



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



FACULTAD DE PSICOLOGÍA, SUA

**Psicopatología infantil asociada con el maltrato emocional en niños
en edad escolar**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

ESTRELLA CERVANTES AVELAR

DIRECTORA DE TESIS:

Mtra. Karina Beatriz Torres Maldonado

JURADO CALIFICADOR:

Dr. Germán Álvarez Díaz de León

Mtra. Patricia Paz De Buen Rodríguez

Mtro. José Luis Sánchez Gámez

Mtra. Gabriela Romero García



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México por darme la oportunidad de crecer personal y profesionalmente.

A mi tutora, la maestra Karina Torres, cuyo papel no solo ha sido fundamental en la dirección y apoyo de este proyecto de investigación, sino que también ha sido pieza primordial en mi formación y crecimiento académico y profesional.

Al Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro” por permitirme ser parte de una institución invaluable cuyo conocimiento y práctica llevaré por siempre.

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

AGRADECIMIENTOS ESPECIALES

A mi familia por estar en todo momento.

A mi mamá, gracias, por siempre ser el ejemplo en mi vida, por acompañarme en cada paso y tropiezo y por el amor, el tiempo y la incondicionalidad. Ni mitz tlazohtla “ma”.

A mi hermano, gracias, por tomar mi mano en los momentos más difíciles y ser un ejemplo de valentía, lucha y tolerancia en este y otro mundo. Teikautli.

A Uriel, gracias, por alentar mi vida y siempre estar a mi lado, motivándome a crecer.

Notlazohtlaiz.

A Tecilli y Alfonso, gracias, por sus palabras y acciones que han nutrido mi corazón; a Helena, por un brillo de esperanza. Cenyeliztli.

TLAZOHCAMATI

RESUMEN

Las problemáticas que pueden presentarse durante la infancia son de origen multifactorial, y los factores ambientales tienen un peso mayor, el principal de estos es la familia. Dentro de la familia ocurren los principales casos de maltrato infantil, sin embargo, es difícil enfrentarla ya que se concibe a la familia como un “ámbito privado” (Pinheiro, 2006). De un total de 15,501 menores entre 1 y 14 años, 53.1% fueron sometidos a agresión psicológica por miembros de su familia, siendo las niñas más vulnerables a padecerla (54%) (UNICEF I. N., 2016). Las problemáticas de orden externalizado son más frecuentes en los niños y las problemáticas emocionales se presentan mayormente en las niñas (Romero Godínez, Lucio Gómez Maqueo, & Fornes Santacana, 2015). El objetivo de esta investigación fue conocer la presencia del maltrato emocional y de sintomatología asociada a la psicopatología en niños(as) de una muestra clínica, al igual que la correlación entre ambas. Participaron 13 tutores y 14 menores entre 4 y 16 años. Se empleó un diseño de estudio no experimental-transeccional. Se utilizó el Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (Caraveo Anduaga & Soriano Rodríguez, 2013) y una entrevista basada en el instrumento BALORA (Vasco, 2011). Los resultados indican que la muestra presenta maltrato emocional en su totalidad, sintomatología asociada a la psicopatología en la mayoría de los casos y una mediana correlación entre ambas variables. Se sugiere trabajar a nivel comunitario para la prevención de la psicopatología infantil y el maltrato emocional en niños(as) desde la perspectiva de la parentalidad positiva.

Palabras clave: psicopatología infantil, maltrato emocional, maltrato infantil, sintomatología asociada.

ÍNDICE

Introducción.....	07
Capítulo 1. Psicopatología infantil.....	08
1.1 Salud mental.....	09
1.2 Desarrollo infantil: cuando lo normal se vuelve anormal.....	11
1.3 Problemas conductuales durante la infancia.....	20
1.4 Problemas emocionales durante la infancia.....	22
1.5 Trastornos infantiles: evolución y clasificación.....	27
1.6 Factores de riesgo y factores protectores.....	32
1.7 Evaluación y diagnóstico.....	36
Capítulo 2. Maltrato infantil.....	39
2.1 Tipos de violencia.....	39
2.2 Violencia contra niñas y niños: maltrato emocional.....	42
2.3 Prevalencia en México y en el mundo.....	48
2.4 Consecuencias del maltrato emocional: efectos a corto y largo plazo.....	55
2.5 Detección del maltrato emocional.....	58
2.6 Parentalidad positiva: educación sin violencia.....	63
Capítulo 3. Contextualización: Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”.....	67
3.1 Historia del CCMG.....	68
3.2 Objetivo, misión, visión y valores.....	69
3.3 Servicios de atención Psicológica y de formación profesional.....	71
Capítulo 4. Método.....	76
4.1 Justificación.....	76
4.2 Pregunta de investigación.....	77
4.3 Hipótesis.....	78
4.4 Objetivo general.....	78
4.4.1 Objetivos específicos.....	78
4.5 Variables.....	79
4.6 Tipo y diseño de investigación.....	80
4.7 Muestra.....	81
4.7.1 Tipo de muestreo.....	81
4.7.2 Criterios de selección.....	81
4.8 Participantes.....	81
4.9 Escenario.....	82
4.10 Instrumentos.....	82
4.11 Procedimiento.....	88

Capítulo 5. Resultados.....	89
5.1 Análisis cuantitativo.....	90
5.2 Análisis cualitativo.....	112
5.3 Maltrato emocional y psicopatología infantil.....	168
Capítulo 6. Discusión y conclusiones.....	171
6.1 Limitaciones y sugerencias.....	191
Referencias.....	193
Anexos.....	199

INTRODUCCIÓN

Llama la atención el creciente diagnóstico de trastornos mentales en la población infantil y adolescente y, junto con éste, el alto índice de maltrato infantil, teniendo en cuenta que no todos los casos son reportados a instituciones y en el caso de denuncia, a algunos no se les da la relevancia que deberían tener y a otros no se les da el seguimiento apropiado. Esto es debido a que tales comportamientos son normalizados por la sociedad, en especial aquellos que pueden pasar desapercibidos.

Las diversas problemáticas infantiles no se atribuyen a una sola causa, ubicando estas de origen multifactorial, en donde los factores ambientales son aquellos con un peso mucho mayor. Dentro de los factores ambientales el principal es la familia, esencialmente los padres, tutores o cuidadores primarios, ya que estos son quienes fungen un papel principal en la crianza del niño, pues son los encargados de la enseñanza y asimilación de valores, normas y reglas.

Sin embargo, el modelo ecológico de la parentalidad positiva menciona que esta no se ejerce únicamente dentro de la vivienda del menor ni depende exclusivamente de las características de los padres, sino que depende de tres factores. El primero de ellos es el espacio psicosocial donde vive la familia, esto se refiere a aquellas condiciones del entorno familiar que pueden resultar benéficas o protectoras, o al contrario, tóxicas o de riesgo, en donde ambas contribuyen al desarrollo del menor. El segundo se refiere a las necesidades evolutivo/educativas de los menores, debido a que cada niño presenta diversos tipos de condiciones que exigen atenciones y cuidados específicos. Y por último, las capacidades y habilidades de los padres y madres para la crianza y la educación de sus hijos/as, las cuales se heredan de sus propios padres.

El trabajo elaborado se conforma por 6 capítulos, y su estructura se enumera a continuación: En el capítulo 1 se indaga acerca de la psicopatología infantil, los principales problemas que se presenta en la infancia, el momento en el que tales se detectan como trastornos, además de los factores de riesgo y factores protectores asociados y los principales métodos enfocados en su evaluación y diagnóstico.

El capítulo 2 hace mención del maltrato hacia los menores, haciendo énfasis en el maltrato emocional hacia niños y niñas, junto con sus efectos a corto y largo plazo, además de la parentalidad positiva, en donde uno de sus pilares es la educación sin violencia.

En el capítulo 3 se mencionan las características del Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”, integra su historia como formación institucional y las bases en las que lo hace, los servicios que ofrece y la comunidad que lo conforma.

En el capítulo 4 se expone el método que se utilizó para la recolección y análisis de datos referentes a la sintomatología asociada a la psicopatología infantil y al maltrato emocional que se ejerce a niños y niñas y a la correlación entre ambos.

Finalmente, en el capítulo 5 se muestran los resultados obtenidos y el análisis de los mismos. Por último en el capítulo 6 se desarrollan la discusión y las conclusiones sobre los resultados encontrados en esta investigación.

CAPÍTULO 1. PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

Se ha observado que el comportamiento de los niños es diverso y éste evoluciona de acuerdo a su edad y a su desarrollo cognitivo, social, emocional y biológico. En donde el desarrollo previo puede tener el efecto de disminuir o incrementar la probabilidad de psicopatología.

De esta manera, y de acuerdo con el desarrollo emocional y de la conducta, Achenbach y Edelbrock (1986) han propuesto un enfoque dimensional en el que clasifican los problemas o dificultades que presentan los niños, estos pueden estructurarse en dos categorías primarias, agrupándose las diferentes conductas en problemas internalizados o intradirigidos y externalizados o extradirigidos (citado en Livia Segovia & Ortíz Morán, 2008), los cuales se explorarán en los siguientes apartados.

1.1 Salud mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad, especificando a la vez que no se trata únicamente de la ausencia de trastornos mentales (OMS, 2015).

En la Ley de Salud Mental del Distrito Federal (2011) la salud mental está definida como:

el bienestar psíquico que experimenta de manera consciente una persona como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos, conductuales, que le permiten el

despliegue óptimo de sus potenciales individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación, de manera que pueda contribuir a su comunidad (p. 1-2).

La salud mental es un fenómeno complejo que está determinado por factores sociales, ambientales, biológicos y psicológicos, de esta manera es que la percepción y definición de salud y enfermedad mental han ido evolucionado a lo largo de la historia y del lugar en el que se desarrolla.

De igual forma, aunque no determina la salud mental, un trastorno es definido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) cómo:

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

Al hacer el diagnóstico de algún trastorno mental es de gran importancia darle utilidad clínica, la cual se refiere a que el clínico determine el pronóstico, el plan de tratamiento y los posibles resultados terapéuticos. Sin embargo, hay algunas ocasiones en que el síntoma no cumple todos los criterios requeridos para diagnosticar un trastorno, como los son su gravedad, el

sufrimiento del paciente, la discapacidad que implican ciertos síntomas, los riesgos y beneficios de los tratamientos disponibles y otros factores.

Estas situaciones limitan a los profesionales de la salud mental la posibilidad de brindar la asistencia adecuada al solicitante. Sin embargo, aunque en algunos casos no se cumplen todos los criterios requeridos para el diagnóstico de alguna afección mental es necesaria la asistencia o tratamiento que resuelva aquellas situaciones que afecten al solicitante de servicio de salud.

1.2 Desarrollo infantil: cuando lo normal se vuelve anormal

La infancia es un periodo único y lleno de acontecimientos, su desarrollo es muy importante e históricamente, en la actualidad, no se ve de la misma manera en que se veía hace años, por ejemplo, en la época medieval de la sociedad europea las leyes no distinguían a niños de adultos, contrario al antiguo Egipto, Grecia y Roma que mantenían ideas satisfactorias sobre los niños. De esta manera es que los filósofos, a través de la historia, han concebido a la niñez desde diversos enfoques, a continuación se mostrarán tres de ellas: el pecado original, la tábula rasa y la bondad innata.

La primera visión concibe a los menores como naturalmente malévolos, es decir que nacen “malos”, con maldad, en el medioevo se defendió esta postura y el educar a los menores tenía la finalidad de eliminar el pecado original con el que nacieron y proporcionarles la salvación eterna (Santrock J. , 2003).

Posteriormente a finales del siglo XVII John Locke propuso una perspectiva completamente distinta, la tábula rasa. Y como lo indica su nombre, su naturaleza se halla en que

los niños son como una página en blanco y que son importantes las características de la infancia para determinar las características que definirán a una persona adulta, dando a los padres la tarea de hacer de sus hijos miembros de provecho para la sociedad. Tiempo después el enfoque, antónimo al que dominaba en el medioevo, de la bondad innata surgió en el siglo XVIII gracias Jacques Rousseau que afirmaba que los niños eran buenos por naturaleza, y por lo cual, él mismo, Rousseau, afirmaba que debía dejárseles crecer con poca vigilancia y sin coacción parental (Santrock J. , 2006).

Fue a finales del siglo XIX que la psicología incluye la observación directa y la experimentación en sus estudios; en donde los primeros psicólogos influyentes tenían estudios de filosofía o de ciencias naturales como medicina y biología (Santrock J. , 2003). Charles Darwin, James Mark Baldwin y Sigmund Freud son algunos pensadores del desarrollo infantil que incluyen estos conocimientos.

De esta manera, comienzan a llevarse a cabo diversos estudios con niños y niñas, tales investigaciones, basándose principalmente en la observación, tenían como objetivo averiguar sobre sus conocimientos, comportamiento, juegos, patrones de amistad, miedos, agresiones, conflictos y sociabilidad; el método científico comienza a aplicarse en el estudio del ser humano.

Arnold Gesell (1928) es uno de los grandes investigadores del comportamiento infantil que observaba a los niños sin interrupciones con su “ cúpula fotográfica” (cámara de observación), la cual le permitía realizar experimentos y observarles directamente sin que los niños lo notaran; el inicio de estos estudios abrió el camino para conocer el desarrollo humano desde la infancia.

El desarrollo del ser humano para llegar al estado adulto se extiende hasta los 20 años de edad aproximadamente y, por lo tanto, a lo largo de este tiempo se ve influido por cuatro variables,

estas variables son los subsistemas biológico, social, psicológico y cultural. La interacción de los cuatro subsistemas influye dentro de la familia y en el entorno social inmediato para conformar la personalidad de cada individuo y su proceso de salud-enfermedad haciendo del ser humano un individuo cultural y bio-psico-social (Padilla, 2017).

De esta manera, Wenar y Kerig (2006, citado en Caraveo & Soriano, 2013) mencionan que el desarrollo se mueve dentro de cinco contextos: el biológico, individual, familiar, social y cultural, los cuáles se describen a continuación:

- Ψ Contexto biológico: Comprende el conjunto de influencias genéticas, neuropsicológicas y de temperamento; la primera son rasgos, ideas, circunstancias, etc., que son transmitidas, las segundas son funciones neurológicas, psicológicas, y la química y estructura cerebral, y las de temperamento involucran tipo, personalidad, características y dimensiones de la forma de ser de cada persona.
- Ψ Contexto individual: Hace referencia a las variables psicológicas de cada persona como el desarrollo cognitivo y el desarrollo emocional; el primero engloba a los intentos del niño para adaptarse al medio ambiente y a la comprensión del entorno físico y social, el segundo se refiere al tipo de apego, cuidado, entornos interactivos y socialización. Además de las expectativas interiorizadas acerca de las relaciones con los demás, como el desarrollo del yo, el desarrollo moral y lo relativo al sexo y género.
- Ψ Contexto familiar: Considerado de suma importancia en el desarrollo del niño, los patrones normativos de estructura familiar, crianza y tipo de relación son los que incitan a contemplar a la familia desde una perspectiva de sistema familiar, resaltando las cualidades de la familia que influyen en el desarrollo.

