



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“VIOLENCIA DE PAREJA Y PSICOPATOLOGÍA INFANTIL EN LA
COMUNIDAD DEL CCMG: ESTUDIO CORRELACIONAL”**

PROYECTO PAPITT IN307016

**“PARENTALIDAD POSITIVA COMO FACTOR PROTECTOR ANTE
VIOLENCIA DE PAREJA Y PSICOPATOLOGÍA INFANTIL”**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIATURA EN PSCOLOGIA**

**PRESENTA
GONZÁLEZ MARÍN MIRIAM**

**DIRECTORA DE TESIS: MTRA. VERÓNICA RUIZ GONZÁLEZ
REVISORA: DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA**

**SINODALES:
MTRA. KARINA BEATRIZ TORRES MALDONADO
MTRA. LAURA AMADA HERNANDEZ TREJO
DRA. CARIME HAGG HAGG**



**Facultad
de Psicología**

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX.

AGOSTO, 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Agradezco a la máxima casa de estudios UNAM, por haberme permitido prepararme en sus emblemáticas aulas y por permitirme aprender con grandes profesores de quienes obtuve una gran enseñanza.

Muy especialmente agradezco a los miembros del jurado que con cada asesoría aportaron en mi, nuevos conocimientos.

Este trabajo se llevó a cabo gracias al proyecto PAPITT IN307016 “Parentalidad Positiva como Factor Protector ante Violencia de Pareja y Psicopatología Infantil” en el Centro Comunitario “Dr. Julián Mc Gregor y Sánchez Navarro” de la Facultad de Psicología, UNAM

También agradezco al equipo de trabajo que me apoyo en esta investigación en particular a Maki, Xochitl, Yuri, Charlotte y Ángel

A la Mtra. Verónica Ruiz González y la Dra. Mariana Gutiérrez Lara, por las aportaciones al proyecto.

Agradecimientos personales

A mi madre Catalina Marín Martínez por tener la fortaleza de salir adelante sin importar los obstáculos que se le pusieron en su camino y poder darme una educación donde me fomento valores y principios, gracias mamita hermosa.

A mi hija Fany Maite que es mi tesoro más preciado y me da la fuerza para seguir adelante, te amo mi niña.

A mis hermanas, Elvira y en particular a Delia y a Maribel por apoyarme, alentarme y ser parte de mis frustraciones.

A René, por brindarme su paciencia y apoyo en todo este proceso, te doy gracias amor.

A mi suegra Guadalupe, quien es admirable y en todo momento me ha brindado su apoyo incondicional y a mis cuñadas Yesi, Lupe, Mari, Mónica

A mi amigos Paco, Clao, Lulú, Yesi, Conde, Marlene, Erick, Carmen, Beto, Anul, Sofi, Jazmín, Sofi Dorantes y Julissa por creer en mí y alentarme, gracias por ser parte de mi vida.

INDICE

RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I. VIOLENCIA DE PAREJA	11
Definición	11
Epidemiología de la violencia de pareja	13
Modelos explicativos de la violencia de pareja	16
Factores de riesgo que intervienen en la violencia de pareja	24
Tipos de violencia de pareja	26
Consecuencias de la violencia de pareja	27
Consecuencias de la violencia de pareja en los niños	28
Detección de la violencia de pareja: Instrumentos	29
CAPITULO II PSICOPATOLOGÍA INFANTIL	33
Epidemiología de la psicopatología infantil	36
Modelos explicativos de psicopatología infantil	39
Tipología y clasificación de la psicopatología infantil	48
Evaluación y Diagnóstico en la psicopatología infantil: Instrumentos	53
CAPITULO III. COMUNIDAD ALEDAÑA AL CCMG	55
Antecedentes históricos de la comunidad aledaña al CCMG	56
Servicios: educativos, salud, recreación y espacios culturales	65
Recursos de la Comunidad aledaña al CCMG	67
IV. MÉTODO	69
Justificación	69
Objetivo general	70
Objetivos Específicos	70
Pregunta de investigación	70
Hipótesis	71
Definición de Variables	71
Instrumentos	72
Diseño	75
Muestra	75
Participantes	75
Escenario	75

Procedimiento	75
V. RESULTADOS	78
VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	94
REFERENCIAS..... □□□□□□□□□□□□□□□□	.102
ANEXOS	115

RESUMEN

Este trabajo forma parte del proyecto PAPITT IN307016 “Parentalidad Positiva como Factor Protector ante Violencia de Pareja y Psicopatología Infantil”, el cual retoma la importancia de la violencia de pareja, que se presenta en todos los entornos y grupos socioeconómicos, religiosos y culturales, siendo un problema social y de salud pública (Jaen, Almorin & Rivera, 2015). Los niños a menudo son testigos de esta violencia, cuando el menor de edad se involucra ó percibe las consecuencias de las agresiones repercute en su salud y en su desarrollo integral; la exposición recurrente puede alterar diversos sistemas biológicos, regulatorios de las respuestas de estrés y, origina problemas de salud y de crecimiento físico (Cantón, Cortés, Justicia & Cantón, 2013).

El objetivo de este estudio es conocer la relación que existe entre la violencia en la pareja y la presencia de conductas que denoten algún trastorno psicológico en menores, en la comunidad aledaña al Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro” (CCMG), incluyendo las siguientes colonias: Adolfo Ruiz Cotines, Ajusto y Pedregal de Santa Úrsula. La muestra que se utilizó fue aleatoria por racimos, la cual incluyó a las tutoras y se obtuvieron 304 datos de niños entre 4 y 16 años de edad y en la que participaron 198 mujeres, que respondieron el Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico –CBTD- (Carave-Anduaga, 2006), y el instrumento de Escala de Violencia e Índice de Severidad –EVIS- (Valdéz-Santiago, Medina, Salgado, Rivera, Avila, & Rojas, 2006). Se utilizó un diseño no experimental correlacional, en donde se comprueba la hipótesis planteada de una muestra no clínica, sobre la violencia (física, psicológica y sexual) y su relación con las conductas reportadas por la madres/tutoras.

En los resultados obtenidos de acuerdo a la estadística descriptiva; con respecto a la Escala de Violencia y Severidad, hay una prevalencia de violencia en la pareja del 23.7%, la violencia psicológica con un 29.9% y la violencia física en un 21.4%; siendo la violencia sexual (9.5%) y la violencia física severa (8.2%), las que se presentan en un menor porcentaje.

En el CBTD se obtuvo que en la población infantil, los síntomas que prevalecen se relacionan con Déficit en la Atención. Asimismo, se encontró que en la muestra no clínica, incluida en este estudio (comunidad aledaña al CCMG), la severidad de la violencia, tanto física ($r=.237$. $s=.000$), psicológica ($r=.249$. $s=.000$) y sexual ($r=.132$. $s=.021$) tiene un correlación baja, estadísticamente significativa con el número de síntomas reportados por la tutora.

Palabras clave: Violencia de pareja, Psicopatología Infantil, Factores de Riesgo.

INTRODUCCIÓN

La violencia que se ejerce a la pareja constituye un grave problema de salud pública y una violación a los derechos humanos, la cual se define como cualquier comportamiento que cause daño físico, emocional, sexual o económico dentro de una relación (Jaen, Almorin & Rivera, 2015). De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (2003), la violencia de pareja no es exclusiva del hombre hacia la mujer, aunque son ellas quienes más las padecen, al quedar particularmente vulnerables al maltrato ocasionado por la pareja.

En las sociedades existen factores que promueven la desigualdad entre hombres y mujeres como: rigidez en los roles de los géneros, normas culturales que respaldan el derecho del hombre a mantener relaciones sexuales sin importar los sentimientos de la mujer, ya que al hombre se le otorga sanciones con menor dureza, para estos comportamientos (OPS, 2003).

La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2006), hace referencia que la violencia ejercida hacia las mujeres es multidimensional, ya que sus causas, consecuencias y repercusiones se dan en los ámbitos públicos y privados, y afectan tanto a las víctimas directamente a sufrir violencia, como a las personas que están a su alrededor, que por lo general son sus seres queridos; la violencia de pareja deriva también en violencia hacia los infantes, ya que son sujetos que atestiguan agresiones entre los padres. En los hogares donde existen mujeres violentadas por su pareja, tienden a darse más casos de maltrato infantil que en los hogares sin violencia doméstica (INEGI, 2006).

De acuerdo a Petrek, Elbert, Weierstall, Müller & Rockstroh (2013), la familia es un factor protector y un factor de riesgo para la presencia de un trastorno en la salud mental en los niños y adolescentes, ya que están influenciados por experiencias adversas durante la infancia. Con respecto a la salud mental del menor, esta se relaciona con su salud física, su capacidad para tener éxito en la escuela, en el trabajo y en la sociedad (American Psychological Association, 2014). Si la salud del menor se ve afectada,

puede ocasionar un trastorno mental. La Organización Mundial de la Salud (2010), hace referencia a la edad de inicio, donde la mayoría de los trastornos psiquiátricos se encuentra en las primeras décadas de la vida, uno de cada cinco menores padece un problema de salud mental, que puede ocasionar fracasos escolares, incluyendo rendimiento académico deficiente y una tasa de deserción escolar alta.

En México, los trastornos del desarrollo en la infancia se han convertido en un problema de salud pública, existen 33'470,538 de niños, de los cuales 10'598,705 son menores de cinco años, y 22'871,833 se encuentran entre los cinco y catorce años (Secretaría de Salud, 2006). Un estudio epidemiológico de problemas de salud mental realizado entre la población adolescente del área metropolitana de la Ciudad de México reportó una prevalencia de 39%, donde al menos 20% corresponden a trastornos más graves (Caraveo, 2013).

La Secretaría de Salud (2012) menciona que existen diferentes tipos de trastornos por ejemplo: el trastorno depresivo presenta una pérdida de años de vida saludables y el 6.4% de población lo padece, el (2.5%) sufre trastornos relacionados por el consumo de alcohol y el (2.1%) presenta esquizofrenia.

A través de esta investigación se pudieron conocer las características epidemiológicas de salud mental de la población infantil y los tipos de violencia hacia la pareja de tres de las colonias aledañas al CCMG: Adolfo Ruiz Cotines, Ajusco y Pedregal de Santa Úrsula, identificando la relación de la violencia en la pareja y la psicopatología infantil.

Con los datos obtenidos en este estudio se fundamenta el diseño de programas de parentalidad positiva, como factor protector de psicopatología infantil en futuros estudios del proyecto PAPIIT IN307016.

Este trabajo de tesis se organiza en siete capítulos, que se describen a continuación:

El capítulo 1, da un panorama de la violencia hacia la pareja, enfatizando datos mundiales y nacionales; con la finalidad de conocer el concepto de violencia, su

prevalencia, las consecuencias, así como los modelos explicativos, incluyendo las investigaciones que aportan evidencia empírica para fundamentar este trabajo.

El capítulo 2, se incluye la definición de psicopatología, datos epidemiológicos con respecto a los trastornos psicológicos en la infancia a nivel internacional y en México. Además se describen los modelos explicativos referentes a la psicopatología infantil y sus diferentes clasificaciones. También se muestran algunos de los diferentes instrumentos de evaluación y diagnóstico para psicopatología infantil.

El capítulo 3, menciona los antecedentes históricos de la comunidad y se describen sus principales características sociodemográficas como: edad, escolaridad, estado civil, religión, ocupación, tipo de hogar, vivienda, servicios y recursos con los que cuenta la comunidad aledaña al CCMG.

En el capítulo 4, se describe el método que se utilizó para esta investigación, donde se incluye la pregunta de investigación, objetivos, hipótesis, definición conceptual y operacional de las variables, tipo de muestreo, participantes, instrumentos y se da una descripción del procedimiento que se llevó a cabo.

El capítulo 5, está integrado por el análisis de los datos obtenidos en esta investigación de acuerdo a la estadística descriptiva e inferencial, las características de la muestra y los resultados obtenidos de la escala de EVIS y en el CBTD, así como las correlaciones de Pearson que se calcularon para conocer el grado de relación entre la severidad de la violencia (física, psicológica y sexual), y el número de síntomas reportados por la madre o tutora de los infantes de 4 a 16 años de edad.

En el capítulo 6, se analizaron los resultados obtenidos con respecto a los datos sociodemográficos de la población y de los instrumentos aplicados, los cuales se vincularon con la información integrada en el marco teórico, en las investigaciones consultadas recientemente.

Finalmente en el capítulo 7, se describieron las principales aportaciones de este estudio, así como sus limitaciones y las sugerencias para futuras investigaciones, en las que se estudie la violencia de pareja y la psicopatología infantil.

CAPÍTULO I. VIOLENCIA DE PAREJA

Definición

La violencia es fenómeno que puede ser desencadenado por diferentes factores, que rodea a una persona o grupos de personas en un espacio determinado como: en la calle, medios de comunicación, hogares, escuelas y lugares de trabajo, aumentando la probabilidad de desarrollar comportamientos de agresividad, o problemas de conducta. La Organización Mundial de la Salud (2002) define la violencia como: “el uso intencional de la fuerza física, amenazas, contra el individuo causando lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.

De acuerdo a Cienfuegos (2010) los términos de pareja y violencia, resultan difícilmente compatibles ya que el término de pareja alude a la igualdad y semejanza: entre dos personas, mientras que violencia involucra desigualdad e inequidad entre quien la ejerce y quien la padece. Al unir ambos términos, surge el concepto de violencia en la pareja.

Donde la violencia de pareja es un fenómeno complejo que causa daño, ya que está influenciada por la cultura y se encuentran sometida a las normas y valores que las sociedades establecen, ejemplo de ello es la diferencia sexual que está constituida por las relaciones humanas. Es un problema que comprende el abuso físico, sexual, económico, psicológico; cuando se presenta en el contexto familiar, está dirigido a lastimar e intimidar, este tipo de violencia se puede presentar del hombre hacia la mujer o viceversa, aunque son las mujeres quienes más las padecen (Castellón, Ortega & Zepeda, 2007). La violencia de pareja tiene consecuencias físicas, mentales y conductuales en la salud de la mujer que pueden llegar a persistir mucho tiempo después de que haya acabado la violencia (OPS, 2003).

En la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1993, define la violencia contra la mujer como un acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer,

así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, se puede producir en la vida pública como en la vida privada (Organización de las Naciones Unidas, 2016).

La ONU también propone que la violencia de pareja, es el acto que se ejerce hacia las mujeres, comprende cualquier acción, conducta u omisión que tenga la intención de perjudicar, o que ocasione daño físico, emocional o sexual e incluso la muerte, por parte del compañero íntimo (Jaen et al., 2015). La Organización Mundial de la Salud (2016), define a la violencia de pareja como un comportamiento de la pareja o ex pareja que causa daño físico, sexual o psicológico.

La violencia de pareja se puede presentar, durante el noviazgo, matrimonio o unión libre, comprende cualquier conducta activa o pasiva que dañe o tenga la intención de dañar, herir o controlar a la persona con la que se tiene o se tuvo un vínculo íntimo, se clasifica en violencia física, psicológica, sexual, patrimonial y económica (Jaen et al., 2015).

Con respecto a la violencia ejercida hacia la mujer, México ha impulsado cambios en la Legislación y en las políticas públicas, la cual promulgó la Ley general de acceso de las mujeres a una Vida Libre de Violencia 2007, donde define a la violencia familiar “como un acto abusivo de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar, o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexual a las mujeres, dentro o fuera del domicilio familiar, cuyo agresor tenga o haya tenido relación de matrimonio, concubinato o mantengan o haya mantenido una relación de hecho” (Diario Oficial de la Federación, 2007, p.3).

Según Trujano (2007) la violencia hacia la pareja, independientemente de si esta se dirige del hombre hacia la mujer o viceversa tiene sus bases en el género; es decir por la asignación de roles sociales y culturales. Donde los actos violentos son estrategias que ambos utilizan para confrontar o dominar, resultado de la forma en que hombres y mujeres se relacionan, de acuerdo a los estereotipos tradicionales sobre femenino y masculino (Cienfuegos, 2010).

La violencia de género sustenta la dominación masculina y parte de una ideología patriarcal que está basada en las tradiciones, creencias y costumbres que favorecen y mantienen la desigualdad entre los sexos. La justificación social sobre la violencia de pareja es cuando algunos de sus integrantes no cumple con dichos roles socialmente asignados (Castro & Casique, 2008) y esta violencia causa daño o sufrimiento físico, sexual y psicológico. Este daño incluye amenazas, privación arbitraria de la libertad en el ámbito público como privado (Servicio Murciano de Salud, 2010).

Las definiciones de violencia de pareja mencionadas, pueden ocurrir en dos escenarios, privado y público. En el privado existen diferentes creencias o ideologías, donde los hombres tienen ciertos derechos sobre las mujeres y los tienen que obedecer, es por esa situación que muchas de las veces, las mujeres no visibilizan la violencia, la hacen parte de su vida cotidiana. De ahí dificulta su detección, ya que es una problemática poco visible y normalizada. Por ello, es importante considerar datos epidemiológicos recientes con respecto a dicha problemática.

Epidemiología de la violencia de pareja

La violencia de pareja es un problema de salud pública que puede ocurrir en cualquier parte del mundo, sin importar la raza, sexo, la edad o el nivel socioeconómico, por el cual es importante disponer de datos confiables para conocer esta problemática, teniendo un panorama a quienes afecta y sus consecuencias, lo que permitirá entender este fenómeno, para que se pueda generar propuestas de intervención en diferentes niveles, además de sensibilizar a la población para que reconozcan y actúen dándole solución al problema.

Para comprender los casos de violencia de pareja, se retomaron los siguientes datos estadísticos. De acuerdo con el informe “Las Mujeres del Mundo, 2015” se estima que una tercera parte de las mujeres en el mundo, han experimentado situaciones de violencia física o sexual por parte de su pareja, tanto en países desarrollados, como países en vías de desarrollo, y las proporciones más altas se reportan en mujeres en edad reproductiva; y en los casos más extremos, se presenta dos tercera partes los casos de

violencia severa que culminan en homicidios, mientras que menos del 10% de las mujeres que padecen violencia acuden a instituciones gubernamentales o legales para solicitar apoyo (Jaen et al., 2015).

En el mundo el 30% de las mujeres que tuvieron una relación de pareja, han sufrido alguna forma de violencia física o sexual por parte de la misma. Un 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja (OMS, 2016). En esta línea de investigación se encontró que la OMS (2012), plantea que en América Latina y el Caribe se encuentra que del 17% al 53% de las mujeres casadas o vivieron en pareja, han reportado violencia sexual, física o psicológica.

El Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género realizó un análisis comparativo del 2006 y 2011, donde encontró que los resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (INEGI, 2006), muestra que el 43.2% de las mujeres mayores de 15 años afirmaron haber sido violentadas por su pareja durante su relación; 5 años después en el 2011, se incrementó en 3 puntos porcentuales con el 46.1%.

Por otra parte las mujeres que han sufrido violencia por parte de su pareja, se encuentran entre 15 años en adelante, las cuales declararon haber sido víctimas de violencia sexual, ya que es un acto en el cual son forzadas a las relaciones sexuales y otras formas de coacción sexual. En el año 2011 se reflejó una cifra de 7.3%, que después disminuyó en dos puntos porcentuales respecto al año 2006. El 9% de las mujeres declararon haber sido víctimas de violencia sexual a lo largo de su última relación de pareja (CEAMEG, 2011).

La violencia de tipo emocional comprende cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica de la víctima manifestándose a través de gritos, humillaciones constantes, abandono, insultos, etcétera. Es la que se presenta en mayor proporción, en el año 2011 alcanzó un 42.4% y en el 2006 un 37.5%, esta información coincide con la encuestas realizadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015).

La violencia tipo económica es la forma de agresión con el fin de controlar tanto el flujo de recursos monetarios que ingresan al hogar. Es la segunda violencia que se presenta con un 37.5% en el 2006 y en el 2011 aumento en un 42.4%.

Mientras que la violencia física es un acto de agresión intencional que implica daño a nivel físico, por ejemplo: abofetear, golpear con los puños, patear etcétera, este tipo de violencia tuvo un decremento proporcional con un 9.2% en el 2006, con seis puntos perceptuales menos de 3.5% en el 2011 (CEAMEG, 2011).

A continuación se puntualizará en la tabla 1, la violencia ejercida hacia la pareja, en los diferentes Estados de la República Mexicana describiendo donde se presenta con mayor frecuencia y los menos recurrentes este tipo de violencia 2006-2011 (CEAMEG, 2011).

Tabla 1. Representa los datos de violencia en los diferentes estados de la República Mexicana.

Estados de la República Mexicana	Porcentaje de violencia
Estado de México	56.9%
Nayarit y Sonora	53.7%
Ciudad de México	51.9%
Colima	50%
Chiapas, Baja California Sur y Durango	30%

El INEGI (2015), obtuvo datos sobre la violencia de pareja, donde encontraron que las mujeres que se casaron o unieron antes de los 18 años, el 52.9% presentaron violencia y con un 43.4% fueron las que se unieron a los 25 años o más. De las mujeres con dos o más uniones o matrimonios el nivel de violencia es mayor con el 54.6%, entre aquellas que solo han tenido una unión o matrimonio con el 48.7%.

Además el 32% de las mujeres que han padecido violencia sexual por parte de agresor son de tres tipos: actos de intimidación, acoso y abuso sexual (INEGI, 2015).

Entre las mujeres que tienen o mantuvieron una pareja sin vivir juntos, la violencia alcanzó un 33.3% los que sostienen actualmente una relación y los que ya no mantiene una relación es de 40% (INEGI, 2015)

Otro dato registrado son las mujeres separadas o divorciadas con el 77.7%, las cuales han sido sometidas a agresiones de todo tipo, por parte de sus ex-parejas o ex-esposos, principalmente la violencia física y/o sexual, junto con otros tipos de violencia en un 45.4% (INEGI, 2015).

Las mujeres que conviven con su pareja, presentan violencia emocional y económica en un 13.6%, en menor proporción se manifiesta la violencia física y/ sexual (INEGI, 2015).

Los diferentes tipos de violencia a los que están expuestas las mujeres, pueden desencadenar diferentes daños a la salud, desde trastornos psicológicos hasta daños físicos, ya que es importante el estudio de los fenómenos que ocasiona la violencia de pareja, se utilizan modelos que explique esta problemática.

Modelos explicativos de la violencia de pareja

La violencia ejercida por la pareja, es un fenómeno de gran magnitud, en el cual se han planteado diversos modelos y teorías para su estudio, incluyen: el Modelo del aprendizaje social, el Modelo de género y el Modelo Ecológico, presentados a continuación.

Modelo del aprendizaje social

Destaca la idea de que parte del aprendizaje humano se da en el medio social; donde el individuo observa a los otros, la personas adquieren: conocimientos, reglas, habilidades, estrategias, creencias y actitudes. También aprende acerca de la utilidad y conveniencia de diversos comportamientos, fijándose en modelos y en las consecuencias de su proceder, actuando de acuerdo con los que cree que debe esperar como resultado de sus actos (Aroca, Bellver & Alba, 2012).

El origen de la violencia se da por aprendizaje por medio de la imitación, que se produce en las relaciones interpersonales. La imitación es el principal elemento para aprender una conducta, aprendemos conductas por observación de modelos y posteriormente, las reproducimos. Asimismo, un inhibidor de la conducta puede ser la aceptación o no, por personas relevantes para el imitador u observador (madre, padre, amigos, pareja) que pueden favorecer tanto su mantenimiento, su modificación como su eliminación (Aroca et al., 2012).

La teoría de la agresión, explica el desarrollo de los patrones agresivos, en donde las personas pueden aprender conductas agresivas, mediante una enseñanza. Los estilos agresivos de conducta se pueden aprender, ya sea por observación de modelos más agresivos, o bien por la experiencia agresiva directa en la persona. El aprendizaje por observación, depende de las influencias del modelamiento. Bandura en 1969, plantea tres principales fuentes de conducta agresiva (Escobar & Yllan, 2008):

1. Influencias o determinantes familiares: se considera que la violencia familiar contribuye al desarrollo de estilos violentos de conducta, esto cuando los integrantes de la familia modelan y refuerzan la agresión, también derivado de la violencia familiar se observan las prácticas de abuso infantil, son reproducidas en generaciones subsiguientes.

2. Influencias subculturales: la familia se encuentra vinculada con otros sistemas sociales, cuando la persona se encuentra en constante contacto o se desarrolla dentro de una subcultura que valora la agresividad como un atributo, la probabilidad de que se incremente la agresividad es alta, existe una alta tendencia a la manifestación a las amenazas, riñas, homicidios entre otros.

3. Modelamiento simbólico: respresentado por los medios de comunicación primordialmente la televisión, los estilos de conducta agresiva pueden trasmitirse y aprender por observación, por la palabra o por la imagen, casi con la misma efectividad como si fuera transmitido por un modelo social, los niños se encuentran en constante contacto con este tipo de modelamiento simbólico.

Este modelo representa el aprendizaje del ser humano durante su infancia, donde el menor aprende a imitar las conductas de su entorno social y posteriormente en su vida adulta reproduce este aprendizaje. Cuando un menor sufre violencia familiar durante su infancia, puede reproducir el aprendizaje en agresión o ser víctima de esta violencia en su vida adulta.

Modelo de Género

Permite comprender el modelo de aprendizaje social, en donde se puede observar que los infantes imitan lo que está en su entorno y aprenden a diferenciarse entre mujeres y hombres durante su desarrollo social

En este modelo se presenta el debate de las diferencias entre sexos, hecho biológico y el género hecho social. De esta manera, la cuestión biológica construye significados sociales específicos que llegan a determinar la forma en cómo las personas deben de vivir, en base a sus valores y creencia. La teoría de género propició la discusión en torno a si las diferencias entre hombres y mujeres eran de origen biológico, ésta no implica superioridad de algunos de ellos y que de ninguna manera lo biológico por sí mismo provoca un comportamiento (Castellón et al., 2007).

