiente violento y lleguen a considerarlo como algo normal, como menciona Adler (citado en Marueta, 2015), la personalidad es producto de la vida en sociedad; por tal motivo, si un individuo se habitúa a vivir con violencia, él mismo la ejercerá en su medio.

Así como en la violencia de pareja existían diversas definiciones, nos encontramos ante la misma situación respecto a *maltrato infantil*, encontrando varias acepciones, una de ellas es la que menciona Marueta (2015) la cual incluye desde el maltrato físico, emocional y sexual hasta aquellas situaciones que por negligencia del adulto a cargo de su cuidado y educación, ocasionan algún daño en el menor. Las desnutrición infantil, los niños de la calle, los niños *testigos de violencia familiar* o víctimas de la misma corresponden a diversas formas de maltrato a las que se suman nuevas modalidades de agresión que, aunque se niegan, en ciertas clases sociales sutilmente se manifiestan en forma de indiferencia y humillación.

La OMS en 2014, lo define como los abusos y la desatención de que son objeto los niños (as) menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del menor, o que ponen en riesgo su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. También considera la *exposición a la violencia de pareja* como una forma de maltrato infantil.

En general, puede decirse que la mayor parte de los problemas de conducta que los menores maltratados presentan incluyen: adopción de conductas similares a las de sus padres, es decir, agresión instrumental destinada a obtener algo, poseen escasas habilidades sociales o incapacidad para resolver problemas respecto a la interacción social, reaccionan inadecuadamente ante las situaciones de estrés de

sus iguales. Respecto a la comunicación, el habla en los niños que han sufrido violencia, es redundante, contiene pobreza de contenido y dificultad para expresar conceptos abstractos (Villanueva & Clemente, 2002).

Además, la experiencia de violencia va a marcar la percepción que los niños, las niñas y los adolescentes tienen respecto de sí mismos, de los demás, así como de las relaciones entre ambos, y el mundo social. Según Cerezo en 1995 (citado en Villanueva & Clemente, 2002) los niños que han sido maltratados, presentan dificultades para interpretar bien la conducta y las intenciones de los demás, escasa empatía y escasas conductas prosociales (ya que los padres no han ofrecido un modelo adecuado de comportamiento).

III. CENTRO COMUNITARIO

Debido a que el tipo de muestra que fue tomada para esta investigación, fue clínica, a continuación se contextualizará el trabajo llevado a cabo en el Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro” (CCMG), para poder visualizar las características de este, así como el tipo de población que asiste.

En 1979 un grupo de profesores, encabezados por el Dr. Julián Mac Gregor fundaron el centro comunitario perteneciente a la Facultad de Psicología y a la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social (CCMG, 2011).

Este centro comunitario tiene como 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. Como 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 (CCMG, 2011).

Los objetivos son (CCMG, 2011):

- Profesionalización de los estudiantes de licenciatura y posgrado, al integrarse en alguno de los programas: Formación en la práctica, servicio social, tesis, residencias de maestría y por medio de la combinación entre teoría y práctica.
- Servicio a la comunidad, mediante el conocimiento de la problemática, por medio de programas preventivos y de intervención a niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.

Valores (CCMG, 2015):

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.

- **RESPECTO:** 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 el respeto con el objetivo de coadyuvar en el bienestar individual y social.

Los servicios que se llevan a cabo dentro de este centro, se encuentran en constante monitoreo para acatar las normas de Gestión de Calidad ISO 9001:2008 (Facultad de Psicología, 2015), de modo que se mantenga y garantice la certificación de sus procesos.

El centro comunitario otorga atención psicológica a través de diversos programas dirigidos a la niñez, adolescencia, adultez y tercera edad, en diversas áreas como: adicciones, *violencia*, atención educativa, salud sexual y reproductiva, relaciones familiares, entre otros, tanto a nivel preventivo como de intervención psicoterapéutica, a través de la participación permanente de estudiantes que se integran al equipo de trabajo bajo distintas modalidades: programas de Formación Profesional Supervisada, como prestadores de Servicio Social, realizando Prácticas de Asignatura, como tesis o como residentes de maestría (CCMG, 2011). Cabe mencionar que los menores de los que fue obtenida información por medio de las

madres o tutoras evaluadas, forman parte de alguna actividad dentro de una de estas modalidades.

Los programas de Formación Profesional Supervisada, contribuyen en gran medida a la formación de estudiantes en escenarios reales bajo la supervisión y guía de profesores y profesoras especialistas en diversas áreas. El principal objetivo de este programa, es crear puentes entre teoría, práctica y ejercicio profesional en escenarios reales a través de diversos servicios a la comunidad para atender algunas problemáticas (CCMG, 2011).

Respecto al Servicio Social, el principal programa es el de Prevención y Atención de la Salud Mental en la Comunidad, donde dependiendo de la supervisora a cargo, se definen las actividades a realizar, como pueden ser talleres, cine-debates, entre otros (CCMG, 2011).

Actualmente el centro comunitario es sede de maestrías como: Psicología Escolar, Psicoterapia Infantil, Psicoterapia Adolescente y Terapia Familiar (CCMG, 2011).

Cada uno de estos programas tiene lineamientos específicos tanto para los académicos, los estudiantes, y los usuarios externos que están interesados en formar parte de alguno de ellos; a continuación será mencionado el procedimiento que se debe seguir en cada uno; en un primer momento con los académicos y estudiantes.

Los lineamientos de Formación Profesional Supervisada, tienen como finalidad agilizar el proceso de registro, difusión, inscripción, recepción y conclusión de los programas incorporados a este (CCMG, 2011):

- Registro y entrega de programas de académicos. El programa tiene que ser entregado a la Coordinación de Centros de Servicio y a la Jefatura del Centro, por escrito y en electrónico, debe incluir horarios, periodo escolar, fecha de inicio y término.
- Difusión. Los programas son difundidos a través de órganos informativos de la Facultad y en carteles y/o volantes.

- Preinscripción e inscripción de estudiantes. Los cursos, talleres y seminarios que son impartidos dentro de la Modalidad de Formación Profesional y Supervisada están dirigidos a: estudiantes inscritos en la Facultad de Psicología que cubren condiciones que los académicos del programa estipulen (semestre, habilidades y competencias); los egresados de la Facultad de Psicología que tiene menos de un año de haber concluido sus créditos; y los egresados de la Facultad que tiene entre uno y dos años de haber egresado, siempre y cuando estén realizando tesis o alguna otra modalidad de titulación.
- Emisión de constancias.

Lineamientos de servicio social

La inscripción al programa de servicio social sólo puede ser realizada por estudiantes que hayan completado el 70% de sus créditos, se realiza una entrevista previa para determinar si el estudiante cumple con los requisitos para poder integrarse al programa y si la responsable del programa considera que es apto y hay vacantes disponibles, se inicia con trámite administrativo para poder empezar a prestar el servicio dentro del CCMG (CCMG, 2015).

Lineamientos de residencias de maestría

Con los estudiantes de maestría, el responsable académico solicita espacio y horas para éstos, posteriormente se brinda una inducción y bienvenida en el CCMG, después de todos los trámites administrativos puede iniciar con la residencia dentro del centro.

Todos los estudiantes que participan o brindan algún servicio dentro del centro, independientemente del programa al que pertenezcan, son evaluados cuando menos en tres ocasiones durante su estancia en el mismo. La evaluación inicial se hace en las dos primeras semanas de inicio del programa; la evaluación que se realice dependerá del tipo de competencia a adquirir en el programa específico. Los conocimientos teóricos serán evaluados a través de un examen elaborado por el responsable del programa. Se realizarán dos exámenes de evaluación teórica (uno

al principio y otro al final). De acuerdo a los resultados obtenidos en el examen teórico, el encargado académico del programa adapta éste al trabajo durante el semestre (CCMG, 2015).

La supervisión del estudiante es primordial para brindar un servicio de calidad a los usuarios externos, es por eso que los estudiantes participan en las actividades teórico-prácticas propuestas por el responsable del programa, así mismo, los estudiantes pueden ser excluidos de la participación directa en alguna actividad cuando haya un consenso entre el responsable del programa y el estudiante. El estudiante, de igual manera, participará en la intervención directa con el usuario externo en forma gradual a juicio del responsable del programa (como observador, co-terapeuta, terapeuta o facilitador) siempre con la supervisión del responsable (CCMG, 2015).

El servicio terapéutico, forma parte del nivel de intervención. El nivel de prevención es el otro proceso llevado a cabo dentro del Centro Comunitario, y será descrito enseguida.

Las actividades de prevención corresponden a conferencias, talleres, ciclos de cine-debate, etc., y conlleva un procedimiento distinto al del servicio terapéutico.

- Elección del tema y actividad. Para la elección del tema se toma en cuenta lo siguiente: a) objetivos de atención a la comunidad, la detección de necesidades y demandas de la población; b) objetivos de formación: los objetivos profesionales e intereses personales.
- Propuesta de la actividad. Se elabora una carta descriptiva, donde son programadas las actividades y contenidos. La propuesta debe ser presentada con un mes de anticipación en la Jefatura del Centro, para determinar las fechas y horarios.
- Elaborar publicidad (carteles y/o volantes). Estos con el fin de difundir actividades.
- Difusión. Los carteles para uso interno se colocan en lugares visibles del Centro Comunitario; los que van fuera del centro deben ser pegados en lugares estratégicos, con la autorización del establecimiento; tomando en

cuenta que deben ser abarcadas las colonias atendidas por el Centro (Ruiz Cortines, Ajusco, Candelaria, Díaz Ordaz, El Reloj, San Pedro Tepetlapa, Santa Úrsula Coapa y Santo Domingo).

- Implementación. Deben ser respetados los horarios, se les pide a los asistentes que llenen un formato, donde se recupera su nombre, teléfono y correo electrónico.

Siendo uno de los principales objetivos la participación de estudiantes de licenciatura y posgrado de la carrera de psicología para contribuir al conocimiento de las situaciones actuales y en contextos reales de la comunidad, serán mencionadas estadísticas de usuarios internos (estudiantes y personal de apoyo que brindan servicio dentro del inmueble a los usuarios externos). El total de estudiantes que colaboran en diversas actividades en el centro comunitario es de 125, de los cuales el 19% son varones y el 81% mujeres; de estos, el 45% son estudiantes del Sistema de Universidad Abierta (SUA), seguidos de alumnos del Sistema Escolarizado con 41%, posteriormente de alumnos voluntarios y finalmente de los alumnos quienes realizan tesis representando el 5% total (Alfaro, Burgueño, Cervantes, Pérez, Sánchez, & Vázquez, 2016).

Por otro lado, en los últimos nueve meses han sido atendidos alrededor de 2062 personas dentro del centro comunitario, los cuales son nombrados usuarios externos, de las cuales 1216 son del sexo femenino y 846 del sexo masculino, representando el 59% y el 41% respectivamente; del total de personas atendidas el 46% corresponde a individuos entre 1 y 19 años, el 52% representa a personas entre 20 y 60 años. Es importante mencionar, que en la etapa que comprende edades de entre 1 y 12 años han asistido menos niñas que niños, expresado en porcentajes el 38% representa a las mujeres y el 62% a los varones en ese rango de edad. La población adolescente del sexo femenino representa al 53%, comparado con el sexo opuesto con 47%. Respecto a esto, quienes con mayor frecuencia solicitan el servicio son niños en edad escolar y mujeres de entre 40 y 65 años (Alfaro, et. al., 2016).

A cada usuario externo que solicita servicio dentro del centro, se le da una impresión diagnóstica de acuerdo al padecimiento, de las cuales las más frecuentes son las referentes a *problemas familiares, seguida de problemas de autoestima y control de impulsos* (Alfaro, et. al., 2016).