- Ψ Contexto social: Involucra las relaciones positivas e involucramiento entre pares, como son la popularidad y la amistad, de igual forma los aspectos negativos como el rechazo y las conductas antisociales. También se considera a los adultos que no son parte de la familia, como los maestros u otras figuras de autoridad, ya que pueden servir al niño como modelos negativos o positivos.
- Ψ Contexto cultural: Este factor juega un papel muy importante en el desarrollo, al igual que influye en el incremento del riesgo y/o protección de una psicopatología. Algunos de estos son la etnia, raza, clase social y normas culturales; ya que dentro de una cultura puede existir la probabilidad de que una conducta se considere patológica.

Sin embargo, a un solo factor no se le puede atribuir que se desarrolle cierto rasgo en el menor, ya que es la interacción de estos factores lo que promueven su desarrollo integral. Dentro del desarrollo del ciclo vital se tienen establecidos criterios estandarizados sobre cuáles son las características evolutivas esperadas que debe tener un niño de acuerdo a su edad.

Tales conglomerados se denominan estadios del desarrollo y se refieren al periodo de tiempo en la vida de una persona que cuenta con ciertas características. Los rangos de edad de los estadios de desarrollo son aproximados y se clasifican y secuencian, en general, de la siguiente forma: estadio prenatal, primera infancia, niñez temprana, niñez intermedia y tardía y adolescencia (Santrock J. , 2003).

De igual forma, los niveles esperados se clasifican en interpersonales e intrapersonales. El primero de ellos consiste en comparar el nivel de desarrollo que tiene el niño con el nivel esperado en niños de su edad, mientras que el nivel intrapersonal consiste en comparar el nivel de desarrollo que presente en el momento de la valoración con el nivel de desarrollo que tenía cierto periodo de

tiempo antes, es decir, consiste en medir su progreso. De esta manera se desarrollan normativas que sirven de guía para los profesionales de la salud, las cuáles serán empleadas para crear planes de apoyo al desarrollo, empleadas por los profesionales y los padres.

La psicopatología del desarrollo es un enfoque que destaca el valor de estudiar la psicopatología en relación con los cambios típicos que ocurren en la vida, en donde se relacionan hitos y secuencias en áreas físicas, cognitivas, sociales-emocionales y educativas del desarrollo (Lucio Gómez, 2014).

Achenbach (1992, citado en Lucio Gómez, 2014) considera a la psicopatología del desarrollo como un macroparadigma para diferenciarlo de las teorías con variables, métodos o explicaciones más limitadas; por lo tanto, dentro de éste se encuentran los microparadigmas biomédicos, conductuales, psicodinámicos, entre otros. Cada uno con su propio sostén, sin dejar de lado que mantienen relación con el macroparadigma llamado psicopatología del desarrollo.

La psicopatología del desarrollo pone énfasis en el funcionamiento biológico y psicológico dentro de un modelo general del desarrollo, postulando una continuidad en el funcionamiento de los síntomas ubicándolos dentro de la misma dimensión de las conductas normales, le da importancia a la vulnerabilidad biológica y al equilibrio entre habilidades de enfrentamiento y estrés en cada historia de vida del individuo. A la par, la psicopatología del desarrollo no sigue un modelo teórico unitario, sino que sirve como guía para una perspectiva organizacional del niño y del adolescente (Caraveo Anduaga & Soriano Rodríguez, 2013).

Caraveo y Anduaga (2013) mencionan que esta perspectiva ve al organismo humano de una manera holística como un sistema integrado y dinámico en el que los dominios cognitivo, social, emocional y biológico del desarrollo se mantienen en interacción continua. Además, el

desarrollo por sí mismo es considerado de manera jerárquica, en donde el crecimiento psicológico es un proceso que incrementa la complejidad y organización, por ejemplo las nuevas estructuras emergen de lo que habían sido antes.

Para entender el desarrollo desde esta perspectiva es necesario enfocarse en las tareas, actitudes y conductas claves en cada etapa que vive el niño, en donde el desarrollo «actual» del niño puede tener un efecto de restricción o de favorecimiento en su desarrollo futuro, siendo el que se encargará de incrementar o disminuir la probabilidad de presencia de psicopatología. Sin embargo, el curso del desarrollo se ve intervenido por muchos factores y mecanismos de riesgo en cada contexto, es decir, en los factores sociales, individuales o ambientales recae el peso de cambiar el curso del desarrollo.

Dentro del contexto biológico los factores de riesgo pueden involucrar defectos de nacimiento, daño neurológico, nutrición inadecuada o que alguno de los padres tenga un trastorno de origen genético, al igual, un déficit de inteligencia, baja autoeficacia o un déficit de autocontrol son algunas manifestaciones que involucra el contexto individual. En el contexto interpersonal sus compañeros de edad (pares) antisociales pueden representar un factor de riesgo, mientras que en el contexto cultural, el riesgo puede surgir de la violencia o de la pobreza.

De la misma manera, los factores de vulnerabilidad incrementan la probabilidad de psicopatología en el niño correspondiente a la condición de riesgo, es decir si son más susceptibles a esta. Rutter (1990 citado en Caraveo & Anduaga, 2013) identificó algunos factores de vulnerabilidad que contribuyen al riesgo; los cuales se mencionan a continuación:

Entre los principales factores de vulnerabilidad se encuentran el género, que menciona que los niños tienen mayor probabilidad de problemas de conducta que las niñas, mientras que los

problemas emocionales se presentan en mayor medida en las niñas. Otro es el temperamento, que menciona que los infantes con un temperamento difícil son más susceptibles a vivir crítica, irritabilidad y hostilidad por parte de sus padres.

Otros elementos que menciona son, la ausencia de una buena relación con los padres, escasas habilidades de planeación, falta de experiencias escolares positivas, falta de cuidado afectivo, deficiente habilidad para socializar, y a nivel sociocultural los niños cuyas características personales no encajan en las expectativas del grupo social. De esta manera se observa que son muchos los factores que interactúan para incrementar la probabilidad de la presencia de psicopatología, sin embargo, es la interacción entre ellos otro factor que contribuye a su potenciación.

Dentro de la psicopatología del desarrollo se han propuesto diversos sistemas de clasificación para explicar la variedad de problemáticas que pueden presentar los niños, uno de los sistemas más difundidos es el de Achenbach y Edelbrock (1983) que maneja una perspectiva dimensional en donde clasifican los problemas o dificultades que presentan los niños dentro de los “síndromes de segundo orden”, agrupándose los síntomas clínicos infantiles en dos grandes dimensiones: problemas internalizados y externalizados.

Las conductas dentro de los problemas externalizados son aquellas alteraciones psicológicas del ámbito conductual que ocurren en diferentes contextos y situaciones y que causan daño a terceras personas derivando conflictos entre el individuo y su contexto social, y manifiesta mayor prevalencia en niños. Se incluyen la hiperactividad, la ruptura de reglas, el negativismo, el desafío y el comportamiento antisocial, como hacer trampa, mentir, provocar incendios, groserías, ausentismo escolar y robo.

Además, se integra la agresión en diferentes manifestaciones, tales como agresión física, agresión verbal, agresión proactiva (en donde intimida y amenaza) y agresión reactiva (suele vengarse) y aquella dirigida a objetos; entre todas se encuentra gritar, discutir, llamar la atención, burlarse y presumir.

En cuanto a los problemas internalizados se caracterizan por comportamientos y alteraciones psicológicas cuya raíz es emocional y cognitiva; se manifiestan como conductas dirigidas hacia el interior del individuo y se asignan dentro de tres rubros. Estos son las quejas somáticas, comportamientos de ansiedad/depresión y el comportamiento retraído. Las principales quejas somáticas son el cansancio, dolores, náuseas, vómitos, mareos, quejas sobre la piel, del estómago o de ojos. El comportamiento retraído incluye aislamiento social, timidez, mirada fija, mal humor y tristeza. Mientras que los comportamientos de ansiedad/depresión se manifiestan como llanto, miedo, soledad, ansiedad, falta de autoestima, desconfianza, miedo, culpa y preocupación, con mayor incidencia en mujeres.

Las dificultades o problemas que presentan los menores son difíciles de explicar ya que están involucrados diversos factores, como la genética, el temperamento, la interacción con la familia, esencialmente la que tienen con los padres y la presencia de eventos traumáticos. En México se reporta que aproximadamente la mitad de los menores de edad presentan algún síntoma emocional o de conducta (Caraveo, Colmenares y Martínez, 2001).

En un estudio longitudinal realizado por la Universidad del Valle de México (2012) en un Centro de Educación y Desarrollo Humano (CEDH) en un periodo de dos años, se encontró que el principal problema detectado en los niños de 2 a 11 años es el de conducta, seguido por el de

aprendizaje. Con una población total de 662 sujetos; 200 niños de entre 2 y 11 años (30.22%), 169 adolescentes de 12 a 17 años (25.53%) y 293 adultos con edad mínima de 18 años (44.25%).

La detección se hace con base al motivo de consulta con el que son ingresados los menores, contando con un total de 15% niñas y 16.4 % niños con problemas de conducta como motivo de consulta: al igual, 3.3% niñas y 1.4% niños presentan problemas familiares, 3.3% niñas y 0.7% niños que manifiestan depresión como motivo de consulta y 1.7% niñas y 0.7% niños con agresividad como único motivo de consulta.

De la misma forma acuden menores con dos motivos de consulta, encontrándose una correlación alta en el motivo de consulta que incluye problemas de conducta y problemas familiares con una prevalencia de 5% y 5.7% en niñas y niños, respectivamente (Barrera Méndez, Bautista Mercado, & Trujillo Martínez, 2012).

En el Centro Comunitario Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro (CCMG), que es uno de los centros de atención psicológica que pertenece a la Facultad de Psicología de la UNAM, se detectó que en el periodo comprendido del mes de agosto 2015 al mes de mayo 2016 se recibieron un total de 206 solicitudes de atención. De las solicitudes totales se han contabilizado 46 niños, en donde el principal motivo de consulta es problemas de conducta que corresponde al 35% de las problemáticas detectadas (Alfaro, Burgueño, Cervantes, Pérez, & Vázquez, 2016).

De la misma manera, en el CCMG se aceptan menores que refieren de otras instituciones, como de alguna entidad académica o de alguna institución de salud, en donde problemas de conducta figura dentro de los principales motivos de canalización.

1.3 Problemas conductuales durante la infancia

La conducta suele emplearse como unidad de medida de la personalidad humana, dando a entender que somos lo que hacemos, siendo así, si la conducta de una persona se desvía o si sobrepasa los límites que se han establecido para lograr convivir en sociedad, se afecta el ámbito personal, familiar y social del individuo.

Los problemas de conducta se han convertido en una fuente de preocupación para las familias, la escuela y la sociedad en general, se presentan cuando los niños tienen que cumplir ciertas normas y someterse a cierto grado de disciplina (Díaz, Jordán, Vallejo y Comeche, 2006, citado en García Romera, y otros, 2011).

Existe múltiples problemáticas que pueden presentar los niños a lo largo de su desarrollo tanto emocionales como conductuales. La mayoría de los problemas de conducta que manifiestan pueden ser explicados como un desajuste dentro de su ambiente familiar o escolar. Tal desajuste es importante para el desarrollo pero si este permanece en el tiempo, los niños que lo presentan pueden ser señalados como problemáticos.

Existen amplios periodos en los cuales pueden surgir distintos problemas en la infancia, tales problemas son muchas veces predictores de problemas posteriores, siendo así que altos niveles de problemas durante la infancia predicen un riesgo de dos a seis veces mayor de trastornos durante la edad adulta (Hofstra y cols., 2002; citado en Sarason & Sarason, 2006).

Sin embargo, las conductas problemáticas suelen ser importantes para la formación de la propia identidad del menor y la adquisición de habilidades de autocontrol y desarrollo personal, aunque en algunos niños la frecuencia e intensidad sobrepasan lo que puede considerarse normal para su edad o grupo de referencia (García Romera, y otros, 2011).

La gravedad o intensidad de los problemas de conducta es amplia y va desde problemas cotidianos más o menos intensos o incómodos hasta los desórdenes del comportamiento que se integran en las clasificaciones internacionales (DSM-CIE), en general los problemas inician desde la infancia y en muchos es posible observar la progresión de su gravedad.

El inicio y persistencia de los problemas de conducta en niños y jóvenes se comprenden dentro de una ecología en la cual todos los subsistemas implicados están conectados entre sí. Bronfenbrenner (1979) menciona que el ambiente en el que se encuentra se describe por cinco niveles de estructuras (sistemas) interdependientes a los que se les ha nombrado micro, meso, exo, macro y cronosistema (citado en Rodríguez, 2010).

De esta manera es que es sumamente importante identificar las relaciones que tienen los niños con las figuras de autoridad, como son sus padres y profesores, además con sus pares. Los padres pueden interpretar la conducta de sus hijos de diversa forma, es decir, algunos pueden verla como solo “una etapa”, otros, al notar el cambio en su hijo pueden mostrarse renuentes a buscar ayuda profesional ya que consideran que pueden ser causantes del problema o solicitar la asistencia del profesional en cuestión.

Sin embargo los problemas conductuales siempre son importantes y no deben tomarse la ligera, aunque muchas veces así suceda, esto debido a que puede atrasar al menor en cuanto a su desarrollo tanto social como de aprendizaje, pues puede ser aislado por sus iguales e incluso por sus mismos docentes escolares. Al igual, puede ser muy difícil para él “ponerse al corriente” con sus compañeros y verse a sí mismo como una persona valiosa entre los mismos.

Los niños con problemas de conducta parecen estar fuera de control ya que suelen mostrar comportamientos como peleas frecuentes con compañeros, berrinches, son desobedientes y pueden

ser destructivos, no ponen atención, parecen ser excepcionalmente activos, se comportan de manera agresiva, rompen las normas y llegan a provocar daño a otras personas y a sus propiedades; en algunos casos el daño puede ser significativo. Por tales motivos, suelen preocupar mucho a sus padres y a sus docentes escolares debido a la disruptividad de su conducta.

1.4 Problemas emocionales durante la infancia

El concepto “emoción” se ha definido, en general, como “un estado complejo del organismo que se caracteriza por una excitación o perturbación que predispone a una respuesta organizada. La emoción se genera como una respuesta a un acontecimiento externo o un suceso interno (pensamiento, imagen, fantasía, conducta, emoción, etc.)” (Gallardo, 2006, pp. 146).

Para Zaccagnini (2004) las emociones son “una compleja combinación de procesos corporales, perceptuales y motivacionales que producen en las personas un estado psicológico global, que puede ser positivo o negativo, de poca o mucha intensidad y de corta o larga duración, y que genera una expresión gestual que puede ser identificada por las demás personas”.

Con lo cual, la emoción se agrupa en tres dimensiones básicas, la cualidad, intensidad y duración, que se corresponden con los términos afecto, sentimiento, pasión, estado de ánimo, reacción emocional, amor y odio. La emoción es caracterizada por la cualidad como agradable o desagradable, negativa o positiva, mientras que la intensidad representa el grado de activación fisiológica, cognitiva y motora, el grado en el que se expresa y la fuerza con la que se experimenta subjetivamente. Respecto a su duración, estas pueden ser respuestas puntuales a ciertas situaciones o predisposiciones que perduran en el tiempo (Gallardo, 2006/2007).