A partir de este debate, surge el concepto de sistemas de género, que no es sino un conjunto de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores, que las sociedades elaboran con base en la diferencia sexual y que da sentido en general, a las relaciones humanas; el concepto de género se entiende como un “conjunto de ideas, expresiones y prácticas sociales de una cultura a partir del reconocimiento y simbolización de las diferencias de sexos y género” (Castellón et al., 2007, p.13).

La diferencia biológica, cualquiera que ésta sea se interpreta culturalmente como una situación sustantiva que marca el destino de la persona. Esto significa que lo que determina la identidad y el comportamiento de género no es el sexo biológico, si no el hecho de haber vivido, desde el nacimiento, las experiencias ritos y costumbres atribuidos a un determinado contexto social. Por ello podemos deducir que en el género, se articulan tres instancias básicas (Castellón et al., 2007):

1. Asignación. Surge desde el momento del nacimiento con la aparición de los genitales.
2. Identidad de género. Se presenta cuando el niño se identifica con su género y se asume como perteneciente al grupo de lo femenino y a lo masculino.
3. El rol de género. Se forma con el conjunto de normas determinadas por sociedad y la cultura, de lo que debe ser femenino o masculino, esto varía de cultura en cultura.

Estos hallazgos nos permiten contextualizar la violencia familiar, que ha estado presente desde tiempos muy remotos, ya que la sociedad más antigua que se conoce es la patriarcal, en donde las obligaciones de la organización y la administración recaen predominantemente sobre los hombres y en consecuencia el espacio de desarrollo de las mujeres se reduce en el ámbito del hogar, donde debe ser sumisa y silenciosa, organizar la casa y cuidar a los hijos, servir y soportar con resignación al marido. “De no cumplir con este rol, deberán someterse al juicio de la sociedad y el castigo correspondiente, lo cual explica que en las situaciones de violencia hacia las mujeres, estas se sientan culpables y los agresores ni siquiera adviertan la comisión de alguna falta injusta e inequitativa” (Castellón et al., 2007, p.17).

El modelo de género es una representación que esquematiza el comportamiento y su interacción ecológica del individuo dentro de la sociedad, marcando específicamente el rol que tiene los hombres y las mujeres.

Modelo Ecológico

El modelo ecológico de la figura 1, introducido a finales de los años setenta, se aplicó inicialmente al maltrato de menores y posteriormente a la violencia juvenil en el que se sintetiza por cuatro círculos concéntricos, que explican los diferentes contextos y niveles de interacción que un individuo puede tener a lo largo de su desarrollo, hace referencia cómo los diferentes niveles se influyen mutuamente; éstas áreas son denominadas: microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema (Bronfenbrenner, 1987).

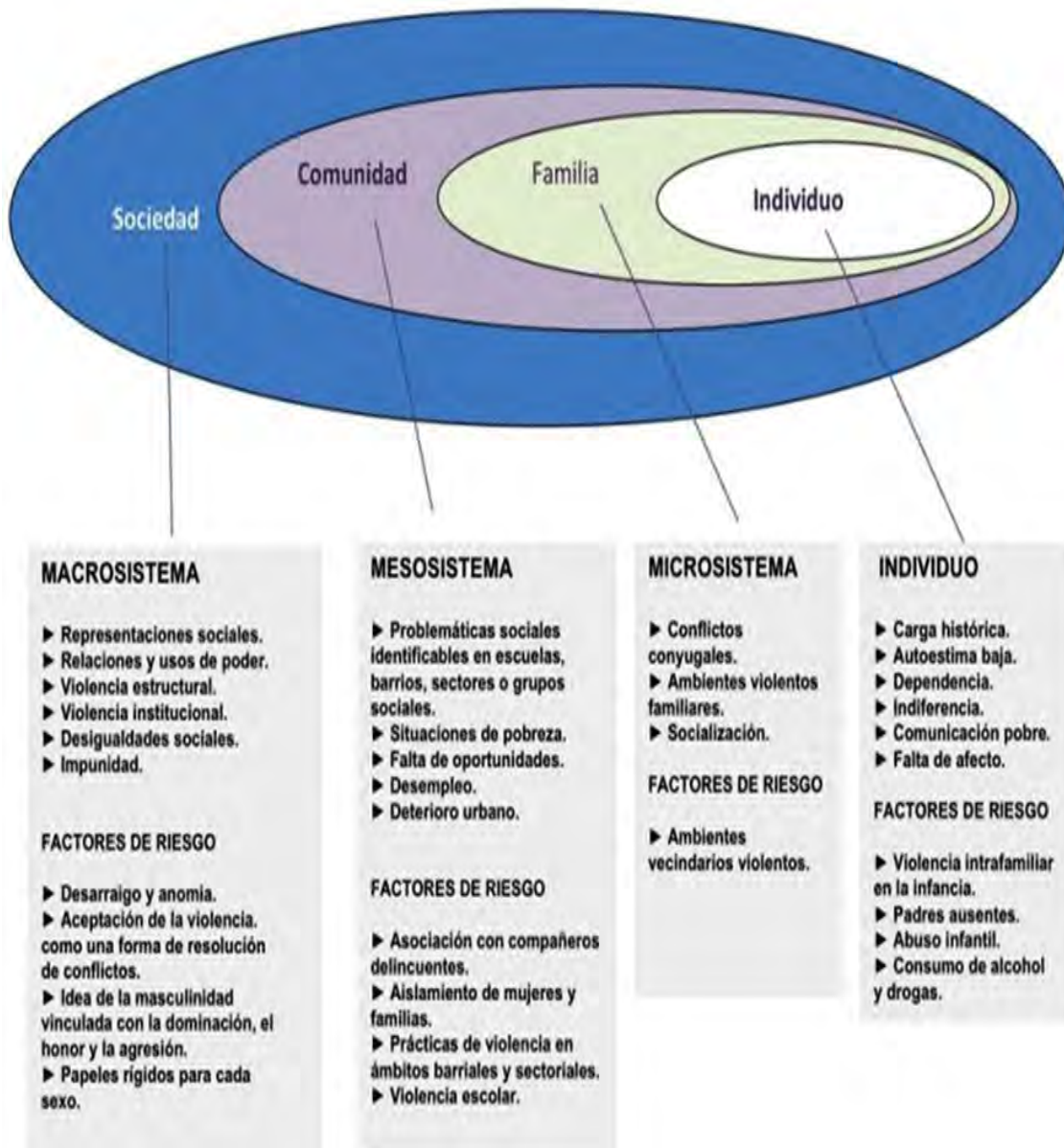


Figura 1. Representación gráfica de las características principales de cada nivel en el ecosistema relacional y la vinculación con los factores de riesgos. Tomada de Olivares Ferreto y Incháustegui Romero (2009, p. 18).

Microsistema. Es el nivel más cercano al individuo, e incluye los comportamientos, roles y relaciones característicos de los contextos cotidianos en que éste pasa sus días, es el lugar en el que la persona puede interactuar personalmente de una manera fácil, como es el hogar, el trabajo, sus amigos (Bronfenbrenner, 1987).

Mesosistema. Según Bronfenbrenner (1979) comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente (familia, trabajo y vida social). Es por lo tanto un sistema de microsistemas. Se forma o amplía cuando la persona entra en un nuevo entorno.

Exosistema. Se refiere a uno o más entornos que no incluyen a la persona en el desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno, o que se ven afectados por lo que acontece en ese entorno (lugar de trabajo de la pareja, grupos de amigos de la pareja, etc.) (Bronfenbrenner, 1987).

Macrosistema. Se sitúa en un plano más distante pero igualmente importante, es necesario tomar en consideración la influencia de factores ligados a las características de la cultura y momento histórico-social.

En fechas más reciente, los investigadores han usado el Modelo Ecológico para comprender la violencia de pareja (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano 2002). El enfoque Ecológico para la atención de violencia en la pareja, propuesto por Heise (1998) parte del modelo de Bronfenbrenner (1979), con el supuesto que cada persona se encuentra relacionada en un conjunto de niveles individuales, familiares y sociales que interactúan entre sí, que pueden producir distintas expresiones de violencia como consecuencia de algunos factores de riesgos que influyen en el comportamiento.

A su vez, el planteamiento de Heise fue retomado por la Organización Mundial de la Salud desde del 2003 (Monreal-Gimeno, Povedano-Díaz, & Martínez-Ferrer, 2014), para fundamentar el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, para comprender la naturaleza polifacética de la violencia. Ya que, su principal utilidad consiste en que permite distinguir los numerosos factores que influyen en la violencia, al mismo tiempo 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 cuatro niveles:

Nivel Individual.

Se identifican los factores biológicos y la historia personal que influyen en el comportamiento de una persona, que incrementa la posibilidad de ser víctima de violencia o ser perpetrador por actos de violencia (OPS, 2003). Los factores de riesgo que se pueden observar es la impulsividad, bajo nivel educativo, el abuso de sustancias psicotrópicas y los antecedentes de comportamiento agresivo o haber sufrido maltrato (Monreal-Gimeno et al., 2014).

Nivel de las Relaciones.

Este nivel se refiere a las interacciones que existen al relacionarse con la sociedad de una manera más cercana (Heise, 1998), se da en la familia donde pertenece, entre cónyuges o parejas, con las personas que forman el grupo familiar y más cercano de amistades. Vivir en ambientes familiares violentos, llegan a sufrir agresiones de cualquier tipo o atestiguar actos de violencia, que puede predisponer a las personas a sufrir o a perpetrar este tipo de actos en la adolescencia, juventud y la vida adulta. Tener amistades que cometan o inciten actos violentos, eleva el riesgo de que una persona joven sufra o lleve a cabo actos de violencia (Monreal-Gimeno et al., 2014).

Desde la perspectiva de género, son relevantes las formas en que se conciben y practican las relaciones, como se jerarquizan el género entre hombres y mujeres, tanto en las familias como en el círculo de amistades. Como modelos de identidad, el patriarcado, el machismo y el marianismo pautan comportamientos, expectativas y códigos altamente sexistas y discriminatorios para las mujeres, que incorporan o legitiman el uso de diversas modalidades de violencia, tanto entre hombres y mujeres. La reducción de riesgos en este plano llevaría a incentivar cambios hacia formas pacíficas y respetuosas de convivencia familiar y hacia una mayor equidad de género (Olivares & Inchaústegui, 2011).

Nivel de la Comunidad.

Se refiere a los contextos de la comunidad, en los cuales prevalecen las relaciones sociales que existen en: las escuelas, los lugares de trabajo y los vecindarios, donde busca identificar las características de estos ámbitos que se asocian con ser

víctimas o perpetradores de actos violentos (OPS, 2003). Los riesgos pueden estar potenciados por la presencia de conflictos comunitarios derivados del deterioro urbano, el hacinamiento, la penuria económica, el desempleo o la falta de oportunidades de desarrollo educativo y deportivo, como por la carencia de espacios lúdicos. La presencia de comportamientos delictivos, robos, vandalismo, homicidios y tráfico de drogas, entre otros, hacen cotidiana y tolerable la convivencia violenta e incluso, no le dan importancia al sentido de vivir en peligro (Heise, 1998).

El Nivel Social.

Reúne los factores de carácter más general, relativos a la estructura de la sociedad comprendida por sus valores culturales, creencias, normas sociales y las políticas económicas o sociales que crean o mantienen las diferencias y las tensiones entre los grupos de personas (OPS, 2003). Estos factores pueden contribuir a favorecer un clima que incite la violencia, por ejemplo: la impunidad; la posibilidad de adquirir armas fácilmente; la cultura de la ilegalidad; las relaciones o tratos corruptos con agentes de seguridad y de justicia; y la falta de respeto por las instituciones. Todas estas circunstancias se tornan en una especie de capital social negativo, al propiciar comportamientos colectivos propensos a la delincuencia o cuando menos a la desobediencia a la ley (Olivares & Inchaústegui, 2011), o conforman normas culturales que apoyan a la violencia como una manera más aceptable de resolver conflictos; actitudes que consideran el suicidio como una opción personal más que como un acto de violencia evitable o normas que asignan prioridad a la patria potestad no considerando el bienestar de los hijos (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2002).

Asimismo, el Modelo Ecológico 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; además pone de manifiesto que para prevenir la violencia, 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 individual.

- 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, para tomar medidas y enfrentar la problemática 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 la orientación para reducir las diferencias que existe entre ricos y pobres, para garantizar un acceso igualitario a los bienes y servicios.

El Modelo Ecológico es importante porque considera que la violencia es parte de un aprendizaje en los diferentes contextos: familiar, social y cultural; fundamenta que se puede intervenir para mitigar la problemática de violencia.

Este modelo explica que hay factores que pueden aumentar la probabilidad de sufrir violencia, además de factores protectores que ayudan a prevenir una consecuencia negativa. La violencia hacia la pareja no se le puede atribuir a una sola causa, es un problema que está asociada con factores sociales, psicológicos, legales, culturales y biológicos. De esta manera, el Modelo Ecológico enfoca el problema desde diferentes contextos en los que se desarrolla un individuo, ayudando a identificar los distintos niveles en lo que se manifiesta la violencia y los factores que influyen en ella.

Factores de riesgo que intervienen en la violencia de pareja}

Son variables que genera que el individuo sea vulnerable a conductas y actitudes violentas (Krug et al., 2002), están asociados con:

- Tener un *bajo nivel de educación*. Las mujeres que tienen grados inferiores de instrucción (primario o ninguno) tienen un riesgo de dos a cinco veces mayor de sufrir violencia infligida por la pareja, que las mujeres con más educación (Ackerson, Kawachi, Barbeau y Subramanian, 2008; Gustafs & Cox, 2012).

- *Haber sido testigo o víctima de violencia en la niñez.* La observación reiterada de eventos de violencia en los niños tienden a perpetuarla, ya que se aprende que ésta es un recurso aceptada para resolver conflictos (Castellón et al., 2007).
- *Haber consumido alcohol o drogas.* Los eventos más violentos se da cuando el agresor se encuentra bajo los efectos del alcohol y/o drogas (OMS,2016; Gustafs & Cox, 2012).
- *Presentar trastornos psicopatologicos,* de personalidad, del estado de ánimo, conducta antisocial, depresión, esquizofrenia entre otros (Gustafs & Cox, 2012).
- *Haber sido víctima de abuso sexual en la niñez y exposición anterior a otras formas de maltrato* (OMS, 2016).
- *Tener baja autoestima, estar en aislamiento social (sin amigos), no tener empleo o bajo nivel de ingresos* (Fernández, Herrero, Buitrago, Ciurana, Chocron, García, Montón, Redondo & Tizón, 2003).
- *Tener conflictos o insatisfacción en la relación de pareja, dominio de los varones en la familia, dificultades económicas; hombres con múltiples compañeras sexuales.* (OMS, 2016).
- *Tener normas sociales de género no equitativas* (especialmente las que asocian la virilidad con el dominio y la agresión), pobreza; baja posición social y económica de la mujer, sanciones jurídicas débiles en casos de violencia de pareja dentro del matrimonio, sanciones comunitarias débiles (OMS, 2016). En relación con esto, investigaciones reportan que los varones suelen presentar sesgos cognitivos relacionados con creencias equivocadas sobre los roles sexuales y la inferioridad de la mujer, también con ideas distorsionadas sobre la legitimidad de la violencia para resolver conflictos (Echeburúa y Amor, 2010). Asimismo utilizan diferentes estrategias de afrontamiento para eludir la responsabilidad de sus conductas, como justificar, minimizar o negar la violencia ejercida (Dutton, 2007).
- *Desarrollar un apego inseguro.* Se ha encontrado que los hombres implicados en dinámicas de violencia de pareja, es más probable que presenten un *apego inseguro*, con poca estabilidad emocional y elevada ansiedad por miedo al rechazo y abandono de su pareja. Éste sentimiento de inseguridad se ha

relacionado con mayor necesidad de dominio en las relaciones íntimas y en especial a los sentimientos de abandono (Loinaz & Echeburúa, 2012).

- Tener hijos siendo muy jóvenes o que hayan presentado algún antecedente de problemas de conducta (Holt, Buckley & Whelan, 2008).

Tipos de violencia de pareja

Existen diferentes tipos de violencia hacia la pareja, de acuerdo a las investigaciones realizadas se clasifican en: violencia física, psicológica, sexual y económica. A continuación se describe cada una de ellas.

La violencia física: implica un contacto fuerte que puede ir desde empujones, pellizcos, cachetadas, golpes ligeros y fuertes, que pueden ocasionar fracturas o una discapacidad temporal que muchas veces afecta a los órganos internos y cuando es letal puede causar la muerte (Rodríguez, 2007).

De acuerdo a lo anterior Castellón et al. (2007) menciona que cuando se presenta la agresión física, la mayoría de las mujeres tiende a pedir ayuda o denunciar, ya que corre peligro su salud física, por los golpes recibidos que pueden ocasionar la muerte. A comparación del maltrato psicológico que es menos visible porque muchas de las mujeres se minimizan y afecta su autoestima.

La violencia psicológica o emocional: comprende expresiones, tales como: insultos, ofensas, amenazas, burlas, actitudes de desprecio, gritos, manipulación, chantaje, intimidación, comparación negativa con otras personas o control. Puede darse junto con otras formas de maltrato, o presentarse de forma aislada (Rodríguez, 2007).

La violencia sexual: comprende las siguientes prácticas: exigir o imponer una relación sexual, obligar a la víctima a prácticas que le resulten dolorosas, desagradables, o que simplemente no desea practicar (sexo oral o anal, obligar a mantener relaciones sexuales con otra mujer u hombre, prostitución, etcétera.). La violencia sexual siempre tiene graves consecuencias para la salud emocional de las víctimas y, muchas veces, va acompañada de diversas formas de violencia física.

Cuando se presenta este tipo de violencia sexual, muchas veces las mujeres no hablan de ella por vergüenza o por desconocimiento de la misma, ya que se considera como una obligación de acuerdo a la ideología de sus costumbres y tradiciones,

La violencia económica: se presenta cuando las mujeres dependen económicamente de sus parejas y no generan ingresos propios, las conductas habituales pueden incluir: la exclusión para toma decisiones financieras, controlar los gastos, limitar el dinero sin aportar lo suficiente, negarse hablar sobre sus ingresos, entre otros (Castellón et al., 2007).

La violencia de tipo económica es la más invisible, no se considera como una agresión, al depender las mujeres económicamente de los hombres. Por ello, hombres y mujeres consideran que los hombres “mantenían a las mujeres”, sin reconocer que las mujeres trabajan dentro del hogar, realizando tareas domésticas, cuidan a los hijos, contribuyen al progreso de la familia. La manutención del hogar recae casi exclusivamente en los varones, motivo por el cual se reafirmó este poder masculino. Este tipo de violencia se acentúa más cuando las mujeres dependen económicamente de sus parejas y no generen ingresos propios (Villagomez, 2010).

Consecuencias de la violencia de pareja

La violencia causada por la pareja afecta la salud física y mental de la mujer de forma directa e indirecta. Cuando afecta físicamente, puede ocasionar: moretones, desgarros y lesiones en la piel, traumatismos abdominales o torácicos, fractura de huesos o dientes, discapacidad visual o auditiva, traumatismos craneoencefálicos, lesiones por intentos de estrangulación, traumatismos en la espalda o cuello (OMS, 2013) y quemaduras en cualquier parte del cuerpo (Bott, Guedes, Goodwin & Adams, 2014).

Dentro de los daños emocionales se encuentran: depresión, fobias, ideas suicidas e intentos de suicidio, problemas de abuso de alcohol, drogas, trastornos de hábitos alimentarios y del sueño, que originan inactividad física, baja autoestima, estrés postraumático, tabaquismo, autoagresión, comportamientos sexuales peligrosos (OMS,

2013) y pueden llegar a presentar ansiedad o angustia que no les permita poder realizar su trabajo habitual (Bott et al., 2014).

Otras secuelas a nivel de salud sexual y reproductiva de la mujer son los embarazos no planeados y no deseados, la violencia puede ocasionar abortos, infecciones de transmisión sexual, VIH, complicaciones del embarazo, enfermedad pélvica inflamatoria, infecciones urinarias, disfunción sexual, sangrado vaginal o anal como consecuencia de la violencia sexual (Olaiz, Uribe & Río, 2006).

La violencia durante el embarazo se ha asociado con ingreso tardío en los servicios de atención prenatal; muerte de recién nacidos, parto prematuros, traumatismo fetal, y bajo peso al nacer o bebés pequeños para la edad de gestación (OMS, 2013).

Consecuencias de la violencia de pareja en los niños

La familia es el primer espacio donde los infantes tiene una relación amorosa con sus padres o cuidadores; cuando los menores son testigos de violencia en su hogar, se convierten en víctimas de la misma, donde pueden estar expuestos a diferentes tipos de violencia entre los que se encuentran: abusos físicos, agresiones psicológicas, abandono y abusos sexuales hacia los infantes (Vézina & Hébert, 2007; Chan, 2011).

El Servicio Murciano de la Salud (2010) menciona que esta violencia de pareja también puede afectar psicológica y social a los infantes de diferentes formas: emocionalmente ocasiona ira, depresión, aislamiento, baja autoestima, estrés postraumático (Villatoro, Quiroz, Gutiérrez y Amador, 2006; Evans, Davies y Dillillo, 2008), en el desarrollo de los procesos cognitivos el individuo puede desencadenar retraso de lenguaje, problemas de conducta que llegan a ocasionar: agresión, crueldad con los animales, rabietas, inmadurez, delincuencia, déficit de atención, hiperactividad, drogodependencia. Con lo que respecta a lo social influye en tener escasa habilidad sociales, retraimiento, rechazo, falta de empatía, y agresividad (Holt et al., 2008).

Además pueden presentar problemas de salud como: retraso en el crecimiento, problemas de sueño, regresiones a otras etapas evolutivas, dificultad en las habilidades

motoras, síntomas psicosomáticos (asma, alergias etcetera.), problemas de alimentación, inapetencia y anorexia (Evans et al., 2008).

Cuando el maltrato es por parte del padre, el niño aprende que la violencia es un instrumento normal para la resolución de conflictos, facilitando la persistencia del ciclo de violencia en la edad adulta. Los menores corren el riesgo de huir de sus hogares y tienen comportamientos violentos hacia sus hermanos o a sus padres (Olaya, Tarragona, Osa & Ezpeleta, 2008).

La exposición de violencia de pareja se relaciona con problemas *internalizantes* como: retraimiento, ansiedad, trastornos somáticos, trastornos del sueño, depresión y sentimientos de auto inculpación; así como un mayor riesgo de conductas suicidas, fobias y una menor autoestima. Así como también se ha asociado con conductas *externalizantes* de problemas emocionales (hiperactividad, escaso control de impulso, berinches, agresión, bullying, delincuencia y crueldad con los animales (Evans et al., 2008).

Detección de la violencia de pareja: Instrumentos

En este capítulo se describen algunos de los instrumentos que se han creado para la detección de la violencia contra la mujer en la pareja. En la búsqueda realizada para esta investigación, se encontró que el Observatorio de Salud de la Mujer, realizó un informe con la finalidad de una revisión de los instrumentos utilizados a nivel Internacional, tanto para estimar la prevalencia sobre casos de violencia por parte de su pareja. De dicho informe se retomó la descripción de los siguientes instrumentos con respecto a la violencia de pareja, los cuales serán descritos en este apartado (Ruiz, Jiménez, Bermúdez y Plazaola, 2008).

Inventario de Riesgo de Abuso (Abuse Risk Inventory ARI), Yegidis, B.L. (1989).

Finalidad: Identifica a mujeres que han sido, o están en riesgo, de ser víctimas de maltrato por sus parejas o ex parejas.

Descripción. Presenta una escala de frecuencia que mide una escala de cuatro puntos (de “nunca o raramente” a “siempre”).

Ventajas y/o limitaciones: Es uno de los instrumentos más ampliamente utilizados en contextos clínicos y es habitualmente empleado en la comparación y validación de otros instrumentos (Ruiz, et al., 2008).

Detección computarizada de violencia de pareja (Computer Screening Intimate Partner Violence).

Rhodes, K.V., Lauderdale, D.S., He, T., Howes, D.S. y Levinson, W. (2002).

Finalidad: Es identificar víctimas de violencia por parte de la pareja en espacios clínicos. Este cuestionario, es auto administrado por computadora, persigue el objetivo de incrementar el grado de detección de violencia por parte de la pareja en los servicios de atención sanitaria.

Ventajas y/o limitaciones. La confidencialidad y anonimato que ofrece la aplicación de los reactivos es por computadora puede incrementar la eficacia en la detección de casos de violencia contra la mujer por parte de la pareja (Rhodes, Lauderdale, He, Howes & Levinson 2002).

Cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género en las consultas clínica.

Majdalani, M.P., Alemán, M., Fayanás, R., Guedes, A. y Mejía, R.M. (2005).

Finalidad: Detectar casos de violencia (psíquica, física y sexual) en mujeres de habla hispana en los consultorios de atención primaria.

Ventajas: Este instrumento breve es especialmente apropiado para la detección sistemática de violencia doméstica en los servicios de salud. (Majdalani, Alemán, Fayanás, Guedes, & Mejía, 2005).

Herramienta para la detección de Violencia Doméstica (Domestic Violence Screening Tool)

Furbee, P.M., Sicora, R., Williams, J.M. y Derk, J.M. (1998).

Finalidad: Detectar la violencia doméstica contra la mujer ejercida por el marido, novio o cualquier otra persona significativa para la víctima. Se centra fundamentalmente en la violencia física, aunque incluye algunas cuestiones relativas a amenazas y sentimientos de seguridad. Esta herramienta está originalmente diseñada para ser empleada en contextos clínicos, específicamente de urgencias (Ruiz, et al., 2008).

Ventajas y limitaciones: El método de la entrevista pregrabada pretende solventar los problemas de reactividad y rechazo que suelen emerger cuando los y las profesionales sanitarios preguntan a los pacientes por la violencia doméstica. Una limitación que presenta esta herramienta es que no diferencia claramente entre violencia física y violencia psicológica, ignorando el acoso y la violencia sexual (Ruiz, et al., 2008).