Por otro lado, Alfaro et al., (2016) encontraron que los motivos de consulta referidos por los padres de familia respecto a la problemática de sus hijos más frecuentes son: *problemas de conducta, problemas de aprendizaje, separación de los padres y baja autoestima*. En los adultos que asisten a solicitar servicio dentro del centro comunitario, los motivos de consulta más habituales son: conflictos en la dinámica familiar, depresión y ansiedad; la violencia de pareja o familiar se encuentra ubicado en los últimos lugares de frecuencia respecto a este rubro.

El proceso que sigue un usuario externo al momento de solicitar un servicio terapéutico en el centro comunitario es el siguiente (CCMG, 2015):

- Primer contacto. Este puede darse por medio de la canalización de otra institución, vía telefónica o la asistencia directamente al inmueble; el encargado del área de recepción solicita los siguientes datos: nombre del usuario, en caso de ser un menor de edad también es importante el nombre del padre o tutor, teléfono, motivo de consulta y horario preferente de atención.
- Pre-registro. Los datos arriba mencionados son capturados en la base de datos de Pre-registro y se informa la fecha de reunión para el registro formal de la atención.
- Reunión de registro formal. Se informa el procedimiento para solicitar y ofrecer atención, se leen los lineamientos del servicio, se mencionan los pasos a seguir para la asignación de la entrevista inicial, se llena la solicitud de servicio y anexo de documento de canalización –en caso de que aplique-, y se informan los talleres disponibles. Posteriormente se registra la solicitud, y se asigna fecha para entrevista de primera vez según la disponibilidad del horario de los responsables académicos.

- Asignación de usuarios al programa. Se informa al responsable del programa la asignación final de los usuarios
- Primer cita y seguimiento del paciente. El terapeuta debe abrir un expediente para el paciente. La asignación del número de expediente es otorgado por la persona encargada del área de recepción. En sesiones subsecuentes el terapeuta incluye al expediente un reporte de sesión.
 - o El expediente debe contener los siguientes datos: Ficha de admisión (tipo de terapia: individual o familiar); estudio socioeconómico; consentimiento informado (para usuarios o para tutores, en caso de menores de edad); formato de canalización (en caso de ser necesario).
- Alta de los pacientes. Los terapeutas llenan el formato de alta y lo agregan al expediente.
- Baja de los pacientes. Tres faltas consecutivas sin avisar es motivo de baja.

Ésta institución se centra en la atención clínica en diversas áreas, sin embargo, debido a la especialización que requieren ciertas problemáticas existen casos a los cuales no es posible brindarles atención como son: personas con problemas severos de adicción, personas con padecimientos psiquiátricos, personas que requieren atención dentro del área de educación especial y personas con daño neurológico, lo cuales son referidos a otros centros pertenecientes a la Facultad o a instituciones especializadas (CCMG, 2011).

IV. MÉTODO

El método que se utilizó fue mixto, ya que dentro de esta investigación se analizarán tanto los datos cualitativos como cuantitativos, para integrarlos y realizar deducciones respecto de la información obtenida. Según Hernández-Sampieri y Mendoza, (2008, citados en Hernández-Sampieri, Fernández, & Baptista, 2014) los métodos mixtos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de una investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio.

4.1 Justificación

La violencia es un problema complejo, cuya definición no tiene exactitud científica, ya que es una cuestión de apreciación, es decir, está relacionada con esquemas de pensamiento y comportamiento conformados por multitud de fuerzas en el seno de nuestras familias y comunidades (OMS, 2002).

La violencia en la pareja es considerada un problema de salud pública, que puede ocurrir en cualquier parte del mundo, sin importar la raza, el sexo, la edad o el nivel socioeconómico.

Sin embargo, la violencia de pareja no sólo se limita a la víctima adulta sino que provoca secuelas a nivel familiar, y los hijos a menudo son testigos (víctimas silenciosas). De esta manera, cuando el niño (a) o adolescente ve, oye, se involucra o percibe las consecuencias de las agresiones, repercute en su salud emocional y en su desarrollo durante la infancia temprana (Cantón, et al., 2013). Por lo tanto, también trae consigo factores culturales que naturalizan y justifican esta acción violenta, mientras esto, no pueda ser visualizado por todos o la gran mayoría, la violencia de pareja y todo lo que ésta conlleva seguirá replicándose, convirtiéndola en una situación cada vez más complicada y delicada para erradicar.

La importancia de este estudio para la ciencia, y la psicología en particular, es que a través de esta investigación se conocieron las características epidemiológicas de salud mental de la población infantil y adolescente, así como los tipos de violencia ejercida contra la pareja en la muestra conformada por madres o tutoras de hijos de entre 4 y 16 años de edad, quiénes han solicitado atención psicológica en el CCMG (muestra clínica). Además, dar a conocer el grado de relación existente de violencia en la pareja con la psicopatología infantil y adolescente.

De esta manera, la presente investigación constituye una innovación en el campo de la psicología, ciencias sociales y de la salud; ya que incluye la detección de los indicadores de violencia de pareja y de psicopatología infantil y adolescente en la población atendida en el CCMG. Por lo tanto, los resultados obtenidos en este estudio fundamentarán el diseño de estrategias de intervención o programas basados en la parentalidad positiva, como factor protector de la psicopatología infantil y adolescente, para contribuir a la mejora de los servicios ofrecidos en el CCMG, y al bienestar de los usuarios, lo que generará un impacto no sólo individual, sino también social.

4.2 Objetivo general

El objetivo de este estudio es conocer el grado de relación que existe entre la severidad de la violencia de pareja y la cantidad de síntomas reportados por la madre o tutora del menor en una muestra clínica, es decir, madres/tutoras quienes han solicitado atención psicológica en el CCMG y cuyos hijos o hijas tienen de 4 a 16 años de edad.

4.3 Pregunta de investigación

En la muestra clínica, ¿la severidad de la violencia de pareja se relaciona con la cantidad de síntomas que reporta la madre o tutora del menor?.

4.4 Hipótesis

Hipótesis de investigación (Hi)

- En la muestra clínica, incluida en este estudio, la severidad de la violencia (ya sea física, psicológica o sexual) tiene relación estadísticamente significativa y positiva con el número de síntomas reportados por la madre o tutora.

Hipótesis nula (Ho)

- En la muestra incluida en este estudio, no existe relación estadísticamente significativa entre la severidad de la violencia y el número de síntomas reportados por la madre o tutora respecto del menor.

4.5 Definición de variables

Violencia de pareja

Definición conceptual: 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, amenaza de violencia física; c) violencia sexual: forzar física o emocionalmente a la mujer a la relación sexual; d) violencia económica: ejercicio de control a través del dinero (Valdez-Santiago, Hjar-Medina, Salgado de Snyder, Rivera-Rivera, Ávila Burgos, & Rojas, 2006). Aunque también existe violencia de pareja de la mujer hacia el hombre, pero para fines de ésta investigación nos centraremos en la ejercida del varón hacia la mujer.

Definición operacional: el tipo y la severidad de la violencia en la pareja se determinó con base en los resultados de la Escala de Violencia e Índice de Severidad, donde un valor por encima de la media de esta muestra se considera

caso de violencia, y caso severo cuando el valor está por encima de la media más una desviación estándar.

Psicopatología infantil

Definición conceptual: estudio científico de los trastornos mentales, lo que comprende teoría, etiología, progreso, sintomatología, diagnóstico y tratamiento; o bien las manifestaciones conductuales o cognitivas de estos trastornos; por lo que el término en este sentido se utiliza en ocasiones como sinónimo de psicología anormal y/o de trastorno mental (APA Diccionario Conciso de Psicología, 2010, p. 417).

Definición operacional: resultados obtenidos por el Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBDT), considerándose una puntuación entre cinco y ocho síntomas para ser calificado como probable caso no complicado y una puntuación mayor a nueve como caso definitivo complicado.

4.6 Diseño de investigación

Para la detección de características de la muestra clínica, se utilizó un diseño de investigación no experimental transeccional o transversal de tipo correlacional (Baptista, Fernández, & Hernández-Sampieri, 2014), en el cual las variables a describir serán: la violencia de pareja y su relación con los síntomas de alteraciones o trastornos mentales que las madres o tutoras reporten en los niños, niñas o adolescentes.

4.7 Muestra

Las participantes fueron 140 mujeres de entre 21 y 63 años, quienes son madres o tutoras de niños, niñas o adolescentes de 4 a 16 años de edad y han solicitado atención psicológica en el CCMG, a la cual se denominará muestra clínica.

Tipo de Muestreo

El muestreo que se utilizó fue de tipo no probabilístico o intencional de sujetos (Baptista, et. al., 2014): madres/tutoras entre 20 y 65 años que acudan al Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro” a solicitar atención psicológica para sus hijos(as) o familiares a su cuidado en un rango de edad de 4 a 16 años.

Participantes

La muestra se conformó por 140 mujeres de entre 21 y 63 años de edad, obteniendo los datos de 151 menores de edad entre 4 y 16 años.

Escenario

Las aplicaciones se realizaron en el Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”, asistíamos en diversos horarios y días, con el fin de poder abarcar a la población completa, algunas veces las mamás o tutoras fueron entrevistadas en diferentes cubículos del centro (por ejemplo: salones y cámaras de Gesell), otras más, fueron entrevistadas en la sala de espera, porque no había lugares disponibles, lo cual dificultó la aplicación, ya que casi siempre se encontraban otras personas en el lugar (personal académico, personal administrativo y usuarios externos); cabe mencionar que, con la gran mayoría de las madres o tutoras al momento de la aplicación se encontraban los hijos o hijas, por lo que tuvieron que tomarse medidas específicas, sobre todo respecto a la escala de violencia, haciendo que ellas leyeran y contestarán por sí mismas las preguntas.

4.8 Procedimiento

- Capacitación. Se recibieron tres sesiones de capacitación para la aplicación de la Escala de Violencia de Índice de Severidad (EV) (ANEXO 3) y el Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBTD) (ANEXO 2) por parte de la Licenciada en Psicología y becaria de nivel maestría del proyecto PAPIIT número IN307016 “Parentalidad Positiva como Factor Protector ante

Violencia de Pareja y Psicopatología Infantil”, quién es asistente de investigación.

- Trabajo de campo. Se realizaron dos reuniones para la planeación y organización en cuanto al trabajo en equipo para la aplicación de los instrumentos, en las cuales estuvieron presentes estudiantes participantes del proyecto de investigación como son: prestadores de servicio social, tesisistas y maestrantes. A partir de dichas reuniones se establecieron acuerdos en cuanto a lineamientos metodológicos y prácticos para la aplicación. Se proporcionó el material correspondiente (instrumentos EV y CBTD, así como la hoja de datos personales (ANEXO 1), y el cuestionario de preguntas abiertas para contextualizar la violencia vivida (ANEXO 4).
- Aplicación de instrumentos. La aplicación fue realizada dentro del CCMG en un horario de 10:00 am a 4:00 pm aproximadamente, recabar la muestra fue difícil, ya que, no siempre las madres o tutoras tenían tiempo disponible para ser evaluadas, porque en ocasiones tomaban sesión junto con su hijo (a) y al término de ésta inmediatamente abandonaban el inmueble, además, de que no siempre era la madre o tutora quien se encontraba con el menor, esto con respecto a los niños y niñas, y en el caso de los adolescentes, fue más complicado porque generalmente llegaban a sesión sin compañía de sus padres. Al momento de la aplicación con las madres o tutoras se les hizo mención del consentimiento informado (ANEXO 5), que fue proporcionado al momento de inscribirse a alguna actividad dentro del CCMG, también se informó a groso modo sobre el proyecto y el principal objetivo de la aplicación de instrumentos (en este caso, para mejorar los servicios ofrecidos en el CCMG a partir de la detección de necesidades).
- De los instrumentos aplicados se obtuvo un total de 151 aplicaciones del CBTD y 140 del EV. Éstas diferencias se deben, a que el primero fue aplicado por cada niño, niña o adolescente que las madres o tutoras tuvieran en la edad comprendida entre 4 y 16 años, existiendo la posibilidad de que alguna madre o tutora tuviera más de un hijo en ese rango de edad y el segundo instrumento fue aplicado por cada madre o tutora.