Las emociones están integradas por tres componentes, el fisiológico, el cognitivo y el conductual (Davidoff, 1980), manifestándose como una respuesta a la estimulación de un acontecimiento externo o interno del individuo y su combinación se envuelve dentro de un estado interno del individuo y una manifestación externa de comunicación. El componente fisiológico se constituye de aquellos cambios que se desarrollan en el Sistema Nervioso Central (SNC), el Sistema Límbico y el Sistema Nervioso Autónomo (SNA); activándose la corteza cerebral (Cx), hipotálamo, amígdala cerebral y médula espinal, estando relacionados con la presencia de determinados estados emocionales.

El segundo es subjetivo e involucra procesos cognitivos que se relacionan con la respuesta emocional, determinados estados del entorno y cambios fisiológicos, involucra diversos pensamientos. Además se encarga de informar al individuo acerca del estímulo interno o externo que se está presentando, lo que le permitirá fijarse metas que realizará a través de procedimientos para lidiar con tal situación.

El comportamiento es el tercer componente y, debido a su naturaleza, es observable por terceras personas; sin excepción todas las emociones están compuestas por él; la respuesta comportamental es manifestada y regulada de forma diferente por cada persona, esto debido a la asimilación del aprendizaje que se ofrece dentro del contexto cultural y familiar de cada individuo.

Las emociones de los niños se desarrollan junto con ellos y con las personas con las que conviven diariamente, siendo estas últimas las que le brindan apoyo para el reconocimiento de las mismas. Con el paso del tiempo las emociones del menor aumentan en número y se vuelven más complejas lo que puede crear diversas manifestaciones de las mismas y confusión de los cuidadores al interpretarlas.

Durante los primeros años de infancia es en la familia en donde el niño crece y se desarrolla, de esta manera es que adquiere la capacidad de construir el significado de sus experiencias emocionales a través de las personas que los cuidan (Gallardo, 2006/2007).

Posteriormente, el contexto de su desarrollo se va ampliando a la escuela; ahora no solo los padres refuerzan social y emocionalmente al niño, ahora en este proceso participan maestros y sus pares. Estos dos contextos a través de la interacción social, normal, influyen en el aprendizaje de normas conductuales, valores y comunicación.

De esta manera, el niño amplía los contextos en lo que se desenvuelve y por lo tanto avanza en su desarrollo, también gracias a la ampliación de contextos es que aparecen nuevas influencias en su entorno social. La edad del menor es la principal variable que determinará los contextos en los que se desenvuelve el niño, por ejemplo, a cierta edad el menor adquiere el mínimo necesario para asistir a la escuela. Algunos menores ingresan desde los 3 años al preescolar, otros, por contexto social, ingresan desde antes del primer año a algún centro de cuidado infantil.

La escolarización del niño y la socialización con sus maestros e iguales le permitirán continuar con un desarrollo óptimo. De esta manera, es que el desarrollo emocional del niño va de la mano con su desarrollo social, ya que amplía el rango de individuos con los que interactúa, siendo la escuela y la familia los contextos más influyentes en su desarrollo (Gallardo, 2006/2007).

Al construir sus emociones a través del intercambio relacional con personas significativas es que el niño en el primer año de vida aprende a interpretar las reacciones de los demás y cómo actuar en consecuencia de ellas. A partir de esta edad sus interacciones se tornarán más complejas, así como sus acciones y respuestas; aprenderá a reconocer patrones de conducta en otros y a imitarlos, posteriormente manejará ideas que se plasmarán como imágenes en su interior, lo que

le ayudará a pensar las acciones antes de ponerlas en práctica; con el desarrollo del lenguaje verbal, pronto podrá sustituir dichas acciones por palabras (Gallardo, 2006/2007).

Ya en la escuela, la maestra se encarga de crear una relación afectiva con el menor, y es con la comunicación y el diálogo interactivo que lo invita a la reflexión de sus acciones; esto le permitirá adquirir práctica en la elaboración de ideas y en la reflexión sobre sus emociones, deseos y propósitos. Este, junto con otros ambientes, le permitirá descubrir los diferentes aspectos de la vida que asimila inconscientemente.

Dentro de estos se encuentra el ambiente familiar, el cual, le ofrece seguridad y confianza, el entorno escolar le descubre otros niños y le desafía en la conquista de habilidades que le satisfacen, el ambiente de la calle le permite también encontrar muchas experiencias que recoge y poco a poco integra.

Hay otros tipos de ambientes que denominamos artificiales, basados en la imagen, que ayudan a formar la mente o los sentimientos. El niño hace de la pequeña pantalla un mundo real por el que desfilan hechos, acontecimientos, sucesos, eventos, personajes, peligros, etc. Este ambiente también aporta al niño una manera de ser y de vivir que influye decisivamente en su desarrollo intelectual y moral.

Por tales razones es importante lograr que los distintos ambientes del niño interactúen y resulten constructivos, haciendo todo lo posible para que la vida del niño transcurra en un clima de amor, comprensión, seguridad y afecto.

Las emociones básicas que se presentan durante la primera infancia son la alegría, enfado, tristeza, miedo, ansiedad y sorpresa (Harris 1989, citado en Hidalgo y Palacios, 1999) y en los meses siguientes experimentan emociones más complejas como la vergüenza, orgullo y culpa,

iniciando su comprensión y control más adelante. Según Renom (2003) a medida que el niño adquiere mayor capacidad cognitiva se amplían las relaciones sociales y crece la posibilidad del control emocional, que es condicionado por la misma cultura.

Antes de los 6 años se observan estrategias de regulación emocional, las cuales se enfocan en cambiar aquella situación que provoca el estado emocional, por ejemplo, jugar para cambiar la tristeza. Esto puede utilizarse durante toda la infancia, sin embargo, perfeccionan sus estrategias ya que los niños mayores son capaces de explicar y comprender los procesos cognitivos como el que “distraerse con algo divertido” permite apartar de la mente una “emoción negativa” (Harris, 1989, citado en Palacios e Hidalgo, 1999).

Se espera que a los 7 años de edad el menor conozca un conjunto de emociones prácticamente semejante al de un adulto y que incluso sea capaz de regularlas, sin embargo, la intensidad en que tales emociones se manifiestan es de mucho mayor magnitud (Del Barrio & Carrasco, 2009) y al ser desconocidas hacen más complicada su identificación y regulación.

Las diversas investigaciones muestran a los problemas de conducta como el principal síntoma que manifiestan los niños, sin embargo la conducta forma parte de las emociones y muchas veces puede pasarse por alto que detrás de alguna conducta no apropiada del niño se encuentra una situación emocional que no puede entender o que aún no cuenta con la capacidad de manifestar verbalmente, lo que limita el apoyo emocional que puede recibir de un adulto.

La ansiedad y la depresión son los principales problemas emocionales en los niños, pero la ansiedad es la más común, e incluye sentimientos de temor, tensión y miedo; y como principales síntomas se encuentran preocupaciones y quejas somáticas. Los trastornos de más prevalencia en mujeres de 12 a 17 años son las fobias, depresión mayor y el trastorno negativista desafiante,

mientras que en los hombres (de la misma edad) los más prevalentes, después de las fobias, el trastorno negativista desafiante, el abuso de alcohol y el trastorno disocial, según la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente (Benjet, y otros, 2009).

1.5 Trastornos infantiles: evolución y clasificación

Clasificar a los individuos que comparten las mismas características en grupos homogéneos es complicado, ya que lo clasificable no es algo físico, además la psicopatología del desarrollo se enfoca en la clasificación de los síntomas en un conglomerado homogéneo y no a las personas en sí. Los primeros intentos de clasificación de los trastornos psicológicos ocurrieron en Grecia; fue Hipócrates quien en el siglo IV a. C. diferenció la Manía de la Melancolía y en el año 1583, Barrough introdujo la Demencia.

Mucho tiempo después, en el siglo XVIII Kant en Antropología y Pinel en Nosología Filosófica ampliaron la clasificación que hasta el momento se ocupaba, uno de los grandes cambios es que distinguieron entre sí la Manía con y sin delirio, conservaron la Melancolía y la Demencia y añadieron la Idiocia.

Linneos pulió la clasificación organizándola en 3 grandes rubros: 1) Ideales, 2) Imaginarias y 3) Padecimientos. Dentro de Ideales se incluye el Delirio, la Amentia, la Manía, la Melancolía y la Vesania; en Imaginarias se encuentran la Hipocondría, la Fobia, el Sonambulismo y el Vértigo y, por último, dentro de Padecimientos, se integra la Bulimia, la Polidipsia, la Satiriasis y la Erotomanía.

Sin embargo, Kraepelin elaboró un sistema para construir grupos de pacientes cuya sintomatología fuera homogénea y pudiera encajar para formar parte de un síndrome; los criterios que toma en cuenta para la elaboración de los grupos están fundamentados en causas orgánicas hereditarias, metabólicas, endocrinas y alteraciones cerebrales.

Posteriormente Europa se convirtió en pionera de la clasificación de los trastornos mentales cuando la OMS promocionó la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE), que en sus primeras cuatro ediciones (1900-1938) incluyó únicamente enfermedades mentales de causa orgánica. Sin embargo, la CIE-10 que tiene sus orígenes en 1850 es reemplazada por su reciente versión, la CIE-11 que iniciará vigencia en el 2018.

La primera edición conocida como La Lista de la Muerte fue adoptada por el Instituto Internacional de Estadística en 1893. La Organización Mundial de la Salud (OMS) asumió la responsabilidad de su creación en 1948 al publicarse la sexta revisión, entre cuyos datos se incluía, por primera vez, las causas de morbilidad. En el año 1967 la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS adoptó el Reglamento de Nomenclaturas que estipula el uso de la CIE en su revisión más actual por todos los Estados Miembros (Salud O. P., 2017).

Posteriormente es lanzado el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM); elaborado y editado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), se divulga por primera vez en el año 1952 y años de investigación son invertidos para actualizar esta guía de diagnóstico que ha evolucionado a través de los últimos 60 años hasta su versión actual en 2015.

En el DSM se incluyen trastornos en la edad infantil desde su cuarta edición y aparecen clasificados como trastornos de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia; las versiones

anteriores del manual no contienen tal clasificación. La edición siguiente los mantiene y en el DSM-V se incluyen a partir de la construcción de una clasificación dentro de una organización evolutiva.

El DSM-IV-TR incluye dentro de la clasificación de trastornos infantiles el Retraso Mental, Trastornos del Aprendizaje, Trastornos de las Habilidades Motoras, Trastornos de la Comunicación, Trastornos Generalizados del Desarrollo, Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador, Trastornos de la Ingestión y la Comida Alimentaria de la infancia o la niñez, Trastornos de Tics, Trastornos de la Eliminación y Otros Trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia. Al cumplir todos los criterios diagnósticos, en cada uno de ellos se debe especificar la gravedad actual del padecimiento como leve, moderado y grave, al igual que, se puede anotar como especificadores: en remisión parcial, en remisión total o historia anterior (APA, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos Mentales DSM-IV-TR, 2002).

Con la nueva organización del DSM-V los trastornos que comúnmente comenzaban en la infancia, niñez o adolescencia en el DSM-IV-TR pasan a formar parte de los trastornos del neurodesarrollo. Dentro de los cambios se encuentra el nombre de los trastornos, su orden dentro de la clasificación y su ampliación estructural. Sin embargo, el incluir los trastornos infantiles dentro de esta gran clasificación no descarta que la sintomatología de un niño o niña pertenezca a alguna otra patología categorizada dentro de los trastornos mentales.

Siguiendo este orden, cambia el nombre del “Retraso Mental” a “Discapacidad Intelectual”, cuyo principal criterio diagnóstico es un Coeficiente Intelectual menor a 75, retraso mental leve, (Santrock J., 2006), el cual se obtiene con pruebas de inteligencia, sin embargo, que se cumpla el criterio deficiencia intelectual ya no es suficiente para establecer el correcto diagnóstico, ya que

es necesario evaluar su funcionamiento adaptativo. Y dentro de los cambios, el Retraso Global del Desarrollo y la Discapacidad Intelectual no especificada se incluyen dentro del rubro.

Dentro de los Trastornos de la Comunicación se realiza cambios al integrar en el Trastorno del Lenguaje la especificación en la capacidad expresiva y receptiva (en el anterior se separaban los diagnósticos), cambia el nombre del Tartamudeo a Trastorno de Fluidez de Inicio en la Infancia, se agrega el Trastorno de la Comunicación Social (pragmático) y se mantienen el Trastorno de la Comunicación no Especificado y el Trastorno Fonológico.

Se abre la sección “Trastornos del Espectro Autista” en la que se especifica el diagnóstico si es que se cumple un diagnóstico bien establecido del DSM-IV del Trastorno Autista, Asperger, el “Trastorno Desintegrativo Infantil” (Cruz-Sáez, Echeburúa, & Salaberría, 2014) o el Trastorno Generalizado del Desarrollo no Especificado. Con lo cual se suprime el apartado “Trastornos Generalizados del Desarrollo” (el cual incluía los anteriores) con la finalidad de mejorar la sensibilidad y especificidad de los criterios diagnósticos, además de identificar hitos terapéuticos más específicos en las alteraciones detectadas (APA, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos Mentales, DSM-5, 2014)

En el apartado de Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad se especifica si su presentación es con hiperactividad/impulsividad, falta de atención o es combinada. Se incluye otro Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad y Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad no especificado. Además se ha establecido la edad de aparición de los síntomas anterior a los 12 años y ya no a los 7 (Cruz-Sáez, Echeburúa, & Salaberría, 2014) y, haciendo compatible su diagnóstico junto con el Trastorno del Espectro Autista.

El Trastorno de las Habilidades Motoras que incluía el Trastorno del Desarrollo de la Coordinación cambia al nombre a Trastornos Motores e incluyen Trastorno de Movimientos Estereotipados. Dentro de los Trastornos de Tics se encuentran Trastorno de Gilles la Tourette y Trastorno de Tics Motores o Vocales Persistente (crónico), Trastorno de Tics Transitorio, otro Trastorno de Tics especificado y Trastornos de Tics no especificado. Se incluye en el apartado otros Trastornos del Neurodesarrollo, compuesto por otro Trastorno del Desarrollo especificado y otro de no especificado.

Fuera de los Trastornos del Neurodesarrollo se ubican otros posibles Trastornos que pueden ser utilizados al hacer diagnóstico a niños, los cuales se han cambiado de lugar y se presentan a continuación. El Trastorno Negativista Desafiante cambia de organización estructural, al ser apartado de Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador (clasificación eliminada) y reubicado dentro de los Trastornos Disruptivos, del Control de los Impulsos y de la Conducta, eliminando el diagnóstico del Trastorno Disocial.

Los Trastornos de la Ingestión y de la Conducta Alimentaria de la Infancia y de la niñez (versión anterior) que incluyen Pica y Trastornos de Rumiación se mueven a los Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Ingesta de Alimentos junto con el Trastorno de Evitación/Restricción de la Ingesta de Alimentos, Trastorno de Atracones, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, otro Trastorno de la Conducta Alimentaria o de la Ingesta de alimentos especificado y Trastorno de la Conducta Alimentaria o de la Ingesta de alimentos no especificado.

La sección de Trastornos de la Eliminación (en la edición anterior) que incluyen la Encopresis y la Enuresis, cambia de nombre a Trastornos de la Excreción, agregando el Trastorno de la Excreción no especificado y otro Trastorno de la Excreción especificado.