Herramienta para la Evaluación de la Violencia en Curso (Ongoing Violence Assessment Tool. OVAT)

Ernst, A.A., Weiss, S.J., Cham, E., Hall, L. y Nick, T.G. (2004).

Finalidad: Identificar situaciones actuales de violencia por parte de la pareja. Está ideado para ser aplicado en los servicios de urgencia o en cualquier otro contexto de asistencia a víctimas de violencia (Ernst, Weiss, Cham, Hall & Nick, 2004).

Las ventajas de los instrumentos mencionados para la investigación realizada, miden la violencia de la pareja, algunos de ellos, están validados a nivel Nacional y otros son aplicados en el país donde fueron creados.

De acuerdo a la revisión de los instrumentos, se eligió el instrumento de Escala de Violencia de Índice de Severidad (Valdez-Santiago et al., 2006), la cual fue desarrollado para ámbitos clínicos en población en general, fue validado a nivel Nacional, en población Mexicana con un alto índice de confiabilidad, para medir la

violencia de pareja ejercida hacia la mujer, es de fácil acceso para su uso, tiene un lenguaje claro y sencillo, es de corta extensión lo que facilitó su aplicación a la población aledaña al CCMG, ya que el instrumento está publicado y vigente con su información completa. La información de esta escala se describe de forma amplia en el capítulo IV.

Los instrumentos mencionados anteriormente, reflejan la detección de las mujeres que han sido víctimas de violencia, cuando los menores son testigos de esta violencia en el hogar, corren el riesgo de desarrollar algún trastorno psicológico, afectando su desarrollo en el ámbito familiar, escolar y social, ya sea a mediano o largo plazo y pueden ser heredados a generaciones posteriores. Por ello, en el siguiente capítulo se retomará el tema de psicopatología infantil.

CAPITULO II PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

La psicopatología es la ciencia que estudia la vida psíquica anormal. Etimológicamente deriva de las palabras griegas "psique": alma; "pathos": sufrimiento, enfermedad y "logos": conocimiento, esta ciencia es una rama de la psiquiatría (Lucio, Heredia & Ancona, 2014). La psiquiatría es la rama de la medicina que se especializa en la prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales (Benassini, 2011). Esta suele adoptar un modelo médico para afrontar los trastornos mentales: considera tanto los factores biológicos, como psicológicos, socioculturales y antropológicos (Lucio et al., 2014).

El enfoque psiquiátrico clasifica a los problemas del infante, en la cual existe una perspectiva psicológica e interdisciplinaria, que es de la psicopatología del desarrollo. El término de psicopatología del desarrollo, estudia la relación psicopatológica de acuerdo a los cambios típicos que ocurren en la vida. Este enfoque sugiere un marco conceptual relacionado a los acontecimientos y secuencias: en áreas físicas, cognitivas, sociales-emocionales y educativas del desarrollo. También es considerada como un macroparadigma, para diferenciarlo de las teorías con variables, métodos o explicaciones más limitadas y trata de identificar factores de riesgo y protectores del individuo en un contexto particular (Lucio et al., 2014).

De esta manera, la Psicopatología Infantil sólo puede ser entendida con plenitud desde una visión integral y evolutiva, en la que la experiencia, la estructura básica puede conocer el tipo de organización que se va haciendo y el "cómo" se constituye el yo y su estructura del aparato mental (Villalba & Rodríguez, 2009).

Por lo anterior no se puede entender la psicopatología infantil, si no se conoce el desarrollo psicológico infantil. El desarrollo normal y el patológico que están relacionados entre sí. El normal se realiza a través de logros sucesivos y progresos que permite al niño resolver las demandas del medio donde vive, adaptándose y poco a poco ir viviendo como persona. Pero este proceso de maduración del desarrollo normal del niño es el resultado de la conjunción de muchas funciones, como actividades psíquicas que se integran en la personalidad infantil. Estas funciones psíquicas pueden llegar

agruparse en el desarrollo de la actividad física y psicomotora; a demás de las funciones cognitivas, emocionales y social (Rodríguez, 2000).

Los trastornos psicológicos suelen afectar a uno o más factores que determina el desarrollo normal del infante. Estos factores de riesgo que afectan al menor y se relacionan con la psicopatología infantil son: “enfermedad mental de la madre” (cronicidad), ansiedad de la madre, pocas perspectivas en la educación del hijo, falta de 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 (Lucio et al., 2014, p.8).

El riesgo psicopatológico infantil es una condición o circunstancia que incrementa la probabilidad para desarrollar algún trastorno psicológico; ejemplo de estos contextos (Caraveo-Anduaga y Soriano-Rodríguez, 2013):

a) Contexto biológico: defectos de nacimiento, daño neurológico, nutrición inadecuada o algunos de los padres padece algún trastorno de origen genético.

b) Contexto individual: déficit en la inteligencia, baja auto eficacia, o un deficiente autocontrol.

c) Contexto de negligencia parental.

d) Contexto social: conductas antisociales.

e) Contexto cultural: pobreza o violencia.

Además existen otros factores que pueden incrementar la probabilidad de la psicopatología. El factor potenciador es el elemento que agrava el impacto de riesgo, el aislamiento social puede potenciar los efectos de otros tipos de estrés ambientales tales como la violencia.

Los menores que logran hacer un buen ajuste a pesar de tener riesgos, son llamados resilientes y otro factor es la vulnerabilidad (Cantón et al., 2013).

Rutter (1990) identificó ocho factores de vulnerabilidad:

1. Género: Los niños tienen mayor probabilidad de presentar problemas de conducta a diferencia de las niñas, ante la presencia de tensiones del hogar.
2. Temperamento: los infantes con una personalidad difícil, son propensos a la irritabilidad, crítica y hostilidad de los padres.
3. Ausencia de una buena relación con los padres.
4. Escasas habilidades de planeación.
5. Falta de experiencias positivas.
6. Falta de cuidado afectivo.
7. Deficiente habilidad para socializar.
8. A nivel socio-cultural, los menores con características particulares, son aislados por los diferentes grupos sociales (Caraveo-Anduaga y Soriano- Rodríguez, 2013).

Aparte de existir factores de riesgo, también existen factores de protección, los cuales están definidos como: aquellos que disminuyen la probabilidad de observar una consecuencia negativa, para proteger o para potenciar sus capacidades que les permita fortalecerse ante situaciones de riesgo, o cuando se encuentran en una circunstancia de adversidad (Cummings, Davies & Campbell, 2000). Éstos moderan el impacto del estrés y regulan los síntomas transitorios para lograr el bienestar físico y psicosocial, además reduce probabilidad de presentar un trastorno (Secretaría de Salud, 2012).

Werner y Smith (1992) proponen que los factores de protección en los menores son: inteligencia, atributos personales, estrategias tempranas de afrontamiento, comunicación eficaz, habilidades de solución de problemas, autoestima y autoeficacia (Caraveo-Anduaga y Soriano-Rodríguez, 2013).

En lo familiar los factores de protección incluyen: la oportunidad de tener lazos afectivos, educación, disponibilidad de recursos para el cuidado del niño, un talento o afecto que sea valorado por los adultos y creencias religiosas de la familia, que proporcione estabilidad y significado durante épocas de sufrimiento o adversidad. En la comunidad, estos factores de protección incluyen tener una buena relación con los vecinos, un ambiente escolar eficaz con profesores que desempeñen modelos positivos y sean fuentes de orientación, o tener un amigo que sirva de apoyo (Caballo & Simón, 2008).

Los factores de protección disminuyen la probabilidad de sufrir algún tipo de trastorno en los infantes, ya que si son alterados tienen consecuencias negativas. Para poder conocer la psicopatología infantil, la epidemiología es de gran utilidad, porque nos brinda información de la frecuencia y duración de los trastornos de los niños en una comunidad determinada, así como la asociación de variables demográficas, la cual facilita la identificación de poblaciones en riesgo, esto nos permite implementar medidas preventivas en la salud mental del menor.

Epidemiología de la psicopatología infantil

El inicio de la mayoría de los trastornos psiquiátricos se encuentra en los primeros diez años de vida del infante, uno de cada cinco niños padece un problema de salud mental, ocasionando fracasos escolares, incluyendo rendimiento académico deficiente y tasas de deserción escolares más altas. Los niños con problemas de salud mental, sub-clínicos (problemas de salud mental que no satisfacen los criterios para diagnósticos psiquiátricos), además tienen resultados educativos adversos, así como también se les dificulta tener un empleo en la etapa adulta (OMS, 2010).

La investigación realizada por la Organización Mundial de la Salud, reveló que en América Latina y el Caribe se estima que 17 millones de niños entre 4 a 16 años, sufren de algún trastorno psiquiátrico que requiere atención. Uno de los trastornos que ocupa el primer lugar es el depresivo, ya que presenta una pérdida de años de vida saludable, donde el 6.4% de población lo padece, Otros trastornos relacionados son: consumo de alcohol (2.5%) y la esquizofrenia (2.1%) (Secretaría de Salud, 2012).

Por otra parte, el suicidio también es uno de los problemas más preocupantes en nuestro país, ya que su incidencia se ha duplicado a partir de 1990, se observa que el mayor crecimiento se presenta en los adolescentes y adultos jóvenes. Aunque la muerte auto infligida era menos frecuente en las mujeres, ésta ha crecido a partir de 1990 en un 95%, mientras que en los hombres aumentó en un 67%.

De acuerdo a lo anterior, la problemática de suicidio está relacionada con enfermedades mentales como: la esquizofrenia, la depresión mayor y el consumo de drogas; el suicidio suele ser el resultado de la interacción de múltiples factores entre los que destacan el desempleo, la desintegración, violencia familiar y la carencia de un diagnóstico oportuno para detección de pensamientos suicidas (Secretaría de Salud, 2012).

En la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” (2007), realizó un estudio en el cual se aplicaron 3005 cuestionarios en los hogares de los adolescentes con edades entre 12 a 17 años, residentes de la Ciudad de México y área metropolitana, los cuales reportaron trastornos de fobias específicas y fobia social, ambos sexos.

Existen diferentes tipos de trastornos que pueden presentar hombres, mujeres, niños y adolescentes causando graves alteraciones. Los trastornos que presentaron las mujeres y los adolescentes con mayor relevancia fueron: las fobias, la Depresión Mayor, el Trastorno Negativista Desafiante, la Agorafobia sin pánico y la Ansiedad por separación. Mientras que en los varones, los trastornos más representativos fueron: el Trastorno Negativista Desafiante, el abuso de alcohol y el Trastorno Disocial (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, 2010).

En el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” (2016), se realizó una investigación en la cual se reportaron los trastornos de una población que comprende edades entre 4 a 19 años para ambos sexos, en el cual se obtuvieron datos del hospital en los últimos cinco años. En donde los hombres reportaron trastornos como: Perturbaciones de la actividad y la atención (27.54%), Trastorno General del Desarrollo No Especificado (13.83%) y Trastorno Depresivo Leve (12.5%).

En las mujeres los trastornos que más prevalecen son: Trastorno Depresivo Moderado (19.21%), Perturbaciones de la actividad y la atención (9.63%), Trastorno Depresivo Grave sin síntomas psicóticos (5.84%).

En una investigación realizada por el Dr. Caraveo, del Instituto Nacional de Psiquiatría, se estudió la morbilidad psiquiátrica en la población general adulta de la Ciudad de México en el 2007; con una muestra de 1932 sujetos adultos entre 18 y 65 años de edad, en 927 hogares, los adultos entrevistados reportaron tener hijos entre los 4 y 16 años, a los cuales se aplicó el Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBTD).

Los resultados que obtuvieron referentes a los síndromes depresivos y los relacionados con el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad fueron los más frecuentes en la población.

El Trastorno Depresivo se basa en el reporte de irritabilidad o de tristeza, el cual manifiesta diferentes tipos de síntomas, como: el cardinal, la inatención, la hiperactividad e impulsividad. La conducta oposicionista y los síndromes de ansiedad fueron también muy frecuentes y, en su mayoría, todos los síndromes presentaron asociaciones (Caraveo-Anduaga, 2007).

El estudio realizado por el Dr. Caraveo mostró que en una población estudiada, los cuadros mixtos con síndromes de internalización estuvieron presentes en un 5%. Mientras que los cuadros con síndrome de externalización representaron un 2.4%, y con 4.5% se presentaron los síndromes de internalización (Caraveo-Anduaga, 2007).

Como se pudo observar en el desarrollo de este apartado, se hizo referencia a los diferentes trastornos y síntomas, que pueden presentar los menores al ser expuestos a diferentes escenarios de violencia en el hogar. Estos trastornos que desarrollan los menores, pueden explicarse con modelos que explican cuáles son las conductas que podrían ser indicadores de enfermedad mental.

Modelos explicativos de psicopatología infantil

Estudia las causas de los trastornos psicológicos, utiliza modelos que explican el origen de la psicopatología infantil, como son: Humanístico y existencial (Gestalt), Cognitivo Conductual, Sistémico y Modelo de riesgo y vulnerabilidad, los cuales fundamentan las intervenciones clínicas en la psicoterapia infantil.

Modelo humanístico y existencial (Gestalt)

Abraham Maslow (1908-1970, citado por Gomez, 2013) fue el iniciador de la corriente humanista, en la que se plantea que cada persona posee de forma innata un potencial de crecimiento. Su perspectiva se centra en la autorrealización, se refiere a la realización máxima del potencial del individuo para el crecimiento psicológico. Afirmó que los valores y el proceso de selección son la base del crecimiento humano. Esta teoría también se refiere a la motivación, donde las experiencias motivacionales impulsan a las personas a un potencial más pleno.

En la Teoría de la Gestalt

El niño sano ejercita su cuerpo y sentidos para utilizarlos con habilidad; aprende a expresar sus sentimientos de forma congruente, desarrolla su intelecto rápidamente y descubre el lenguaje como un medio para expresar sus sentimientos, necesidades, pensamientos e ideas. Desde esta perspectiva, la salud se logra a través del desarrollo constante y armónico de los sentidos, cuerpo, emociones e intelecto. Así, el niño confía en él y en su fuerza interior, que lo lleva a la autorrealización y a adquirir un sentido de ser en el mundo (Oaklander, 2007).

Mientras que los menores que no son sanos psicológicamente, reaccionan a los traumas, a la disfunción familiar, a las crisis y pérdidas tienden a responsabilizarse de los hechos. Temen el rechazo, el abandono y el que sus necesidades básicas no sean atendidas.

Muchas veces, por falta de madurez emocional e intelectual desarrollan formas inapropiadas, por lo cual los lleva a situaciones donde pueden: volverse callado,

retraído, esto desencadena que el organismo en la búsqueda de un equilibrio hace que el niño exprese el enojo de manera dañina. Cuando el menor inhibe al organismo, se desarrollan conductas y síntomas de confrontación, que pueden ocasionar dolores de cabeza, estomago, en ocasiones se desgarran el cabello o se lesionan a sí mismo, otros niños se alejan de los verdaderos sentimientos del dolor o enojo. Hacen berrinches, golpean a otros o se involucran en general en conductas impulsivas. Algunos infantes evitan las emociones dolorosas, distanciándose, soñando despiertos o fantaseando. Otros se vuelven hiperactivos (Shaefer, 2012).

Cuando los niños inhiben aspectos del organismo como son las emociones, el sentido del sí mismo siempre se ve afectado. Una de las principales tareas del desarrollo de los niños desde el nacimiento hasta la adolescencia, consiste en separar y en desarrollar sus propios límites y apoyo de sí mismo, pero los niños tienen poca autonomía o fuerza interna, carecen de capacidad para lidiar con el ambiente por sí mismo (Shaefer, 2012).

Este modelo sirve para conocer algunos tipos de emociones y conductas que puedan llegar a presentar los menores cuando existe violencia dentro de su hogar.

Modelo Cognitivo-Conductual

Este modelo acepta la teoría conductista, ya que menciona que la conducta humana es aprendida, pero este aprendizaje no consiste solo en un vínculo asociado entre estímulos y respuestas, sino en la formación de relaciones personales, esquemas cognitivos o reglas (componente cognitivo). Además que los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales están interrelacionados (Gomar, Mandil & Bungue, 2011).

La terapia cognitiva sostiene que hay elementos interrelacionados que dificultan la psicología humana. Estos elementos incluyen: la relación interpersonal y ambiental, la fisiología, las emociones, la conducta y la cognición del individuo. Todos estos factores diferenciados interaccionan unos con otros dando lugar a un sistema dinámico y complejo. Los síntomas cognitivos, conductuales, emocionales y fisiológicos se presentan en un contexto interpersonal/ambiental. De este modo, el modelo incorpora

explícitamente los aspectos relacionados con los contextos sistémicos, interpersonales y culturales que son de una importancia fundamental en la psicoterapia infantil (Friedberg & McClure, 2005).

En este modelo, las distorsiones cognitivas son manifestaciones de procesos cognitivos; transforman la información que llega del exterior consiguiendo que los esquemas cognitivos permanezcan intactos. Las distorsiones cognitivas provocan procesos de asimilación y mantienen la homeostasis. Los esquemas cognitivos son estructuras de significado que dirigen la atención, la codificación y el recuerdo.

Es por eso que el infante cuando está expuesto a un ambiente de violencia y su crianza por parte de sus padres es marcado por el autoritarismo como se observa en la tabla 3, lo hace vulnerable ocasionando que presente distorsiones cognitivas desencadena trastornos, esto se puede observar en la forma como los niños interpretan sus experiencias, determina profundamente su funcionamiento emocional.

De modo que los niños construyen sus pensamientos de sí mismos, sobre sus relaciones con otras personas, de sus experiencias y de sus reacciones emocionales. Los menores no reciben ni responden pasivamente a los estímulos ambientales. En lugar de ello, elaboran activamente la información seleccionando, codificando y explicando las cosas que les sucede a sí mismo y a los demás (Friedberg & McClure, 2005).

Los infantes forman parte de los sistemas como: familia y escuela. Ronen (1998), señala que la TCC (Terapia Cognitiva-Conductual) se centra en el tratamiento de los niños dentro de su propio entorno natural. Los sistemas a los que los niños pertenecen pueden reforzar o extinguir habilidades de afrontamiento adaptativas en las cuales tienen capacidades, limitaciones, preferencias e intereses diferentes a los adultos (McClure & Friedberg, 2005).

Modelo Familiar Sistémico

Este modelo resalta la influencia que ejerce la sociedad, las instituciones sobre el individuo. La teoría familiar sistémica describe la anormalidad que existe en los individuos, ejemplo de ellos son las parejas y los infantes que son testigos y víctimas de

violencia, que tiene como consecuencias perturbaciones que existen dentro de sus relaciones familiares. Aunque hay teorías distintas dentro de la perspectiva familiar, todas comparten la misma dinámica familiar. Los diferentes tipos de relaciones familiares existentes, hacen frente a la problemática de cada uno de sus miembros. Al enfrentar la problemática de violencia en el hogar, la familia establece diferentes intervenciones: la tendencia del sistema a cambiar, en especial en familias con estructuras más cerradas, más jerarquizadas y con reglas de funcionamiento rígidas e incuestionables, resistencia que puede manifestarse en el propio repliegue de la familia, rechazando toda intervención del exterior (Gomez, 2013).

De acuerdo a Fishman (1990) los patrones de interacción disfuncionales en la pareja más significativos son: **cismogénesis** se refiere al distanciamiento progresivo entre las interacciones de los miembros familiares; **intrincación** hace referencia a las relaciones que se caracterizan por una excesiva proximidad entre sus miembros, donde no existe el respeto, ni la intimidad, ni la autonomía de cada uno de ellos, **rigidez** hace referencia a aquellas relaciones, en el cual se presenta una distribución de roles o normas establecidas, que son inamovibles y en ocasiones incuestionables; rechazando cualquier propuesta de cambio, principalmente el que representa la máxima autoridad en la familia. La **sobreprotección** es un tipo de interacción que existe en el hogar sobre el individuo, generando sentimientos de baja competencia y de desamparo, una relación de dependencia mutua (Espinal, Gimeno & González, 2006).

La **negación** hace referencia al no reconocimiento de las relaciones conflictivas, lo que trae como consecuencia el no abordar la resolución de los conflictos existentes. En estos casos la familia gasta su energía en ocultar el conflicto más que en encontrar una solución satisfactoria, generando conflictos de rivalidad, celos o envidias, relaciones violentas y todo tipo de abusos.

De acuerdo a los modelos mencionados anteriormente la familia es el contexto más inmediato y el único que prácticamente interviene durante los primeros años de vida. Las pautas de crianza parentales distorsionadas pueden generar futuros problemas en el niño, mientras que en unas pautas coherentes (autoritativo) predisponen a la normalidad del comportamiento como se observa en la tabla 3. La presencia de malos

tratos, trastornos psicológicos en los progenitores, etc. Está asociado con una mayor probabilidad de padecer dificultades psicológicas en la infancia y adolescencia.

Otro factor que puede afectar el normal desarrollo del niño es la calidad de las relaciones con los iguales, que están muy relacionadas con la calidad de las relaciones que el niño mantiene con su familia y que permitirán que aprenda habilidades, normas y valores más allá de que su propia familia le enseña y que al mismo tiempo ponga en práctica lo aprendido en dicho entorno (Rodríguez, 2000).

Estilos de crianza

Es la relación, que existe entre a las actitudes de los padres ante la educación de los hijos. Basándose en los trabajos de investigación llevados a cabo por Baumrind que lo agrupan en tres grandes categorías: autoritativo, autoritario y permisivo, los padres, según su estilo educativo, fueron categorizados tal y como se muestra en en la tabla 3, (Baumrind, 1971, 1991), donde además se ha añadido el estilo negligente (Baumrind, 1991) incorporado con posterioridad a los trabajos de Maccoby y Martin (1983).

Tabla 3. Características de los padres según su estilo educativo

CARACTERÍSTICAS DE LOS PADRES SEGÚN SU ESTILO EDUCATIVO	
AUTORITATIVO	<ul style="list-style-type: none"> - Prestan atención a las demandas y preguntas de sus hijos y muestran interés. - Manifiestan una combinación de afecto y apoyo con ciertas dosis de control y democracia. - Favorecen la autonomía e independencia. - Son controladores y exigentes en sus demandas, pero al mismo tiempo se muestran cariñosos, razonables y comunicativos. - Establecen reglas claras y promueven la conducta asertiva. - No invaden ni restringen la intimidad del niño. - Sus prácticas disciplinarias se orientan más hacia la inducción que hacia el castigo. - El castigo es razonado y verbal, pero no físico. - La comunicación es efectiva y bidireccional, sin órdenes ni gritos. - Esperan de los hijos cooperación, responsabilidad y control. - Muestran pocas conductas problemáticas (adicciones, violencia...), bajos niveles de estrés y un clima familiar estable.
AUTORITARIO	<ul style="list-style-type: none"> - Combinan altos niveles de exigencia y control con escasa sensibilidad o responsividad. - No consideran las peticiones de sus hijos ni responden a sus demandas. - Son distantes, poco afectuosos y manifiestan conductas de coerción. - Desarrollan una comunicación unidireccional. - Proporcionan ambiente ordenado, con reglas claras dictadas por los padres. - Son más restrictivos, convencionales y prestan escaso apoyo emocional al hijo. - Presentan más problemas de conducta e insatisfacción en la pareja.
PERMISIVO	<ul style="list-style-type: none"> - Combinan baja dosis de control y exigencia con relativa sensibilidad hacia las necesidades del niño. - Son indulgentes y no establecen restricciones. - No muestran autoridad frente a sus hijos. - No demandan conductas maduras de sus hijos y evitan el enfrentamiento con estos. - La comunicación es poco efectiva y unidireccional. - Mantienen gran flexibilidad en el seguimiento de reglas, dificultando la asunción de obligaciones por parte del niño. - No existen reglas claras y el ambiente familiar es desorganizado.
NEGLIGENTE	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de demandas y de responsividad hacia la conducta de los hijos. - Falta de estructuración, control y apoyo de las conductas del niño. - Derivan sus responsabilidades paternas hacia otras figuras como la escuela u otros familiares. - Presentan problemas de conducta. - Proporcionan un ambiente familiar desorganizado. - Son altamente vulnerables a la ruptura familiar.

Fuente: tomado de Baumrind (1971, 1991).

El modelo de Baumrind, representa la crianza de los padres hacia a los menores, cuando los infantes estan expuestos a un ambiente de violencia dentro de su hogar, esta problemática los hace vulnerables a presentar algunos trastornos, esto se relaciona con las actitudes y reglas que son impuestas por los padres.

La violencia de pareja impacta en las relaciones de la víctima con los menores, asociandose un mayor estrés en la la crianza, también es más probable que muestren menos afectos con sus hijos, tengan escasa capacidad para satisfacer sus necesidades emocionales y se desentiendan (Cantón et al., 2013).

Modelo de Riesgo y Vulnerabilidad

Desde el punto de vista conceptual, la psicopatología describe que el concepto de riesgo se refiere a un amplio conjunto de factores ambientales que están relacionados con el aumento de la probabilidad de que se exprese un trastorno, la vulnerabilidad se refiere a las características endógenas del individuo, que actúan como mecanismos causales en la aparición del trastorno. El concepto de riesgo alude a las variables ambientales que están empíricamente relacionadas con la alta probabilidad de experimentar trastornos por ejemplo: la pobreza o el estrés derivado de un ambiente familiar conflictivo.

Los mecanismos de vulnerabilidad, incluyen características fisiológicas que presenta el individuo, y que puede tener una base genética (incluyendo procesos neurobiológicos como dimensiones del temperamento) o biológica (determinada por alteraciones tempranas o daño en el Sistema Nervioso Central). Las variables externas pueden explicar la expresión externa y modular de la evolución de los fenómenos que generan un trastorno (Tabla 4).