- Captura de datos. La asistente de investigación del CCMG, proporcionó una capacitación para la captura de los datos de los dos instrumentos (CBTD y EV) en el programa SSPS Versión 23.
- Calificación de instrumentos: Se obtuvo en un primer momento la calificación de la escala EV, por medio de un análisis estadístico, obteniendo de esta manera resultados acerca de si hay o no violencia en cada una de las aplicaciones, y la severidad de la violencia, con éstos dos, se pudo obtener cuántos fueron no caso de violencia, casos de violencia y caso severos de violencia. Por otro lado, la calificación del CBTD se realizó con apoyo y colaboración del Dr. Caraveo, quién es autor del mismo y es adscrito al Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Análisis de datos. Se realizó el análisis de los datos utilizando estadística descriptiva e inferencial, obteniendo tablas donde se presentan los resultados (frecuencia y porcentajes) junto con las medidas de tendencia central en relación a los datos obtenidos de los cuestionarios aplicados a la muestra clínica. De igual manera se utilizó la correlación de Pearson para obtener el grado de relación entre la severidad de la violencia (física, psicológica y sexual) de pareja y el número de síntomas reportados por las madres o tutoras de hijos o hijas de 4 a 16 años de edad.
- Comunicación de resultados. Fueron documentados los resultados del estudio en el presente trabajo de tesis, cuya finalidad es fundamentar teórica y empíricamente la relación existente entre la violencia de pareja y la psicopatología infantil, misma que será el sustento para estudios posteriores para el proyecto PAPIIT "Parentalidad Positiva como factor protector ante Violencia de Pareja y Psicopatología Infantil" con número IN307016, el cual está dividido en tres etapas, que se llevarán a cabo en tres años respectivamente, sin embargo, esta investigación forma parte del primer año de la implementación del proyecto.

4.9 Instrumentos

Se utilizaron dos instrumentos para el estudio, uno para conocer la prevalencia de problemas de salud mental en los niños, niñas y adolescentes, y otro para medir la violencia de pareja y su severidad. El primero es el Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBTD), el cual permite identificar posibles problemas de salud mental en niños y adolescentes tomando como base las quejas o motivos de consulta más frecuentes en el Sector Salud (Caraveo & Soriano, 2013).

El cuestionario fue contestado por la madre/tutora por cada hijo que tuviera en un rango de edad de 4 a 16 años. 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 (Caraveo & Soriano, 2013). También se incluyeron preguntas que hacían referencia a si el menor había asistido con algún médico, psiquiatra, psicólogo, sacerdote entre otros. Y si ellas como madres o tutoras de acuerdo al comportamiento percibido del menor consideraban necesario que asistiera a algún servicio de salud mental.

El segundo instrumento utilizado para la identificación de violencia de pareja fue la Escala de Violencia e Índice de Severidad (EV), el cual está validado a nivel nacional, ésta se utiliza para medir violencia hacia las mujeres por parte de la pareja masculina. Consta de 19 preguntas que 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, algunas veces, varias veces y muchas veces (Valdéz-Santiago, et al; 2006).

Una de las ventajas de la utilización de estos instrumentos, es que ambos fueron desarrollados para utilizarse en investigaciones nacionales, por lo tanto, los índices de confiabilidad son altos, además de contener lenguaje sencillo y claro, lo que facilitó la aplicación a la muestra, aunado a su corta extensión.

V. ANÁLISIS DE DATOS

Fueron evaluadas 140 madres o tutoras, quienes solicitaron servicio de atención psicológica en el centro comunitario para sus hijos o hijas de entre 4 y 16 años de edad, de los cuáles fueron recabados 151 instrumentos.

A continuación se analizarán los datos derivados de esta muestra, denominada clínica, en función de los resultados obtenidos por medio de la estadística descriptiva.

En la tabla 1 se presentan las edades de las madres o tutoras de la muestra clínica, donde el promedio de edad es 38.35 años; la moda de 32, la mediana de 38.5, y una desviación estándar de 8.45. Uno de los criterios de inclusión considerados para esta investigación, fue una edad de 20 a 65 años, sin embargo, las mujeres participantes tuvieron un rango de edad que en general fue menor a los cincuenta años.

Tabla 1. Edad de las madres o tutoras

Rango de edad	f	%	% ACUMULADO
21-30	24	17.1%	17.1%
31-40	61	43.6%	<u>60.7%</u>
41-50	44	31.4%	92.1%
51-60	9	6.4%	98.5%
61-63	2	1.4%	99.9%

En la tabla 2, se muestra la distribución de frecuencias respecto al estado civil de las mujeres evaluadas, en la cual se puede observar que más de tres cuartas partes de la muestra se encuentran en una relación de pareja que implica cohabitación.

Tabla 2. Estado civil de las madres o tutoras

Estado civil	f	%
soltera	29	20.7%
casada	66	<u>47.1%</u>
unión libre	45	32.1%

En contraste, la figura 2, refleja que el 92% de las mujeres participantes al momento de la evaluación tenían pareja, el resto, no mantenía una relación.

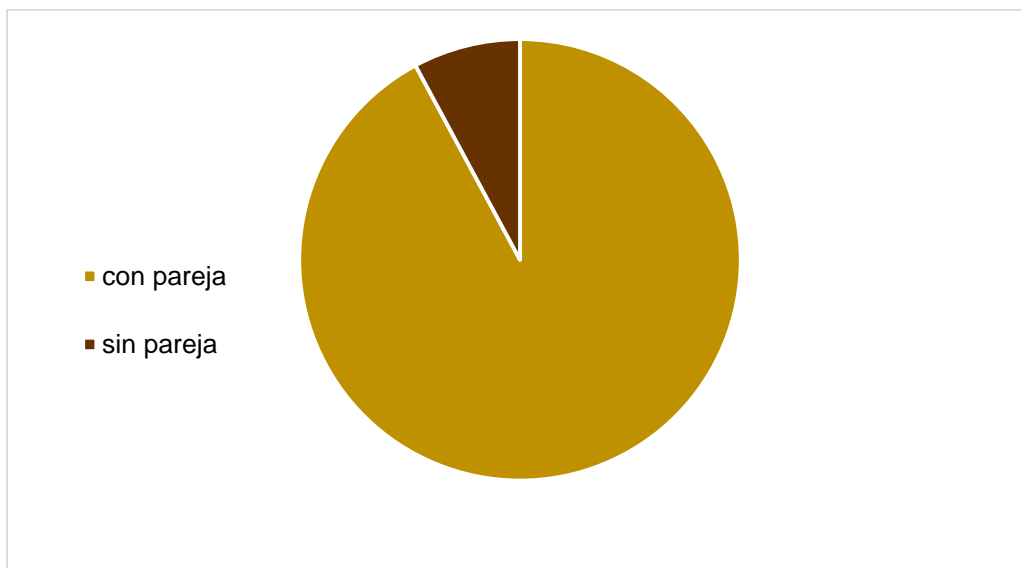


Figura 2. Madres o tutoras con y sin pareja

En la tabla 3, la distribución de frecuencias de la ocupación de las madres o tutoras de esta investigación, refleja que casi la mitad de la muestra clínica tiene como ocupación el ser ama de casa.

Tabla 3. Ocupación de las madres o tutoras

Ocupación	f	%
ama de casa	64	<u>45.7%</u>
empleada	50	35.7%
comerciante	15	10.7%
otro	11	7.9%

En la próxima tabla se muestra que más del 90% de las mujeres participantes son madres biológicas de los menores, éste fue uno de los criterios de inclusión, sin embargo, existen otros cuidadores que están a cargo de los niños como son las abuelas, papás, hermanas y tías.

Tabla 4. Parentesco de la madre o tutora con el menor

Parentesco	f	%
madre	129	92.1%
abuela	9	6.4%
otro	2	1.4%

En la tabla 5 se presenta la distribución de frecuencias respecto a la escolaridad de las madres o tutoras, donde resalta que más de la mitad de ellas, cuentan con un nivel máximo de estudios de educación media superior y superior.

Tabla 5. Escolaridad de las madres o tutoras

Escolaridad	f	%	% ACUMULADO
analfabeta	1	.7%	.7%
sabe leer y escribir	1	.7%	1.4%
primaria	9	6.4%	7.8%
secundaria	47	33.6%	41.4%
preparatoria	57	<u>40.7%</u>	82.1%
licenciatura/posgrado	25	<u>17.9%</u>	100%

En la tabla número 6 se observa que aproximadamente el 85% de las mujeres participantes en esta investigación profesan alguna religión, y la mayor parte de este porcentaje es representado por religiones judeocristianas.

Tabla 6. Religión profesada por las madres o tutoras

Religión	f	%
católica	105	75%
cristiana	14	<u>10%</u>
testigo de jehová	3	2.1%
otra	18	12.9%

La tabla 7 representa la frecuencia de la ingesta de alcohol de las madres o tutoras, dónde según lo referido por ellas, se puede observar que poco más de tres cuartas partes no consumen bebidas alcohólicas, y menos de un cuarto de la muestra lo ingiere ocasionalmente.

Tabla 7. Consumo de alcohol en las madres o tutoras

Ingesta	f	%
no consume	106	75.7%
ocasionalmente	34	<u>24.3%</u>

Por otro lado, casi el 60% de las mujeres encuestadas no presentaron violencia durante la infancia, no obstante, poco más del 40% vivió por lo menos un evento de maltrato durante la niñez. Al momento de evaluarlas, algunas hacían mención de que regularmente el maltrato era ejercido por sus padres y mayormente fue psicológico, enseguida se muestra la tabla donde se presentan dichos datos.

Tabla 8. Antecedentes de maltrato en la niñez, en las madres o tutoras

Periodicidad	f	%
no era maltratada	82	58.6%
ocasionalmente	31	22.1%
varias veces	19	13.6%
casi siempre	8	5.7%

Debido a que la presente investigación tiene como objetivo correlacionar la violencia de pareja con la presencia de psicopatología infantil; fue necesario indagar sobre la

pareja de las madres o tutoras de los menores que asisten a solicitar servicio al centro comunitario. Enseguida se presentará la distribución de frecuencias de cada uno de los datos obtenidos, respecto a la pareja.

La tabla 9 muestra que más del 85% fue representado por hombres de no más de 60 años. La media de esta distribución de frecuencias es de 37.55 años, la mediana de 40, la moda de 34 y 50, y una desviación estándar de 14.37.

Tabla 9. Edad de la pareja actual

Rango de edad	f	%	% ACUMULADO
22-30	22	15.7%	15.7%
31-40	41	29.2%	45%
41-50	46	32.9%	<u>77.9%</u>
51-60	16	11.4%	89.3%
61-64	4	2.9%	92.1%
sin pareja	11	7.9%	100%

Respecto a la ocupación de la pareja de las mujeres evaluadas, podemos observar que más del 60 por ciento son empleados.

Tabla 10. Ocupación de la pareja

Ocupación	f	%
empleado	93	66.9%
autoempleado	16	10.6%
comerciante	17	12.6%
otro	3	2%
sin pareja	11	7.9%

Enseguida se despliega la tabla donde podemos observar que más del 70% de las parejas son padres biológicos de los menores de quienes brindó información cada

participante, y el resto, es decir, casi el 30% tiene como figura paterna a otra persona que no es el padre biológico.