En la anterior versión dentro de la categoría “otros Trastornos de la Infancia, la Niñez o la Adolescencia” se encuentra el Trastorno de Ansiedad por separación que ahora forma parte de los Trastornos de Ansiedad, junto con el Mutismo selectivo. El Trastorno de Movimientos Estereotipados (en la edición anterior) se mantiene dentro de los Trastornos Motores y ahora forma parte de los Trastorno del Neurodesarrollo, además se agrega el Trastorno Reactivo de la Vinculación a los Trastornos del Trauma y por Estrés.

1.6 Factores de riesgo y factores protectores

La parentalidad se ejerce dentro de un modelo ecológico, el cual depende de tres tipos de factores, el contexto psicosocial donde vive la familia, las necesidades evolutivo/educativas de los menores y las capacidades de los padres y madres, cuya calidad definirá si tales condiciones serán identificadas como factores de riesgo o de protección (Rodrigo López, Máiquez Chaves, & Martín Quintana, 2010).

La investigación sobre el riesgo tiene sus raíces en la epidemiología y se refiere a grandes rasgos como a la identificación de factores que acentúan o inhiben la posibilidad de desarrollar alguna enfermedad o problema, a los estados deficitarios y a su vez a los procesos subyacentes a ellos.

Por lo tanto, existen infinidad de factores a los que los niños y adultos están expuestos, algunos conducen a la enfermedad o problema, es decir que hacen a las personas vulnerables a padecer alguna enfermedad, mientras que otros factores pueden conducir a la persona a que adquiera una conducta adaptativa positiva, tales factores son denominados de riesgo y protectores, respectivamente (Rodrigo, Máiquez, & Martín, 2010).

Los factores protectores son las condiciones, situaciones o características de la persona, familia o grupo social que rodean al individuo, estos cumplen la función de protegerlo o de potenciar sus capacidades, las cuales les permite adquirir ímpetu ante las situaciones de riesgo de desdicha. Éstos moderan el impacto del estrés y regulan los síntomas transitorios para lograr el bienestar físico y psicosocial, además de reducir la posibilidad de que se presente un trastorno (Salud S. d., Perfil epidemiológico de la salud mental en México, 2012).

Los factores protectores son aquellas influencias biológicas psicológicas o sociales que modifican las respuestas de una persona ante algún riesgo en una dirección más positiva, su presencia permite dotar a la familia y a los padres de recursos y capacidades para hacer frente a dichos estresores (Rodrigo, Máiquez, & Martín, 2010).

Los factores de riesgo son aquellas condiciones biológicas, psicológicas o sociales que aumentan la probabilidad de que aparezca una determinada conducta, situación o problema que comprometen el ajuste personal y social de las personas, implican la presencia de estresores que complican la tarea de ser padres (Rodrigo, Máiquez, & Martín, 2010).

Existen múltiples factores que influyen en la salud mental de un individuo, los cuales se relacionan con el desempeño de la parentalidad positiva y el desarrollo de los menores, a continuación se ordenan respecto a los principales contextos de desarrollo (Rodrigo, Máiquez, & Martín, 2010) y al final se incluyen aquellos que son individuales (Salud S. d., Perfil epidemiológico de la salud mental en México, 2012):

Ψ Familia: Dentro de los factores protectores se encuentra la calidez y apoyo, afecto y confianza básica, estimulación apropiada y apoyo escolar, estabilidad emocional de los padres, altas expectativas, buena supervisión con normas y relaciones positivas con la

familia extensa. En cuanto a los factores de riesgo se encuentran la pobreza crónica y el desempleo, madre con bajo nivel educativo, desorganización doméstica, conflicto y/o violencia de pareja, toxicomanías, padre con conducta antisocial y delincuencia, padres con enfermedad mental y aquellos que creen en el castigo físico.

Ψ Iguales: Como factores protectores se encuentra la participación en actividades de ocio constructivo, buena relación con compañeros que respetan normas, asertividad y comunicación interpersonal. En los factores de riesgo se incluyen los compañeros con conductas de riesgo, problemas de alcohol y drogas y conducta antisocial, aislamiento social y dejarse llevar por la presión del grupo.

Ψ Escuela: En la escuela, el buen clima escolar con normas claras y vías de participación, altas expectativas sobre el alumnado, oportunidades para participar en actividades motivadoras y tutores sensibles que aportan modelos positivos son factores protectores. Y como factores de riesgo se encuentra la falta de cohesión entre profesores y alumnos, falta de relaciones entre familia y escuela, escuela poco sensible a las necesidades de la comunidad, clases con alumnado con alto fracaso escolar y conductas de riesgo.

Ψ Comunidad: Los factores protectores que existen dentro de la comunidad son los barrios seguros y con viviendas apropiadas, relaciones de cohesión entre los vecinos, organización de la comunidad centrada en valores positivos, políticas sociales que apoyen el acceso a recursos de apoyo a las familias, actividades de participación en la comunidad. Respecto a los factores de riesgo se mencionan la violencia e inseguridad, mala dotación de recursos y equipamiento, barrios masificados y sin identidad, empleo parental con horarios extensos y entorno con prejuicios, intolerancia y actitudes de rechazo.

Ψ Individuales: Los factores de protección incluidos son la alimentación adecuada, cercanía con la familia, inteligencia superior a la media, logros escolares, habilidades en la resolución de problemas, autocontrol, habilidad social, habilidades de relación, optimismo, creencias morales, valores y autoestima. En cuanto a los factores de riesgo se encuentran las alteraciones genéticas, daño cerebral prenatal, nacimiento prematuro, daño al nacer, bajo peso y complicaciones al nacer, discapacidad física e intelectual, salud deficiente, apego inseguro, inteligencia deficiente, temperamento difícil, enfermedad crónica, habilidades sociales deficientes, autoestima baja, aislamiento e impulsividad.

Los anteriores son algunos factores de protección y de riesgo que influyen en la salud mental de los individuos (en especial en los niños).

En un estudio realizado en el 2008 se examinó los factores de riesgo y de protección en una muestra de 157 jóvenes de los grados 6, 7 y 8. Los indicadores se basaron en la perspectiva ecológica y multisistémica, en donde se concluyó que las buenas relaciones con los adultos, la supervisión parental y la disciplina positiva a través de la educación y del comportamiento son factores de protección (Rodríguez, 2010).

Por lo tanto se conjetura, que es la familia la que proporciona el más importante contexto social, emocional, interpersonal, económico y cultural para el desarrollo humano, lo cual da una profunda influencia sobre el bienestar de los niños, sin embargo, las relaciones deterioradas dentro de la familia pasan a ser factores de riesgo comunes.

1.7 Evaluación y diagnóstico

La evaluación psicológica infantil es un procedimiento que se caracteriza por su objeto de estudio ya que este se encuentra en constante desarrollo, además, se obtiene información de él a través de diversas fuentes; en general adultos de sus diversos entornos sociales.

La evaluación se enfoca en 3 áreas, la primera en los reportes académicos, niveles escolares y comportamiento necesario para el entorno educativo, otro es el desarrollo del menor, ya que busca deficiencias dentro del área motora, del lenguaje, autonomía personal o interacciones sociales y por último, la evaluación de problemas de comportamiento, emocionales y de otras alteraciones psicopatológicas que se relacionan con la interacción del niño con su familia, su escuela o su grupo social (Valero Aguayo, 2012).

De esta manera, el proceso de evaluación infantil requiere de entrevistas, observaciones directas, auto-informes, y la aplicación y calificación de diversos instrumentos para la recolección de datos, como pruebas de inteligencia, pruebas de aptitudes y de logro, escalas de desarrollo y evaluaciones neuropsicológicas. Tal se considera un proceso de evaluación más complejo que el de un adulto, pues el niño carece de autonomía y se encuentra en un proceso de evolución acelerado; este proceso implica la realización de un diagnóstico y la clasificación del problema que presenta la persona.

El diagnóstico que se emplea en psicopatología infantil implica recabar la información de diferentes fuentes, además de la observación de los menores; de esta manera se sabe que existen conductas que son observables y que pueden llamar la atención de los adultos que rodean al menor. El concepto *síntoma* hace referencia a las conductas que llaman la atención del observador y

cuando algunos de los rasgos, signos o conductas son especialmente llamativos y se presentan de manera conjunta y frecuente se les llama *síndrome* (Lewis, 1979; citado en Caraveo, 2013).

La importancia de realizar evaluaciones en la etapa infantil se enfoca en conocer el nivel de salud de la población y en implementar medidas de seguimiento o prevención en salud pública, por lo tanto, es necesario utilizar instrumentos psicométricos.

Uno de los instrumentos más utilizados dentro de la evaluación psicológica es la Entrevista para Síndromes Psiquiátricos en Niños y Adolescentes (CHiPS). Sus autores son Weller/Weller, y se aplica a personas entre 6 y 18 años de edad, su propósito es obtener información de manera rápida y eficiente permitiendo al especialista sondear la presencia de 20 trastornos en niños y adolescentes, además cuestiona estresores psicosociales, incluyendo el abuso o el abandono del niño (Weller & Weller, 2000).

La CHiPS es una entrevista sumamente estructurada y se cimienta estrictamente en los criterios del DSM-IV; entre los trastornos psiquiátricos que detecta se encuentran el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial, abuso de sustancias, trastorno de ansiedad por separación, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático, anorexia-bulimia, enuresis-encopresis y esquizofrenia-psicosis.

Otra prueba comúnmente utilizada es el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes (MMPI-A) y sus autores son Butcher y colaboradores; prueba adaptada por la Dra. Lucio Gómez-Maqueo y es aplicada a adolescentes de 14 a 18 años de edad, con la meta de identificar los principales problemas personales, sociales y conductuales, así como la psicopatología del adolescente. Este instrumento se deriva del MMPI original y conserva

muchos de sus rasgos al igual que introduce nuevas características que son apropiadas para adolescentes (Lucio, Ampudia, & Durán, 2004).

El MMPI-A se utiliza principalmente para la identificación, diagnóstico y elaboración de planes de tratamiento en diversos escenarios: hospitales, escuelas, práctica privada, centros de atención a menores infractores, etc. Se compone de 478 reactivos en donde los primeros 350 permiten la calificación de las escalas clínicas y tres de las de validez; se introducen escalas de contenido y suplementarias, que permiten abordar problemas familiares, trastornos de la alimentación y farmacodependencia, y más problemáticas comunes que suelen presentar los adolescentes.

Tales pruebas son muy útiles en la evaluación infantil, además se encuentran estandarizadas en México, sin embargo el tiempo de aplicación y los insumos que son requeridos resultan costosos y cuentan con una calificación e interpretación laboriosas, esto dificulta su utilización en estudios de gran tamaño.

El Cuestionario Breve de Tamizaje Diagnóstico (CBTD), siendo sus autores Caraveo y Anduaga, se aplica a menores de 4 a 16 años de edad y explora síntomas que resultan ser un frecuente motivo de consulta en servicios de salud mental, y algunos de ellos se refieren a síntomas esenciales de diversos trastornos (Caraveo Anduaga & Soriano Rodríguez, 2013).

Diversas problemáticas son las que puede presentar un niño/a o adolescente, el cual buscará medirse a través de diversos métodos, sin embargo hay situaciones difíciles de cuantificar debido a que estas suelen mantenerse en secreto, a causa de sus posibles consecuencias legales o a que tales son normalizadas dentro del hogar y son tomadas como situaciones de corrección en el comportamiento infantil.

CAPÍTULO 2. MALTRATO INFANTIL

Al realizar una observación detallada de nuestro entorno se puede llegar a la conclusión de que vivimos rodeados de violencia, se hace presente en todas partes del mundo y no es difícil de encontrar ya que se presenta en diversos entornos, como el hogar, escuelas, trabajo y calles. Su presencia cambia el orden de una sociedad sana debido a que amenaza directamente la felicidad, la salud y en algunas ocasiones la vida de las personas víctimas y de aquellas que la rodean.

2.1 Tipos de violencia

La clasificación de la OMS que ofrece en el informe mundial sobre la violencia y la salud divide la violencia en tres categorías generales, las cuales están organizadas de acuerdo al autor de los actos. Estas tres grandes clasificaciones se subdividen en más, con lo que se pretende reflejar otros tipos de violencia concretas.

La violencia autoinflingida, la violencia interpersonal y la violencia colectiva son las tres categorías en las que se clasifica la violencia (OMS, 1978). Estas tres categorías, a su vez, se dividen en 4 subcategorías clasificadas en el rango “naturaleza de la violencia”, que incluyen la violencia física, violencia sexual, violencia psicológica y privaciones o desatención. De todas, la única categoría que no incluye a la violencia de naturaleza sexual es la autoinflingida, esto se puede apreciar en la figura 1.

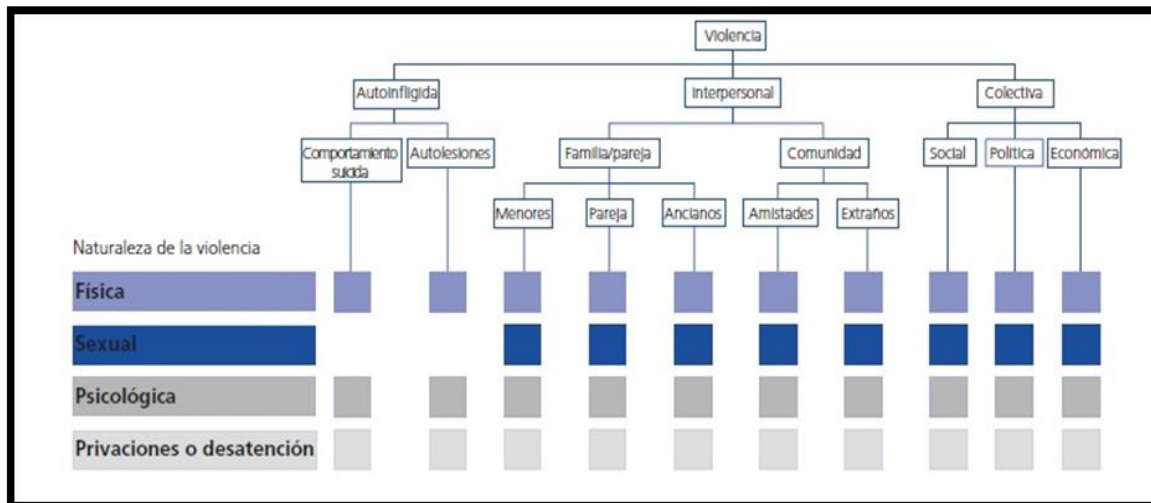


Figura 1. Clasificación de la violencia, recuperado de OMS (2003), Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud.

La violencia autoinfligida es aquella en la que entran los comportamientos que atentan contra el bienestar propio (del autor de los actos). De esta manera, se ubican las autolesiones como la automutilación cuyo fin es el hecho de lastimarse, además del intento o el acto suicida que implica pensamientos, planeación y la búsqueda de medios para lograrlo (OMS, Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, 2003).

Como segunda categoría se encuentra la violencia interpersonal en la que entran los actos violentos de una persona hacia otra o hacia un grupo pequeño de ellas y viceversa. Es aquí donde se encuentra la violencia intrafamiliar y de pareja que incluye a todos los miembros de la familia y que es ejercida sobre el más “débil”. Siendo esto, se encuentra dentro de ella el maltrato de los menores, la violencia contra la pareja y el maltrato de las personas mayores.