Desde la perspectiva psicológica, la vulnerabilidad puede disminuir con determinadas experiencias correctoras o, por el contrario, puede aumentar. Esta última posibilidad ocurriría cuando la persona se expone a experiencias aversivas y a sucesos estresantes que potencian los factores que contribuyen a la vulnerabilidad. Por ejemplo, se ha sugerido que alguna experiencia (violencia generada por la pareja) son episodios de un trastorno puede aumentar la vulnerabilidad en el individuo. Se cree que cada episodio de un trastorno afectivo puede dejar una huella neurobiológica, que conduce al desarrollo de un sistema mediante los cuales un estresor mínimo se convierte en un mecanismo que puede activar algún tipo de trastorno (Lemos, 2003).

Algunos marcadores biológicos de vulnerabilidad a diversos trastornos en la infancia y adolescencia, así como su relación cognitiva, afectiva y social, se observa en la tabla 4, de acuerdo con los puntos de vista de Price y Lento (2001). Del mismo modo, se presentan algunas características presentes en la infancia y la adolescencia que permiten predecir la aparición de trastornos de la personalidad, descritos en la tabla 5.

Dichas características fueron ordenadas por Geiger y Crick (2001) a partir de un análisis de los 79 síntomas utilizados en el DSM-IV para describir los trastornos de la personalidad.

Tabla 4. Mecanismos de vulnerabilidad subyacentes a la psicopatología infantil

	Cognitivo	Afectivo	Social	Biológico
Ansiedad	Cogniciones de pobre control sobre los sucesos o situaciones	Dificultad para regular y supervisar la expresión emocional	Apego inseguro Evitación y aislamiento social	Inhibición conductual Disregulación de los subsistemas neurológicos
Depresión	Estilo de valoración cognitiva disfuncional, respecto a uno mismo o a los demás atribuciones para los sucesos negativos internas, globales y estables modelos negativos de uno mismo y los demás	Dificultad para controlar la afectividad depresiva uso aumentado de estrategias desadaptativas de regulación emocional	Apego ansioso e inseguro deterioro social, como el aislamiento	Regulación disfuncional del eje HPA (hipotalámico-pituitario-adrenal) sensibilidad aumentada a los sucesos estresantes
Trastornos de conducta	Estructuras en la memoria relativas a que el mundo es un lugar hostil Procesamiento automático que incluye atribuciones agresivas y hostiles	Niveles altos de afectividad depresiva y enfado elevada variabilidad e intensidad de las respuestas emocionales	Relaciones y apego inseguros pobre competencia social, como habilidades de solución de problemas negativa rechazo social	Neurológicos déficit en los sistemas cerebrales noradrenérgicos y serotoninérgicos
Déficit de atención e hiperactividad	Déficit en el procesamiento y codificación de la información Distribución de la atención entre pocos estímulos Pobre acceso a respuestas desde la memoria	Variabilidad en el humor negativo y en la activación Dificultad para el procesamiento de impulsos emocionales	Pobre competencia social, del tipo de pobres habilidades de solución de problemas dificultad para modular la comunicación social déficit en el auto-control, como la impulsividad	Metabolismo irregular de las monoaminas disminución de la dopamina cerebral baja activación del SARA dificultad para la atención selectiva y sostenida, distraibilidad
Esquizofrenia	Déficit en el procesamiento de la información y en la atención Dificultad para procesar información en situaciones controladas	Afectividad embotada Retraimiento emocional	Déficit en competencia social, como en la comunicación interpersonal y la solución de problemas	Hiperactividad dopaminérgica disfunción en la integración central

Fuente: tomada de Price y Lento, 2001.

Tabla 5 Características infantiles o adolescentes que predicen trastornos de la personalidad

Rasgos de la personalidad	Trastorno de la Personalidad	Ejemplo de los síntomas referidos en el DSM-IV
Visión hostil y paranoide del mundo	Paranoide Esquizotípica Límite	Sospecha, sin base suficiente, que los demás se van a aprovechar de él, le van a hacer daño o a engañar Suspiciousidad o ideación paranoide Ideación paranoide transitoria, relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves
Emoción intensa, inestable o inadecuada	Límite Histriónica	Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo Muestra una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante
Afectividad restringida y aplanada	Esquizoide Esquizotípica	Muestra frialdad emocional, distanciamiento o aplanamiento de la afectividad Afectividad inapropiada o restringida
Impulsividad	Antisocial Límite	Impulsividad e incapacidad para planificar el futuro Impulsividad en, al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida)
Rigidez	Obsesivo-compulsiva Evitativa	Perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas Es extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras
Relaciones demasiado íntimas	Límite Histriónica Dependiente	Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación Considera sus relaciones más íntimas de lo que, en realidad, son Va demasiado lejos llevado por el deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables
Relaciones distantes y evitativas	Obsesivo-compulsiva Paranoide Esquizoide Esquizotípica Evitativa	Dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades (no atribuible a necesidades económicas evidentes) Reticencia a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser utilizada en su contra Ni desea ni disfruta de las relaciones personales, incluido el formar parte de una familia Falta de amigos íntimos o desconfianza aparte de los familiares de primer grado Evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a la críticas, la desaprobación o el rechazo

Tabla 6 Continuación

Sentimiento negativo de sí mismo	Narcisista Evitativa Dependiente	Frecuentemente envidia a los demás o cree que los demás le envidian a él Se ve a sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás Tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o de energía)
Falta de sentido de uno mismo	Límite	Alteración de la identidad: auto-imagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable
Sentido de uno mismo exagerado	Histriónica Narcisista	Se siente incómodo en situaciones en las que no es el centro de la atención Tiene un grandioso sentido de importancia personal
Peculiaridad en los procesos del pensamiento y en la conducta	Esquizotípica	Comportamiento o apariencia rara, excéntrica o peculiar
Despreocupación por las normas sociales o por las necesidades de los demás	Antisocial Narcisista	Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros Carece de empatía: es renuente a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás

Fuente: tomada de Geiger y Crick, 2001.

Tipología y clasificación de la psicopatología infantil

Son sistemas que clasifican las alteraciones que se presentan en los menores, son derivados de la nosología de los adultos, la cual se basa en opiniones y observaciones de diferentes profesionales en la práctica clínica. El clasificar a los trastornos mentales facilita su utilización para comprender las causas de los trastornos y los procesos asociados a su etiología, curso y pronóstico, con el fin de prevenir y mejorar la salud mental de los menores (Solloa, 2006).

Los sistemas de clasificación elaborados de manera específica, se derivaron de la perspectiva psicoanalítica de Freud y el Grupo de Avance para la Psiquiatría (GAP) (Lucio et al., 2014).

Ana Freud (1965, citado por Lucio et al., 2014), consideró un perfil diagnóstico en el que consideró los siguientes aspectos: variación dentro de la normalidad, síntomas transitorios a consecuencias de la tensión propia de la etapa de desarrollo, neurosis

infantiles y de carácter, regresiones, trastornos (límite, de carácter, delictivos o psicóticos), personalidad retrasada, alteración del desarrollo intelectual.

El diagnóstico del menor estaba determinado por su funcionamiento en cuanto a la tolerancia a la frustración; ansiedad, conflictos y potencial de sublimación, considerando al estrés como un punto muy importante en las alteraciones durante la infancia, producto de las alteraciones de sueño y problemas de alimentación entre otros (Lucio et al., 2014).

El GAP (1966, citado por Lucio et al., 2014) propuso diez clasificaciones en las cuales se encuentran: la respuesta adaptativa o de la salud, trastornos reactivos, anomalías del desarrollo, trastorno psiconeuróticos, trastorno de la personalidad, trastorno psicótico, trastorno psicofisiológicos, síndromes cerebrales, retraso mental, otras alteraciones o trastornos, esta clasificación valora la dimensión evolutiva en psicopatología.

Otro tipo de clasificación multiaxial son caracterizadas por la formulación sistemática de las condiciones del paciente y factores asociados en diferentes ejes, que tiene un valor en la información clínica (Lucio et al., 2014).

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR) es un sistema de diagnóstico multiaxial en el que se evalúa de forma clara y precisa la información más relevante acerca del estado físico, mental, psicológico y social del individuo (niño, adolescente) en cinco diferentes ejes. El Eje I se utiliza para diagnosticar los Trastornos clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica. El Eje II incluye los Trastornos de la personalidad y el retraso mental. Los ejes restantes se refieren a enfermedades médicas (Eje III), a problemas ambientales y psicosociales (Eje IV) y a la Evaluación global del funcionamiento (Eje V) (Caballo & Simón, 2008).

Las clasificaciones de los trastornos mentales, que se utilizaron para este estudio fueron: el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) elaborado en el 2003, fue elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), y el CIE-10 (Clasificación internacional de enfermedades) como se observa en la tabla 4, elaborada

por la OMS en 1992, incluye el conjunto de patologías no siendo específica del campo de la psiquiatría y la salud mental, estas clasificaciones utilizan un enfoque descriptivo, debido a que los trastornos, representan las características clínicas observables, su categorización diagnósticas están definidos en base a los signos y síntomas identificados, a los que se han denominado criterios operacionales de diagnóstico.

En la Encuesta Nacional de Salud Mental, el instrumento CBTD (Cuestionario Breve de Tamizaje) realizado por el Doctor Caraveo-Anduaga y Rodriguez (2013), evalúa las condiciones clínicas de riesgo en niños y adolescentes. Ya que el instrumento hace referencia a las descripciones de los diferentes tipos de trastornos, siguiendo la clasificación del DMS-IV, donde elaboró las siguientes definiciones sindromáticas, que se presentan en tres grupos: *síndromes de exteriorización*, *síndromes de interiorización* y otros síndromes representados en la tabla 7, como se definen a continuación.

Síndromes de exteriorización: considera a las conductas que interfieren negativamente con el desarrollo del niño o el adolescente el cual dificulta el proceso de adaptación social, cuyas características afectan principalmente a su entorno, es decir que causa malestar en las personas que le rodean.

Síndrome de Interiorización: corresponden a reacciones o trastornos afectivos tales como la depresión y angustia.

Durante el estudio realizado se encontro que existen otros tipos de trastornos de acuerdo a la clasificación que propone el Koplowitz y el Dr. Caraveo,

Otros Síndromes. De acuerdo con los estudios realizados por el Dr. Caraveo en dos años a los menores encontro que algunos mostraron una fuerte persistencia de trastornos como se muestran en la tabla 7, esto indicando que se debe prestar una mayor atención a estos menores.

Tabla 7. Clasificación de los diferentes transtornos

Clasificación	Tipos de transtorno
DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales)	<ul style="list-style-type: none"> • Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. • Trastorno bipolar y trastornos relacionados. • Trastornos depresivos. • Trastornos de ansiedad. • Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. • Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. • Trastornos disociativos. • Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. • Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. • Trastornos de la excreción. • Trastorno del sueño-vigilia. • Disforia de género. • Trastornos destructivos, el control de los impulsos y de la conducta. • Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos
CIE-10 (Clasificación internacional de enfermedades)	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos. • Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de psicotrópicos. • Esquizofrenia, trastornos esquizo típicos y trastornos delirantes. • Trastornos de humor (afectivos). • Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos. • Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos. • Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos. • Retraso mental. • Trastornos del desarrollo psicológico. • Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia. • Trastornos mentales sin especificar.

Tabla 7. Continuación

CBTD (Cuestionario Breve de Tamizaje)	<p>Síndromes de exteriorización:</p> <ul style="list-style-type: none">• Impulsividad.• Hiperactividad.• Déficit en la atención.• Probable Trastorno por Déficit de la Atención Hiperactividad (tipo mixto, ADHD).• Probable Trastorno por Déficit de la Atención e Hiperactividad (tipo predominantemente inatento, grave, ADHD-A).• Probable Trastorno por Déficit de la Atención e Hiperactividad (tipo predominantemente inatento leve, ADHD-A1).• Probable Trastorno por Déficit de la Atención e Hiperactividad (tipo predominante inatento, leve).• Probable Trastorno por Déficit de la Atención e Hiperactividad (tipo hiperactivo impulsivo).• Probable Trastorno de conducta Opositorista (ODDR). <p>Síndrome de Interiorización:</p> <ul style="list-style-type: none">• Probable trastorno Depresivo grave 2 (TDg2).• Probable Trastorno Depresivo grave 1 (TDg1).• Probable Trastorno Depresivo moderado 1 (TDm1).• Probable Trastorno de Ansiedad con Inhibición (ANIHB-T).• Probable Trastorno de Ansiedad Generalizada (ANGER-2).• Probable Trastorno de la Alimentación con Bajo peso (severo, ALIBAE).• Probable Trastorno de la Alimentación con Sobrepeso (grave, ALISOE) (Caraveo-Anduaga y Soriano-Rodríguez, 2013). <p>Otros Síndromes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Probable Trastorno del Lenguaje (grave, ELD).• Probable Trastorno por Epilepsia (grave, EPILE).• Explosividad con probable daño cerebral (EXPLOO).• Explosividad como probable rasgo de la personalidad (EXPLOP).• Enuresis (ENUSR)
--	---

Fuente: tomado de (Koplowitz, 2014 y del Dr. Caraveo-Anduaga, 2013).

Evaluación y Diagnóstico en la psicopatología infantil: Instrumentos

La evaluación psicológica es un conjunto de procedimientos para obtener información sobre el comportamiento y salud mental del menor, ya que el niño es un individuo que se encuentra en continuo desarrollo. Los padres/tutores y los profesores son quienes detectan cuando un menor presenta un problema en su comportamiento, esta situación los llevan a actuar en búsqueda una solución, donde consultan algún especialista para que se le realice una valoración y le permita saber que tiene el menor (Molina, 2001).

La selección de instrumentos para evaluar la conducta del niño, depende de la naturaleza del objetivo de la evaluación, de las características de la persona (edad, sexo, habilidades cognitivas), además del contexto, del medio sociocultural para la obtención de esta información.

El aumento progresivo de los trastornos psicológicos en la infancia, ha llevado a una mayor preocupación por parte de los profesionales de la salud, esto ha generado que haya un profundo estudio en diferentes poblaciones de los menores (Caraveo-Anduaga, Colmenares-Bermúdez & Martínez-Vélez, 2002; Jiménez Pascual, 2002).

Al realizar estudios a las diferentes poblaciones de menores se genera un diagnóstico, que en psicopatología infantil implica recabar información de diferentes fuentes, además al realizar observaciones a los infantes; se puede observar que existen conductas que son visibles y que pueden llamar la atención de los adultos que conviven con el menor, estos pueden presentar *síntomas*, los cuales se refieren a conductas que llaman la atención del observador, cuando algunos rasgos, signos o conductas que son especialmente llamativas y se presentan de manera conjunta y frecuente, convencionalmente se habla de *síndromes* (Caraveo, 2013).

Se realizó una búsqueda de instrumentos utilizados para la evaluación de psicopatología en menores, estos instrumentos identifican algunos trastornos que afecta a la población infantil, que puede vivir algún tipo de violencia en el hogar, encontrándose los siguientes: *CHIPS. Entrevista de síndromes psiquiátricos en niños y adolescentes* (Weller, E. B. / Weller / Rooney / Fristad, 2009); Cuestiona los estresores psicosociales, incluyendo el abuso o abandono del menor (Molina, 2001); *CMAS-R.2. Escala de Ansiedad Manifiesta en niños –Revisada* Reynolds, (Cecil R. / Richmond, Berto, 1985); *Listado de comprobación del comportamiento infantil (Child Behavior Check-list CBCL)*, Achenback y Edelbrock, 1985).

Los instrumentos mencionados, identifican algunos trastornos que afectan a la población infantil, que pueden vivir algún tipo de violencia en el hogar, los cuales sirven para dar un diagnóstico y elaboración de planes para dar un tratamiento. Sin embargo tiene muchas limitaciones en el tiempo de aplicación y el material resulta muy costoso, por lo que su uso en estudios de gran tamaño dificulta su aplicación además de que en muchas de las ocasiones, quienes solicitan atención son las madres o tutoras de los menores y no se cuenta con el acceso directo a los niños, por lo que en este trabajo se eligió el Cuestionario de Breve Tamizaje y Diagnóstico (CBDT), que es un instrumento que identifica los posibles problemas de salud mental en los menores. Este instrumento no hace un diagnóstico, pero si establece una sospecha de casos que corroboren la existencia de algún trastorno que afecte el desarrollo normal de los infantes, para que posteriormente el psicólogo realice una intervención correspondiente,

Este instrumento es válido en la población Mexicana, con un alto índice de confiabilidad, ya que su lenguaje es sencillo, su tiempo de aplicación es de corta duración, en el capítulo 4 el CBDT se detalla.

CAPITULO III. COMUNIDAD ALEDAÑA AL CCMG

El Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro” es una instancia que pertenece a la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social, que brinda a estudiantes de la Facultad de Psicología la oportunidad de desarrollar y consolidar sus habilidades profesionales en un escenario real a través de su formación en el servicio comunitario. Los programas de formación en la práctica que se realizan en el Centro Comunitario son de naturaleza muy diversa, por lo que los servicios psicológicos que proporcionan a la comunidad se clasifican en: intervención clínica, intervención psicopedagógica, intervenciones psicoeducativa y actividades de promoción de la salud mental (Suarez, 2015), son: Negociando con mi pareja, Terapia familiar con perspectiva de Género y Grupos de reflexión con perspectiva de género como una alternativa para la prevención de la violencia, sin embargo, no se cuenta con información actualizada de la comunidad, respecto a violencia de pareja, ni psicopatología infantil, tampoco existe un programa de promoción de salud mental dirigida a niños o a sus madres o tutores.

Para este proyecto se considero las colonias (Adolfo Ruiz Cortines, Ajusco y Pedregal de Santa Úrsula); ya que debido a su cercanía, una parte de población reconoce al Centro Comunitario y la atención que brinda. Lo que facilitó la recolección de información y la colaboración de las participantes; asimismo, en éstas colonias se podrán implementar actividades comunitarias de acuerdo a las problemáticas detectadas a partir de éste trabajo.

El capítulo describe la historia y los datos sociodemográficos de las tres colonia aledañas al Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”, las cuales integran a la población que se estudió, como son: los infantes, los progenitores (madre y pareja) y tutores. La investigación hace hincapié en algunos elementos sociodemográficos, estos son: la edad, escolaridad, estado civil, religión, ocupación, tipo de hogar, vivienda y los servicios con los que cuenta.

Antecedentes históricos de la comunidad aledaña al CCMG

En Coyoacán se asentaron varios núcleos de poblaciones. El cual tuvo un desarrollo urbano acelerado que inició en los años cuarentas, primero en la zona norte y después se dispersó paulatinamente hacia la zona del pedregal (Programa Delegacional de Desarrollo Urbano de Coyoacán, 2010). La formación de las colonias inicia entre los años de 1960 y 1970, para esta investigación se utilizaron de la zona del Pedregal, las colonias: del Ajusco, Pedregal de Santa Úrsula y Adolfo Ruiz Cortines. A partir de esa década, el crecimiento poblacional en la Delegación incrementó.

Con el paso de tiempo los principales problemas que enfrentan las colonias, fueron las dificultades para la introducción de servicios de infraestructura y la falta de espacios adecuados para el esparcimiento de la población. Actualmente la gran concentración de habitantes en los Pedregales, no ha podido revertir completamente la carencia de infraestructura y servicios (Programa Delegacional de Desarrollo Urbano de Coyoacán, 2010).

Colonia Adolfo Ruiz Cortines

El origen de esta colonia se remota en la década de los cincuenta, cuando un grupo de comuneros del Pueblo de Santa Úrsula Coapa, solicita al Departamento de Asuntos Agrarios y Colonización (DAAC), la confirmación y la titulación de sus terrenos, que eran de carácter comunal, tenía una antigüedad de 400 años, con una superficie de 292,60 hectáreas. Estos terrenos perteneciente al poblado de Coapa, se empieza a fraccionar por los funcionarios, se conformaron cuadrillas de hombres y mujeres que aportaron dinero para ir construyendo la colonia (Rodríguez y Villavicencio, 2016).

La colonia Adolfo Ruiz Cortines lleva el nombre del Vigésimo presidente de México Adolfo Ruiz Cortines. Al asumir la presidencia, la comunidad comenzó a buscar seguridad y apoyo político para reafirmar el arraigo de la posición física de los terrenos que se ocuparon en ese entonces, aunque no se concretó adecuadamente, oficialmente se registraron en el año de 1962 en el padrón de las colonias del Distrito Federal, el cual

se encuentra ubicada al centro del sur de la Delegación de Coyoacán (Rodríguez y Villavicencio, 2016).

La colonia ha sufrido diferentes cambios sociodemográficos, de territorio, etc. Los datos del censo que se realizó en el 2010 por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2016), presenta las siguientes características sociodemográficas de las colonias Adolfo Ruiz Cortines, Ajusco, Pedregal de Santa Úrsula:

La colonia Adolfo Ruiz Cortines cuenta con una población de 14659 habitantes, la tabla 8, muestra la distribución poblacional en cuanto al género, donde se observa que existe un mayor porcentaje de hombres que mujeres, y la mayoría cuenta con servicios de salud. Además cuenta con 4689 viviendas, donde la mayoría están habitadas. Las cuales son mantenidas económicamente por los hombres que representan el 70%, en comparación de las mujeres refleja en la tabla 8. El 80% de estas viviendas cuentan con servicios de salud público y privado.

También la tabla 8 refleja que existen más hombres con empleo en comparación con las mujeres. Mientras que un 70% de los hombres son quienes dirigen los hogares. Se les considera como aquella persona que está presente en el hogar de manera regular y además es quien tiene mayor autoridad en la toma de decisiones o constituye el principal soporte económico.

Otro dato sociodemográfico que presenta la población, describe que en la mayor parte de la población predomina la religión Católica como se muestra en la (Tabla 8).

Tabla 8. Datos sociodemográficos de población de la colonia Ruíz Cortines

Dato de la población	Adolfo Ruiz Cortines	% Sociodemográficos
Población	Mujeres	48%
	Hombres	52%
Servicios de salud	Con servicios	80%
	Sin servicios	20%
Población económicamente activa	Mujeres	41%
	Hombres	59%
Dirigen el hogar	Mujeres	30%
	Hombres	70%
Viviendas	Habitada	95%
	Deshabitada	5%
Religión	Católicos	82%
	Evangélicos, protestantes y bíblicos	10%
	Sin religión	8%

En la figura 2, se observa que la población infantil, existen más niños/niñas de edades de entre 6 a 11 años.

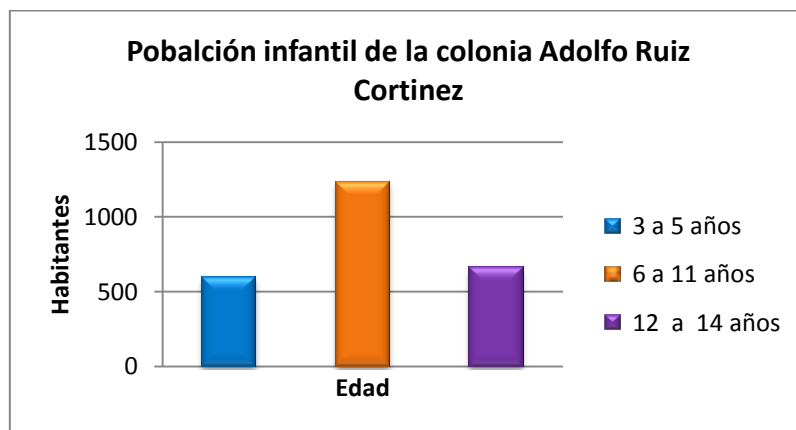


Figura 2. Distribución de la población infantil de la colonia Adolfo Ruiz Cortines.

En la Figura 3, se muestra que los niñas/niños que más asisten a la escuela son los de 6 a 11 años.

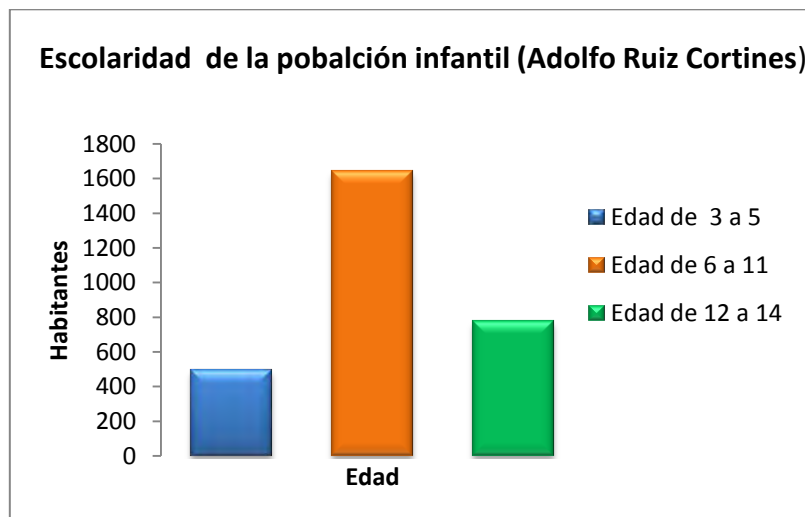


Figura 3. Distribución de escolaridad de la población infantil de la colonia Adolfo Ruiz Cortines.

Esta colonia cuenta con 3288 viviendas que disponen de luz, agua, drenaje y 3305 tienen contratación de línea telefónica (Figura 4).