Tabla 11. Parentesco de la pareja con el menor

Parentesco	f	%
papá	99	<u>70.7%</u>
abuelo	9	6.4%
padrastro	19	13.6%
otro	2	1.4%
sin pareja	11	7.9%

En relación a la escolaridad de los hombres (pareja) de las madres o tutoras en esta investigación, la tabla 12 muestra que la mayoría de ellos cuentan con un nivel máximo de estudios de educación media superior y superior.

Sin embargo, al calcular las medidas de tendencia central tanto de la escolaridad de las madres o tutoras como de las parejas, se encontró que la media se encuentra entre secundaria y preparatoria en ambos, y la moda en ambos casos es preparatoria.

Tabla 12. Escolaridad de la pareja

Escolaridad	f	%	% ACUMULADO
analfabeta	8	5.7%	5.7%
sabe leer y escribir	2	1.4%	7.1%
primaria	8	5.7%	12.8%
secundaria	37	26.4%	39.2%
preparatoria	46	32.9%	72.1%
licenciatura/posgrado	28	20%	<u>92.1%</u>
sin pareja	11	7.9%	100%

La tabla 13 presenta los resultados relacionados con la religión que profesan las parejas de las evaluadas, los cuales predominantemente profesan religiones judeocristianas, al igual que las mujeres participantes.

Tabla 13. Religión profesada por la pareja

Religión	f	%	% ACUMULADO
católico	88	62.9%	60%
cristiano	12	8.6%	68.6%
testigo de jehová	2	1.4%	<u>68.8%</u>
otro	27	19.3%	92%
sin pareja	11	7.9%	100%

En la tabla 14 se muestran los resultados de la periodicidad en que según las participantes, sus parejas consumen alcohol, donde casi la mitad de los varones en este estudio no consumen bebidas alcohólicas, y más de 40% lo consume con una periodicidad que va de ocasionalmente a varias veces.

Tabla 14. Frecuencia en el consumo de alcohol en la pareja

Periodicidad	f	%
no consume	69	49.3%
ocasionalmente	54	38.6%
varias veces	6	4.3%
casi siempre	0	0%
sin pareja	11	7.9%

Comparando estos resultados con los obtenidos en las madres o tutoras podemos observar que hay un mayor consumo en los varones (parejas) que en las mujeres (madres o tutoras), teniendo una diferencia de 26.4 puntos porcentuales.

Según los reportes de las madres o tutoras, la tabla 15 refleja que más del 30% de los varones (parejas) vivenciaron cuando menos un evento de maltrato en la niñez.

Tabla 15. Antecedentes de maltrato en la niñez en la pareja

Periodicidad	f	%	% ACUMULADO
no fue maltratado	84	60%	60%
ocasionalmente	23	<u>16.4%</u>	76.4%
varias veces	12	8.6%	85%
casi siempre	10	7.1%	92.1%
sin pareja	11	7.9%	100%

Al comparar el maltrato sufrido por las evaluadas y el sufrido por la pareja, se deduce lo siguiente: el número de casos en los que no existió maltrato en las madres o tutoras tuvo una diferencia de 1.4 puntos porcentuales por debajo de lo obtenido en la de la pareja, sin embargo, la periodicidad del maltrato que va de ocasionalmente a varias veces es mayor en las mujeres, y con más de un punto porcentual arriba está la periodicidad de maltrato de casi siempre en las parejas con respecto a las participantes.

Ahora bien, el objetivo de esta investigación fue conocer la relación existente entre violencia de pareja y la psicopatología infantil y adolescente, por tal motivo, se describirán las características respecto a los menores de edad, proporcionados por las madres o tutoras.

Se reunieron un total de 151 datos de menores de 4 a 16 años de edad, los cuales son mostrados en la gráfica de abajo. La media de edad es de 9.81 años, la mediana y la moda de 9, y la desviación estándar de 3.49. En general, los menores de esta muestra no tienen más de 12 años.

Tabla 16. Edad del menor

Rango de edad	f	%	% ACUMULADO
4-8	58	38.4%	38.4%
9-12	52	34.4%	72.8%
13-16	41	27.2%	100%

Fueron obtenidos 89 cuestionarios de menores de sexo masculino, comparado con 62 del sexo opuesto, lo que denota que cuando menos en estos rangos de edad, hubo más datos de varones.

Tabla 17. Sexo del menor

Sexo	f	%
femenino	62	41.1%
masculino	89	58.9%

De acuerdo a la Escala de Violencia e Índice de Severidad que fue aplicada a las madres o tutoras, respecto a su última pareja o a relaciones anteriores de pareja, se obtuvo lo siguiente:

La mitad de las mujeres que forman parte de los casos de violencia psicológica, son considerados como casos severos, es decir, casi tres mujeres de cada diez viven violencia psicológica de manera tal que son consideradas como casos de violencia de este tipo. Por otro lado, más de la mitad de las mujeres que son casos de violencia física, son considerados casos severos de este tipo. Más del 80% de los casos de violencia sexual son considerados casos severos de este tipo de violencia en la pareja, éstos resultados son presentados en la tabla 18 a continuación.

Tabla 18. Caso y caso severo en cada tipo de violencia

Tipo de violencia	caso	%	caso severo	%
psicológica	39	25.8%	19	12.6%
física	43	28.4%	22	14.6%
sexual	16	10.6%	13	8.6%

Además, la Escala de Violencia e Índice de Severidad, nos permitió obtener las siguientes cifras: 76 mujeres experimentaron cuando menos una de las conductas violentas que forman parte de las preguntas de la escala de violencia, lo que representa a más de cinco de cada diez mujeres, sin embargo, la EV no los tipificó como caso de violencia, independientemente del tipo. De este porcentaje, más de la mitad (53%) es considerado caso de violencia en la pareja, y la mitad representa a los casos severos de violencia. Ésta información será presentada en la figura que a continuación se muestra.

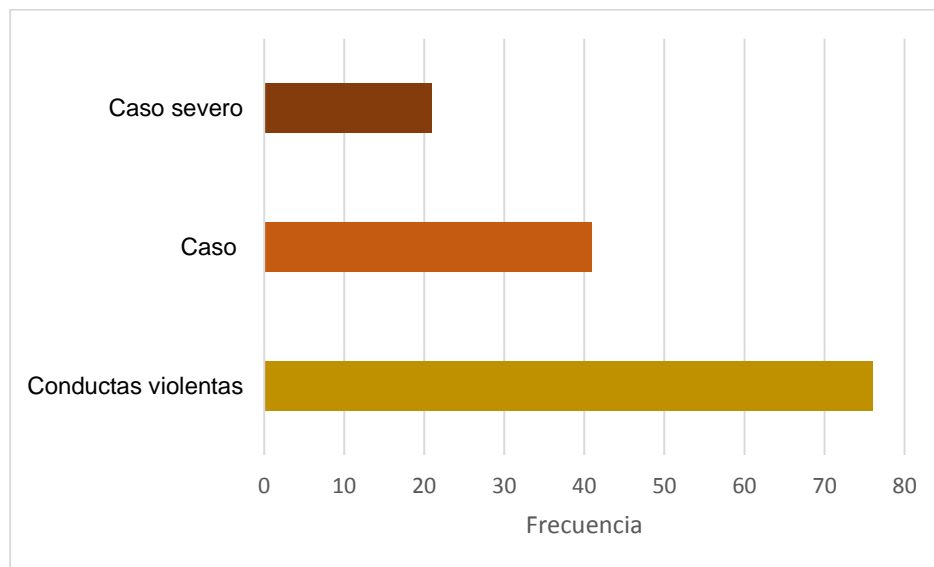


Figura 3. Conductas violentas, caso y caso severo

Como se ha venido mencionado en apartados anteriores, se utilizaron dos instrumentos en esta investigación, los datos obtenidos del primero fueron analizados a principios de este capítulo y los del segundo serán presentados en los siguientes párrafos.

Se recabaron 151 cuestionarios del CBTD, de los cuales 62 corresponden al sexo femenino y 89 al sexo opuesto. Del total, únicamente cinco menores no presentaron síntomas según el reporte de las madres o tutoras, el promedio de síntomas que los menores presentan es de 6.8, la mediana es 6 y la moda 9; la desviación estándar es 3.9. Este instrumento establece criterios específicos para medir la presencia de psicopatología en niños, niñas y adolescentes, basándose en tres grupos sindrómicos los cuales son: no caso, caso probable no complicado y caso definitivo complicado, éstos serán presentados a continuación respecto a esta muestra.

Más del 35% de los menores es representado por el grupo sindrómico de caso probable no complicado, con una diferencia de 1.4 puntos porcentuales por debajo se encuentra el grupo de caso definitivo complicado, lo que significa que poco más del 70% de los menores son foco de atención en salud mental. La figura 4 presenta estos resultados.

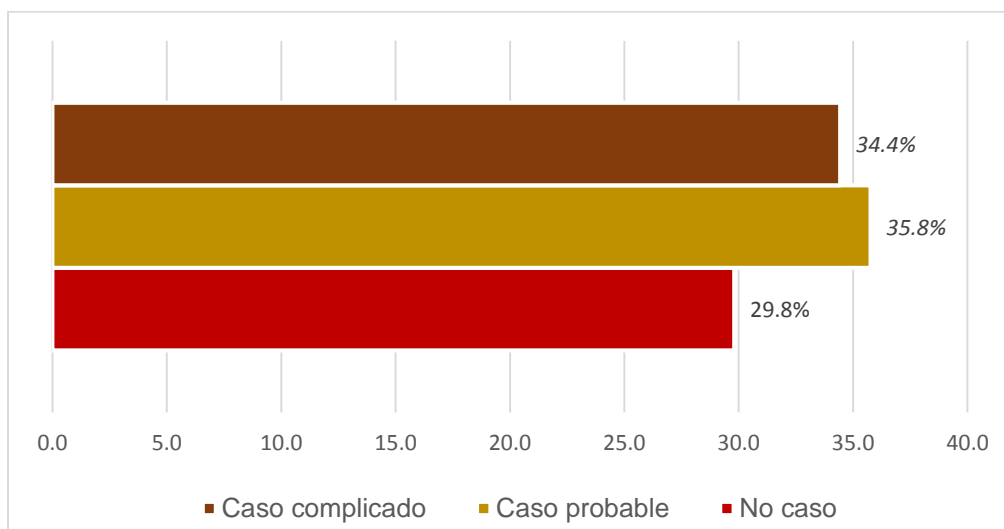


Figura 4. Grupos de síntomas

En la figura de abajo se puede observar que dentro de la muestra clínica existieron más niños en el rango de edad de 9 a 12 años, y más niñas en el rango de 4 a 8 años de edad.