De igual forma se incluye la violencia comunitaria que involucra a personas sin parentesco, no relacionadas entre sí, y estas pueden conocerse o no, esto implica que tal violencia está dirigida hacia cualquier persona. En esta clasificación se encuentra la violencia juvenil, actos fortuitos de violencia, violación o ataque sexual por parte de extraños y la violencia en establecimientos, como

en escuelas, trabajo, prisiones y hogares de personas mayores (OMS, Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, 2003).

Y cómo última clasificación se encuentra la violencia colectiva, que es aquella en la que se involucran miembros que se identifican pertenecientes a grupos cuyos objetivos tienden a ser sociales, políticos y económicos en la que se observa infligida por grupos más grandes como los Estados, milicias u organizaciones terroristas.

Al igual, los actos violentos son de naturaleza sexual, psíquica, física y aquellos en los que se involucre la privación o el descuido. No hay un solo factor que explique el comportamiento violento ni porqué en algunas comunidades la prevalencia es mayor; dentro del modelo ecológico la violencia es el resultado de la acción recíproca y compleja de varios factores y estos son individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales; los cuales son explicados por la Organización Mundial de la Salud (2003) a continuación:

El nivel individual pretende identificar los factores biológicos y de la historia personal que influyen en el comportamiento de una persona, los que aumenten la probabilidad de ser víctima o perpetrador de actos de violencia, como el bajo nivel educativo, la impulsividad, el abuso de sustancias y los antecedentes de comportamiento agresivo.

El siguiente nivel indaga el modo en que las relaciones sociales cercanas, como los miembros de la familia; en el caso de los menores la interacción diaria o compartir el mismo domicilio aumenta las oportunidades para que se produzcan encuentros violentos. El nivel de la comunidad examina los contextos en los que se desarrollan las relaciones sociales y busca identificar las características que estén asociadas con ser víctimas o perpetradores de violencia. Es un hecho que aquellas personas que se mudan muchas veces, la alta densidad poblacional,

narcotráfico, desempleo elevado y/o aislamiento social son características que se han asociado a la violencia.

El último es el nivel social y examina aquellos factores que establecen aceptación de los actos violentos, los que aminoran las inhibiciones contra esta, los que crean y mantienen las brechas entre distintos segmentos sociales o aquellos que generan tensiones entre diferentes grupos o países. Esto hace referencia a las normas culturales en donde la violencia es un modo aceptable de resolver conflictos, considerar el suicidio como una “opción personal” y no como un acto de violencia evitable y en donde la prioridad es la patria potestad y no el bienestar de los hijos.

Entre otras normas se encuentran las que fortifican el dominio masculino sobre mujeres y niños, las que respaldan el uso de la fuerza excesiva policial contra los ciudadanos y las que apoyan los conflictos políticos. Además, se consideran las políticas sanitarias, educativas, económicas y sociales que conservan niveles altos de desigualdad económica o social entre distintos grupos de la sociedad.

2.2 Violencia contra niñas y niños: maltrato emocional

La OMS (1978) menciona que la violencia es un fenómeno dominado por la cultura, cuya complejidad le permite tener distintas definiciones, principalmente porque los códigos morales, valores y normas sociales evolucionan a la par que la noción de comportamientos aceptables e inaceptables dentro de cada sociedad, y que en general cumplen con el mismo cometido. En donde en cada una de las distintas definiciones interviene el organismo definidor (público o privado) y el propósito con el que se hace.

De esta manera es que la OMS (1978) define a la violencia como “el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.

Haciendo referencia a los menores describe: “el maltrato o la vejación de menores abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia o explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo y dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder” (OMS, Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, 2003). De esta manera es que la mayoría de los especialistas distinguen cuatro tipos de maltrato infantil, el físico, psicológico o emocional, abuso sexual y negligencia.

El maltrato o violencia infantil, también suele ser definida como: “toda conducta de acción u omisión, basada en la concepción de superioridad y/o en el ejercicio abusivo de poder, que tiene como objetivo producir un daño físico, psicológico o sexual, generándose ya sea en primer término en el seno familiar, en la escuela o en el medio social que se desarrolle el menor de edad” (Pérez, 2011).

En general, la violencia abarca el ámbito interpersonal, el comportamiento suicida y los conflictos de guerra, y que los actos físicos van de lesiones leves hasta la muerte, además se incluye como violencia a las amenazas e intimidaciones. Sin embargo, no hay que obviar que existen actos no físicos violentos a los que no se les da la importancia requerida debido a que son más difusos y difíciles de identificar; dentro de estos se encuentra, los daños psíquicos, privaciones de necesidades básicas e incluso deficiencias en el desarrollo infantil.

Considerada un problema de salud pública se buscan intervenciones a nivel primario, secundario y terciario; intervenciones que centren sus objetivos en preservar, promover y mejorar la salud de las comunidades. Cuyos profesionales de la salud pública y sus colaboradores parten de la sólida convicción de que la conducta violenta y sus consecuencias pueden prevenirse.

Los niños son las personas que se encuentran más vulnerables a padecer cualquier tipo de violencia, junto con las mujeres y ancianos. En referencia a la infancia se ha omitido el tema durante muchos años, principalmente a que es dentro de la familia donde se suscitan los principales casos. Actualmente se documentan los casos de violencia contra los niños y niñas, sin embargo, es difícil enfrentarla debido a que se le percibe a la familia como un “ámbito privado” (Pinheiro, 2006).

Dentro de la historia de la humanidad se encuentran registros relacionados a que se ha hecho padecer a niñas y niños todo tipo de violencia. De esta manera se conoce que el infanticidio era ampliamente aceptado en las culturas antiguas y prehistóricas, con lo que los niños han sido mutilados, golpeados, vejados y explotados.

La innumerable documentación histórica de la venta y prostitución infantil en, prácticamente, todos los países registra que a los niños y niñas se les ha utilizado para la gratificación sexual de los adultos; tal práctica ha sido muy difundida y aceptada en diversas culturas. Al igual, el matrimonio con niñas es una actividad ampliamente difundida, mientras que la victimización de niños fue frecuente durante la edad media (SSA, 2006).

Los niños y niñas pueden ser violentados en cualquier entorno, sin embargo, el castigo físico y otras formas de castigo cruel o degradante son empleados principalmente por personas protectoras del menor. Estos incluyen padres, madres y otros miembros cercanos a la familia,

además de cuidadores dentro de instituciones que, se espera, deben brindarles protección y, sumándose a estos, educadores dentro de las escuelas.

Los menores de edad más pequeños tienen mayor riesgo de padecer violencia física, mientras que aquellos que han llegado a la pubertad y adolescencia tienen mayor riesgo de sufrir violencia sexual. Referente al sexo del menor, los niños tienen mayor riesgo de sufrir violencia física mientras que las niñas el riesgo es mayor en violencia sexual y negligencia.

De la misma manera se observa mayor vulnerabilidad a niños con discapacidad, huérfanos, indígenas, pertenecientes a minorías étnicas y otros grupos excluidos. También los que viven o trabajan en la calle, los institucionalizados y detenidos, los que viven en comunidades con altos niveles de desigualdad, desempleo y pobreza y los refugiados y desplazados. Toda violencia física y sexual lleva implícito el daño psicológico, sin embargo, la violencia psicológica o emocional también adquiere una forma propia. Se sabe que frecuentemente esta expresión acompaña a otras formas de violencia, coexistiendo la violencia física y emocional contra niñas y niños en hogares violentos (Pinheiro, 2006).

Diversas formas de castigo hacia los menores se utilizan en todas las regiones y este puede variar según la edad; un estudio realizado en Swazilandia, África, que incluía entre 2,000 niños y niñas de 6 a 18 años indicó que el castigo psicológico humillante era más común contra niños y niñas mayores y el castigo físico era más común contra niñas y niños pequeños (Pinheiro, 2006).

El castigo físico a los niños es socialmente aceptado, pero legalmente sancionado en la mayoría de los países, es decir, son permitidos los golpes al menor siempre y cuando sean para corregirlo; sin embargo si tales castigos dejan huellas permanentes se le considera maltrato. Tales huellas no solo son físicas, sino también emocionales y sociales, en donde las físicas incluyen

cortadas, quemaduras, rasguños, heridas internas y la muerte; los niños más pequeños están más expuestos a sufrir daño neurológico como irritabilidad, letargia, temblores y vómitos (SSA, 2006).

Otro tipo de violencia es la sexual, el abuso sexual ocurre entre un menor y un adulto, sin embargo, también puede ser cometido por una persona menor de edad, siempre y cuando medie una situación de abuso de poder por razón de edad, sexo, clase social, coerción, amenazas entre otros el cual abarca un amplio rango de comportamientos que pueden o no incluir el contacto de naturaleza sexual (Llave, 2012).

Los actos incluyen comentarios con temática sexual, exhibicionismo, masturbación, voyerismo y exposición a material pornográfico. Mientras que los actos de contacto incluyen el contacto sexual, la penetración digital o con objetos y el intercambio sexual (Myers, 2006). La mayoría de las definiciones de abuso sexual incluyen coerción, pues el agresor tiene una situación de poder y la asimetría de edad, siendo el agresor significativamente mayor que la víctima.

Por otra parte, la negligencia es una “forma de maltrato que consiste en el fracaso repetido por parte de los padres, cuidadores o de las personas responsables del cuidado... [Del menor], para proporcionarle... la satisfacción de sus necesidades básicas, tanto físicas como emocionales” (SSA, 2006). Estos incluyen abandono o expulsión del hogar, ausencia de supervisión, de higiene, negligencia educativa, ignorar sus necesidades educativas, abandono escolar, comportamiento disruptivo, etc.

El maltrato emocional ocurre cuando se le causa al menor, por acción u omisión, trastornos en el área cognitiva, emocional y/o del comportamiento. Éste no requiere la presencia de daños físicos, pero que sí involucre un patrón de comportamiento destructivo por parte de un adulto y no de un incidente aislado. Este es “una forma de maltrato que se manifiesta con gritos, insultos,

amenazas, prohibiciones, intimidación, indiferencia, ignorancia, abandono afectivo, celos patológicos, humillaciones, descalificaciones, chantajes, manipulación y coacción” (SEGOB, 2012).

Esta modalidad de violencia es la más difícil de observar debido a que no se manifiesta de forma física y por lo tanto no hay marcas en el cuerpo que la puedan delatar. Sin embargo, tiene consecuencias de gran relevancia en la vida de quien la padece, e incluso llega a estar tan disfrazada que es difícil que sea detectada por la víctima y en algunas ocasiones por el agresor.

El objetivo de la violencia emocional es controlar al otro individuo creándole sentimientos de devaluación, inseguridad, minusvalía, dependencia, y baja autoestima a través de diferentes conductas que no sean físicas o, de cierta forma, materiales. Entre las conductas que manifiesta un agresor son las amenazas verbales, los insultos, ofensas, gritos, humillaciones, también el desprecio, indiferencia y falta de atención. Entre otras se encuentran la negligencia y/o abandono, el acoso, hostigamiento, comparaciones destructivas y/o difamación, entre otras.

Cómo se hizo mención, el maltrato emocional no requiere la presencia de daños físicos, es suficiente con presenciar la violencia en la familia o experimentar abandono o rechazo. De esta manera se recuerda que la mayoría de los expertos coinciden en que el maltrato psicológico debe involucrar un patrón de comportamiento destructivo por parte de un adulto. Y, de acuerdo con el doctor Garbarino (1998), la violencia emocional engloba cinco categorías de comportamientos que lo componen, estos son el rechazar, aislar, aterrorizar, ignorar y corromper.

Las huellas que el maltrato emocional deja en el niño crean un impedimento que limita e incluso detiene su desarrollo. Este tipo de abuso puede ser muy difícil de reconocer y es altamente probable que se confunda con perturbaciones emocionales o psicológicas del menor de edad.

2.3 Prevalencia en México y en el mundo

Para que sea posible tener una medición clara de la violencia se necesitan muchos datos, por ejemplo, para tener idea del índice de violencia mortal en algún país en específico se necesita cuantificar el homicidio, el suicidio y las bajas relacionadas con la guerra. Sin embargo, esta información no es la única relevante para determinar el índice de violencia que hay en alguna localidad.

Otra información son los datos no mortales que siguen siendo parte de la conducta violenta y suelen ser más difíciles de conseguir ya que para obtener estos datos se recurre a información que proporciona el contexto de determinados incidentes y a descubrir las repercusiones de la violencia.

Para esto, se emplean datos sobre enfermedades, lesiones y otros problemas de salud, información sobre actitudes, creencias, comportamientos, prácticas culturales, victimización y exposición a la violencia, educación y desempleo, sobre criminalidad que incluyan características y circunstancias de los sucesos violentos y sus perpetradores. Otros datos importantes son la información de la comunidad acerca de las características de la población y los niveles de ingreso, información económica sobre los costos de los tratamientos y de los servicios sociales (OMS, 2003).

La violencia mortal registra altas tasas de defunción; en la Región de las Américas se tiene registrados de 16 a 17 homicidios por cada 100,000 habitantes, dando como resultado una tasa dos veces mayor que en Estados Unidos de América, ocho veces mayor que en Europa y hasta 16 veces más en países asiáticos.

Las tasas de violencia en México son altas, y aquella que se le considera intrafamiliar es la que resulta de mayor interés debido a la naturaleza del estudio. La población infantil es muy vulnerable y se subestima la dimensión de la incidencia de violencia en esta población ya que son pocos los casos que llegan a denunciarse; esto debido a la incapacidad del menor a relatar el suceso o a que distintas sociedades aprueban el castigo físico “moderado” como método adecuado de disciplina.

En México aún no se cuenta con un registro nacional de todos los casos de maltrato infantil reportados a las distintas autoridades, y de la misma manera son los casos más graves los que llegan a conocimiento de las autoridades, mientras que los demás quedan fuera de los registros. El maltrato infantil se considera un problema doméstico por lo tanto por cada caso del que se tiene conocimiento se piensa que existen 100 más que no se registran y los que son denunciados pocos reciben atención o seguimiento adecuado (SSP, 2010).

Sin embargo, un estudio realizado en Sonora arrojó que 90% de las madres utilizaban el castigo físico como método correctivo en la crianza de sus hijos (Frías & McCloskey, 1998, en Frías Armenta, Fraijo Sing, & Cuamba Osorio, 2008).

A nivel nacional, el SNDIF, año 2008, se recibieron 59,240 denuncias acerca de menores maltratados, de las cuales, con mayor número de denuncias se encuentra Coahuila (8,964), Nayarit (7,276), Estado de México (5,378), Oaxaca (4,126) y Chiapas (4,073), mientras que los estados con las denuncias más bajas son Tlaxcala (42), Durango (122), Campeche (170), Quintana Roo (230) y Veracruz (254), considerando la falta de información de Baja California Sur (SSP, 2010).

En una encuesta realizada en el 2011 se encontró que los padres tienen una percepción interesante en cuanto a la calidad de vida que debe de tener un niño, es decir, el 75% de los

encuestados considera que los niños tienen derecho al descanso y al juego, el 44% considera que tienen derecho a vivir en familia, dentro de las cifras más alarmantes se encuentra el 36%, que considera que tienen derecho a la vida, el 22% piensa que los niños tienen derecho a vivir en condiciones de bienestar y el 18 % a que tienen derecho a ser protegidos en su integridad (CESOP, Situación de la familia y la infancia en México. Encuesta Nacional en Vivienda, 2011).