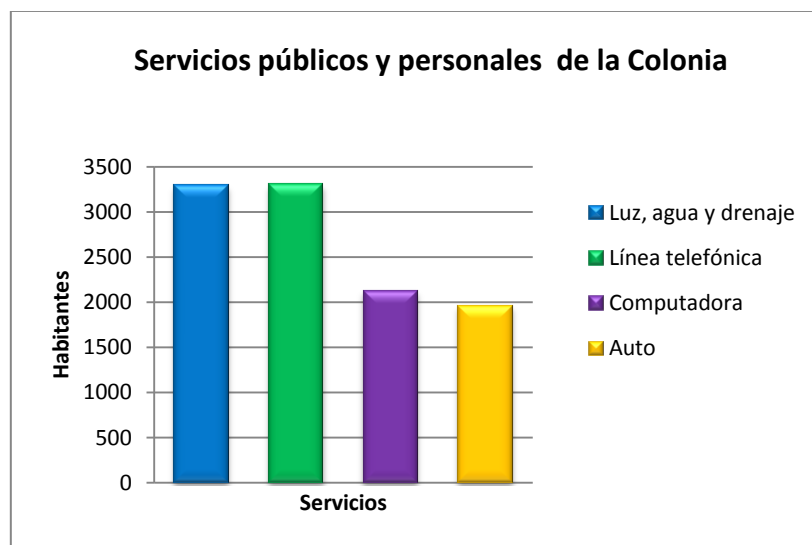


Figura 4. Distribución de los servicios públicos y personales de la colonia Adolfo Ruiz Cortines.

La Colonia Ajusco

Comienza a poblarse en los años cuarenta, un paraje dentro de los pedregales de Coyoacán conocido como el Pedregal de Monserrat, presentó una invasión promovida por comuneros del pueblos de la calendaría, en la cual los líderes y caciques urbanos realizan jugosos negocios con la venta fraudulenta a terceros de terrenos y en algunos casos otorgando contratos de compra venta particulares con terrenos comunales. Este proceso de invasión paulatina, permitió crecer con un ordenamiento urbano planificado. La mayor parte de estos colonos llegan entre 1959 y 1974 (Gomez, 2016).

Durante las primeras décadas de los cincuenta y sesenta, hubieron irregularidades, donde el partido oficial tuvo el control a través de sus líderes y caciques; al darse la expropiación de esta zona en el año de 1970, disminuye el poder local, pasando la mayoría de los terrenos propiedad del Departamento del Distrito Federal. En 1973, se canaliza a la investigación de la tenencia de la tierra al Fideicomiso de Desarrollo Urbano para intentar su regulación en 1974 (Gomez, 2016).

La colonia Ajusco ha sufrido diferentes cambios al pasar el tiempo, los últimos datos obtenidos mencionan, que la población cuenta con 31848 habitantes, estos datos sociodemograficos son proporcionados por el INEGI (2016), además data que existen una población mayor de hombres con respecto a las mujeres, se muestra en la Tabla 9.

Ademas en la tabla 9 se observa que un porcentaje mayor de la población masculina cuenta con trabajo en comparación con la mujer y que la mitad de los hombres son quienes dirigen económicamente sus hogares.

La colonia Ajusco cuenta con 4348 viviendas, donde el 92% están habitadas. La mitad de la población cuenta con servicios de salud público y privado. Otro dato refleja que la mayor parte de la población profesa la religión Católica (Tabla 9).

Tabla 9. Datos sociodemográficos de población de la colonia Ajusco

Dato de la población	Colonia Ajusco	% sociodemográficos
Población	Mujeres	51%
	Hombres	49%
Servicios de salud	Con servicios	33%
	Sin servicios	67%
Población económicamente activa	Mujeres	42%
	Hombres	58%
Dirigen el hogar	Mujeres	32%
	Hombres	68%
Viviendas	Habitada	92%
	Deshabitada	8%
Religión	Católicos	44%
	Evangélicos, protestantes y bíblicos	56%
	Sin religión	0

En cuanto a la población de los infantes la figura 5, muestra que existe, una mayor proporción de infantes con edades entre 6 a 11 años.

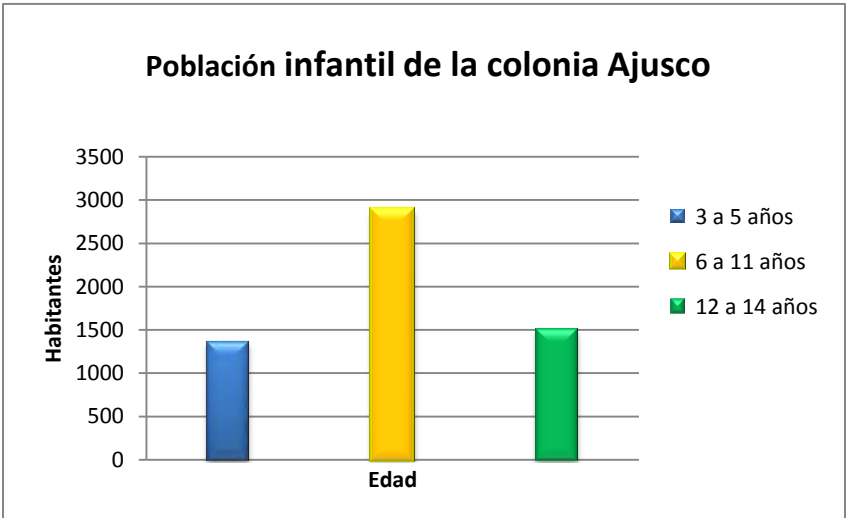


Figura 5. Distribución de la población infantil de la colonia Ajusco.

En la figura 6, se observa que los infantes con edades entre 6 a 11, son los que con mayor frecuencia van a la escuela, con respecto a los demas.

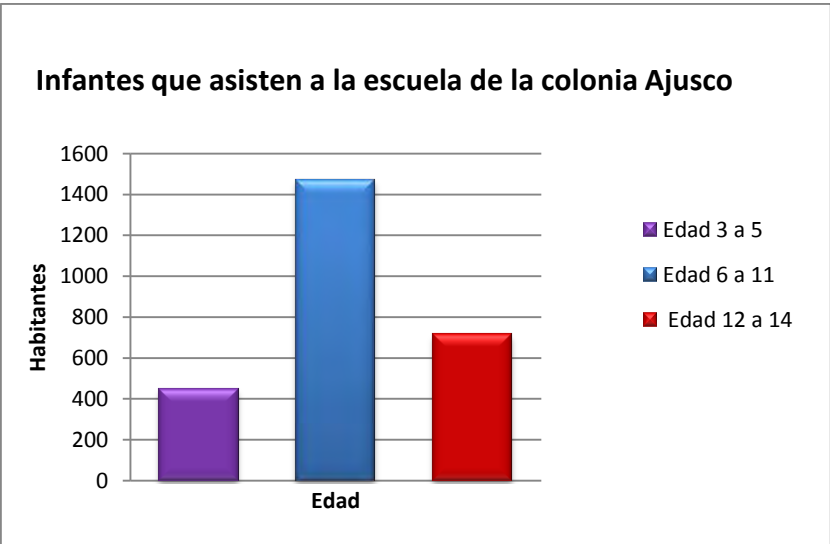


Figura 6. Distribución de la población infantil que asiste a la escuela de la colonia Ajusco

En cuanto a los servicios de la colonia Ajusco cuenta con 4299 viviendas que disponen de luz, agua, y drenaje.(Figura 7).

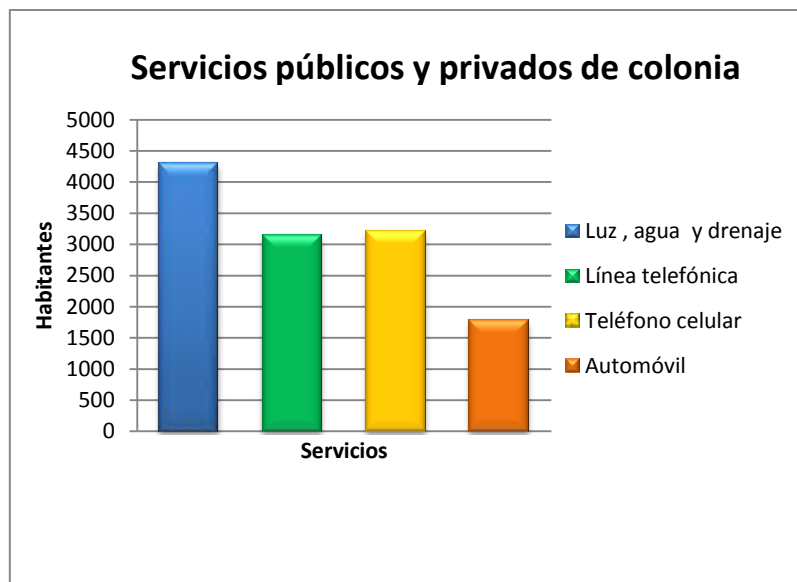


Figura 7. Distribución de los servicios que dispone la colonia Ajusco

Colonia del Pedregal de Santa Úrsula

En la década de los cincuenta y sesenta se originó esta colonia, cuando un grupo de comunero, solicitan al Departamento de Asuntos Agrarios y Colonización (DAAC) la confirmación y la titulación de sus terrenos, comprobando que su carácter comunal tenía una antigüedad más de 400 años con una superficie de 292.60 hectáreas.

La colonia Pedregal de Santa Úrsula al igual que las demás colonias ha sufrido cambios durante el tiempo, comparte las mismas características que los demás pedregales, sin embargo presenta problemas de drenaje, con consecuencias en la contaminación de mantos acuíferos, cada vivienda cuenta con alguna grieta (Centro de Investigación y Documentación Histórica y Cultural de Coyoacán, 2016).

De los datos sociodemográficos obtenidos por el INEGI (2016), la colonia cuenta con una población de 6705 de habitantes, en cuanto al género, existe una mayor proporción de hombres con respecto a las mujeres. La tabla 10, refleja que existe una mayor población de hombres que cuentan con empleo a comparación de las mujeres.

Otros datos, muestran que la mitad de los habitantes cuenta con servicios médicos. Y el 82% de las viviendas se encuentran ocupadas.

En esta población la mitad de los habitantes son de religión católica.

Tabla 10. Datos sociodemográficos de población de la colonia del Pedregal de Santa Úrsula

Dato de la población	Colonia Pedregal de Santa Úrsula	% Sociodemográficos
Población	Mujeres	52%
	Hombres	58%
Servicios de salud	Con servicios	52%
	Sin servicios	48%
Población económicamente activa	Mujeres	47%
	Hombres	53%
Dirigen el hogar	Mujeres	30%
	Hombres	70%
Viviendas	Habitada	82%
	Deshabitada	18%
Religión	Católicos	62%
	Evangélicos, protestantes y bíblicos	3%
	Sin religión	35%

La figura 8, representa que existe una mayor proporción de población infantil con edades entre los 6 a 11 años.

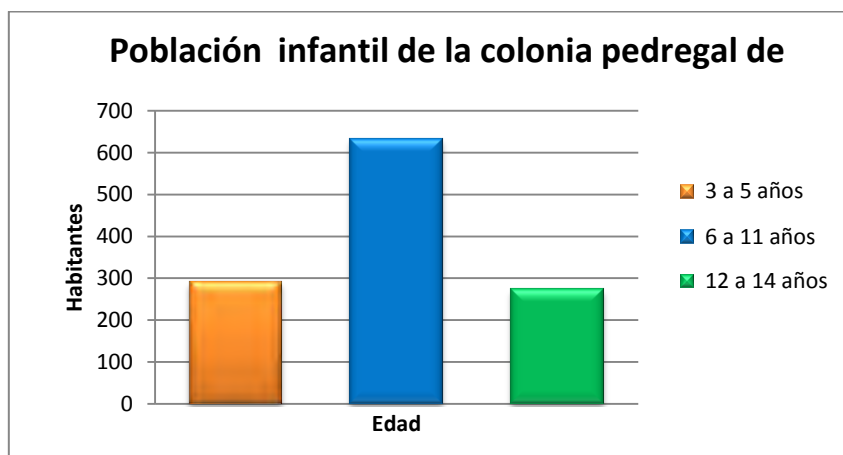


Figura 8. Distribución de la población infantil de la colonia Pedregal de Santa Úrsula.

La colonia cuenta con 1367 vivienda, las cuales cuentan con servicios básicos de luz, agua y drenaje (Figura 9).

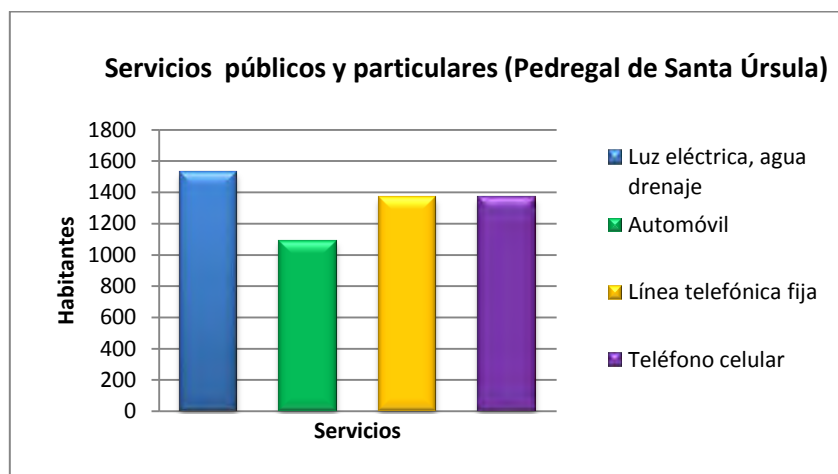


Figura 9. Distribución de los servicios públicos y particulares de la colonia Pedregal de Santa Úrsula.

Servicios: educativos, salud, recreación y espacios culturales

De acuerdo a la Secretaría de Educación Pública (2015), los servicios educativos que se encuentran dentro de las colonias Adolfo Ruiz Cortines, Ajusco y Pedregal de Santa Úrsula son: 26 planteles de educación preescolar, 16 de iniciativa privada y 10 de gobierno. De las 28 primarias ubicadas en la demarcación, 15 públicas y 13 particulares.

A nivel Secundaria se sitúan ocho planteles, cinco públicas y tres privadas, en la educación media superior, se ubican 2 Bachilleres, Colegio Oliverio Cromwell y Colegio De Bachilleres Plantel 17 (SEP, 2015). Los servicios educativos con los que cuentan las colonias van del nivel preescolar hasta el nivel media superior.

Los espacios deportivos y de recreación se encuentran ubicados en: Huayamilpas, Ruiz Cortines y Santa Úrsula. Cuentan con espacios culturales como: Casa de Cultura Raúl Anguiano y Centro de las Artes Santa Úrsula (Delegación de Coyoacán, 2015).

Los servicios médicos con los que cuenta, son: la Unidad Médica Familiar Ruiz Cortines, Dispensario Médico, Sanatorio del Caribe, Clínica Rovirosa Pedregal de Santa Úrsula y 13 Centros de Salud Comunitarios. También se encuentran ubicados: la Unidad de Atención y Prevención de la Violencia Familiar en parque Ecológico Huayamilpas y eis Unidades de Sistema Integral de la Familia (DIF).

Datos relacionados a la problemática social de las colonias aledañas al CCMG

De acuerdo al Instituto para la Atención y Prevención de Adicciones (IAPA) en la Ciudad de México (2013), se realizó un diagnóstico del Índice Delegacional de Intensidad delictiva por colonia en el 2008, donde se mostró que las colonias Ajusco y Pedregal de Santa Úrsula, presenta una mayor incidencia en delitos de alto impacto.

En la colonia Ajusco los delitos cometidos fueron: homicidios dolosos, ocho violaciones, 365 robos (transeúntes, repartidores, vehículos, casa habitación y negocios). Mientras que en el Pedregal de Santa Úrsula presentó 11 violaciones y 263 robos (transeúntes, repartidores, a vehículos y casa habitación).

Otro diagnóstico realizado en el 2012, en materia de adicciones, ubicaron a las colonias Adolfo Ruiz Cortines, Ajusco y Pedregal de Santa Úrsula, con un alto índice de alcoholismo y adicciones, en las zonas se representan un alto índice de marginación (IAPA, 2013).

Además en la colonia Ajusco existen problemas de falta de drenaje y alumbrado público, deterioro económico, aumento de la violencia intrafamiliar, narcomenudeo, prostitución, violaciones, presencia de pandillas, deserción escolar y ausencia de programas de salud preventiva (Suarez, 2012). Las tres colonias presentan características similares, las las familias son extensas, viven dos o más familias por terreno.

Recursos de la Comunidad aledaña al CCMG

Los recursos con los que cuenta la población de la comunidad aledaña al CCMG son, espacios insuficientes para la atención psicológica de la población, ya que sólo se encontró, la Unidad de Atención y Prevención de la Violencia Familiar en parque Ecológico Huayamilpas, la Unidades de Sistema Integral de la Familia (DIF) y 13 Centros de Salud Comunitarios.

Los recursos con los que cuenta la comunidad aledaña al CCMG, son diferentes espacios: educativos, escuelas desde nivel preescolar hasta nivel medio superior, de ámbito público y privado. La escuela contribuye positivamente a la salud física y mental de los niños y niñas, si se encuentran sanos tienen una mejor capacidad para aprender y resolver problemas a nivel individual y social. Asimismo, la comunidad cuenta con diversos lugares de recreación, deportivos y culturales. Esos espacios ayudan al proceso interactivo de aprendizaje en donde los niños y niñas participan, interactúan, juegan, les aporta conocimiento, les da herramientas para tener una sana convivencia y un desarrollo de actividades lúdicas artísticas o deportivas que promueve la salud física y mental.

Con respecto a los servicios de salud, la comunidad dispone de Hospitales, Centros de Salud y clínicas, que ayudan a mejorar las condiciones de salud de los infantes, es decir, que puedan vivir saludablemente en todo su desarrollo infantil y preservar su vida.

Es una comunidad donde hay acceso a diferentes mercados: públicos, mercados sobre ruedas, tianguis y supermercados, caracterizado por el dominio del comercio interno, conformado por pequeños negocios familiares.

Aunque esta comunidad cuente con diferentes recursos y servicios, existen varios factores de riesgos que afecta a sus habitantes como: el consumo de alcohol, las drogas, el bajo rendimiento académico, la violencia intrafamiliar y la incidencias de delitos de alto impacto.

La gravedad de estos problemas, es que puedan dañar el entorno de los infantes, afectando su desarrollo a mediano y largo plazo. De ahí la importancia de trabajar con programas específicos, que proporcionen estrategias a las madres o tutores de los infantes para que ejerzan una buena parentalidad positiva, y así reducir o suprimir la psicopatología infantil ocasionada por la violencia ejercida hacia la pareja.

IV. MÉTODO

Justificación

La violencia ejercida hacia la pareja es una realidad cotidiana, que se presenta en todos los entornos y grupos socioeconómicos, además se desarrolla en el espacio privado de la familia. Este tipo de violencia es un fenómeno global que se extiende por todos los países y afecta a mujeres e infantes de todos los niveles socioeconómicos, y su impacto en la salud física y mental es tal que se ha considerado como un problema de salud pública (Fischbach y Herbert, 1997; Cantón et al., 2013; Jaen et al., 2015).

En todo el mundo, el 30% de las mujeres que han tenido una relación de pareja refieren haber sufrido alguna forma de violencia física o sexual por parte de la misma. Un 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja (OMS, 2016).

La violencia de pareja en América Latina y, en particular en México, es un problema alarmante tanto por su origen multicausal como por sus implicaciones sociales y políticas, esta violencia generada en el entorno familiar ocasiona problemas que afectan a los menores, desencadenando diferentes síntomas psicológicos e incluso psiquiátricos, ocasionando déficit de desarrollo a nivel social y familiar.

Esta investigación revisó las características sociodemográficas de la población estudiada de las tres colonias, las cuales se encuentran aledañas al CCMG (Adolfo Ruiz Cotines, Ajusco y Pedregal de Santa Úrsula), en las cuales se obtuvieron datos recientes, significativos que son de utilidad para la realización de programas de intervención para el CCMG.

Otra aportación fue conocer las características psico-sociales y físicas de los menores, estos datos se obtuvieron al aplicar el Cuestionario de Breve Tamizaje, el cual reportó que las madres/tutoras indicaron que los menores posiblemente sufrían de algún trastorno psicológico. Otro instrumento aplicado a la muestra estudiada fue la Escala de Violencia y Severidad, la cual aportó información referente a la posible existencia de

violencia de pareja en esta población y los tipos de violencia que podrían manifestar. Además de conocer si existe una relación la violencia de pareja con la psicopatología infantil.

Al obtener datos sociodemográficos relacionados a la problemática social y psicológica que pueden presentar los menores, se fundamenta el diseño del programa de parentalidad positiva. Con este programa se pueden dar propuestas de intervención, donde se llevarían a cabo actividades de promoción y prevención de los diferentes tipos de violencia para generar conciencia y sensibilización en la población.

Objetivo general

Conocer la relación que existe entre la violencia de pareja y la manifestación de conductas que indiquen un posible trastorno psicológico en los menores, reportados por las madres o tutoras de la comunidad aledaña al CCMG, a través de los instrumentos Escala de Violencia e Índice de Severidad y el Cuestionario de Breve Tamizaje, a fin de identificar la población en riesgo.

Objetivos Específicos

1) Describir las características sociodemográficas de la población infantil y de sus padres/madres/tutoras de las colonias aledañas al Centro comunitario.

2) Detectar a través de la información proporcionada por la madre/tutora, si existe la presencia de conductas que indiquen un posible trastorno psicológico en los menores.

3) Conocer a través del instrumento de la Escala de Violencia e Índice de Severidad, los tipos de violencia que manifiestan las madres/tutoras de la comunidad aledaña al CCMG.

Pregunta de investigación

¿Existirá una relación de la violencia de pareja y las conductas reportadas por la madre/tutora del menor, en una muestra no clínica?

Hipótesis

H1: En la muestra no clínica, la violencia (física, psicológica y sexual) tiene relación con las conductas reportadas por la madre/tutora.

Ho: En la muestra incluida en este estudio la severidad de la violencia no existe relación el con las conductas reportadas por la madre/tutora.

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 et al., 2006).

Definición operacional: el tipo y la severidad de la violencia en la pareja se determinaron con base en los resultados en el Cuestionario de Escala de Violencia e Índice de Severidad.

Criterios de calificación para el tipo y severidad

Índice de Severidad de Violencia de Pareja (ISVP) (Valdez-Santiago et al., 2006), como una medida que indica la gravedad de la violencia al momento de la entrevista. Los puntos de corte para considerar casos de violencia para cada tipo son:

- De cero a un valor por debajo de la media, se consideró como “no caso”
- Por arriba de la media se consideró “caso de violencia”
- Por arriba de la media más una desviación estándar, se considera “violencia severa”

Psicopatología infantil

Definición conceptual

La psicopatología infantil es también conocida como psicopatología del desarrollo, la cual destaca la relación con los cambios típicos que ocurre en la vida del infante. Ya que está relacionado a secuencias: en el área físicas, cognitivas, sociales-emocionales y educativas del desarrollo. Se le considera como un macroparadigma, para diferenciarlo de las teorías con variables, métodos o explicaciones más limitadas y trata de identificar factores de riesgo y protectores del individuo en un contexto particular (Lucio et al., 2014).

Definición operacional

La psicopatología infantil se determinó con base al Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico a través de un análisis de regresión logística de los síntomas reportados, donde se realizó una comparación con los síndromes de DMS IV y CIE construyendo algoritmos con diferentes niveles de certeza y gravedad para los síndromes, considerando un criterio de evaluación;

- Casos probables no complicados: puntuaciones entre 5 a 8 síntomas.
- Casos definitivos complicados: puntuación de 9 o más síntomas.
- No caso: puntuación de 4 síntomas o menos.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados, nos sirvieron para conocer los problemas de salud mental que existen en los niños/niñas en la población estudiada, además nos permitió medir la Violencia de pareja y su Severidad, la cual se describe a continuación; el primer instrumentos fue el Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico en los menores (CBTD), este cuestionario se utiliza para conocer las conductas, y los probables síndromes psicopatológicos que se agrupa en: problemas de atención, conducta disocial, ansiedad, depresión y otro tipo alteraciones específicas, como

problemas de lenguaje, epilepsia y conductas impulsivas (Caraveo Anduaga et al., 2013).

El instrumento CBDT se utilizó ya que tiene un coeficiente de 0.75 y 0.85 de confiabilidad, es validado para la población mexicana. Consta de 27 preguntas, que exploran probables síndromes de exteriorización (impulsividad, hiperactividad, déficit en atención, probable conducta opositora, probable trastorno grave de conducta y probable trastorno de conducta moderado); los síndromes de interiorización comprenden (probable trastorno depresivo grave, probable trastorno depresivo grave 2, probable trastorno depresivo moderado 1 y 2, probable trastorno de ansiedad generalizado y probable trastorno de ansiedad con inhibición); otros síndromes incluyen: probables trastornos de lenguaje grave o moderado, probable trastorno de epilepsia grave o moderado, conducta explosiva con probable daño cerebral, y conducta explosiva como probable rasgo de carácter (Caraveo Anduaga y Soriano Rodríguez, 2013).

El cuestionario de CBDT que se aplicó fue contestado por las madres/tutoras que tenían menores entre 4 y 16 años que vivían en la misma casa. Las afirmaciones de las preguntas son dicotómicas (Si o No). Con las preguntas que se realizaron se pretendió conocer la aparición de diversos síntomas del menor durante el último año, y de su continuidad en el caso de haberse iniciado antes. Además se busca asegurar que los síntomas o conductas sean significativos y relevantes, considerando la edad de inicio de las manifestaciones (Caraveo Anduaga et al., 2013). Se incluyeron preguntas referentes al menor, las cuales plantean si han recibido algún tipo de ayuda psicológica o de otro servicio.

El segundo instrumento que se utilizó fue la Escala de Violencia e Índice de Severidad para identificar la violencia ejercida hacia la mujer por parte de la pareja masculina (Valdez-Santiago et al., 2006), ya que esta escala es validada a nivel nacional.

Los reactivos utilizados tienen un nivel alto de confiabilidad y validez, ya que el Alpha de Cronbach cuyos resultados indican una consistencia interna muy alta de 0.99.

El cuestionario de EVIS que se utilizó cuenta con 19 preguntas, que plantea la presencia de conductas que se relacionan con violencia psicológica, física, física severa y sexual; cada uno de los reactivos presenta respuestas de frecuencia que van de Nunca, Alguna vez, Varias veces y Muchas veces.