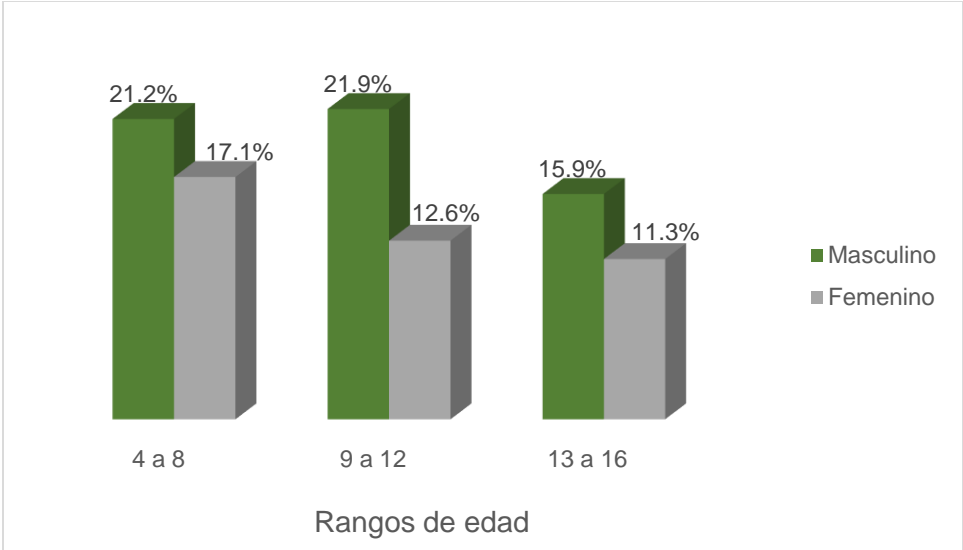


Figura 5. Cantidad de niñas y niños por rango de edad

En la siguiente figura es posible visualizar que el número de casos definitivos complicados y de casos probables no complicados es mayor en el primer rango de edad, lo que significa que hay más menores que son foco de atención en salud mental en la edad comprendida de 4 a 8 años.

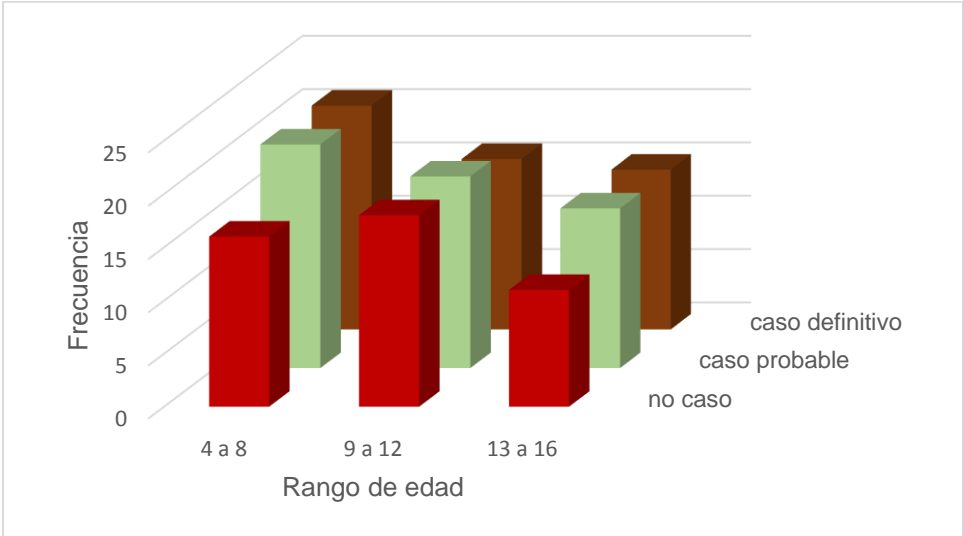


Figura 6. Grupos sindromáticos por rango de edad

Es importante observar en la figura siete que el mayor porcentaje de infantes que presentan síntomas de internalización se encuentran en el rango de edad de 9 a 12 años. Otro aspecto relevante de esta figura es que la agrupación “otros” sólo contempla un caso, mientras que “mixto tipo dos” es la segunda categoría que puntúa elevada en los tres rangos de edad, cabe mencionar que en ésta, están incluidos tanto síntomas de externalización y/o internalización y otro tipo de problemas, como: problemas de lenguaje, epilepsia, entre otros; lo que lleva a la conclusión de que los niños o niñas no presentan sólo síntomas de externalización o de internalización, sino que van combinados con algún otro problema.

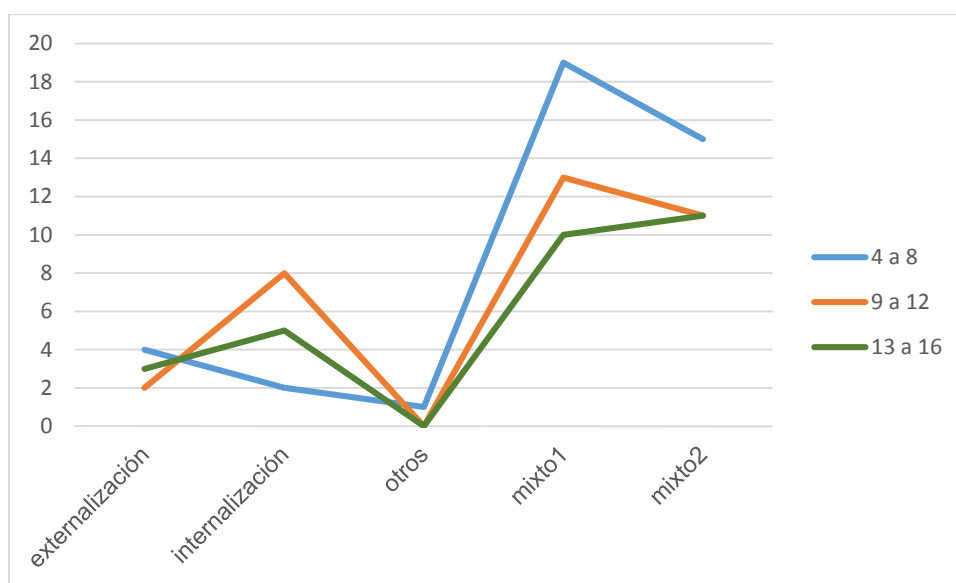


Figura 7. Agrupación de síndromes por rango de edad

El CBTD también nos permite conocer y analizar las agrupaciones de los síndromes según el tipo de síntomas, las cuales resultaron de la siguiente manera:

En la tabla 19 podemos ver que más del 40% de los menores presentan síntomas que se agrupan en las manifestaciones sindromáticas mixtas tipo 1, donde se presentan tanto síntomas externalizados como internalizados, seguido del mixto tipo 2, que tiene que ver con externalización y/o internalización junto con otro tipo de problemas (por ejemplo: probable epilepsia, problemas de lenguaje).

Tabla 19. Agrupaciones sindromáticas

Agrupación	F	%
externalizados	9	8.6%
internalizados	15	14.5%
otros	1	.9%
mixto 1	42	<u>40.4%</u>
mixto 2	37	35.6%

Diversos autores que fueron mencionados en los capítulos anteriores refieren que un factor de riesgo para ser víctima o victimario de violencia es el antecedente de maltrato en la infancia, y el consumo de alcohol, entre otros. Por lo que en esta muestra se correlacionó la violencia de pareja y estos dos factores, tanto en mujeres (madre/tutora) como en hombres (parejas), con el fin de vislumbrar la existencia o no, de relación entre ellos.

Se puede observar en la tabla 20, que en las mujeres participantes existe correlación muy baja (Hernández-Sampieri, Fernández & Baptista, 2010) con un nivel de significancia de 99%, en relación al maltrato vivido en la infancia y el ser víctima de algunas conductas violentas dentro de la pareja, pero por la intensidad y la frecuencia éstas no son tipificadas como casos de violencia. Respecto al consumo de alcohol no hay relación estadísticamente significativa.

Tabla 20. Correlación entre la violencia de pareja y su severidad, con los antecedentes de maltrato en la infancia y el consumo de alcohol.

		presencia conductas violentas	caso de violencia de pareja	caso severo de violencia de pareja
antecedentes maltrato	CORRELACIÓN DE PEARSON	.211**	.112	.151
	SIG. (BILATERAL)	.009	.171	.065
consumo de alcohol	CORRELACIÓN DE PEARSON	-.107	-.140	-.051
	SIG. (BILATERAL)	.190	.086	.534

** . La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral)

* . La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral)

En seguida se muestra la relación existente entre el consumo de alcohol y el antecedente de maltrato en la niñez en la pareja y la violencia ejercida.

En esta tabla podemos observar que existe una relación estadística baja (Hernández et al., 2010) entre los antecedentes de maltrato en la infancia y el consumo de alcohol en la pareja según el reporte de la madre o tutora, con la presencia de conductas violentas, sin embargo, por la frecuencia y la intensidad el instrumento no tipifica éstas conductas como casos de violencia. La correlación es más significativa entre los antecedentes de maltrato y la presencia de conductas violentas, lo que significa, que mayormente las experiencias de maltrato en la niñez pueden ser un factor de riesgo para ejercer violencia en la pareja.

Tabla 21. Correlación entre la violencia de pareja y su severidad, con los antecedentes de maltrato en la infancia y el consumo de alcohol en la pareja.

		Presencia de conductas violentas	caso de violencia de pareja	caso severo de violencia de pareja
antecedentes maltrato	CORRELACIÓN DE PEARSON	.235**	.134	.081
	SIG. (BILATERAL)	.004	.102	.320
consumo de alcohol	CORRELACIÓN DE PEARSON	.164*	.092	.109
	SIG. (BILATERAL)	.044	.262	.182

** . La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral)

* . La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral)

Las correlaciones entre el número de síntomas que las madres o tutoras reportaron acerca del menor y la violencia de pareja, se muestran a continuación.

En la Tabla 22, se presenta una correlación muy baja (Hernández et al., 2010) entre el número de síntomas que presentan los menores, con las mujeres que son casos de violencia de pareja -independientemente del tipo-, siendo ésta significativa en un

95% de probabilidad. Lo que significa que probablemente la violencia de pareja -sin importar el tipo de violencia ejercida-, puede influir en la salud mental de los hijos.

Tabla 22. Correlaciones entre el número de síntomas, conductas violentas, caso y caso severo de violencia de pareja

		presencia de conductas violentas	caso de violencia de pareja	caso severo de violencia
Número de síntomas	correlación de pearson	.158	.178 *	.056
	sig. (bilateral)	.052	.029	.496

** . La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral)

* . La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral)

Cuando analizamos el tipo de violencia ejercida contra la mujer y la relación existente con el número de síntomas reportados, podemos observar en la tabla siguiente que existe una relación significativa muy baja (Hernández et al., 2010) en un 95% de significancia con la violencia de tipo psicológico. Es decir, que la violencia de tipo psicológico en la pareja experimentada por los infantes, puede incidir en la presencia de psicopatología.

Tabla 23. Correlación entre el número de síntomas y el tipo de violencia de pareja

		violencia psicológica	violencia física	violencia sexual
Número de síntomas	correlación de pearson	.163*	.103	.148
	sig. (bilateral)	.046	.208	.069

** . La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral)

* . La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral)

En la tabla 24 se muestra la relación existente entre los grupos sindromáticos y los casos en cada uno de los tipos de violencia reportados por la madre, donde la correlación más significativa es baja (Hernández et al., 2010), y es la existente en los casos de violencia psicológica y la presencia de síntomas de internalización en los menores, siendo ésta significativa en un 99%, otra relación existente pero menos significativa es la de la violencia de tipo sexual con este mismo grupo sindromático. Es decir, la violencia psicológica en la pareja está incidiendo en el bienestar psicológico de los menores.

Tabla 24. Correlación entre los grupos sindromáticos con los casos de cada tipo de violencia

Agrupación	psicológica	física	sexual
externalizados	-.085	-.028	-.087
internalizados	.259**	.096	.173*
otros	-.048	-.050	-.028
mixto 1	.039	.020	-.070
mixto 2	.016	-.002	.054

** . La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral)

* . La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral)

Respecto a los casos severos de cada tipo de violencia, no hay relación estadísticamente significativa entre los grupos sindromáticos, lo que puede ser visualizado en la tabla 25.