De la misma forma, el 67% de los padres encuestados piensa que platicando es la forma en la que se debe corregir a los niños, 17% regañándolos, 15% castigándolos y 1% pegándoles; al cuestionar a los niños sobre las forma en que los corrigen cuando no obedecen o se portan mal 48% mencionan que sus padres lo hacen platicando, 38% regañando, 12% castigando y 2% pegando.

La violencia hacia el menor se observa en cinco entornos diferentes, estos son la familia, la escuela, las instituciones de detención y protección, los lugares en donde los niños y niñas trabajan y en su comunidad. En más de 100 países los niños y niñas sufren de amenazas y golpes que son autorizados por el Estado, de igual forma en al menos 30 Estados se imponen como castigo azotes o golpizas a los menores en los sistemas penales, en muchos más, además, se aprueban dentro de los sistemas de protección las humillaciones (Pinheiro, 2006).

Desde la época de las antiguas civilizaciones los menores han sido receptores de violencia y, aunque no se le había dado la importancia suficiente, el día de hoy se considera una emergencia de intervención inmediata, en las tres modalidades de salud (primaria, secundaria y terciaria).

Las modalidades de violencia que sufren los menores, aunque en general son iguales, son diferentes en cuanto a su sexo, pues, mientras las niñas son más proclives a padecer violencia

sexual y aquella que se basa en relaciones de poder, los niños tienen mayor probabilidad de ser víctimas de homicidio o que involucre armas.

Sin embargo, es hasta los años sesenta que se comienzan a tomar muestras y obtener datos estadísticos acerca de la cantidad de muertes, violaciones y lesiones infligidas a menores por parte de algún cuidador, sin olvidar los demás entornos como las escuelas.

Estos informes demuestran que los menores son violentados de diversas formas, entre las cuales entran los castigos, humillaciones, negligencia, abandono, abuso sexual hasta infanticidio, entre otras formas de violencia, cuyos principales personajes punitivos son los cuidadores (JP, y otros, 2012).

Lo anterior lleva a percibir que la violencia ocurre en distintos escenarios en cuanto al tipo de población; esto es, que hacia niños y adultos mayores de 60 años ocurre dentro del hogar mientras que para los jóvenes y adultos ocurren en la vía pública. De esta manera, los hechos que producen daños físicos o mentales a víctimas y familiares como robos, asaltos, secuestros, violaciones, amenazas, etc., son parte de los actos violentos más difíciles de detectar.

De acuerdo con lo estimado en otros países, por cada hecho violento que culmina en muerte ocurren 100 cuyas consecuencias no son fatales (Murria, 1996). Con lo cual Lozano (2000), con la lógica anterior, estima una cifra nacional anual de 1.6 millones de hechos violentos con daños físicos sin que estos ocasionen muerte (SSA, 2006).

Las Procuradurías de Defensa del Menor se encargan de atender y registrar los casos de maltrato infantil que ocurre en el país, sin embargo, sólo una cuarta parte de los municipios de la república cuenta con estas instituciones. Con lo cual, aunque falta mucha información, se tiene un panorama general de la cantidad de violencia que hay en el país.

El Informe Nacional sobre Violencia y Salud reporta que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), a través de las Procuradurías de Defensa del Menor y la Familia, registró que en el año 1998 ocurrían al menos 8201 casos de maltrato físico como principal tipo de maltrato, omisión de cuidados cuenta con 4565 casos y maltrato emocional con 4218 denuncias.

Además con 1669 menores abandonados, 1615 casos la negligencia, 1626 casos dentro del maltrato no clasificado, por abuso sexual se tienen registrados 1018 casos, además de 181 casos de explotación laboral y 65 casos de explotación sexual comercial. En el año 2002, continuando con el protocolo anterior, las cifras variaron, ya que en algunos tipos de violencia la incidencia aumentó y en otros disminuyó. Continúa como principal denuncia el maltrato físico con 7118 casos, le sigue la omisión de cuidados y el maltrato el emocional con 5338 y 4744 casos respectivamente. Negligencia con 3080 casos, 1474 menores abandonados, 1123 casos de abuso sexual, 257 denuncias por explotación laboral y 64 casos de explotación sexual comercial (SSA, 2006).

La incidencia de maltrato más alta es de 30% y corresponde a actos físicos violentos, mientras que la violencia emocional corresponde al 6% como acto violento. En el 2002 el maltrato fue dirigido casi en la misma proporción para niños (51%) y niñas (49%) y del total de datos denunciados, sólo el 14% de ellos terminaron en manos de las autoridades de procuración de justicia.

Otro factor importante es reconocer que el principal responsable de maltrato infantil es la madre, en donde se hace responsable de 47% de los casos, seguido por el padre con 29% de incidencias y por último los abuelos (2%), sin embargo, las madres son las principales cuidadoras

de los menores por lo cual esto aumenta la probabilidad de que ellas sean las que incurran en malos tratos (SSA, 2006).

Otra encuesta que realizó el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) en el año 2000 (Distrito Federal, ahora Ciudad de México) señala que la violencia está presente en uno de cada tres hogares de la zona metropolitana de la Ciudad de México, es decir, en 1,400,000 hogares. En donde en el 99% de los hogares se reportó violencia emocional, en el 16% intimidación, en el 11% violencia física y en el 1% abuso sexual (SSA, 2006).

En el 2002 el Programa de Prevención al Maltrato Infantil del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF-PRENAM), recibió 23,585 denuncias sobre maltrato infantil, de las que pudo comprobar 56.52%; además de atender en todo el país a 22 mil 463 infantes (Boletines, 2004). En los menores amparados, sufrió daño emocional el 21.1%, seguido de vejaciones físicas (23.7%) y omisión de cuidados (27.6%) (Sotelo, 2014).

La Dirección de Asistencia Jurídica durante un periodo de 1999 al año 2008, logró registrar que en el año 2005 ocurrió el mayor índice de violencia intrafamiliar con el 26.4%, 3 años después se obtuvo una tasa más baja, en el año 2008, con el 13.7% de la población (REDIM, 2010).

Las frecuencias reportadas de los diferentes tipos de maltrato que se recolectaron en un estudio en el año de 2011, resaltan al maltrato emocional con 77% de incidencia, seguido del maltrato físico con 41%, al abuso sexual con 24% y a la negligencia con 8% (Ulloa Flores & Navarro Machuca, 2011).

Dentro de los principales datos encontrados por la CONAPRED (2011) en referencia al maltrato emocional se encuentra que los niños/as han vivido dentro del hogar malestares provocados por sus padres, entre los principales se encuentran que, le han hecho enojar (38.4),

llorar (27.1%), escondido o quitado cosas (22.5%), amenazas de golpes (17.9%), al igual, le han hecho sentir miedo (8.6%), dicho cosas que le hacen sentir mal y le han ignorado (cada uno, 9.2%) y le han hecho sentir avergonzado (9.3%).

Los accidentes de los menores, de 1 a 4 años de edad, se centran como la principal causa de muerte; la prevalencia de accidentes no fatales en el último año se exploró a través del reporte del cuidador del menor. En total se obtuvo información de 28,209 niños, de los cuáles, el 4.4% de los menores de 10 años ha sufrido algún accidente, siendo más alta la tasa en niños con 5.7% que en niñas con 3.4%. Se reporta que 3.9% de los adolescentes entre 10 y 19 años de edad sufrió algún robo, agresión o violencia siendo más frecuente en hombres que en mujeres (JP, y otros, 2012).

Datos del INEGI muestran que la tercera parte de los hogares mexicanos padece violencia, en donde la mayoría de sus miembros padecen violencia emocional (34%), intimidación (5.4%), violencia física (3.9%) y sexual (0.5%). Entre 1999 y el 2004 entre los maltratos más frecuentes detectados por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia se encuentra el maltrato emocional (22.9%), seguido por la omisión de cuidados (25.2%) y por el maltrato físico (29.7%). (CESOP, Algunas consideraciones sobre el maltrato infantil, 2013).

Dentro de otro estudio realizado por parte de la UNICEF se encontró que de un total de 15,501 menores cuya edad oscila entre 1 y 14 años encuestados, el 63.1 % de los niños y niñas han experimentado al menos uno de cualquier método violento de disciplina, castigo psicológico o físico, por miembros de su familia durante el mes anterior a la encuesta (UNICEF I. N., 2016). La mayoría de los hogares emplea una combinación de prácticas disciplinarias violentas, en donde el 53.1% de los niños y niñas fueron sometidos a agresión psicológica y el 43.7% a algún castigo físico.

Se encontró que las niñas son más vulnerables a padecer violencia psicológica (54%) que los niños (52.2%), en general, suelen ser los menores de 3 a 4 años de edad quienes más la padecen (61.1%) y ubicando la zona Centro del país con mayor prevalencia (60.3%).

Del mismo se encontró que los niños fueron más sometidos al castigo físico que las niñas, correspondiendo al 45.3% y 42.2% respectivamente, de igual forma, en general, quienes tienen las tasas más altas de prevalencia son los menores de 3 a 4 años, además, el mayor porcentaje se agrupaba en la región Centro del país con 70.1% de prevalencia (UNICEF I. N., 2016).

2.4 Consecuencias del maltrato emocional: efectos a corto y largo plazo

La violencia suele atribuirse a diversos factores al igual que sus consecuencias, las que son determinantes en su desarrollo. La exposición temprana a la violencia puede tener impacto en la arquitectura del cerebro; su exposición prolongada, incluso como testigo, provoca la perturbación del sistema nervioso e inmunológico lo que deriva a limitaciones sociales, emocionales y cognitivas, dando lugar a comportamientos que causan enfermedades, lesiones y problemas sociales (Pinheiro, 2006).

Los actos violentos y humillantes en la infancia que tienen origen en el seno familiar son predictores importantes para el desarrollo de acciones y actitudes violentas (Newell, 1999, citado en SSA, 2006). Todas estas conductas degradan a la persona que la sufre y le obstaculizan su desarrollo personal, degradando su autoestima y valía propia. Algunos con lesiones físicas irreversibles y/o con daños psicológicos como que, debido a que suele ser modelo de aprendizaje social, cuando el menor crezca y establezca su hogar puede reproducir la violencia como generador de ella (SSP, 2010).

Dentro de las consecuencias psicológicas del abuso físico al menor se encuentran dificultades en el desempeño escolar, autocontrol, autoconcepto y dificultad en el establecimiento de las relaciones sociales, de la misma manera, se ha encontrado mayor probabilidad de generar vínculos de dependencia al alcohol y a drogas. Además, dentro del área social, los menores presentan dificultad de relacionarse con pares, desconfianza, complacencia a figuras de autoridad y tendencia a resolver problemas de forma violenta (SSA, 2006).

De igual forma, las consecuencias que el maltrato emocional deja en el niño se organizan en un obstáculo que inhibe, limita e incluso paraliza completamente el desarrollo del niño. Tales son difíciles de medir o cuantificar ya que implican una falta de reconocimiento para el niño o su humillación en cualquier forma, siendo muy difícil de reconocer llegándose a confundir con perturbaciones emocionales o psicológicas propias del menor.

Los niños maltratados tienen como consecuencia baja autoestima, problemas de conducta, aprendizaje y lenguaje; trastornos de alimentación, de peso y de sueño; talla baja y deficiente rendimiento escolar (SSP, 2010).

Se ha encontrado que los individuos que han sido abusados físicamente presentan más riesgos de problemas de conducta externa que los no abusados. Un estudio arrojó que los niños maltratados exhibieron más sintomatología (problemáticas de conducta) interna y externa que el grupo control de niños no maltratados, de la misma manera los niños maltratados mostraron menores conductas pro-sociales adaptativas (Kim & Cicchetti, 2004; citado en Frías Armenta, Fraijo Sing, & Cuamba Osorio, 2008).

En un estudio realizado por el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Curicó, Chile (2004), a 173 mujeres, edad promedio de 44 años, con distintos diagnósticos psiquiátricos se les aplicó la

escala de trauma infantil de Marshall, el 82% señalaron al menos un antecedente traumático, siendo más frecuente la separación traumática de los padres con 51.4%, seguido por el castigo físico con objeto correspondiente a 49.7% y violencia intrafamiliar con una tasa de 40%; el diagnóstico más frecuente dentro del hospital (43%) correspondió a cuadros depresivos (Vitriol G., 2005).

La violencia familiar produce problemas de ajuste conductual, social y emocional que se traducen en conducta antisocial, depresión, ansiedad y problemas en la escuela. Los niños que son victimizados presentan un mayor riesgo de desarrollar síntomas psicopatológicos y depresión (Putman, 2003 citado en Frías Armenta & Gaxiola Romero, 2008) y se comportan de manera agresiva (Baldry, 2007 citado en Frías Armenta & Gaxiola Romero, 2008).

Se ha observado que el rechazo parental incide sobre las manifestaciones hostiles y agresivas que presentan los niños ya que los hace percibir al mundo como un lugar amenazante y hostil, de forma que el niño utiliza formas de protección, frente al daño, a corto plazo, como la agresividad y el aislamiento, y a largo plazo, el fracaso para desarrollar competencias que facilitarían su intercambio con pares y le permitirá resolver las dificultades más comunes de esta etapa del desarrollo (Gracia, Lila y Musito, 2005; citado en Rodríguez, 2010).

Baker (2009) hace una revisión a un listado presentado por McGee y Wolfe en 1991 acerca de aquello que es considerado daño psicológico. Se reportan limitaciones en el desarrollo de las competencias del niño, funcionamiento psicológico o desarrollo dañado, daño inmediato o a largo plazo en el funcionamiento comportamental, cognitivo, afectivo, social, psicológico o físico, daño del autoestima, degradación de sus sentimientos de pertenencia y competencia, impedimento de un desarrollo sano y vigoroso, daño o reducción de las capacidades potenciales del niño a nivel cognitivo, intelectual, perceptivo, lingüístico, en su memoria, atención y sentido moral.

El instrumento “BALORA para la valoración de la gravedad de las de las situaciones de riesgo y desamparo”, define al daño psíquico grave como la presencia constatada en el niño, niña o adolescente de un trastorno psicopatológico, síntomas clínicos de ansiedad, depresión, retraimiento o conducta rechazante, conductas agresivas o autodestructivas, retrasos en el desarrollo y aquellos que comprometen seriamente su proceso de desarrollo y adaptación social y personal, además de que requieren tratamiento especializado de inmediato (Arruabarrena, 2011).

De igual forma se ha encontrado que un trastorno de personalidad puede derivar de un trastorno de conducta, respecto a patrones conductuales e interacciones interpersonales que suelen estar intactos en los primeros años de la edad adulta y con escasa probabilidad de cambio a lo largo de la vida (Oldham, Skodol y Bender, 2007, citado en Rabadán Rubio & Giménez Gualdo, 2012).

En un estudio el cual analiza el comportamiento dentro y fuera del aula y el rendimiento académico de los estudiantes se encontró que los niños que han experimentado maltrato se enojan con facilidad y cambian constantemente de ánimo, situación que puede desencadenar en trastornos del estado de ánimo, algunos presentaban dificultades para relacionarse entre otros, conductas de agresividad y desobediencia (Vega y Reales, 2009 citado en Sánchez, J. M., 2014).