Las respuestas tienen un puntaje diferente este de acuerdo a la pregunta planteada y a su valor asignado, por ejemplo: el reactivo número 7 que plantea la pregunta ¿Le ha disparado con una pistola o rifle? En el cual se encuentra los siguientes valores para cada respuesta; Nunca (0), Alguna vez (9), Varias veces (18) y Muchas veces (27). Mientras que el reactivo número 15 con la pregunta ¿Le ha insultado?, presenta los valores; Nunca (0), Alguna vez (4), Varias veces (8) y Muchas veces (12). Es decir que la severidad del reactivo número 17 es mayor que la del reactivo número 15. A partir de los valores de cada reactivo se generó un Índice de Severidad de Violencia de Pareja (ISVP), como una medida que indica la gravedad de la violencia al momento de la entrevista.

- Los puntos de corte para considerar casos de violencia para cada tipo son:
- De cero a un valor por debajo de la media, se consideró como “no caso”
- Por arriba de la media se consideró “caso de violencia”
- Por arriba de la media más una desviación estándar, se considera “violencia severa”

Finalmente cuando las madres o tutoras contestaban afirmativamente que sufrían violencia, se les realizaron las siguientes preguntas 1) ¿En dónde han ocurrido estas situaciones?, 2) ¿Había alguien más con ustedes?, 3) ¿Alguna de estas situaciones ha sido presenciada por su hijo (a), 4) ¿Considera que esta situación (la violencia doméstica) pudiera influenciar el desarrollo emocional? (Anexo 1).

Diseño

Se realizó un diseño no experimental correlacional. En el cual se relacionaron las variables: el tipo de Violencia de pareja (VI) con los síntomas de trastorno mental que reportaron las madres o tutoras de los menores (VD).

Muestra

Se obtuvo un muestreo aleatorio probabilístico por racimos al sur del Distrito Federal en la comunidad aledaña al Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”, en las colonias Adolfo Ruiz Cortines, Ajusco y Pedregal de Sta. Úrsula.

Participantes

La muestra se conformó por 198 mujeres de entre 20 y 62 años de edad, donde se obtuvo 304 datos de menores entre 4 y 16 años (147 niñas y 157 niños).

Escenario

Los cuestionarios se aplicaron en cada uno de los domicilios de las madres/tutoras, en las colonias Adolfo Ruiz Cortines, Ajusco y Pedregal de Santa Úrsula.

Procedimiento

- 1) La capacitación para la aplicación de los instrumentos fue impartida por la asistente de esta investigación, quien es Licenciada en psicología y becaria de nivel maestría del proyecto PAPITT IN307016 “Parentalidad Positiva como Factor Protector ante Violencia de Pareja y Psicopatología Infantil, en la cual se recibieron tres sesiones de capacitación para la aplicación de los dos instrumentos utilizados estos son: la Escala de Violencia de Índice de Severidad (EVIS) –ANEXO 1 y el Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico para los infantes (CBTD) –ANEXO 2.

- 2) En el trabajo de campo, se realizaron reuniones para la planeación y organización de equipos, en donde se incluyeron a estudiantes que participaron en el proyecto de investigación (prestadores de servicio social, tesistas y becarios a nivel maestría).

En las reuniones se establecieron acuerdos en cuanto a los lineamientos metodológicos y prácticos para la aplicación de los cuestionarios; en estas reuniones se incluyeron recomendaciones sobre las medidas de seguridad de los evaluadores.

Se realizaron equipos pequeños para la aplicación de los instrumentos, los cuales estuvieron integrados por 2 o 3 personas, quienes portaron la credencial de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Finalmente se proporcionó el material necesario para la aplicación de los cuestionarios, el cual incluye: instrumentos EVIS y CBTD; mapas que señalaron cada una de las manzanas que se eligieron aleatoriamente de las colonias (Ruiz Cortines, Ajusco y Pedregal de Santa Úrsula), Anexo 3; otros materiales que se les proporcionó a los equipos, fueron trípticos con información de (talleres, conferencias, grupos de reflexión, pláticas informativas, cine debates y tratamientos: individual, de pareja, familiar y grupal) que proporcionó el CCMG.

Se incluyeron otros materiales como copias del consentimiento informado (por duplicado, uno se le entregó a la madre/tutora y la copia firmada se archivó para la investigación) (ANEXO 4).

- 3) Se aplicaron dos instrumentos (CBTD y EVIS), en los hogares de la población entrevistada. El inicio de la entrevista se realizó dando la lectura del consentimiento informado a las madres o tutoras, al acceder a la aplicación de los instrumentos se les entregó por escrito dicho documento, el cual incluyó el uso confidencial de sus datos y explica que quedan a resguardo del CCMG. Toda persona tenía la opción de responder o no al instrumento; una vez terminada con la aplicación se les entregó un tríptico con información referente con los servicios que cuenta el CCMG.

- 4) Posteriormente se capacitó al equipo para la capturar los datos de los instrumentos (CBTD y EVIS), en el programa de Statistical Package for the Social Sciences (SSPS) Versión 23, obtenidos de los cuestionarios aplicados; este curso fue impartido por la asistente de investigación del CCMG.
Para calificar los instrumentos: el CBTD se realizó con la colaboración del Dr. Caraveo autor del instrumento. Con la información obtenida se realizó un intercambio Institucional.
Además se obtuvo del instrumento EVIS la calificación de los índice de violencia (física, psicológica, sexual y violencia física severa).
- 5) Se realizó el análisis de los datos obtenidos de acuerdo a la estadística descriptiva e inferencial, obteniendo tablas de frecuencia, porcentajes y medidas de tendencia central en relación a las características de la muestra. De los resultados obtenidos de los dos cuestionarios se realizó una correlación con la r Pearson para obtener el grado de relación de la violencia (física, psicológica o sexual y física severa), con el número de conductas reportadas por la madres o tutoras de los menores entre 4 a 16 años.
- 6) Al realizar el reporte de los datos obtenidos, se documentó a través del presente trabajo, cuya finalidad es fundamentar teórica y empíricamente la investigación realizada y comunicar los resultados alcanzados, mismos que serán utilizados como un antecedente y evidencia empírica para estudios posteriores en el Proyecto PAPIIT IN307016 “Parentalidad Positiva como Factor Protector ante Violencia de Pareja y Psicopatología Infantil.

V. RESULTADOS

Los datos que se obtuvieron de la muestra en las colonias (Adolfo Ruiz Cortines, Ajusco, Pedregal de Santa Úrsula) aledañas al CCMG son las descripciones sociodemográficas, las cuales incluye a los menores, las tutoras y sus parejas, además de sus antecedentes de maltrato en la niñez y el consumo de alcohol de las madres/tutoras y sus parejas.

Características sociodemográficas

De los Cuestionarios de Breve de Tamizaje aplicados a las madres. Se obtuvieron 304 datos de la población de menores entre 4 y 16 años. Del total de la población infantil obtenida, el 52% son hombres, mientras que el 48% son mujeres, con una (Media= 9.25, Mediana 9 y una Desviación estándar= 3.4).

El rango de edad más representativo de los niños/niñas de las mujeres entrevistadas fue de 4 a 8 años de edad como se muestra en (Tabla 11).

Tabla 11. Distribución de frecuencias según la edad de los y las menores de edad.

Rango de edad	f	%
4 -8	134	44
9-12	114	38
13-16	56	18
n=	304	100

Otros de los datos obtenidos de la población de menores, es la escolaridad, los de mayor representación fueron los que asisten a la primaria (Tabla 12).

Tabla 12. Distribución de frecuencias según la escolaridad del menor

Escolaridad	f	%
No va a la escuela	9	3
Preescolar	75	25
Primaria	127	42
Secundaria	31	10
Preparatoria	13	4
Sin dato	49	16
n=	304	100

De las mujeres encuestadas, el rango de edad que predominó fue de 30 a 39 años como se observa en tabla 13, con una (Media= 36.7, Mediana 36 y una DS =7.3) en la edad.

Tabla 13. Distribución de frecuencias de edades de las tutoras

	f	%
Rango de edad		
20 a 29 años	48	16
30 a 39 años	152	50
40 a 49 años	88	29
50 a 62 años	16	5
n=	304	100

De los datos obtenidos de las encuestas, la tabla 14 refleja que en un porcentaje alto, las que contestaron los reactivos fueron las madres de los menores.

Tabla 14. Distribución de frecuencia de la tutora del menor

Tutores	f	%
Madre	289	95.1
Madrastra	3	1.0
Abuela	9	3.0
Otro	3	1.0
n=	304	100

La figura 10, representa que el mayor porcentaje de las madres/tutoras, su estado civil son casadas.

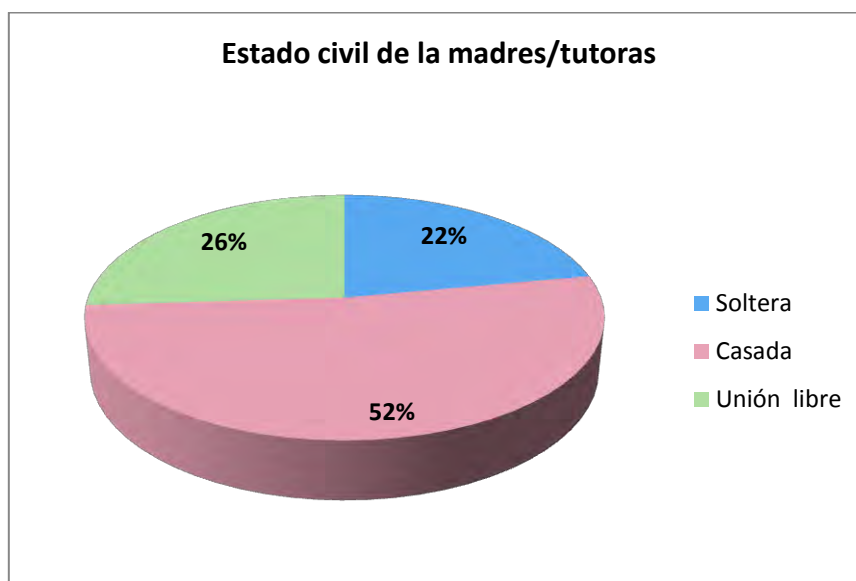


Figura 10. Distribución de la muestra con base al estado civil de las tutoras.

De las encuestas realizadas a las mujeres, se observó que la mayoría se dedica al hogar, mientras que un menor índice se dedica a otras actividades, ejemplo: el comercio (Figura 11).

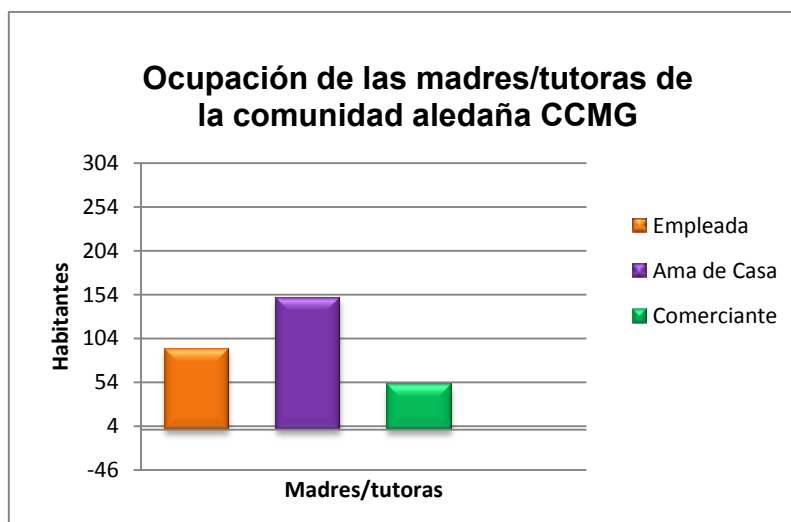


Figura 11. Distribución de la muestra con base a la ocupación de las madres/tutoras

En la tabla 15, se observa que el mayor rango de estudios académicos de las madres o tutoras encuestadas es la preparatoria.

Tabla 15. Distribución de frecuencias según la escolaridad de las madres/tutoras

Escolaridad	f	%
Analfabeta	3	1.0
Sabe leer, escribir	7	2.3
Primaria	41	13.5
Secundaria	109	35.9
Preparatoria	113	37.2
Licenciatura y/o posgrado	31	10.2
n=	304	100.0

Otro dato sociodemográfico, reflejan que la religión de la madres o tutoras que predomina es la católica (Tabla 16).

Tabla 16. Distribución de la muestra con base a la religión de las madres/tutoras

Religión	f	%
Católica	237	78.0
Cristiana	21	6.9
Testigo de Jehová	3	1.0
Otra	43	14.1
n=	304	100

La figura 12, representa otro dato sociodemográfico, el cual nos muestra que la mayoría de las mujeres no consumen alcohol.



Figura 12. Distribución de la muestra en el consumo de alcohol de las madres/tutoras

En la figura 13, se observa el porcentaje de mujeres que fueron maltratadas durante la niñez, la respuesta con mayor porcentaje son las madres o tutoras que no sufrieron algún maltrato en su niñez.



Figura 13. Distribución de la muestra del maltrato de las madres/tutoras durante su niñez.

Los resultados obtenidos de la edad de las parejas de las madres/tutoras, el de mayor representación es el que tiene un rango de edad entre 35 a 44 años, como se muestra en tabla 17. El cual presenta una (Media= 39.2, Mediana 39 y Desviación estándar= 8.1).

Tabla 17. Distribución de frecuencia de la edad de las parejas de las madres/tutoras

Edad	f	%
25-34	77	35%
35-44	83	37%
45-54	57	26%
55-62	5	2%
n=	222	100%

En la figura 13, se representa la ocupación de la pareja de la madre/tutora, donde el de mayor porcentaje es el que cuenta con un empleo.



Figura 13. Distribución de la muestra según la ocupación de las parejas.

Otro dato sociodemográfico obtenido son las parejas de las madres/tutoras, donde más de la mitad son de religión católica (Figura 14).

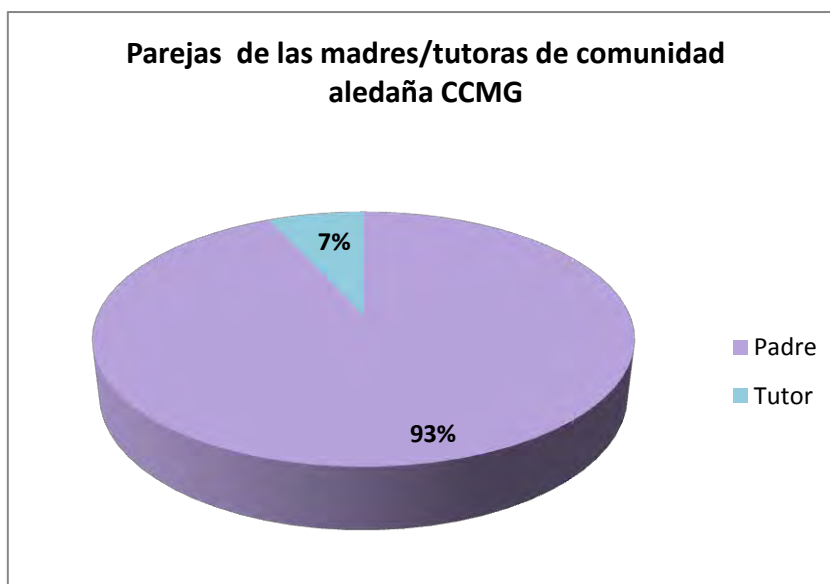


Figura 14. Distribución de la muestra según la religión de las parejas de las madres/tutoras

La tabla 18 representa que de las mujeres encuestadas, el mayor porcentaje, contestaron que sus parejas son los padres de los menores.

Tabla 18. Distribución de frecuencias de las parejas de las tutoras.

Parejas	f	%
No hay pareja	36	11.8
Papá	250	82.2
Padraastro	8	2.6
Abuelo	4	1.3
Otro	6	2.0
n=	304	100

Otro dato que se obtuvo fue el grado de escolaridad de las parejas de las tutoras, en el cual el de más alta frecuencia son los que cuentan con un nivel de estudios de preparatoria (Tabla 21).

Tabla 19. Distribución de frecuencias la escolaridad de las parejas.

Escolaridad	f	%
Analfabeta	9	3.0
Sabe leer y escribir	1	.3
Primaria	26	8.6
Secundaria	96	31.6
Preparatoria	108	35.5
Universidad o más	28	9.2
Sin pareja	36	11.8
n=	304	100

Otro dato sociodemográfico obtenido, es el del consumo de alcohol de las parejas de las madres/ tutoras, el que presentó un alto porcentaje son los que no consumen alcohol (Figura 15).

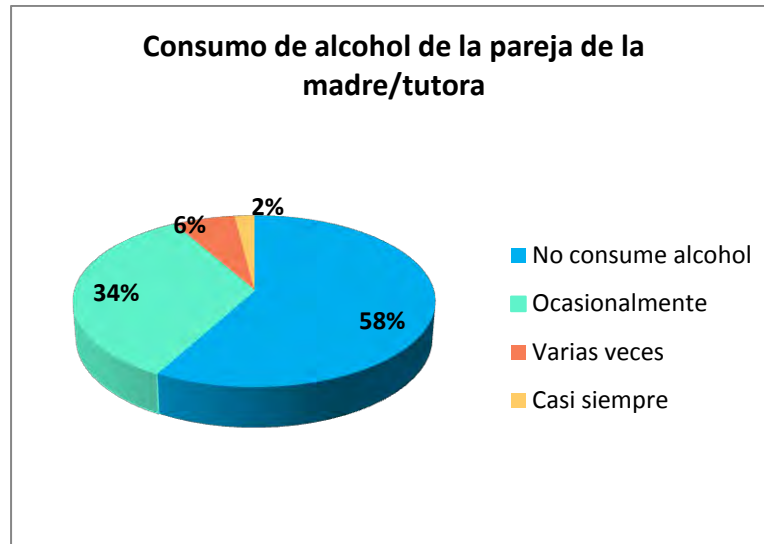


Figura 15. Distribución de frecuencia de consumo de alcohol de las parejas

En la Figura 16, se observa que de los datos recabados, que hacen referencia al maltrato hacia las parejas de las madres/tutoras, el de mayor relevancia son los que no presentaron un maltrato durante en la niñez. Esta información fue obtenida de las mujeres encuestadas.

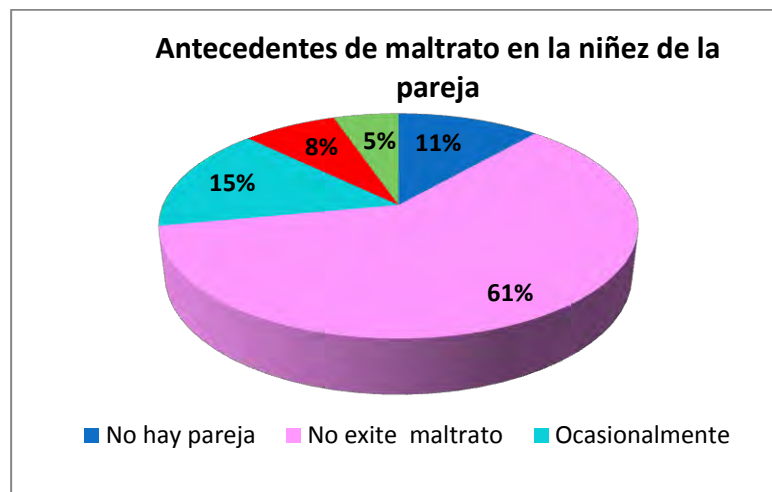


Figura 16. Distribución de la muestra de antecedentes de maltrato en su niñez de las parejas.

El primer instrumento aplicado fue el Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico para Niños y Adolescentes (CBTD), ya que nos muestra los siguientes resultados.

Los menores con edades entre 8 y 10 años presentan un índice mayor de síntomas y conductas. La tabla 20, representa las repuestas reportadas por la tutoras, las cuales solo se emplearon las más representativas, las de mayor frecuencia son: 1) mal humor, 2) no se pueden estar quietos, 3) no termina sus actividades y 4) son nerviosos y miedosos.

Tabla 20. Distribución de frecuencias de los síntomas reportados por las madres/tutoras de los menores

Síntomas y conductas	f	%
Esta de mal humor	120	39.5
No se puede estar quieto	108	35.5
No termina. Distruido	100	32.9
Nervioso, miedoso	96	31.6
Explosivo, pierde el control	78	25.7
Desobediente, peleonero	76	25.0
Dice muchas mentiras	53	17.4
Dependiente	49	16.1
Se le ve triste, infeliz	49	16.1
Lenguaje anormal	47	15.5
Lento para aprender	46	15.1

En la población infantil que se encuentra cerca a la comunidad aledaña al CCMG; de los cuestionarios aplicados se observó que el porcentaje más representativa, es la que presenta un probable trastorno por Déficit en la Atención e Hiperactividad tipo mixto esto quiere decir que presenta síntomas (hiperactivo impulsivo, inatento grave y leve), (Figura 17).

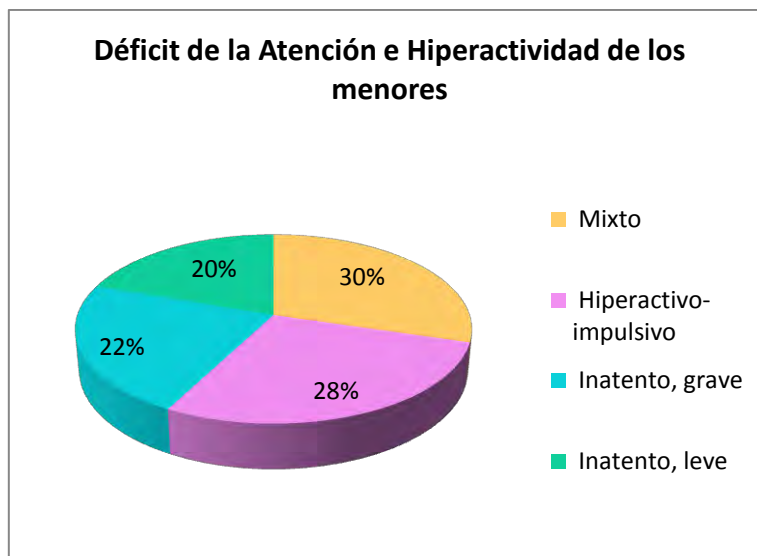


Figura 17. Distribución de la muestra de los tipos de Déficit de la Atención de los niños/niñas

De la calificación que el Dr. Caraveo proporcionó, se obtuvieron diversos datos de síntomas que presentan los menores, estos se agrupan en posibles perfiles sindromáticos que prevalecen en los niños y niñas de la comunidad CCMG, los cuales se presenta en tres grupos:

Síndrome externalizado: impulsividad, hiperactividad, trastorno por déficit de atención, trastorno oposicionista desafiante y trastorno de conducta con un 3%.

Síndrome internalizado: depresión y la angustia con un 2.3%.

Otros Síndromes: probable trastorno de lenguaje, probable trastorno por epilepsia, conducta explosiva con probable daño cerebral y conducta explosiva como probable rasgo de carácter con el 0.7%.

El segundo instrumento utilizado fue la *Escala de Violencia e Índice de Severidad*, este se aplicó a las mujeres encuestadas, donde describe los índices de violencia.

De acuerdo a lo reportado por las tutoras, la violencia de pareja en la comunidad aledaña al CCMG, presenta diferentes tipos de violencia, las de mayor índice es la de

tipo psicológica y física, mientras que las menor índice se encuentra, la violencia sexual y la física severa (Figura 18).

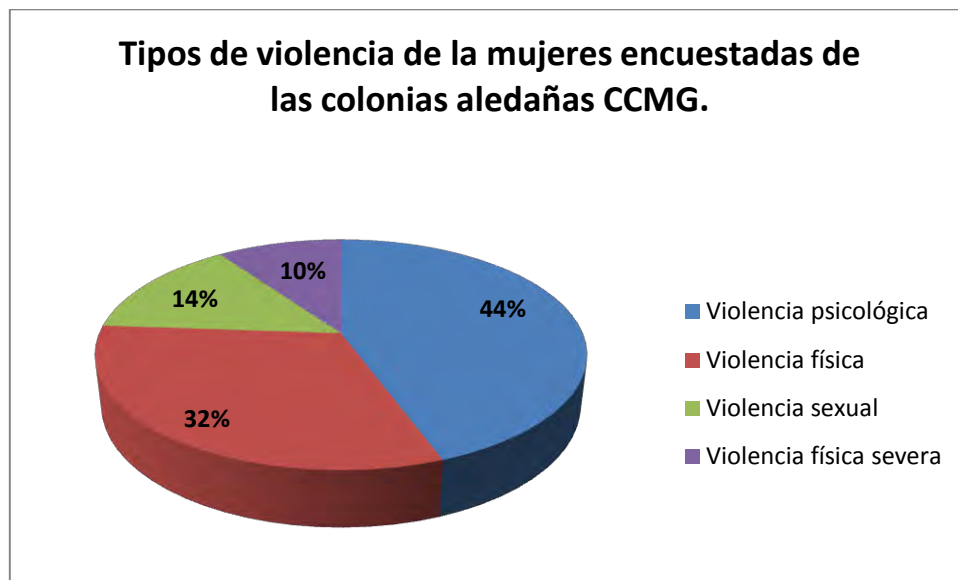


Figura 18. Distribución de frecuencias de los tipos de violencia que reportan las madres/tutoras.

De las preguntas del instrumento EVIS, las respuestas que reportan las tutoras con más frecuencia, es con respecto a la violencia que se ha ejercido por parte de sus parejas, las más representativas son: 1) Le ha pateado y 2) Le ha empujado intencionalmente (Tabla 21).

Tabla 21. Distribución de las frecuencias de las respuestas de la Escala de Violencia e Índice de Severidad.