Tabla 25. Correlación entre los grupos sindromáticos, con los casos severos de cada tipo de violencia

Agrupación	psicológica	física	sexual
externalizados	-.096	-.098	-.077
internalizados	.074	-.064	.056
otros	-.031	-.032	-.025
mixto 1	.076	.063	-.032
mixto 2	-.030	.095	.100

** . La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral)

* . La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral)

Para concluir con el análisis cuantitativo de los resultados, será presentada la frecuencia con la que fue contestado cada uno de los ítems de la EV y del CBTD utilizados en esta investigación.

En la figura 8 podemos observar que mayormente las mujeres de este estudio refirieron que la frecuencia con la que las conductas violentas sucedían, fue “algunas veces”, además, las dos más altas en periodicidad (muchas veces) forman parte de la violencia psicológica.

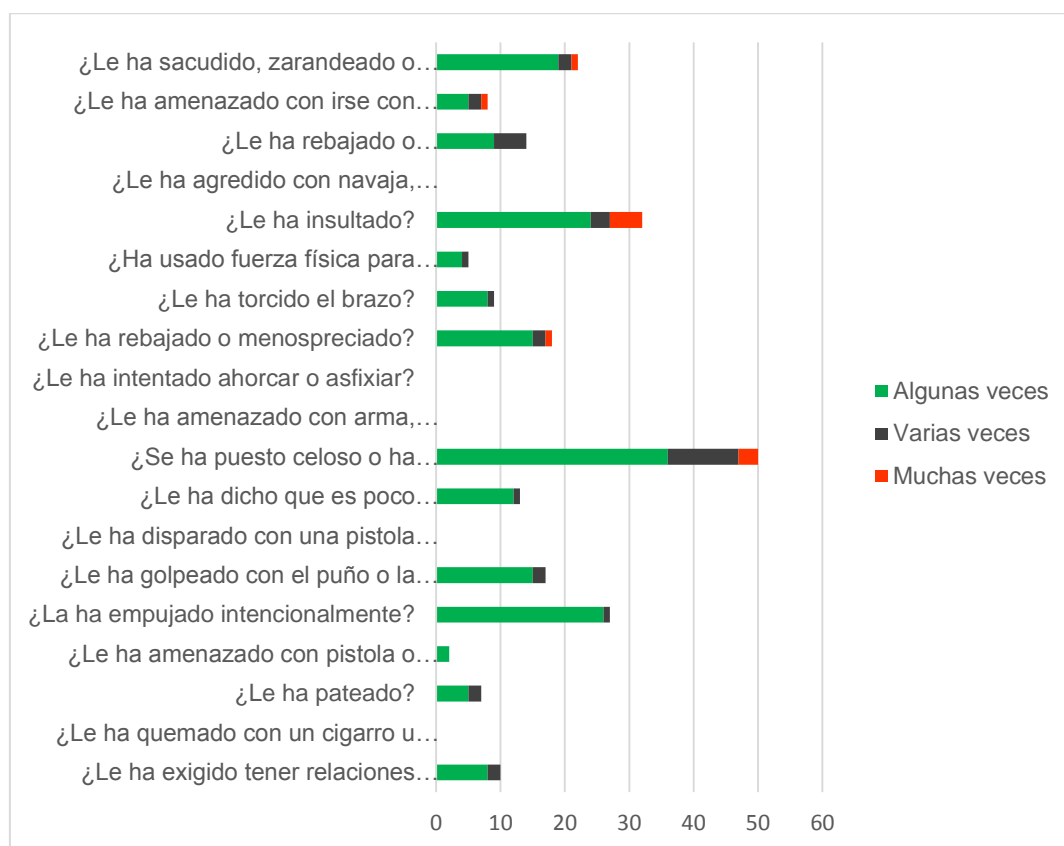


Figura 8. Preguntas de la EV

La siguiente figura presenta las conductas más comunes en los menores de esta muestra según lo referido por la madre o tutora. Las más frecuentes son: está de mal humor, es irritable o geniuado, no termina lo que empieza porque es distraído, es muy nervioso sin existir una buena razón, no se puede estar quieto en su lugar y es desobediente y peleonero, las cuales podemos observar detalladamente

enseguida, sin embargo, éstas conductas se presentan junto con otros problemas, eso explica porque el grupo mixto tipo 2 tiene mayor índices de frecuencia.

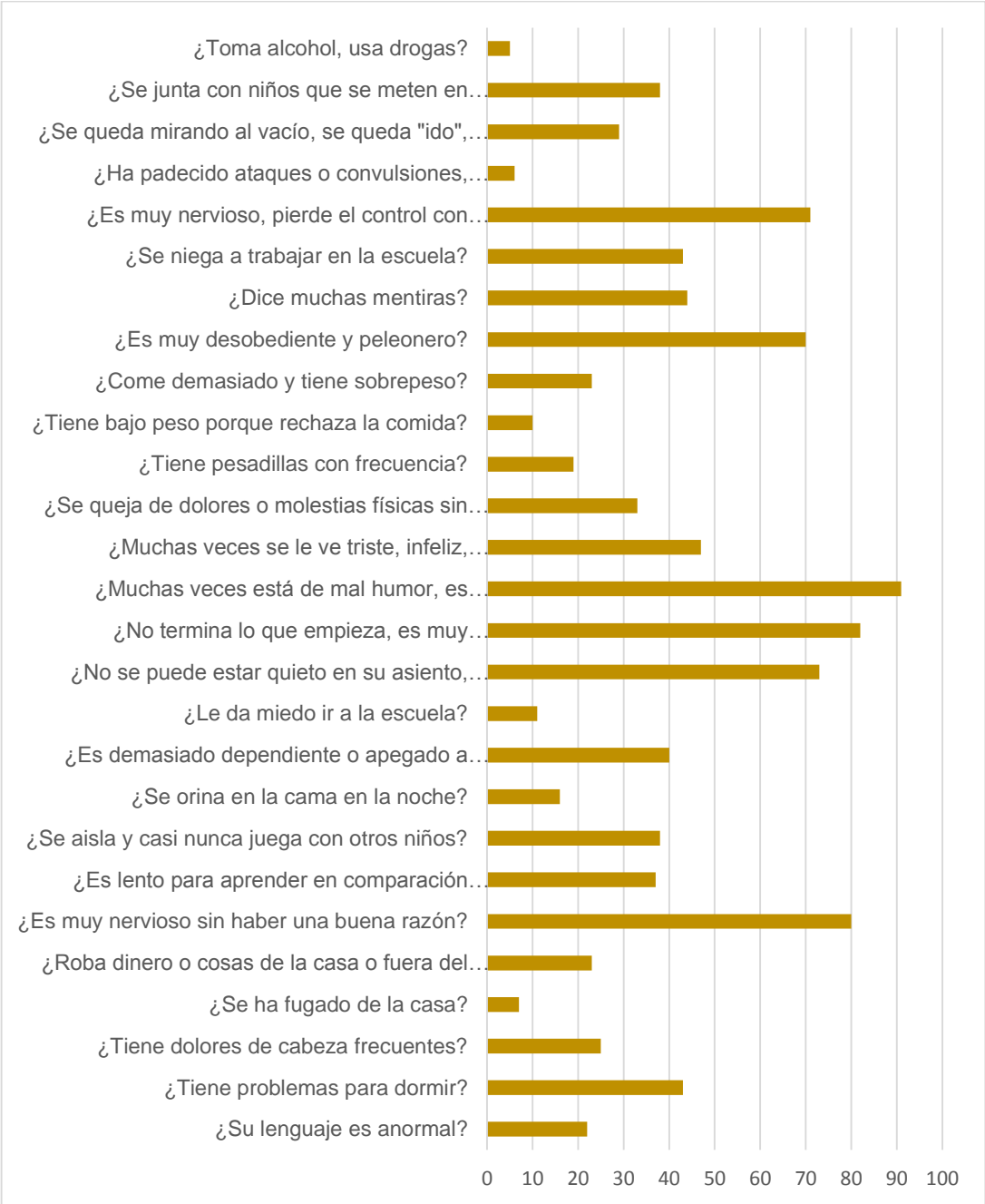


Figura 9. Preguntas del CBTD

Los datos cualitativos fueron resultado del análisis del cuestionario de preguntas abiertas con el que se visualizó si los infantes son o no testigos de la violencia existente entre sus padres, así como la reacción de los menores ante los actos violentos, el lugar donde ocurrieron éstos, y además, si la experiencia de violencia en la pareja influye en el desarrollo emocional de los niños o niñas (testigos de violencia), éstos cuatro factores serán desglosados enseguida.

De las mujeres que reportaron violencia en la pareja, cerca del 40% respondieron el cuestionario de preguntas abiertas, donde se encontró que casi un tercio de los menores han sido testigos de la violencia existente entre sus padres según el informe de la madre o tutora; además, ante la presencia de la acción violenta, los infantes tuvieron diversas respuestas pero las más comunes fueron: llanto, sorpresa, se queda en silencio y/o defiende a la madre. Por otro lado, más del 90% de los actos violentos fueron consumados dentro de la casa. Además, las participantes fueron cuestionadas respecto al impacto de la violencia sufrida en la pareja en el desarrollo del infante, a lo cual respondieron que era probable que los menores replicaran la conducta, imitando lo que ven en casa, aunado a un daño emocional sobre todo en la autoestima del niño o niña.

VI. DISCUSIÓN

En la muestra clínica, incluida en este estudio (madres/tutoras que han solicitado atención psicológica en el CCMG para sus hijos o hijas quienes tienen de 4 a 16 años de edad), la severidad de la violencia de pareja obtuvo una correlación positiva muy baja aunque significativa (Hernández-Sampieri, Fernández & Baptista, 2010) con la cantidad de síntomas que reporta la madre o tutora del menor ($r=.178$ $s=0.005$). Lo que lleva a retomar, a Wenar y Kerig (2006, citado en Caraveo & Soriano, 2013) quienes mencionan que en el marco del desarrollo la dimensión del tiempo es relevante a través de cinco contextos: biológico, individual, familiar, social y cultural, es decir, diversos elementos en cada contexto intervienen para que se genere una psicopatología, por lo que ésta es multicausal; y el ser testigo de violencia de pareja sólo es un factor que predispone a la psicopatología.

Existen además factores protectores y de riesgo detectados en la muestra, los cuales pueden estar relacionados con estos resultados. Enseguida serán mencionados, comenzando con los factores de riesgo; sin duda el que ha llamado más la atención fue el reporte del 40% de las participantes de haber sido *víctima de violencia en su infancia*, lo que coincide con lo encontrado en el estudio de Abramsky y colaboradores (2011, citados en Gómez, 2014), quienes refieren que el testimonio de violencia durante la infancia es uno de los factores de riesgo para sufrir violencia dentro de la pareja. En el mismo contexto Martínez (2008) asevera que existe una estrecha relación entre la *violencia que los protagonistas vivieron durante la infancia* y la agresión generada o recibida en la relación marital. Respecto a lo anterior, el 30% de las parejas (varones) de las participantes presentaron cuando menos un incidente de violencia durante la infancia.

En relación a las madres que mantienen una relación de pareja que implica *cohabitación* representando el 81.6%, de las cuales más de la mitad son casadas, Sanmartín (2001) menciona que un prejuicio culturalmente arraigado es el que la mujer es propiedad del marido o que al menos debe seguirle y obedecerle, aunado a la creencia de que el hogar es un lugar privado y la intimidad debe ser respetada

por encima de todo, ha permitido, aunque no justifica que muchas mujeres sufrieran malos tratos a manos de sus compañeros; lo cual nos lleva a pensar que también este factor pueda estar incidiendo en los índices de violencia encontrados en esta muestra.