2.5 Detección del maltrato emocional

El maltrato infantil se ha convertido en un problema social de emergencia en, prácticamente, todo el mundo y su atención depende de su desarrollo y de sus capacidades. El maltrato emocional es sólo uno de los diversos tipos del maltrato que puede padecer un menor, tal vez el más difícil de detectar debido a que no se presentan secuelas físicas o corporales, además

de la dificultad de detección de esta tipología de violencia, se observa la dificultad en su evaluación y en su abordaje. Se ha mencionado que la definición de maltrato emocional conlleva a sus ramas, siendo por omisión y por acción.

En este sentido, se deben satisfacer las necesidades afectivas básicas del niño, estableciendo vínculos afectivos, seguros y estables lo cual asegura su bienestar y le permite un desarrollo sano.

El maltrato infantil es uno de los factores principales de la violencia intrafamiliar, el cual no tiene límites sociales, culturales, ideológicos y/o geográficos, cuyos rasgos varían dependiendo de la educación, posición económica, grupo étnico, sociedad, valores o creencias.

Medir el maltrato infantil resulta sumamente difícil, en especial si no se cuenta con las herramientas metodológicas adecuadas. En el ámbito institucional, las encuestas son realizadas por ellas mismas, por ejemplo el DIF, la Secretaría de Salud y Secretaría de Educación Pública, y otras instituciones que generan su propia medición.

De esta manera, las instituciones buscan la información a través de instrumentos elaborados o a través de la denuncia ciudadana, al ser organismos de seguridad pública. De igual forma, se recolecta información de maltrato dentro de las entidades de salud, ya que el médico familiar al notar indicios relacionados a negligencia o maltrato en el proceso de atención al menor reconoce y reporta las situaciones a los organismos correspondientes.

Dentro del ámbito privado, los profesionales de la salud mental identifican el maltrato a través de la evaluación psicológica, cuya información del menor es brindada principalmente por sus padres, los reportes de los profesores y demás adultos allegados al menor son de suma

importancia. Sin embargo, el proceso de evaluación no está guiado únicamente por la información de los padres; sin que esta deje de ser relevante, el contacto con el menor es la principal fuente.

El diálogo cara a cara con el niño proporciona la mayor información, por lo tanto, es a través de su lenguaje que nos transmite la forma en la que percibe al mundo. Para lograr obtener información tan delicada y que se resguarda como secreto infantil, que puede considerarse vergonzoso o como tabú es necesario establecer rapport con el menor.

Al igual, las pruebas denominadas proyectivas pueden arrojar información necesaria que sustenta el diagnóstico del maltrato, por lo tanto, es necesario que se analicen las pruebas adecuadamente ya que debido al contexto es que la interpretación de los rasgos puede variar llegando, posiblemente, a conclusiones erróneas.

La prueba proyectiva conocida como Dibujo de la Figura Humana de Karen Machover ha arrojado datos interesantes sobre el maltrato infantil, pues ciertos rasgos en el trazo del menor se han relacionado con la presencia del maltrato en la infancia (Rueda, Santaella, & Euguía, 2009).

Algunas entrevistas que se han realizado, ya sea por instituciones o investigaciones privadas se encuentran en estado público y pueden consultarse vía internet. En estos casos, la mayoría de ellas van dirigidas a los padres y un número menor a los pequeños.

Las entrevistas dirigidas a los padres aparte de revisar datos sociodemográficos y antecedentes de violencia se enfocan en estilos de crianza, revisando desde el estilo parental autoritario llegando hasta el estilo parental permisivo. Tales cuestionarios exploran, en general, la relación de los padres con sus hijos y sus habilidades para guiar, interactuar y corregir la conducta de los pequeños.

Uno de estos instrumentos es el Cuestionario de Habilidades de Manejo Infantil basado en situaciones hipotéticas de crianza (CHAMI), elaborado por Morales y Vázquez (2011) es un cuestionario auto-aplicable de lápiz y papel con 11 situaciones simuladas de evaluación sobre las habilidades de manejo de conducta infantil. Se presentan situaciones hipotéticas de interacción problemática con el niño donde los padres responden qué harían ante dicha situación (Salud S. d., Prevención de las conductas adictivas a través de la atención del comportamiento infantil para la crianza positiva, 2013).

El cuestionario se integra por 4 subescalas: 1) por ignorar como técnica para promover conducta adecuada (ITCA), 2) elogio, 3) instrucciones claras, solución de problemas y establecimiento de reglas (ICSE), 4) interacción social-académica (ISA).

Otro es el Inventario de Prácticas de Crianza (IPC), elaborado por López (2010), es un cuestionario auto-aplicable de lápiz- papel, que consta de 40 preguntas cerradas donde los padres tienen la posibilidad de elegir entre 7 opciones de respuesta, que van de nunca (0) hasta siempre (6); mismas que evalúan las conductas de los padres con respecto a la disciplina y a la promoción del afecto de sus hijos (Salud S. d., Prevención de las conductas adictivas a través de la atención del comportamiento infantil para la crianza positiva, 2013).

El instrumento está constituido por 6 sub-escalas, las cuales son: 1) el castigo, 2) ganancias materiales, 3) interacción social, 4) normas, 5) ganancias sociales y 6) límites; la medida escalar busca relacionar las prácticas de crianza de los padres con el puntaje obtenido en cada sub-escala.

Al igual, el instrumento BALORA, elaborado por el departamento de empleo y asuntos sociales (2011) se ha realizado para valorar el riesgo y desamparo de niños, niñas y adolescentes

en la comunidad autónoma vasca. Como lista de cotejo enlista las problemáticas a evaluar en los servicios de salud a través de una revisión general en los casos presentados (Vasco, 2011).

El instrumento consta de 7 sub-escalas: 1) maltrato físico, 2) negligencia, 3) abuso sexual, 4) maltrato psíquico, 5) abandono, 6) incapacidad parental de la conducta del niño, niña o adolescente, 7) otras y 8) otras situaciones específicas que constituyen riesgo grave o desamparo. La información se registra en una hoja-resumen, completando todos los apartados con cuatro opciones: 1) indicando la falta de información sobre alguno de ellos (sin información), 2) cuando no hay tipología o dato que haga sospechar su existencia (no existe), 3) la presencia de indicadores que hacen pensar que la situación se produce (sospecha) y 4) se confirma la presencia de la situación (existe).

Con base al instrumento BALORA se ha realizado la entrevista que se utilizó en la presente investigación, la cual se enfocó en 2 sub-escalas, que son negligencia y maltrato psíquico; las preguntas realizadas son abiertas y brindan al menor la posibilidad de una respuesta amplia, con la opción de interrumpir y dar por concluida la entrevista en el momento que desee.

Por lo tanto, es importante evaluar en el menor la posible presencia de maltrato, ya que este puede desencadenar problemáticas a corto plazo que, de la misma manera, provoca más maltrato en el niño/a, cayendo en una constante de maltrato-problemática-maltrato. Al igual, las posibles consecuencias del maltrato ocurren a largo plazo, y estas pueden llegar a ser más graves que las primeras.

2.6 Parentalidad positiva: educación sin violencia

“La parentalidad (lo que los padres hacen con sus hijos y lo que les aportan) implica tareas, por ejemplo, cuidados físicos, establecer límites y enseñar el comportamiento social, actitudes (receptividad, afecto y mirada positiva) y cualidades de relación (muestra de seguridad afectiva y de un sólido apego)” (Quinton, 2004., p. 27 citado en Europa, 2012).

La no violencia es uno de los principios básicos de la parentalidad positiva que junto con otros y la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (CNUDN), aunados al capítulo octavo que corresponde al nombre “Derecho de acceso a una vida libre de violencia y a la integridad personal” perteneciente a la Ley General de los Derechos de Niñas, niños y Adolescentes (Diario Oficial de la Federación, 4 de diciembre de 2014), indican que el interés superior es el bienestar del menor y sus derechos.

La parentalidad positiva hace referencia al comportamiento de los padres fundamentado en el interés superior del niño (UNICEF, Convención sobre los derechos del niño, 1989) promoviendo el cuidado, desarrollo de sus capacidades y el ejercicio de la no violencia; además, ofrece reconocimiento y orientación incluyendo el establecimiento de límites que permitan el pleno desarrollo del niño respetando sus derechos y educándoles sin recurrir a la violencia. La parentalidad positiva se apoya en principios básicos enfocados en favorecer el desarrollo físico y mental adecuado del menor (Rodrigo y Palacios, 1998, citado en Rodrigo, Máiquez & Martín, 2010).

El primero se refiere al establecimiento de vínculos afectivos cálidos, protectores y estables con el menor, con la intención de favorecer que los hijos se sientan queridos, aceptados y seguros.

De esta manera se pretende que se fortalezcan tales vínculos a lo largo del desarrollo familiar, modificándose, a la vez, la forma en la que se manifiesta el afecto.

La estructura y orientación, segundo principio, busca un entorno estructurado con el cual los menores adquieran normas y valores, a través del establecimiento de rutinas y hábitos. Con el objetivo de organizar las actividades diarias o periódicas del menor se presume que el infante obtenga tales aprendizajes.

La estimulación y apoyo al aprendizaje cotidiano y escolar para el fomento de la motivación y de sus capacidades, hace referencia a la necesaria observación de las características y habilidades que los menores tienen, con el fin de apoyar y estimular sus múltiples aprendizajes, teniendo siempre en cuenta sus avances y sus logros.

El reconocimiento, igual de importante implica reconocer el valor que tienen los hijos e hijas, mostrar interés por su mundo, validar sus experiencias, involucrarse en sus preocupaciones y responder a sus necesidades (Rodrigo, Máiquez, & Martín, 2010). De la misma manera, forman parte activa y responsable en las decisiones familiares ya que se les considera personas a las que se les comprende y se tienen en cuenta sus puntos de vista.

Con la capacitación se busca fortalecer la percepción de las hijas e hijos sobre su participación como agentes activos, competentes y capaces de cambiar las cosas e influir sobre los demás. Lo cual se logrará al crear dentro de la familia diversos espacios de escucha, interpretación, reflexión de los mensajes escolares, de sus iguales, de la comunidad, del mundo del ocio y de los medios de comunicación.

La educación sin violencia excluye todo tipo de castigo físico o psicológico degradante hacia el menor; el castigo físico, corporal, es una violación del derecho del menor al respeto de su

integridad física y de su dignidad humana. El cual, según Gershoff (2002) parece ser eficaz en la obediencia inmediata pero no sirve en beneficio del desarrollo de los controles internos (normas morales y reglas sociales) del niño para su socialización a largo plazo (Europa, 2012).

Además, la violencia en la niñez aumenta el riesgo de que las víctimas utilicen el castigo físico en la edad adulta, esto, independientemente de sus esquemas interpersonales (Merrill et al., 2005; citado en Frías Armenta, Fraijo Sing, & Cuamba Osorio, 2008).

De esta manera, los niños y niñas tienen un mejor desarrollo cuando sus padres les brindan cariño y apoyo, comparten tiempo productivamente, explican las reglas a seguir y tratan de comprender sus experiencias y comportamiento. De igual forma halagan su buena conducta y ante aquella incorrecta recurren a la explicación y, de ser necesario, un castigo no violento como el “tiempo de reflexión”, reparar daños u otras alternativas en lugar de infligir castigo severo (Europa, 2012).

Con lo cual, la parentalidad positiva plantea que los padres tengan el control parental, el cual está autorizado basándose en el apoyo, la comunicación, el acompañamiento y la implicación en la vida cotidiana de los hijos e hijas. Sin embargo, tal autoridad está basada en el respeto, tolerancia, comprensión mutua y búsqueda de acuerdos que permitan el desarrollo de las capacidades de ambas partes.

De igual forma, no se puede concluir que los padres son agentes unitarios de la parentalidad positiva. El modelo ecológico de la parentalidad positiva menciona que esta no se ejerce únicamente dentro de la vivienda del menor ni depende exclusivamente de las características de los padres, y es que la calidad de este espacio depende de tres factores relacionados.

El primero es el espacio psicosocial donde vive la familia, este conjunto son aquellas condiciones del entorno familiar que pueden resultar tóxicas o de riesgo o benéficas o protectoras para su buen funcionamiento. Los factores de riesgo son aquellas condiciones biológicas, psicológicas o sociales que aumentan la probabilidad de que aparezca una determinada conducta, situación o problema que comprometen en mayor o menor medida el ajuste personal de las personas. Mientras que los factores de protección son aquellas influencias que modifican la respuesta de una persona ante algún riesgo en una dirección más positiva de la que cabría esperar.

El segundo son las necesidades evolutivo/educativas de los menores, esto debido a que en los menores se presentan diversos tipos de condiciones que exigen atenciones y cuidados específicos en cada uno. Lo principal son las necesidades que se presentan en los diversos periodos de edad, además de las condiciones del nacimiento o complicaciones perinatales, algún retraso en el desarrollo o trastornos de conducta, presencia de enfermedades crónicas, problemas de salud mental, hiperactividad, entre otras. Lo cual, requiere ajustes y compensaciones que pueden complicar el ejercicio de las responsabilidades parentales.

Y, por último, las capacidades y habilidades de los padres y madres para la crianza y la educación de los menores. Aquellas madres y padres con escasas capacidades de observación y reflexión, rígidos a la hora de aplicar una pauta educativa, con expectativas nulas o negativas sobre el futuro de los hijos, centrados en sus necesidades, pero no en las de los menores, poco implicados con la tarea de ser padres y entre otras características, pueden presentar dificultades que se presentan al asumir responsabilidades parentales.

Sin embargo, los tres tipos de factores anteriores deben contemplarse de manera interactiva para comprender como se condiciona el ejercicio de la parentalidad positiva. Lo que deriva a

entender que no existen padres/madres buenas y malas, sino que existen múltiples ecologías en las que los padres y madres rigen su tarea con diversos grados de dificultad. Por ejemplo, vivir en barrios violentos, el bajo nivel educativo, la monoparentalidad, entre otros convierte la tarea de ser padre o madre en algo difícil; sin embargo, si los padres cuentan con una mayor capacidad parental, el desarrollo de los menores puede no verse tan perjudicado como cabría esperar.

CAPÍTULO 3. CONTEXTUALIZACIÓN: CENTRO COMUNITARIO “DR. JULIÁN MAC GREGOR Y SÁNCHEZ NAVARRO”

El factor contextual del menor es de suma importancia para su íntegro desarrollo, ya que este influye positiva o negativamente en él. Este contexto es único para cada menor ya que sus características particulares difieren entre sí, esto depende desde la localización en el país o ciudad hasta la colonia o barrio en el que viva cada familia, lo cual permitirá entender que es lo que está influyendo o influyó en el desarrollo integral de una persona.

El Centro Comunitario “Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro” funge un papel muy importante dentro de su comunidad, ya que como centro de atención psicológica le brinda a la población de la ciudad múltiples herramientas de desarrollo e intervención en sus 3 niveles de atención.

3.1 Historia del Centro Comunitario “Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro” (CCMG)

El Centro Comunitario “Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro” es uno de los centros de atención psicológica que pertenece a la Facultad de Psicología de la UNAM. Una de sus principales actividades es vincularse con la sociedad a través de la formación de profesionistas comprometidos con las necesidades de la sociedad, el enriquecimiento de las actividades académicas, así como mantener una estrecha relación con diversas entidades públicas y privadas.