Respuestas	f	%
Le ha pateado	100	32.9
Le ha empujado intencionalmente	79	24.0
Le ha dicho que es poco atractiva o fea	55	18.1
Se ha puesto celoso o ha sospechado de sus amistades	54	17.8
Le ha rebajado o menospreciado	53	17.4
Le ha torcido el brazo	41	10.6
Le ha insultado	39	12.9
Le ha rebajado o menospreciado frente a otras personas	37	12.2
Le ha golpeado puño, mano	25	8.2
La ha sacudido, jaloneado	20	6.5
Le ha exigido tener relaciones sexuales	17	5

En el instrumento de la Escala de Violencia e Índice de Severidad se obtuvieron datos, en donde 154 madres/tutoras de la comunidad aledaña al CCMG reportaron que nunca sufrieron violencia por parte de sus parejas; mientras que 102 mujeres contestaron haber sufrido violencia en los últimos años y 48 de ellas sufrieron violencia hace más de un año (Figura 19).

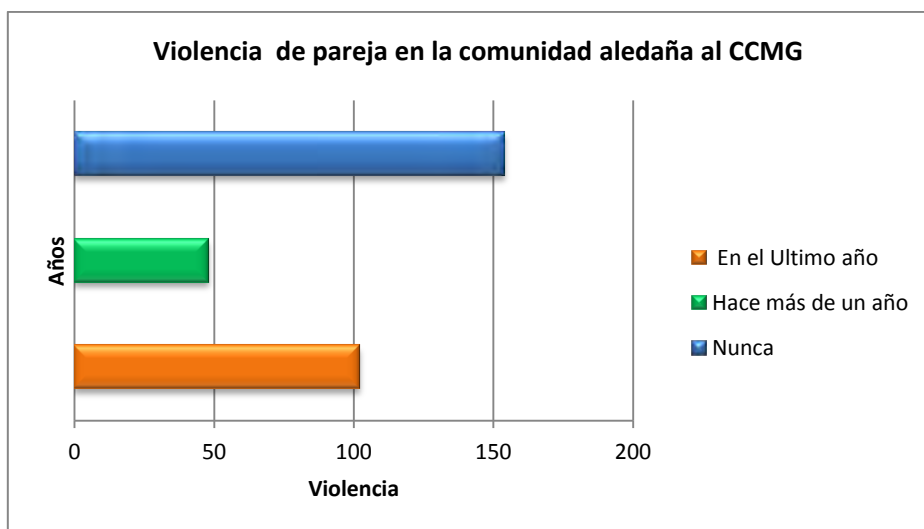


Figura 19. Distribución de frecuencias de cuando ocurre la violencia de pareja en las colonias aledaña al CCMG.

En la figura 20, se observa que el escenario donde se presenta el mayor índice de violencia, es en el hogar.



Figura 20 Distribución de la muestra del escenario donde ocurre la violencia que presentan las madres/tutoras.

De las preguntas adicionales se reporta, que las madres/tutoras contestaron en un mayor porcentaje, cuando las parejas ejercían violencia hacia ellas, estas se encontraban solas, mientras que una menor frecuencia los infantes eran testigos (Figura 21).

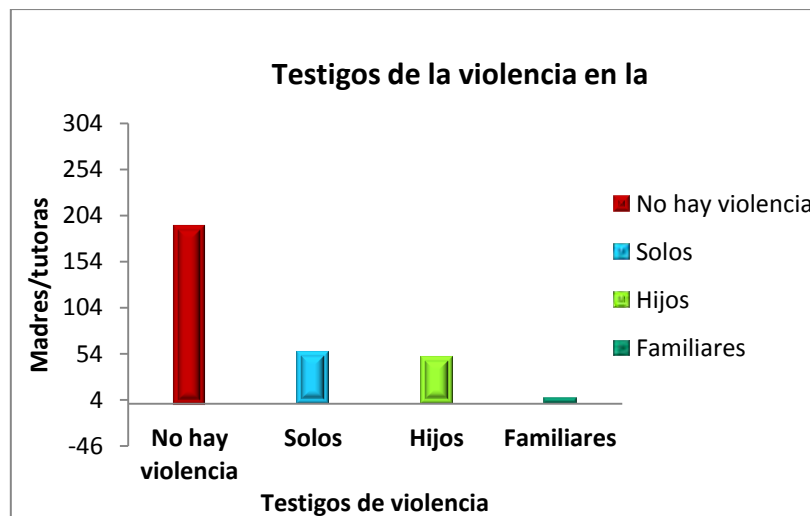


Figura 21. Distribución de frecuencias de las madres/tutoras que sufren violencia, con quienes se encuentran en ese momento

En la tabla 22, se observa que de las madres/tutoras evaluadas con el instrumento de EVIS, al contestar alguna pregunta de forma afirmativa, que han sufrido algún tipo de violencia ejercida por su pareja, posteriormente respondieron a las preguntas adicionales, ya que estas preguntas plantean, las consecuencias que desencadena en el desarrollo de los menores, trayendo secuelas a mediano y largo plazo.

Tabla 22. Reacciones, consecuencias y afectación en el desarrollo de los infantes de comunidad aledaña CCMG.

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

Se comprueba la hipótesis alterna (H1), ya que en los resultados obtenidos, la muestra no clínica aledaña al CCMG, nos señala que existe violencia (física, psicológica y sexual), ya que tiene una relación estadística con el número de síntomas reportados por las madres/tutoras. Sin embargo es importante resaltar que, la correlación es baja, esto quiere decir que existe un vínculo entre las dos variables (violencia de pareja y

psicopatología infantil), se puede considerar como un factor que predispone al menor de sufrir algún tipo de trastorno psicológico (Tabla 23).

Tabla 23. Correlación de los síntomas reportados y los tipos de violencia

		Violencia psicología	Violencia física	Violencia sexual	Violencia Física severa
Síntomas	Correlación de Pearson	0.249**	0.237**	0.132*	0.154**
	Sig. (bilateral)	0.000	0.000	0.021	0.007
	N	304	304	304	304

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

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

VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El objetivo fundamental de esta tesis fue abordar la problemática de la violencia de pareja y la manifestación de conductas que indicaron posibles trastornos psicológicos en los menores los cuales fueron reportados por la madre o tutora del menor, en una muestra no clínica (comunidad aledaña al CCMG), para poder identificar la población en riesgo.

Se ha definido la violencia ejercida hacia la pareja, como un fenómeno multicausal que se presenta en los diferentes niveles sociales, que puede desencadenar problemas en el entorno familiar. Cuando las familias están integradas por menores, que son testigos a diferentes tipos de violencia, esta situación puede afectar el desarrollo del infante a mediano y a largo plazo, e incrementar el riesgo de que presente algún trastorno.

Otro concepto utilizado en esta investigación es la psicopatología infantil es también conocida como psicopatología del desarrollo, la cual se puede definir como la relación que existe con los cambios típicos que ocurre en la vida del infante. Ya que está relacionado a secuencias: en el área físicas, cognitivas, sociales-emocionales y educativas del desarrollo. Se le considera como un macroparadigma, para identificar factores de riesgo y protectores del individuo en un contexto particular.

La investigación que se llevó a cabo, hace una descripción de las principales características sociodemográficas de la muestra que se estudió en las tres colonias (Ajusco, Adolfo Ruíz Cortines y Pedregal de Santa Úrsula). Los resultados reflejaron que la mayor proporción de la población encuestada, no es vulnerable a la violencia de pareja, ya que al hacer el análisis de los datos, se pudo verificar que existen en la población diferentes factores protectores, en los cuales se encuentran la edad, el nivel educativo, el consumo de alcohol que es moderado, la presencia de violencia durante la niñez, fue de menor proporción).

La familia es un elemento importante para el desarrollo del menor, ya que se puede presentar como un factor de protección o de riesgo, siendo el medio que estimula

las habilidades emocionales, de socialización y cognitivas del infante; que le permitirá desenvolverse y adaptarse a su entorno, estableciendo: lazos afectivos, una educación positiva, la disponibilidad de recursos económicos para el cuidado del menor, así como también proporcionándoles estabilidad durante épocas de sufrimiento o adversidad (Caballo y Simón, 2008; Vecina y Herbert, 2007; Chan, 2011).

Como se ha podido observar en el apartado de resultados, existe una relación estadística, entre la violencia de pareja y la psicopatología infantil, aunque la correlación es baja, se considera a la violencia como un factor que predispone al menor de sufrir algún tipo de trastorno psicológico, el cual puede estar asociado con otros factores de riesgo, ejemplo: biológico, psicológico, familiar (parentalidad), social, económico, y cultural, etcétera (Caraveo-Anduga, 2013; Cantón, 2013; Rodríguez, 2000).

Otros de los factores que podemos considerar del porque esta correlación es baja, es la existencia diferentes causas, ejemplo de ellos: es que la madre o tutora no tuvieron la confianza de responder si sufrían violencia en el momento de la aplicación de la Escala de Violencia Índice de Severidad, se pudo observar que algunas madres o tutoras se encontraban con sus parejas o con sus hijos; llevaban prisa, esto limitó a que respondieran con confianza los reactivos.

En la aplicación de los dos instrumentos (CBTD y EVIS) a la población entrevistada, los resultados que se obtuvieron, se observa que cuando existe violencia por parte de la pareja hacia la madre/tutora y los infantes son testigos, pueden desarrollar algunos síntomas de Déficit en la atención e Hiperactividad (TDAH), ya que esta sintomatología corresponde a la clasificación del DSM IV, los trastornos que afecta a los menores, presentan un bajo desempeño: escolar, social y económico, además de problemas en su entorno familiar (Servicio Murciano de Salud, 2010).

Estos resultados coinciden con los reportados por el Instituto Nacional de Psiquiatría, quienes refieren que los síndromes depresivos y los relacionados con el Déficit de Atención e Hiperactividad fueron los más frecuentes en la población estudiada (Careveo-Anduga, 2007). Caballo y Simón (2008) mencionan que hay

diferentes factores que predicen la psicopatología infantil, que aunque su naturaleza y gravedad de sus problemas puedan cambiar, muchos menores no superan las dificultades de la infancia, encontraron que los infantes con TDAH, cuando llegan a ser jóvenes pueden presentar poco desempeño y una baja interacción social, académica, laboral y problemas psicológicos en comparación con otros jóvenes.

Del cuestionario de Breve Tamizaje se obtuvieron posibles perfiles sindromáticos en la población infantil, estos son externalizado, internalizado y otros. Estos tipos de síndromes se presentaron en una población menor de la muestra estudiada. Los resultados de perfiles sindromáticos que se encontraron, presentan una asociación entre la violencia de pareja que afecta a los menores, las cuales se relacionan con problemas internalizantes como: el retraimiento, ansiedad, trastornos somáticos, trastornos de sueño, depresión y sentimientos de autoinculpación, así como conducta suicida, fobias y una baja autoestima. Además están asociados con conductas externalizantes como: hiperactividad, escaso control de los impulsos, berrinches agresión, delincuencia y crueldad con los animales (Villatoro, Quiroz, Gutiérrez y Amador, 2006; Servicio Murciano de Salud, 2010; Olaya, Tarragona, Osa y Ezpeleta, 2008; Vézina y Hérbert, 2007; Holt et al., 2008).

Los datos obtenidos de la Escala de Violencia e Índice de Severidad, mostraron que el tipo de violencia de pareja que se presentó con mayor frecuencia en la comunidad aledaña al CCMG, la de tipo psicológica. Estos resultados coinciden con los obtenidos en la encuesta realizada por el ENDIREH en el 2011 (INEGI, 2011).

Se obtuvieron datos que reportan que las madres o tutoras que presentan violencia por parte de su pareja y los menores son testigos; ellas mencionan que afectan el desarrollo de los menores y tienden a presentar diferentes reacciones como: (enojo, lloran, se retiran, observan la situación o llegan a ser muy agresivos), ocasionado consecuencias a mediano y largo plazo.

De acuerdo a los resultados obtenidos por el ENDIREH (2006) la violencia hacia la pareja tiene repercusiones en los infantes, a medida que estos atestiguan agresiones entre los padres. Como explica Shaefer (2012), los menores reaccionan a la

disfunción familiar, ya que tienden a culparse y a responsabilizarse de los hechos. Temen el rechazo, el abandono y el que sus necesidades básicas no sean atendidas. Muchas veces, por falta de madurez emocional e intelectual desarrollan formas inapropiadas de estar en el mundo. Por estas situaciones un menor puede presentar diferentes comportamientos: el ser callado, retraído, o puede reprimir mucho enojo al haber aprendido esta emoción inaceptable, pero su organismo en la búsqueda de un equilibrio, puede expresar el enojo de manera que puede perjudicar a las personas que lo rodean.

Otro dato refleja que la violencia se genera en el ámbito privado (hogar), donde los menores están expuestos a ser maltratados, de acuerdo a Wekerle y Wolfe (1996), el maltrato es un factor que se encuentra altamente asociada con la psicopatología (Caballo y Simón, 2008).

Con base a los programas de formación en la práctica que se realizan en el Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro, no existe un programa de promoción de salud mental dirigida a niños a madres/padres/cuidadores, por lo cual se sugiere realizar promoción de salud mental para la población de la comunidad aledaña al CCMG promoviendo la parentalidad positiva. De acuerdo a los resultados de la colonia aledaña los menores presentan problemas de conducta, es una problemática que aborda el establecimiento de límites y comunicación en la crianza de los padres y el menor, Rodríguez (2000), menciona que las pautas de crianza parentales distorsionadas pueden generar futuros problemas en el niño. La presencia de malos tratos, trastornos psicológicos en los progenitores, etcétera. Están asociados con una mayor probabilidad de padecer dificultades psicológicas en la infancia y en la adolescencia.

Otros factores de crianza que afecta al menor es la protección y el rechazo materno, que están asociados a una mala relación con sus hijos, debido a que las madres que sufren violencia de pareja tiende a presentar un mayor estrés, esto genera que las madres muestren menos afectos con sus hijos y una reducida capacidad para satisfacer sus necesidades emocionales (Olaya, 2009; Cantón et al., 2013).

Por lo que existen estilos parentales que en relación con la violencia de pareja, podrían explicar las conductas presentadas por los menores, sin embargo no se recabo información acerca de los estilos de crianza de las madres o tutoras y padres de los menores, de la población estudiada.

Con las actividades de promoción de la salud se busca generar conciencia acerca de la problemática de la violencia intrafamiliar dirigido a las madres, padres o tutores que conviven con los menores, ya que este problema puede generar diferentes trastornos a los infantes que afectan su desarrollo a mediano y largo plazo. Para promover la parentalidad positiva de acuerdo al Comité de Ministros del Consejo de Europa (2006) a los Estados Miembros sobre Políticas de Apoyo al Ejercicio Positivo de la Parentalidad.

La parentalidad positiva, se refiere “al comportamiento de los padres fundamentado en el interés superior del niño, que cuida, desarrolla sus capacidades, no es violento y ofrece reconocimiento y orientación, que incluye el establecimiento de límites que permitan el pleno desarrollo del niño”. De acuerdo a esta definición, el objetivo del rol de ser padres y madres es el de promover relaciones positivas en la familia, fundadas en el ejercicio de la responsabilidad parental, para garantizar los derechos del niño, de la niña y del adolescente en el seno de la familia y optimizar su desarrollo potencial y su bienestar (Rodrigo, Maiquez y Martín, 2010, pp. 11).

Además la parentalidad positiva es aquella que promueve vínculos afectivos sanos, protectores y estables; que proporciona un entorno educativo estructurado en rutinas y hábitos, a través de los cuales se transmiten de modo flexible normas y valores; que proporciona estimulación, apoyo y oportunidades de aprendizaje; que se basa en el reconocimiento de los logros y capacidades de los hijos e hijas y en su acompañamiento en la vida cotidiana, todo ello en un entorno libre de violencia física, verbal y emocional. A su vez, el enfoque de la parentalidad positiva toma en cuenta las necesidades que presentan las figuras parentales para poder realizar adecuadamente su tarea educadora: información, orientación y reflexión sobre el modelo educativo familiar; tiempo para sí mismos y para compartir en familia; confianza en las propias capacidades.

Además se sugiere realizar intervenciones comunitarias, donde la población tenga la posibilidad de generar nuevas respuestas a la problemática existentes, y también se propone orientar a nivel individual o grupal (Bang, 2013). Teniendo como referencia el Modelo ecológico, el cual explica los diferentes contextos y niveles de interacción que el individuo puede llegar a presentar durante su desarrollo, este modelo se divide en cuatro niveles, estos son: macrosistema, mesosistemas, microsistema, individuo; en donde cada nivel en el ecosistema están relacionados y vinculados. Este modelo nos ayuda a esclarecer las causas que desencadenan la violencia y sus complejas interacciones a las que están expuestos los menores.

En la población de la comunidad aledaña al CCMG de los resultados obtenidos, se observa que existen diferentes factores de riesgo a los que están expuestos los individuos, como es el consumo de alcohol y la violencia durante la niñez. Algunos estudios mencionan que los eventos más violentos se da cuando el agresor se encuentra bajo los efectos del alcohol y/o drogas (OMS, 2016; Gustafs y Cox, 2012). Aunque en los resultados obtenidos, se observa que hay una menor frecuencia en la población con respecto a los factores de riesgos. Se puede concluir que esta población está rodeada de factores protectores ya que los de riesgos son menores o que en esta población existen individuos que se desarrollaron en armonía con su medio, a pesar de vivir en un contexto desfavorecido y a pesar de haber experimentado situaciones conflictivas, ha este tipo de personas se les considera resilientes que se caracteriza por ser competente y tener habilidades positivas para afrontar algunas situaciones adversas, aunque quizás no los sea para todas. Se podría decir que la resiliencia es una disposición global y general que incluye otras competencias y habilidades más específicas. Según Luthar & Cicchetti (2000), la competencia social es una de las características más importantes de las personas resilientes porque les permite interactuar de manera positiva y eficaz en contextos diferentes. Las personas con buenas relaciones sociales obtienen refuerzos que elevan su autoestima y su bienestar, así como el apoyo para emprender nuevos retos. Al conocer los factores de riesgo individuales de la población estudiada, se puede utilizar el Modelo Ecológico el cual ayuda a explicar las causas de la violencia en la pareja, el cual pone de manifiesto que para prevenir esta violencia es necesario actuar en diferentes niveles como:

Hacer frente a los factores de riesgo individuales tanto de los menores como de las madres o tutoras, que se encuentran en un entorno de violencia familiar. Además de realizar intervenciones, para crear entornos familiares saludables, en donde la CCMG les brinde ayuda profesional y apoyo a las familias disfuncionales.

Se propuso que el CCMG cuente con un directorio el cual fue realizado de las diferentes instituciones que brindan apoyo a las mujeres que han sufrido violencia por parte de su pareja para que puedan acudir de forma inmediata alguna institución especializada en este tipo de problemática (Anexo 5). El CCMG está realizando un protocolo de acción para la atención a víctimas de violencia de género, con la necesidad de atender los casos que se presenten o detecten en las instalaciones. Este protocolo hace referencia principalmente a la primera etapa del procedimiento de atención de casos de violencia, es decir, se enfocará en el primer contacto u orientación a la víctima. Asimismo, incluirá un listado de las instituciones tanto jurídicas y de salud que atienden a las víctimas de violencia de género.

Las limitaciones que presenta este trabajo, es que sólo se consideraron a las madres o tutoras; sin embargo, en la aplicación de los instrumentos se observó que otras personas también fungen como cuidadoras de los menores como: abuelas, tías y hermanas. Por ello, se sugiere que en estudios similares se pueda incluir en los instrumentos, reactivos que planteen si existen otras cuidadoras primarias.

Por otro lado, no se evaluó directamente a los menores, por lo que se sugiere, incluir técnicas y/o instrumentos que sean multi informantes: de madre/padre/cuidadora/menores, de tal manera que se considere la participación directa de los menores para conocer si existe algún tipo de violencia dentro de su hogar. Porque al tener una mayor información, esto permitirá obtener datos que sean de mayor confiabilidad.

Finalmente, el instrumento de EVIS no contempla violencia económica, ya que solo se plantearon dos reactivos (*¿La ha controlado con no darle dinero o quitándoselo?* y *¿Le ha quitado o ha hecho uso de sus pertenencias en contra de su voluntad?*), cuando se creó dicho instrumento, ya que posteriormente fueron eliminados

por no constituir un factor con suficiente confiabilidad estadística, se sugiere que se utilice otros instrumentos que contengan reactivos que midan la violencia económica, ya que es el segundo tipo de violencia que más se reporta a nivel nacional (INEGI, 2006).

REFERENCIAS

- Ackerson, Lk., Kawachi, I., Barbeau, E and Subramanian, S. (2008). Effects of individual and proximate educational context on intimate partner violence: A population-based study of women in India. *American Journal of Public Health*, 98(3):507-514.
- Alencar-Rodrigues, R., y Cantera, L. (2012). Violencia de Género en la Pareja. México. *Psico*. 43(1) ,116-126.
- American Psychological Association. (2014). Disponible en: <http://www.apa.org/pi/families/children-mental-health.aspx>
- Aroca, C., Bellver, Ma., y Alba, J. (2012). La teoría del aprendizaje social como modelo explicativo de la violencia filio-parental, *Complutense*, 23 (2). Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/viewFile/40039/38477>
- Bang, C. y Stolkiner, A. (2013). Aportes para pensar la participación comunitaria en salud desde la perspectiva de redes. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 46, 123-143.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*.
- Baumrind, D. (1991). Parenting styles and adolescent development. En J. Brooks-Gun, R. Lerner y A. C. Petersen (Eds.), *The encyclopaedia of adolescence* (pp. 746-758). Estados Unidos: Garland.
- Benassini, O. (2011). *Psicopatología del desarrollo infantil y de la adolescencia*. México, Trillas.

- Bott, B., Guedes, A., Goodwin, M. y Adams, J. (2014). *Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe: análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development*. Cambridge, Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Estados Unidos: Paidós Ibérica.
- Caballo y Simón. (2008). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*, Madrid, Pirámides, p.p 29-56.
- Cantón, J., Cortés, M.R., Justicia, M.D., y Cantón, D. (2013). *Violencia doméstica, divorcio y adaptación psicológica: de la desarmonía familiar al desarrollo de los hijos*. España: Pirámide.
- Caraveo-Anduaga, J.J., Colmenares-Bermúdez, E., y Martínez-Vélez, N.A. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 44, 492-498.
- 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).
- Caraveo-Anduaga, J. (2007). Cuestionario Breve Tamizaje y Diagnóstico de Problemas de salud mental en niños y adolescentes: Algoritmos para síndromes y Prevalencia en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 30 (1).
- Caraveo-Anduaga, J., Soriano-Rodríguez., A. (2013). *Guía Clínica para la identificación de problemas de salud mental en niños y adolescentes en la atención primaria. Utilizado el cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico (CBTD)*. México.
- Castellón, N., Ortega, A., y Zepeda, Ma. (2007). *Prevención de la violencia familiar*. México: Colección Mayor de Administración, pp. 9-55

Castro, R., y Casique, I. (2008). *Estudios sobre cultura, género y violencia contra las mujeres*. México: CRIM/UNAM.

Centro de Investigación y Documentación Histórica y Cultural de Coyoacán. (2016). *Antecedentes Históricos de las colonias, pueblos barrios y Unidades habitacionales de Coyoacán*. México

Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género. (2011). Disponible en:
http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&ved=0ahUKEwjDjJTT9b_OAhVK1WMKHY_LDvsQFghJMAY&url=http%3A%2F%2Fwww3.diputados.gob.mx%2Fcamara%2Fcontent%2Fdownload%2F327410%2F1155231%2Ffile%2FARE_C0611.pdf&usg=AFQjCNF-8nPXMVYQv6NvTC716Cr_E

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva Secretaría de Salud. (2009). *Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual*.

Chan, K. L. (2011). Children esposed to child mal-treatment and intimate partener violence: A study of co-ocurrence among Hong kong Chinese families. *Child Abuse and Neclect*,35,532-542.

Cienfuegos, Y. (2010). *Violencia en la relación de pareja: una aproximación desde el Modelo Ecológico* (Tesis Doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México.

Cummings, E., Davies, P. & Campbell, S. (2000). *Developmental Psychopathology and Family Process. Theory, Research, and Clinical Implications*. Estados Unidos: Guilford Press.

Delegación de Coyoacán. (2015). Deportivos. Disponible en:
<http://coyoacan.df.gob.mx/conoce-coyoacan/deporte/deportivos/>

Diario Oficial de la Federación. (2007). Disponible en:
<http://www.cofemer.gob.mx/LGAMVLV.pdf>

Dutton, D.G (2007). *The abusive personality. Violence and control in intimate relationships*, 2. Ed. Guilford Press: Guilford Press.

Díaz Marroquín, N. & Flores Ángeles, R. (2011). *Manual Institucional Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro"*. Manual, Distrito Federal.

Echeburúa, E. y Amor, P.J. (2010). Perfil psicopatológico e intervención terapéutica con los agresores contra la pareja. *Revista Española de medicina Legal*, 36, 117-121.

Ernst, A. A., Weiss, S. J., Cham, E., Hall, L., y Nick, T. G. (2004). Detecting ongoing intimate partner violence in the emergency department using a simple 4-question screen: the OVAT. *Violence and Victims*, 19, 375-384.

Escobar, B., Yllan, R. (2008). Modelo de intervención para generadores de violencia. Disponible en:
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/50175/Modelo_intervencion_Atencion.pdf

Espinal, I., Gimeno, A y González, F. (2006). El Enfoque Sistémico en los estudios sobre la familia, *Revista internacional de sistemas*, N°. 14, pp. 21-34.

Evans, D. E., Davies, C y Dilillo, D. (2008). Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Agression and violent Behavior*, 13, 131-140.