Por otro lado, el *nivel educativo* puede desempeñar un papel importante, ya que el estrés asociado a la falta de educación y por lo tanto el escaso poder adquisitivo puede tener consecuencias negativas (Franklin y Kercher, 2012, citado en Cantón et al., 2013), asimismo, el *desempleo, bajo nivel de ingresos y factores laborales*, están asociados a mayor riesgo de sufrir violencia de pareja, sin embargo, en esta muestra el 66.1% de las mujeres tiene un nivel máximo de estudios de educación media superior y superior y el resto es representado por mujeres con educación básica, lo que significa que la escolaridad puede ser un factor de protección en esta muestra ante la violencia de pareja, retomando a Abramsky y colaboradores (2011, citados en Gómez, 2014) mencionan que la escolaridad inferior a secundaria al igual que la edad de la mujer, es decir, que sea una mujer joven implica mayor riesgo, pero en la muestra clínica el promedio de edad fue de 38.57 años, lo que puede representar otro factor protector.

De igual forma, el hecho de que las participantes acudan a un servicio de atención psicológica en busca de ayuda para sus hijos o hijas, se considera factor protector, tanto para la violencia de pareja como para la psicopatología infantil.

Las estadísticas obtenidas en esta investigación respecto a los índices de violencia y a la sintomatología de los menores son sin duda interesantes, por lo que se consideró importante comparar estos datos con los otros de diversos estudios tanto a nivel nacional como internacional que han sido mencionados en el transcurso de este trabajo.

Según la OMS (2013), el 30% de las mujeres que han tenido una relación de pareja han experimentado algún tipo de violencia física o sexual por parte de su compañero, en la presente investigación se encontró que casi un tercio de las mujeres participantes han sido víctimas de violencia física. A nivel nacional la ENVIM (2006), arrojó que 43.2 por ciento de las mujeres mayores de 15 años

asintieron haber sido violentadas por su pareja durante su relación (ENVIM 2006, 2009), y en esta investigación más del 50% de las mujeres evaluadas han experimentado conductas violentas por parte de su pareja independientemente del tipo (psicológica, física, sexual), pero por la frecuencia e intensidad no fueron tipificadas como violencia de pareja según el instrumento, ésta última aplicación de la ENVIM arroja que el 33.3% de las mujeres encuestadas han experimentado violencia alguna vez en su vida por parte de alguna pareja y el tipo que más prevalece es la psicológica con 28.5%, seguida de la física con 16.5%, la sexual con 12.7% y la económica con 4.4% (ENVIM 2006, 2009). En el presente estudio las conductas violentas prevalecientes son las de tipo psicológico, pero al momento de ser calificadas y tipificadas por el instrumento, la violencia más común es la física (28.4%), seguida de la psicológica (25.8%) y después la sexual (10.6%). Sin embargo, las estadísticas más recientes al respecto provienen del INEGI (2011) a través de la aplicación de la ENDIREH, donde la violencia psicológica es la más común, seguida de la económica, después la física y por último la sexual. Todos estos datos corroboran que la violencia reportada por las madres o tutoras en el presente estudio es similar a la que reportan las mujeres a nivel nacional.

Respecto a la psicopatología infantil, Orozco, Borges, Benjet, Medina-Mora, López-Carrillo, 2008, citados en la Organización Panamericana de la Salud (2009), por medio de un estudio realizado con adolescentes detectaron que el 19% de estos ha sido testigo de violencia intrafamiliar; la presente investigación permitió documentar que aproximadamente un tercio de los menores de quienes fue obtenida esta información ha sido testigo de violencia de pareja. Estos mismos autores mencionan que los trastornos de ansiedad, representan las enfermedades mentales más comunes en los adolescentes; seguidas por los trastornos de impulsividad, los trastornos afectivos y los trastornos por uso de sustancias, lo que puede ser similar en los datos obtenidos en esta muestra, ya que el conjunto de síntomas más común en este grupo etario es el mixto tipo 1, que incluye tanto problemas de internalización como de externalización.

A pesar de que los índices de violencia en este estudio son similares a los obtenidos en otros anteriores, y los menores que son foco de atención en salud mental representan más del 70% de la población en esta muestra clínica; la correlación entre la violencia de pareja y la cantidad de síntomas reportados es muy baja, lo que puede explicarse a partir de varios aspectos, el primero de ellos es que probablemente la violencia de pareja no sea causante directa de la psicopatología infantil o adolescente, es decir, que existan otros factores que tengan mayor incidencia en la presencia de síntomas en los menores; además, la muestra clínica en esta investigación presenta factores que son considerados protectores ante la violencia de pareja y la psicopatología infantil, los cuales fueron mencionados con anterioridad dentro de este apartado.

Dentro de las contribuciones de este trabajo, forma parte la evidencia empírica que aporta el análisis de la relación existente entre violencia de pareja y psicopatología infantil, lo que permitirá el diseño de estrategias de intervención dirigidas a la prevención de ambas variables, basadas en la parentalidad positiva, y así contribuir a la mejora de los servicios ofrecidos en el centro comunitario, al mismo tiempo que favorece la promoción de salud mental; además, se detectaron casos de violencia de pareja, y niños, niñas y adolescentes que son foco de atención en salud mental, debido a que son sintomáticos.

El estudio al mismo tiempo tuvo limitaciones principalmente aquella que tiene relación con el criterio de inclusión respecto a las participantes quienes tenían que ser madres o tutoras de los menores; sin embargo, el cuidado de éstos se comparte con otros familiares como: papás, hermanos/as mayores, abuelas/os, tíos o algún otro familiar adulto; por lo que se sugiere integrar la participación de dichos cuidadores, al mismo niño, niñas o adolescente y al psicólogo/psicoterapeuta con el que asiste, de tal manera que los resultados amplíen las fuentes de recolección de datos y no se dependa únicamente del informe de la madre/tutora, quien podría estar normalizando la violencia y/o sintomatología del menor. Por otro lado, el desconocimiento de la etapa terapéutica en la que se encuentra el niño, niña o adolescente, el servicio al que asiste al centro comunitario, el motivo de consulta y

el número de sesiones a las que ha asistido son variables que pueden estar influyendo en la correlación, y que son datos importantes que deben considerarse para próximas y similares investigaciones. Además, la demanda de atención y los escasos espacios físicos dentro del centro, ocasionó que la mayoría de las evaluaciones a las participantes fueran realizadas en sala de espera, donde generalmente se encontraban más personas, como usuarios externos o personal administrativo, sumado a la presencia de los menores en el momento de la aplicación, lo que dificultó la recolección de los datos; ya que no existía libertad de expresión respecto a los cuestionamientos realizados; por lo que se sugiere determinar espacios privados para llevar a cabo la aplicación.

La sección de preguntas abiertas integradas al final de la escala de violencia se aplicó de manera inconsistente, afectando el proceso de recolección, y por lo tanto del análisis de los datos; ya que únicamente el 40% de las participantes contestaron dicho cuestionario. Respecto a esto, se sugiere la adecuada planeación de las actividades; de igual forma, la continua capacitación del personal a cargo, sobre todo en lo referente a este cuestionario, el cual brinda información clínica importante.

Hoy en día, la violencia de pareja considera la de tipo psicológico, físico, económico y sexual, sin embargo, la escala de violencia utilizada en este estudio, no evalúa la violencia económica, lo que es importante considerar puesto que, este tipo de violencia ocupa el segundo lugar de ocurrencia en México, después de la psicológica, según las últimas estadísticas de la ENDIREH (2011, INEGI, 2011).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfaro, Y., Burgueño, C., Cervantes, E., Pérez, I., Sánchez, L., & Vázquez D. (2016). *Reporte de Servicio Social: detección de necesidades*. Manuscrito inédito.
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5ª Ed.). Washington, DC: Médica Panamericana.
- APA Diccionario Conciso de Psicología. (2010). México: Manual Moderno.
- Asociación Psiquiátrica de América Latina. (2004). *Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico GLADP*. América Latina.
- Caballo, V. & Simón, M. A. (2005) *Manual de Psicopatología clínica Infantil y del adolescente: trastornos generales*. Madrid: Pirámide, pp. 30-40.
- Cantón, J., Cortés, M. R., Justicia, M. D., & Cantón D. (2013). *Violencia doméstica, divorcio y adaptación psicológica: de la desarmonía familiar al desarrollo de los hijos*. España: Pirámide.
- Caraveo-Anduaga, 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), pp. 65-71.
- Caraveo-Anduaga, J. (2007). Validez del Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBTD) para Niños y Adolescentes en Escenarios Clínicos. *Salud Mental*, 30 (2), pp. 42-49.
- Caraveo, J. & Soriano, A. (2013), *Guía clínica para la identificación de problemas de salud mental en niños y adolescentes en la atención primaria. Utilizando el cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico*. Manuscrito inédito.
- Centro Comunitario Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro. (2011). *Manual Institucional*. Manuscrito inédito.

- Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro". (2015). *Manual de procedimientos*. Manuscrito inédito.
- Cienfuegos, Y. (2010). *Violencia en la relación de pareja: una aproximación desde el modelo ecológico*. Tesis doctoral. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2013). Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Recuperado de http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/programas/mujer/Material_difusion/convencion_BelemdoPara.pdf consultado el 14 de agosto de 2016.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2015). Ley General de los derechos de niñas, niños y adolescentes, Ley General de prestación de servicios para la atención, cuidado y desarrollo integral infantil. Recuperado de http://200.33.14.34:1033/archivos/pdfs/lib_LeyGralCuidadoInfantil.pdf consultado el 10 de octubre de 2016.
- Corsi, J. (2005). *Psicoterapia Integrativa Multidimensional*. Buenos Aires: Paidós, pp. 27-60.
- Daurella, N. (2012). Trauma y reataumatización de Ferenczi a Fonagy, pasando por la teoría del apego y la neurociencia. *Revista de la Sociedad Española de Psicoanálisis* (1), pp. 6-11. Recuperado de Temas de Psicoanálisis.
- Díaz, N. (2010). *Modelo para la formación de la psicología en la atención de la violencia de género contra las mujeres en la pareja*. Tesis doctoral. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Facultad de Psicología. (s.f.). Centros de Formación en la Práctica. Recuperado de <http://www.psicologia.unam.mx/centros-de-formacion-en-la-practica/> consultado el 24 de septiembre de 2016

- Gómez, P. R. (2014). *Funcionalidad conyugal y violencia de pareja en embarazadas derechohabientes de la unidad de medicina familia No. 28*. Tesis especialidad. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. (5ª Ed.). México: Mac Graw Hill
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. (6ª Ed.). México: McGraw Hill.
- Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro. (2016). *Mejora continua de la calidad; morbilidad de consulta externa*. Manuscrito inédito.
- Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro. (2016). *Mejora continua de la calidad; morbilidad de urgencias y hospitalización*. Manuscrito inédito.
- Ibarra, R. (2012). *Frecuencia de violencia de pareja en mujeres adultas mayores de la consulta externa del Hospital de Psiquiatría Unidad Morelos*. Tesis médico especialista. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2011). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares ENDIREH*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/endireh/endireh2011/default.aspx> Fecha de actualización: Martes 27 de noviembre de 2012. Consultado: 22 de abril de 2016.
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2009). *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/178961/ley-general-acceso-mujeres-vida-libre-violencia.pdf> consultado el 12 de noviembre de 2015.
- Jurado, G. (2012). *Violencia doméstica, ideas irracionales y padecimientos psicológicos: estudio comparativo en hombres generadores y mujeres receptoras de violencia*. Tesis doctoral. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

- Lucio, E. & Heredia, M. C. (2014). *Psicopatología: riesgo y tratamiento de los problemas infantiles*. México: Manual Moderno, pp. 1-47.
- Manual Moderno. (2014). *Instrumentos de evaluación*. México: Manual Moderno.
- Martínez, L. (2007). *Violencia de Género –visibilizando lo imposible-*. México: ADIVAC, pp. 6-7.
- Martínez, L. (2008). *Modelo de capacitación para sentir, atender y prevenir la violencia familiar, sexual y de género para profesionales*. México: ADIVAC, p. 14.
- Marueta, E. M. (2015). *Psicología de la Violencia: causas, prevención y afrontamiento*. (2ª Ed.). México: Manual Moderno, pp. 1-35, 133-142.
- Meneghello, J. (2000). *Psiquiatría y psicología de la infancia y la adolescencia*, Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, pp. 17- 29.
- Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. (2010). *Un Modelo de Atención Integral en casos de Violencia contra las Mujeres*. Lima
- Montero, R. (2006). *Manual cognitivo conductual emocional dirigido a mujeres sobrevivientes de violencia doméstica*. Tesis de licenciatura. Universidad de Costa Rica. Costa Rica.
- Moral de la Rubia, J., López R. F., Díaz Loving, R., & Cienfuegos, Y. (2011). Diferencias de género en afrontamiento y violencia en la pareja. *CES Psicología*, 4 (2), pp. 29-46.
- Moral de la Rubia, J. & López R. F. (2013). Premisas socioculturales y violencia en la pareja: diferencias y semejanzas entre hombres y mujeres. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, 9 (38), pp. 47-71.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de Bolsillo de la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-10*. España: Médica Panamericana.

- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe Mundial Sobre la Violencia y Salud: Resumen*. Washington, D. C., pp. 1-27.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Salud de la mujer*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/> consultado: 25 de abril de 2016.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Maltrato Infantil*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>. Consultado el 1 de septiembre de 2016.
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Epidemiología de los Trastornos Mentales en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C.
- Sanmartín, J. (2001). *La violencia y sus claves*. (3ª Ed.). España: Ariel, pp. 19-25, 45-51.
- Secretaría de Salud. (2009). *Encuesta Nacional sobre Violencia contra las mujeres ENVIM 2006*. México.
- Solloa, L. (2010). *Los Trastornos Psicológicos en el Niño: etiología, características, diagnóstico y tratamiento*. (2ª Ed.). México: Trillas, pp. 45- 54.
- Urritia, M. C. (2005). *Trabajo social y violencia marital en la instancia judicial – una posibilidad sobre la justicia de satisfacer la demanda social*. Buenos Aires: Espacio, pp. 19-20.
- United Nations International Children’s Emergency Fund UNICEF. (2006). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Recuperado de https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/CDN_06.pdf consultado el 10 de octubre de 2016.
- Valdez-Santiago, R., Hjar-Medina, M., Salgado de Snyder, N., Rivera-Rivera, L., Ávila 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*, 48 (2), pp. 222-231.

Vargas, B. I. (2008). *Factores culturales, estructurales y psicológicos en la violencia doméstica: un modelo explicativo*. Tesis doctoral. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Villagómez, G. (2010). *Romper el silencio*. México: Colección de Estudios sobre la Mujer y Relación de Género, pp. 27-30, 133, 134.

Villanueva, C. & Clemente, R. (2002). *El menor ante la violencia: procesos de victimización*. Castellò de la Plana: Universitat Jaume.

Vives, M. (2007). *Psicodiagnóstico clínico infantil*. España: Universitat de Barcelona, pp. 55-76.

ANEXOS



ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
CENTRO COMUNITARIO "DR. JULIÁN MAC GREGOR Y SÁNCHEZ NAVARRO"
PAPIIT No. IN307016



HOJA DE DATOS GENERALES

DATOS DE LA MADRE O TUTORA

NOMBRE _____
DIRECCION _____

EDAD _____

ESTADO CIVIL: Soltera [1], Casada [2], Unión libre [3]
OCUPACIÓN: Empleada [1], Ama de casa [2], Comerciante [3], Otro: [4]
PARENTESCO: Mamá [1], Madrastra [2], Abuela [3], Otro: [4]
ESCOLARIDAD: Analfabeta [1], Sabe leer y escribir [2], Primaria [3], Secundaria [4], Preparatoria [5], Licenciatura y/o Posgrado [5]

RELIGIÓN: Católica [1], Cristiana [2], Testigo de jehová [3], Otro [4]
CONSUMO DE ALCOHOL: No consume alcohol [1], Ocasionalmente [2], Varias veces [3], Casi siempre [4]
MALTRATO DE LA NIÑEZ GOLPES O INSULTOS: No había maltrato [1], Ocasionalmente [2], varias veces [3], casi siempre [4]

DATOS DE PAREJA ACTUAL (Edad: _____)

OCUPACION: Empleado [1], Auto empleado [2], Comerciante [3], Otro: [4]
PARENTESCO: Papá [1], Padrastro [2], Abuelo [3], Otro: [4]
RELIGIÓN: Católico [1], Cristiano [2], testigo de Jehová [3], Otro: [4]
ESCOLARIDAD: Analfabeta [1], Sabe leer y escribir [2], Primaria [3], Secundaria [4], Preparatoria [5], Licenciatura y/o posgrado [6]

CONSUMO DE ALCOHOL: No consume alcohol [1], Ocasionalmente [2], Varias veces [3], Casi siempre [4]
MALTRATO DE LA NIÑEZ: No habia maltrato [1], Ocasionalmente [2], Varias veces [3], Casi siempre [4]

OBSERVACIONES

ANEXO 2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
CENTRO COMUNITARIO "DR. JULIÁN MAC GREGOR Y SÁNCHEZ NAVARRO"



PAPIIT No. IN307016

CUESTIONARIO BREVE DE TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO CBTD (CARAVEO Y SORIANO, 2013)

DATOS DEL MENOR

NOMBRE: _____ EDAD _____

ESCOLARIDAD: _____

DIRECCION: _____

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, MÁRQUEZ SÓLO 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 normal? (retardado, incomprensible, Tartamudea)				
Q7	¿Tiene problemas para dormir?				
Q8	¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?				
Q9	¿Se ha fugado de la casa?				
Q10	¿Roba dinero 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 esta de mal humor, es irritable o geniuado(a)?				
Q20	¿Muchas veces se le ve triste, infeliz o deprimido (a)?				
Q21	¿Se queja de dolores o molestas físicas sin que haya un problema médico?				
Q22	¿Tiene pesadillas con frecuencia?				
Q23	¿Tiene bajo peso por que 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 babia?				
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 menciono que su hijo (a) tiene alguna de las conductas que revisamos ¿considera usted que se la 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]

¿Con quiénes?

1 Medico General / Medico 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 3



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CENTRO COMUNITARIO “Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro”

PAPIIT No. IN307016



ESCALA DE VIOLENCIA E ÍNDICE DE SEVERIDAD. (VALDEZ-SANTIAGO, et al, 2016)

		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 sacudió, zarandeado o jaloneado?				

ANEXO 4



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CENTRO COMUNITARIO "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro"

PAPIIT No. IN307016



SI CONTESTO AFIRMATIVAMENTE A ALGUNA PREGUNTA DEL CUESTIONARIO DE VIOLENCIA DE PAREJA.

1. ¿En dónde han ocurrido estas situaciones?

Casa [1] Público [2]

2. ¿había alguien más con ustedes?

Solos [1] Niños (hijos) [2] Familia [3]

Si contesta que nadie indagar en donde esto su hijo (a) cuando esto ocurre.

3. ¿alguna de estas situaciones ha sido presenciada por su hijo(a)?

Si [1] No [2] No sé [3]

a. Contesta Sí. ¿Qué hace el menor? ¿Cómo reacciona?

b. Contesta No ¿Piensa que se haya podido dar cuenta ¿ qué le hace pensar que se pueden dar cuenta? (le hacen algún comentario ha cambiado su comportamiento o imita estas situaciones)

4.¿Considera que esta situación (la violencia domestica) pudiera influenciar el desarrollo emocional de su hijo(a)? ¿Cómo lo haría?

Si [1] No [2] No sé [3] tal vez [4]

ANEXO 5



CENTRO COMUNITARIO "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro"
COORDINACIÓN DE LOS CENTROS DE SERVICIO A LA COMUNIDAD
UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA DE LA UNAM



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TUTORES/AS

Este documento tiene la finalidad de que conozca la forma de trabajo e implicaciones de la terapia que en el centro comunitario doctor Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro el menor a su cargo está por iniciar. En caso de que esté de acuerdo.

1. El o la terapeuta realizará una entrevista inicial que al finalizar determinará la frecuencia el número total de sesiones y el tipo de terapia (individual o grupal).
2. La cuota de recuperación sea fijado en \$_____ por sesión sin embargo podría ser menor o mayor, de acuerdo al estudio socioeconómico
3. Es indispensable que usted acompañe al menor a todas las sesiones y que permanezca en la sala de espera durante la misma. Por su seguridad, no se permite la salida del centro comunitario a los menores si no son acompañados Por el tutor o tutora
4. Es indispensable que el menor sea puntual y asista a todas las sesiones. Si no puede presentarse a alguna, favor de Cancelar su cita con 24 horas de anticipación, de lo contrario tendrá que pagar la sesión a la que ella acudido, (el teléfono del Centro en 5618 3861). Es importante que tome en cuenta que 3 inasistencias sin previo aviso pueden ocasionar la cancelación del servicio
5. En algunas ocasiones las sesiones de terapia pueden ser grabadas en audio o vídeo, o sólo observadas (atrás del espejo). Estas grabaciones únicamente serán observadas por el grupo de terapeutas del centro, estudiantes de posgrado o de los últimos semestres de la carrera de psicología, quienes estarán bajo la supervisión del responsable académico del programa a cargo a fin de monitorear la calidad y constancia del tratamiento.
6. Toda la información que proporciona usted y el menor será de carácter confidencial quedando bajo resguardo del centro comunitario. El nombre del menor, así como cualquier información que pueda identificarlo (a) no podrá ser publicada o difundidas sin su autorización.
7. Las actividades del centro comunitario forman una parte de las funciones de enseñanza investigación extensión y servicio propia de la UNAM por lo que la información obtenida de registros audiovisuales formularios entrevistas y observaciones de las sesiones de terapia pueden llegar a ser mencionados en foros profesionales o publicaciones científicas resguardando siempre el anonimato no obstante Como se enseña en el punto anterior los datos personales son de carácter estrictamente confidencial.
8. Durante el tratamiento puede rehusarse a que el menor participen procedimientos específicos que le soliciten o incluso suspender la terapia en cualquier caso está su derecho de solicitar otra alternativa de terapia o tratamiento
9. Usted podrá evaluar la atención y el servicio recibido por medio de la satisfacción del usuario o dar sugerencias dirigidas a la jefatura del centro
10. Es probable que después de la terminación de la terapia alguna persona integrante del centro comunitario se comunice con usted esto tiene como propósito hacer un seguimiento del servicio

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO _____

COMO TUTOR DE _____

He leído la hoja de información que se me ha entregado acerca del **Servicio Terapéutico que ofrece el Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”**

He podido hacer preguntas sobre el servicio de terapia y he recibido suficiente información acerca del mismo de parte de el/la terapeuta.

Comprendo que la participación del menor es voluntaria.

Comprendo que la terapia puede ser suspendida:

1. Cuando lo decida, previo aviso a el /la terapeuta, asistiendo a las sesiones necesarias y realizando las actividades para la elaboración del cierre de la terapia, sin que esto tenga para mi repercusiones de ninguna índole.
2. Cuando se acumulen tres inasistencias sin previo aviso
Por favor transcriba a mano la siguiente leyenda en el espacio en blanco antes de firmar

“Acepto que estoy enterado/a de la información y he leído el documento estando de acuerdo con el mismo”

Fecha _____

Firma del/la tutor/a _____

Responsable académico (Nombre y firma) _____

Terapeuta (Nombre y firma) _____