- Fernández, Ma., Herrero, S., Buitrago, F., Ciurana, R., Chocron, L., García, C., Montón, C., Redondo, Ma., Tizón, G. (2003). *Violencia Doméstica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Fishman, H. Ch. (1990). *Tratamiento de adolescentes con problemas*. Barcelona: Paidós,
- Friedberg, R., McClure, J. (2005). *Práctica Clínica de terapia Cognitiva con niños adolescentes*. Barcelona: Paidós,
- Gardeta, A. (2010). *Terrorismo íntimo*. *Psicoanálisis*, 3, 7. Disponible en: <http://psi.usal.es/rppsm/n72010/gardeta.pdf>.
- Geiger, T. C. y Crick, N. R. (2001). A developmental psychopathology perspective on vulnerability to personality disorders. En J. M. Price (Ed.), *Vulnerability to psychopathology: Risk across lifespan* (pp. 57-102). Estados Unidos: Guilford Press.
- Gomar, M., Mandil, J. y Bunge, E. (2011). *Manual de Terapia Cognitiva Comportamental con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Polemos.
- Gómez. (2013). *Psicopatología 1*. Disponible en: http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/Psicologia/Psicopatologia_I.pdf
- Gómez. (2016). *Comité Popular Voces de Coapa "Un estudio de caso del movimiento urbano popular, en los pedregales de Coyoacán, 1983-1988"*. México: Documentación Histórica y Cultural de Coyoacán.
- Gustafsson, H. C. y Cox, M. J. (2012) Relations among intimate partner violence, maternal depressive symptom, and maternal parenting behaviors. *Journal of Marriage and Family*. 74, 1005-1020.
- Gustavo Olaiz, G., Uribe, P y Rio, A. (2006). *Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres*. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/ENVIM_2006.pdf

- Halguin, R.P. y Krauss, W. S. (2009). *Psicología de la anormalidad*. México: McGraw-Hill,
- Heise, L. L. (1998). Violence Against Women: An Integrated, Ecological Framework. *Violence against women*, 4(3), 262-290. Disponible en: <http://vaw.sagepub.com/cgi/content/abstract/4/3/262>.
- Holt, S., Buckley, H. y Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse and Neglect*, 32,797-810.
- Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. (2016). Mejora continua de la calidad, morbilidad de la consulta externa. México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2006). Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100924.pdf.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). Estadística del Censo poblacional 2010 base de datos de la AGEB. México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). “Estadísticas a propósito del día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/violencia0.pdf>
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. (2007). Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. Disponible en: <http://inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/encuestaepidemiologia.pdf>
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. (2010). Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. Disponible en: <http://inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/encuestaepidemiologia.pdf>
- Instituto para la Atención y Prevención de Adicciones. (2013). Información delegacional en materia de consumo de sustancias psicoactivas delegación: Coyoacán. Disponible en:

- http://www7.df.gob.mx/work/sites/iapad/resources/PDFContent/1527/Coyoacan_vf.pdf
- Jaen., Almorin, y Rivera. (2015). Violencia de pareja en mujeres: prevalencia de Factores asociados. *Acta de investigación psicológica*, 5 (3), 2224-2239.
- Koplowitz. A. (2014). *Libro blanco de la Psiquiatría del niño y el adolescente*. España: Fundación Alicia Koplowitz
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A y Lozano R. (2003). Organización Mundial de la Salud. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112670/1/9275315884_spa.pdf
- Kuschel, A . The Epidemiology of child psychopathology: Basic principles and research Data. Disponible en: www.intechopen.com: <http://www.intechopen.com/download/pdf/35761>
- Lacalle., M. (2009). Escalas DSM del CBCL y YSR en niños y adolescentes. (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5475/mls1de1.pdf>
- Landreth, G. (2002). *Play therapy: The art of the relationship* (2.ed). Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Lemos, G. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del Psicólogo*. vol. 24. 85, pp. 19-28.
- Loinaiz, I y Echeburúa, E. (2012). Apego adulto en agresores de pareja. *Acción Psicológica*, 9, 33-46.
- Lucio, E., Heredia, C., & Ancona. (2014). Psicopatología Riesgo y tratamiento de los problema infantiles. México: Manual Moderno. pp. 1-9.
- Luthar, S., Cicchetti, D. (2000) The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562
- Limiñana, R. M., Patró R. (2005) Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales de psicología*. Vol. 21, (1).

- Maccoby, E. E. y Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. En P. H. Mussen y E. M. Hetherington (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality and social development* (4ª ed., pp. 1-101). Estados Unidos: Wiley.
- Majdalani, M. P., Alemán, M., Fayanás, R., Guedes, A., y Mejía, R. M. (2005). Validación de un cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género en las consultas clínicas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17, 79-83.
- Molina, A. (2001). Instrumentos de evaluación clínica en niños y adolescentes, *Revista Psiquiátrica. Psicológica, Niño y Adolescente*, 2(1), pp. 23-40. Monografía, 4 (1, Pt. 2).
- Monreal-Gimeno, M.C, Povedano-Díaz, A. y Martínez-Ferrer, B. (2014). Modelo ecológico de los factores asociados a la violencia de género en parejas adolescentes. *Journal for Educators, Teachers and Trainers*, Vol. 5(3), pp. 105 – 114.
- Olaiz, G., Uribe, P., y del Río, A. (2009). Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres, ENVIM 2006. Instituto Nacional de Salud Pública. México: Secretaría de Salud.
- Olaya, B., Tarragona, M., Osa, N, y Ezpeleta (2008). Protocolo de evaluación de niños y adolescentes víctimas de la violencia doméstica, *Papeles del Psicólogo*, 29(1), pp. 123-135.
- Olivares Ferreto, E., y Inchaústegui Romero, T. (2011). Modelo Ecológico para una vida libre de violencia. México: Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. Disponible en: <http://www.conavim.gob.mx/work/models/CONAVIM/Resource/309/1/images/MoDecoFinalPDF.pdf>.

Olivares, E., Incháustegui, T. (2011). Modelo ecológico para una vida libre de violencia de género, México: Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres.

Organización de las Naciones Unidas, (2016). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Disponible en: <http://www.ohchr.org/sp/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>

Organización Mundial de la Salud. (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Estados Unidos, D.C.: OPS.

Organización Mundial de la Salud. (2010). Salud mental y desarrollo: poniendo el objetivo a las personas con problemas de salud mental como un vulnerable. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/policy/mhtargeting/es/.

Organización Mundial de la Salud. (2013). Violencia infligida por la pareja. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98816/1/WHO_RHR_12.36_spa.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. (2016). Violencia contra mujer, nota descriptiva septiembre 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>

Organización Panamericana de la Salud. (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112670/1/9275315884_spa.pdf?ua=1

Organización Panamericana de la Salud. (2012). Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe: análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países. Disponible en: <http://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/123456789/4109/Violencia%20contra%20las%20mujeres%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el>

%20Caribe%20an%C3%Alisis%20comparativo%20de%20datos%20poblaciones%20de%2012%20pa%C3%ADses.pdf?sequence=1.

Oaklander., V. (2006). *El tesoro Escondido: La vida interior de niños y adolescentes/ Terapia Infanto-juvenil*. Chile: Cuatro Vientos.

Price, J. M. y Lento, J. (2001). The nature of child an adolescent vulnerability: History and definitions. En J. M. Price (Ed.), *Vulnerability to psychopathology: Risk across lifespan* (pp. 20-38). Estados Unidos: Guilford Press.

Petrek, C., Elbert, T., Weierstall, R., Müller, O., y Rockstroh, B. (2013). Childhood adversities in relation to psychiatric disorder. *Psychiatry Research*, 103-110.

Programa Delegacional de desarrollo Urbano de Coyoacán. Disponible en: http://www.seduvi.df.gob.mx/portal/docs/programas/PDDU_Gacetas/2015/PDDU_COYOAC%C3%81N.pdf

Programa Delegacional de Desarrollo. (2015). Disponible en: <http://coyoacan.df.gob.mx/documentos/programa-delegacional-coyoacan-2013-2015/>

Rhodes, K. V., Lauderdale, D. S., He, T., Howes, D. S., and Levinson, W. (2002). "Between me and the computer": Increased detection of intimate partner violence using a computer questionnaire. *Annals of Emergency Medicine*, 40, 476-484.

Rodrigo., M, Maiquez. M y Martín., J. (2010). La educación parental como recurso psicoeducativo para promover la parentalidad positiva.

Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/docs/eduParentalRecEducativo.pdf>

Rodríguez, y Villavicencio. (2016). *Comunidad Adolfo Ruiz Cortines 1947-1997 (Memoria Histórica 50 aniversario de fundación)*. México: Documentación Histórica y Cultural de Coyoacán.

- Rodríguez, J. (2000). *Psicopatología Infantil básica: Teoría y casos clínicos*. México: Pirámide.
- Rodríguez., J. (2007). Violencia hacia la pareja: revisión teórica. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 7, pp.77-95. Disponible en: <http://www.masterforense.com/pdf/2007/2007art5.pdf>
- Ruiz, I., Jiménez, L., Bermúdez, C y Plazaola, J. (2008). *Medición de la Violencia contra la mujer: Catalogo de Instrumentos*. España: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Rutter, M (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In:J. Rolf, A.S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, and S. Weintraub (Eds.) Risk and protective factors in the development of psychopathology (pp. 181-214) Cambridge, England University Press.
- Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación*, México: Mc Graw Hill, pp. 305.
- Secretaria de Educación Pública. (2015). Directorio de Escuelas. Disponible en: https://www2.sepdf.gob.mx/directorio_escuelas/index.jsp
- Secretaria de Salud. (2006). Programa Específico de la psicopatología infantil y adolescencia 2001-2006. Diponible en: http://www.ssm.gob.mx/portal/page/programas_salud/salud_mental/guias_tecnicas/psicopatologia_infantil.pdf
- Secretaria de Salud. (2012). Programa de acción específico 2007-2012. Disponible en: <http://www.uv.mx/psicologia/files/2014/11/Programa-de-Accion-Secretaria-de-Salud.pdf>
- Servicio Murciano de la Salud. (2010). Guía Práctica Clínica "Actuación en salud mental de mujeres maltratadas de su pareja". Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_470_maltratadas_compl.pdf

- Shaefer, C. (2012). *Fundamentos de terapia de juego*, México: Manual Moderno.
- Sattler, J. (2008). Retos en la evaluación infantil: el proceso. En J. Sattler, *Evaluación Infantil. Fundamentos Cognitivos* .(Vol. I, págs. 1-21). México: Manual Moderno.
- Solloa García, L. (2006). *Los trastornos psicológicos en el niño* (pp. 17-54). México: Trillas
- Suárez, H. (2012). *Ver y creer; ensayo de sociología visual en la colonia el Ajusco*, México: UNAM, Instituto de Investigaciones Sociales; Quinta Chilla.
- Suárez, R. (2015). Propuesta de taller de inducción, “eslabones de sucesión” para prestadores de servicio social de Centro Comunitario “Dr Julián Mac. Gregor y Sanchez. (Tesis de Licenciatura). Universidad Autónoma de México
- Sweeney, D and Landreth, G. (2001). Child-centered play therapy. In K. O’Connor and L., Braverman (Eds), *play therapy theory and practice corporing theories and tecnniques* (2. ed, pp, 123,162).
- Trujano, R, P. (2007). Nuevos posicionamientos de género: varones víctimas de violencia de sus mujeres. *Revista Internacional de Estudios sobre masculinidades: La manzana*, 2(3). Recuperado el 3 Noviembre 2016 de <http://www.estudiosmasculinidades,buap,mx/num3/art7.htm>
- Valdez-Santiago R, Híjar-Medina MC, Salgado de Snyder VN, Rivera-Rivera L, Ávila-Burgos L y Rojas R. (2006). Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. *Salud Pública*.
- Vézina, J. y Hérbert, M. (2007). Risk factors for victimization in romantic relationships of young women. A review of empirical studies and implications for prevention. *Trauma, Violence, and Abuse*, 8 (1), 33–66.
- Villagómez, G. (2010). *Romper el silencio*. México: Colección de Estudios sobre la Mujer y Relación de Género, p.p. 25-85.

- Villalba, J., y Rodríguez, Y. (2009). Universidad Nacional Abierta y a Distancia. Disponible en: http://gustavoadolfo.bligoo.com.co/media/users/26/1343056/files/424666/MODULO-psicopatologia_de_la_Ni_es_infancia_y_adolescencia.pdf
- Villatoro, J., Quiroz, N., Gutiérrez Ma.L., y Amador, N. (2006). ¿Cómo educamos a nuestros/as hijos/as? Encuesta de Maltrato Infantil. México: Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM).
- Werner, E. E., and Smith, R.S (1992). Overcoming the odds: High-risk children from birth to childhood. Ithaca, NY: Cornell University Press.

ANEXOS



ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez

Navarro” PAPIIT No. IN307016



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

		NUNCA	ALGUN A VEZ	VARIAS VECES	MUCHAS VECES
S X	1.- ¿Le ha exigido tener relaciones sexuales?				
F S	2.- ¿Le ha quemado con cigarro u otra sustancia?				
F	3.- ¿Le ha pateado?				
F S	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?				
F S	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?				

F S	10.- ¿Le ha amenazado con arma, alguna navaja, cuchillo o machete?				
F S	11.- ¿Le ha intentado ahorcar o asfixiar?				
P	12.- ¿Le ha rebajado o menospreciado?				
F	13.- ¿Le ha torcido el brazo?				
S X	14.- ¿Ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales?				
P	15.- ¿Le ha insultado?				
F S	16.- ¿Le ha agredido con navaja, cuchillo o machete?				
P	17.- ¿Le ha rebajado o menospreciado frente a otras personas?				
S X	18.- ¿Le ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales?				
F	19.- ¿La ha sacudido, zarandeado o jaloneado?				

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

¿En dónde han ocurrido estas situaciones?

Casa [1] Público [2]

¿Había alguien más con ustedes?

|

Solos [1] Niños (hijos) [2]

Familia [3]

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

¿Alguna de estas situaciones ha sido presenciada por su hijo (a)?

Contesta Si ¿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 hace algún comentario ha cambiada su comportamiento o imita estas situaciones.

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

Si [1] No [2] No se [3] Tal vez [4]



ANEXO 2
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
 MÉXICO**



**Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y
 Sánchez Navarro”**

PAPIIT No. IN307016

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

Nombre: _____ Edad: _____

Escolaridad _____

Dirección: _____

A continuación le preguntaré acerca de algunas conductas que pueden presentar los niños y niñas. Por favor, dígame si en los ÚLTIMOS 12 MESES -----se ha comportado FRECUENTEMENTE así o no, o si hace más de un año que se comporta de esa manera. ENTREVISTADOR: En caso de respuesta positiva, EXPLORE SI ES RECIENTE O HACE MÁS DE UN AÑO QUE PRESENTA LA CONDUCTA, MARQUE SOLO LA CASILLA QUE CORRESPONDE A LA RESPUESTA DADA.

	Número de hijos.	Últimos doce meses	Hace más de un año	Edad de Inicio	Nunca ha presentad o la conducta
Q6	¿Su lenguaje es anormal?				

|

	(retardado, incomprensible, tartamudea)				
Q7	¿Tiene problemas para dormir?				
Q8	¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?				
Q9	¿Se ha fugado de la casa?				
Q10	¿Roba dinero o cosas de la casa o fuera del hogar?				
Q11	¿Es muy nervioso(a) o miedoso(a) sin haber una buena razón?				
Q12	¿Es lento(a) para aprender en comparación con otros niños/jóvenes?				
Q13	¿Se aísla y casi nunca juega con otros(as) niños(as)?				
Q14	¿Se orina en la cama en la noche?				
Q15	¿Es demasiado dependiente o apegado a los adultos?				
Q16	¿Le da miedo ir a la escuela?				
Q17	¿No se puede estar quieto(a) en su asiento siempre se está moviendo?				
Q18	¿No termina lo que empieza, es muy distraído(a)?				
Q19	¿Muchas veces está de mal				

|

	humor, es irritable o geniudo(a)?				
Q20	¿Muchas veces se le ve triste, infeliz o deprimido(a)?				
Q21	¿Se queja de dolores o molestias físicas sin que haya un problema médico?				
Q22	¿Tiene pesadillas con frecuencia?				
Q23	¿Tiene bajo peso porque rechaza la comida?				
Q24	¿Come demasiado y tiene sobrepeso?				
Q25	¿Es muy desobediente y peleonero(a)?				
Q26	¿Dice muchas mentiras?				
Q27	¿Se niega a trabajar en la escuela?				
Q28	¿Es muy explosivo(a), pierde el control con facilidad?				

|

Q29	¿Ha padecido de ataques (convulsiones) o caídas al piso sin razón?				
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 mencionó que su hijo(a) tiene alguna de las conductas que revisamos ¿considera usted que se le debería enviar a algún servicio de salud mental para atenderlo(a)?			Si [1]	NO [2]
Q35	El o la menor ha sido llevado(a) a consulta con algún médico, psicólogo, psiquiatra, sacerdote, espiritista, u otro profesional para ayudarlo			Si [1]	NO [2]

Q36 ¿Con quiénes?

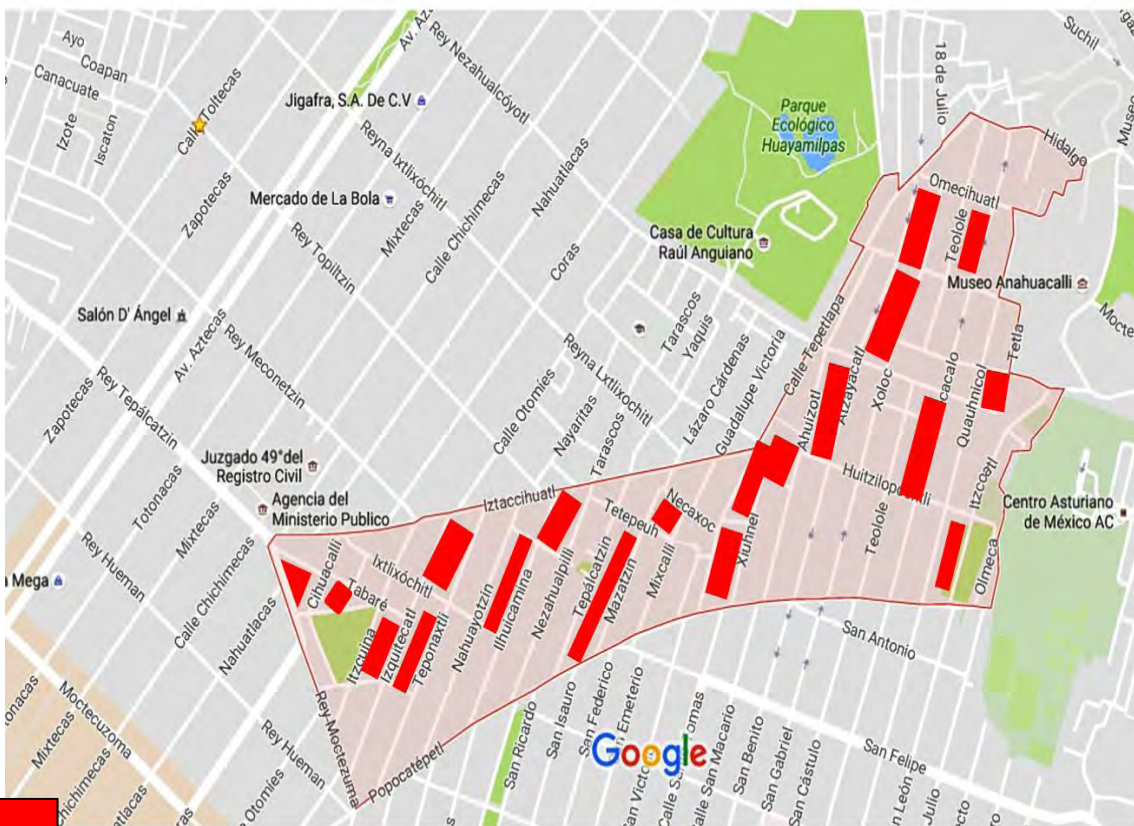
1 Médico General / Médico Familiar	Si [1]	NO [2]
2 Psiquiatra	Si [1]	NO [2]
3 Psicólogo	Si [1]	NO [2]
4 Consejero	Si [1]	NO [2]
5Cardiólogo/ginecólogo/ internista	Si [1]	NO [2]
6 Hierbero	Si [1]	NO [2]
7 Curandero	Si [1]	NO [2]
8 Espiritista	Si [1]	NO [2]
9 Trabajador Social	Si [1]	NO [2]
10 Quiropráctico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

OBSERVACIONES

ANEXOS 3

. Mapas cartograficos que describen las zonas donde se llevo el presente trabajo.

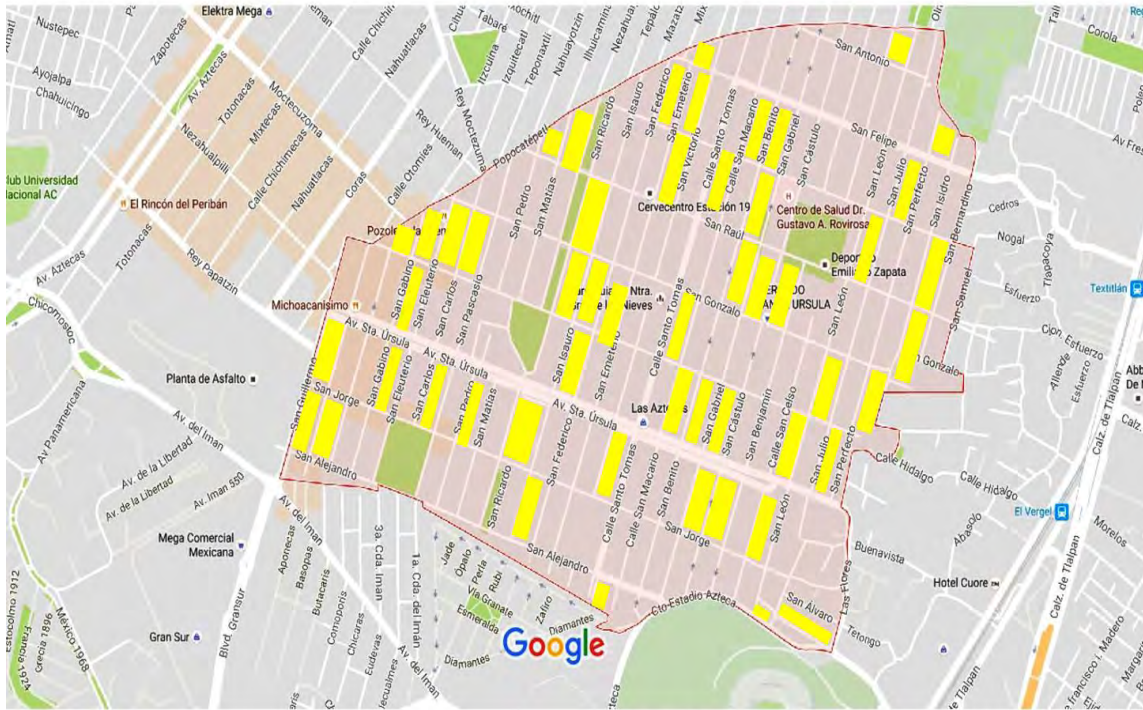
Adolfo Ruíz Cortínez



Datos del mapa © 2016 Google, INEGI 200 m

El color rojo representa las zonas donde se llevó a cabo el estudio

Pedregal de Sta Úrsula



Datos del mapa © 2016 Google, INEGI 200 m



El color amarillo representa las zonas donde se llevó a cabo el estudio

Ajusco



 El color azul representa las zonas del estudio



ANEXO 4

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Centro Comunitario “Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro”



Proyecto PAPIIT IN307016

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

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

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. Comprendo que mi participación es voluntaria

|

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

ESTOY ENTERADA Y ACEPTO PARTICIPAR EN LA ENCUESTA

FECHA Y FIRMA.



ANEXO 5



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro” PAPIIT No.
IN307016**

DIRECTORIO DE INSTITUCIONES PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA EN LA PAREJA

Unidad Coyoacán “Tina Modotti”. Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES)

Dirección: Leopoldo Salazar s/n, casi esquina. González Peña. Col. Copilco el Alto, C.P.
04360,

Deleg. Coyoacán. Correo: lescamillar@df.gob.mx.

Brinda asesoría jurídica y psicológica.

Uapvif Coyoacán. Unidades Delegacionales de Atención y Prevención de la Violencia Familiar

Dirección: Av Nezahualcoyotl, esquina. Yaqui s/n Col. Ajusco Huayamilpa.

Deleg. Coyoacán.

Tel. 5421-7331.

Brinda apoyo social (elabora informes técnicos y estudios socioeconómicos) Psicológico
(Intervención en crisis, terapias individuales y grupales; estudios en psicología.)

Jurídico: procedimientos de conciliación.

Dirección del Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA).

|

Dirección: Calle Enrique Pestalozzi No. 1115, Colonia del Valle, Deleg. Benito Juárez, C.P. 03100.

Teléfonos 52 00 96 32 y 52 00 96 33.

Brinda atención y asistencia multidisciplinaria a las víctimas directas e indirectas de los delitos contra la libertad y la seguridad sexual y el normal desarrollo psicosexual, sobre sus derechos como víctimas del delito, con la finalidad de empoderarla respecto a las esferas que se vieron afectadas por la comisión del hecho violento.

Centro de Apoyo a la Violencia Intrafamiliar (CAVI).

Dirección: General Gabriel Hernández número 56, planta baja, Col. Doctores, entre Dr. Lavista y Río de la Loza, C.P. 06720.

Teléfonos 53 45 52 48, 53 45 52 28, 53 45 52 29.

Brinda atención a Mujeres víctimas de violencia de pareja; niñas y niños hasta 12 años de edad víctimas de violencia familiar.

Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres (CONAVIM)

Línea Háblalo Tel: 01 (800) 42 252 56 Horarios: Las 24 horas, los 365 días del año.

Correo electrónico: 01800hablalo@segob.gob.mx Página web: www.conavim.gob.mx/

Brinda orientación y atención psicológica y jurídica.