La estrecha relación con entidades públicas y privadas y el enriquecimiento de las actividades públicas y privadas es la misión de la Coordinación de los Centros de Formación y Servicios Psicológicos. Los servicios que se llevan a cabo en el Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro (CCMG)”, Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (CSP), en el Centro de Prevención de Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez” (CEPREA) se encuentran regulados por la Norma de Calidad ISO 9001:2008, con lo que se garantiza la mejora continua de los procesos de atención a usuarios externos y supervisión de los estudiantes en formación.

En 1979, un grupo de profesores/as, encabezados/as por el Dr. Julián Mac Gregor, realizaron una investigación en la Colonia Ruiz Cortines, fundando el Centro Comunitario de la Facultad de Psicología. Posteriormente, en mayo de 1981, el nombre cambió a Centro Comunitario “Dr. Oswaldo Robles” y para el año 2002, se finaliza el trabajo de remodelación, con la renovación de los espacios y su acondicionamiento para ofrecer un mejor servicio. De esta manera, es que, en marzo del mismo año se reinauguró, con el nombre Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”.

Junto con la remodelación y el acondicionamiento de espacios dentro del centro se han sumado otros esfuerzos en los años siguientes, lo que ha permitido ampliar el equipo y mejorar el funcionamiento de muchos espacios. Actualmente, el Centro Comunitario cuenta con ocho cubículos amueblados, una sala de lectura, sala de juntas, sala de usos múltiples, sala de cómputo, cocinas, dos cámaras de Gesell, cuatro equipos de circuito cerrado y grabación, sanitarios para usuarios y para personal (Díaz Marroquín & Floers Ángeles, 2011).

3.2 Objetivo, misión, visión y valores

El Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro” se funda con el objetivo de formar a los estudiantes de licenciatura y posgrado de la Facultad de Psicología; capacitándolos fuera del aula, en donde adquieren las herramientas para brindar servicios de intervención psicoeducativa, intervención clínica y actividades de promoción de la salud mental, a través de las actividades de docencia y servicio.

El CCMG se encuentra con la capacidad permanente de brindar continuidad y oportunidad de mejora a las actividades que se llevan a cabo; es el Sistema de Gestión de Calidad el que ha instaurado los lineamientos necesarios para que esto sea posible, dando prioridad a la formación de los estudiantes (usuarios internos) a través de la atención a los individuos que solicitan la atención (usuarios externos). El usuario interno es aquel estudiante que esté inscrito en algún programa de profesionalización con supervisión en su formación profesional, mientras que el usuario externo es toda persona que acude a solicitar servicio en el CCMG, ya sea por solicitud directa o por referencia de otra institución. Es de suma importancia que los usuarios externos

reciban a tención de calidad, por lo tanto a los estudiantes se les brinda a poyo y supervisión constante.

Al estar regulado por la Norma ISO 9001:2008, como empresa debe establecer objetivos organizacionales y con ellos delinear los criterios generales o políticas que le permitan alcanzarlos. De esta manera, la Misión, Visión y Valores del CCMG son un componente importante que le permiten realizar su labor.

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

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

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

Ψ **Respeto:** El Centro considera que tanto su personal docente y/o administrativo, así como estudiantes de licenciatura, posgrado y miembros de la comunidad, tienen derecho a diferentes formas de pensamiento, creencias y prácticas, y a no ser juzgados o discriminados por ellas, por lo que brinda un trato con equidad y dignidad.

Ψ **Profesionalismo:** Uno de los principales objetivos del centro, es brindar la más alta calidad en enseñanza a sus estudiantes, lo que al final redundará en una mejor práctica profesional en beneficio de la comunidad.

- Ψ **Responsabilidad:** Los profesionales del Centro supervisan de manera constante a estudiantes en formación tanto de nivel licenciatura como de posgrado, otorgando la oportunidad de desarrollar y consolidar habilidades profesionales en escenarios reales, siempre bajo supervisión.
- Ψ **Sensibilidad:** El Centro y su estudiando buscan conocer y comprender las demandas y necesidades de la comunidad, poniendo énfasis en la equidad y respeto con el objetivo de coadyuvar en el bienestar individual y social (Calidad, 2015).

3.3 Servicios de atención Psicológica y de formación profesional

El Centro Comunitario brinda diversos servicios de atención a los usuarios, siendo el objetivo que usuarios internos y usuarios externos obtengan servicios de calidad a través de la supervisión de prácticas de los estudiantes en formación; esto debido a que la atención que se brinda a usuarios externos se extiende dentro del marco de los programas de formación en la práctica.

Servicios a usuario interno: Programas de Profesionalización

La Facultad de Psicología a través de la Coordinación de los Centros de Formación y Servicios Psicológicos brinda a sus estudiantes la oportunidad de adquirir, desarrollar y fortalecer sus habilidades profesionales dentro de un espacio real a través de la práctica supervisada dentro del Centro Comunitario.

La alta demanda de las diferentes generaciones de estudiantes y del personal académico, así como la demanda de la comunidad a la que se le brinda servicio han estimulado el crecimiento del Centro, tanto en espacios, en personal y servicios que labora en el mismo. El Centro promueve que todos sus estudiantes tengan la oportunidad de desarrollarse dentro del Centro, participando programas de licenciatura y posgrado del sistema escolarizado y del Sistema de Universidad Abierta (SUA). Todos los programas de formación en la práctica son supervisados por profesores/as de la Facultad de Psicología, que a su vez son responsables académicas de los programas de profesionalización; con lo que el alumno no solo aprende a nivel teórico dentro del aula de clases pues su aprendizaje se enriquece con la práctica dentro del Centro.

El Sistema de Gestión de Calidad (SGC) es el responsable de brindar seguimiento oportuno a la formación de estudiantes; la Norma ISO 9001:2008 especifica los requisitos para los Sistemas de Gestión de Calidad que se aplica a toda organización que necesite demostrar su capacidad para proporcionar los productos que cumplan los requisitos de sus clientes y los reglamentos de aplicación, siendo su objetivo aumentar la satisfacción del cliente a través del producto o servicio de calidad que ofrecen. De esta manera, los procedimientos que actualmente se encuentran certificados en el Centro Comunitario son la intervención clínica y la formación profesional de los alumnos que realizan sus prácticas en el Centro.

Los estudiantes de pregrado y posgrado, pueden integrarse y formar parte del Centro a través de varias modalidades: alguno de los programas de Formación Profesional Supervisada, prestadores/as de servicio social, al realizar prácticas curriculares, como tesistas, al hacer residencia por parte del Programa Único de Especialización Psicológica y/ por parte de la residencia de Maestría.

Una parte sustancial del Centro Comunitario son los programas de formación profesional supervisada, ya que estos se ejercen en escenarios reales bajo la guía y la supervisión de profesores y profesoras que se especializan en su área, al haber esta oportunidad de enseñanza/aprendizaje se benefician académicos, estudiantes y la comunidad aledaña al Centro.

Dentro del servicio social, el Centro ha implementado y cuenta con tres programas: intervención en problemas de conducta en niños preescolares y escolares, promoción de la salud e intervención con adolescentes y evaluación de programas para la formación en la práctica; en cada uno de ellos son los supervisores a cargo del programa los que definen las actividades a realizar.

Además el Centro Comunitario es sede de los Programas de Maestría en Psicología Escolar contando con el Programa Alcanzando el Éxito en Secundaria (PAES) y Comunidades de Aprendizaje. También es sede dentro del área clínica, contando con la Residencia en Psicoterapia Infantil, Residencia en Psicoterapia con Adolescentes y Residencia en Terapia Familiar.

Además, como un servicio adicional que se puede ofrecer a los estudiantes se integra la investigación dentro del CCMG. Haciendo partícipes en este proyecto a distintos estudiantes de pregrado y posgrado ya sea como apoyo a la investigación o en línea terminal, como tesistas.

Servicios a usuario externo

La atención que se brinda en el Centro Comunitario “Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro” es diversa y se brinda, en general a toda la ciudad, e incluso algunos usuarios viajan grandes distancias con la finalidad de que sus necesidades sean atendidas, sin embargo la delegación Coyoacán es la más beneficiada. Coyoacán se compone de las colonias: El Reloj,

Adolfo Ruiz Cortines, Ajusco, Pedregal de Santa Úrsula, Pedregal de Santo Domingo, La Candelaria y San Pedro Tepetlapa.

El CCMG es parte de la Facultad de Psicología y se rige por su calendario escolar, es decir, optimiza la atención que ofrece al abrir las listas de pre-registro orientándose en el calendario para que las personas puedan solicitar la atención requerida en los periodos específicos para la solicitud de servicio. El comité de calidad es quien establece las fechas pre-registro al iniciar cada semestre; de esta manera es que el solicitante puede comunicarse vía telefónica, acudir personalmente al centro o ser referido por otra institución, con lo que el proceso de atención a usuarios es el siguiente.

Los principales tipos de atención que ofrece el Centro Comunitario como una opción que permita ayudar a solucionar algún conflicto son: intervención clínica, intervención psicopedagógica y actividades de promoción de la salud mental, como los talleres que se enfocan en padres, niños y adolescentes, grupos reflexivos con perspectiva de género, cine-debate o conferencias.

De acuerdo con el manual de procedimientos del centro (Calidad, 2015) el usuario externo deberá seguir los siguientes pasos: el solicitante podrá comunicarse vía telefónica, ser canalizado o acudir personalmente al centro. Si el solicitante pide informes de atención vía telefónica o personal, se le informará que sus datos se capturan en la base de datos de pre-registro en las fechas que la jefatura indique de acuerdo a la capacidad de atención del centro, en un horario de 08:00 a 20:00 horas. El día que se pre-registran se les indica el día en que deberán asistir a la reunión para el registro formal de la atención. Si el solicitante no asiste a la reunión para el registro formal de

la atención, su solicitud será cancelada. Si después del registro formal de la solicitud de servicio, el solicitante no llama o no asiste a la cita asignada, su solicitud queda cancelada.

Los datos que se pedirán para registrar al solicitante en la base de datos de pre-registro son: nombre del solicitante, en caso de ser menor de edad es importante el nombre del padre o tutor, dirección, edad, sexo, correo electrónico, teléfono y horario para contactarlo. Los datos que se registrarán en la solicitud de servicio son, además de los anteriores, si son estudiantes o personal de la UNAM, ocupación, total de miembros de la familia, monto de ingresos familiares y dependientes económicos, motivo de consulta, canalizaciones o tratamientos previos, enfermedad o tratamiento actual. Esta solicitud deberá ser llenada y firmada por el solicitante, padre, tutor o representante.

La jefatura asignará el número de usuarios a cada programa, dependiendo de la capacidad de atención del CCMG. Deberá ser respetado el orden de registro de los solicitantes para su asignación a entrevista inicial. El estudiante deberá estar en supervisión constante antes y durante el contacto con el usuario externo.

CAPÍTULO 4. MÉTODO

4.1 Justificación

La infancia puede ser la etapa más importante en la vida del ser humano ya que está llena de acontecimientos únicos para cada persona y el estudio de su desarrollo es un tema de gran interés en la actualidad. El desarrollo de los niños se encuentra influido por factores individuales (pre y postnatales), biológicos, de interacción con los adultos más cercanos y contextuales que incluyen desde la familia hasta el ambiente sociocultural donde se desenvuelve; los factores interactúan y en un conjunto influyen en la salud del ser humano. La familia pasa a ser un elemento de suma importancia ya que puede ser un factor protector ante las circunstancias adversas en la vida o un factor de riesgo debido a que es el principal sistema social en el que se desenvuelve el menor ya que sienta las bases de su desarrollo (Europa, 2012). De esta manera es importante que el vínculo con sus padres y el que se genera entre ellos permita tener un adecuado desenvolvimiento de los niños y niñas; por lo que una dinámica familiar violenta puede derivar en un factor que ponga al menor de edad en riesgo. Las tasas de violencia intrafamiliar en México son altas, siendo la población infantil una de las más vulnerables; al ser considerado un problema doméstico son pocos los casos que llegan a denunciarse, por lo tanto, por cada caso del que se tiene conocimiento existen 100 más que no se denuncian. El INEGI (2000) señala que la violencia se encuentra en uno de cada tres hogares de la zona metropolitana de la CDMX, es decir, en 1,400,000 hogares, en donde el 99% reportó violencia emocional, el 16% intimidación, el 11% violencia física y 1% abuso sexual (SSA, 2006). La UNICEF encontró que la mayoría de los hogares emplea una combinación de prácticas disciplinarias violentas, de un total de 15,501 menores de 1 a 14 años, al 53.1% se les ha sometido a agresión psicológica y al 43.7% a algún

castigo físico, siendo las niñas más vulnerables a padecer violencia psicológica (UNICEF I. N., 2016).

El riesgo de desarrollo de la psicopatología infantil aumenta cuando a niños y niñas se les expone a factores de negativos en su desarrollo. Aquí es donde la psicopatología infantil ha tomado gran relevancia dentro de los estudios epidemiológicos de salud mental, debido a que ha aumentado el número de incidencias de sintomatología asociada a psicopatología infantil registrado en las instituciones de salud. Se conocen, además, las consecuencias que tiene la violencia infantil en la salud de los niños y niñas a partir de estudios longitudinales, los cuales se enfocan en su integridad física y psicológica. Dentro de lo que se ha observado se sabe que los niños en los que se presentan síntomas relacionados a la psicopatología tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos más graves en la edad adulta. Conociendo la vinculación entre la psicopatología infantil y la violencia emocional hacia el menor se pueden crear programas para detectar la presencia de ambos y dentro de estos promover la parentalidad positiva. Con ambas herramientas se podrá intervenir a nivel de prevención primaria y secundaria, y en los casos más graves a nivel terciario.

4.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre síntomas asociados a la psicopatología y el maltrato emocional en menores de 4 a 16 años de edad que son parte de la población del CCMG?

4.3 Hipótesis

La presencia de maltrato emocional se relaciona con la presencia de síntomas que pueden corresponder a un trastorno psicológico infantil.

4.4 Objetivo General

Conocer la relación que existe entre síntomas relacionados a la psicopatología (reportados por el tutor legal) y al maltrato emocional en menores de 4 a 16 años de edad que son parte de la población del CCMG.

4.4.1 Objetivos específicos

1) Identificar si hay presencia de maltrato emocional en los menores de 4 a 16 años de edad al realizarles una entrevista semiestructurada basada en el instrumento BALORA para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo y desamparo: escalas de negligencia hacia necesidades psíquicas y maltrato psíquico (Vasco, 2011).

2) Identificar la existencia de síntomas relacionados a la psicopatología infantil en menores de 4 a 16 años de edad a partir del uso del Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (Caraveo Anduaga & Soriano Rodríguez, 2013) respondido por los tutores legales.

3) Identificar la existencia de sintomatología asociada a la psicopatología infantil en menores de 4 a 16 años de edad a partir de las evaluaciones psicológicas realizadas a los niños y niñas dentro del CCMG.

4) Conocer la relación entre el maltrato emocional con los síntomas asociados a la psicopatología infantil.

4.5 Variables

Ψ Psicopatología infantil

- *Definición conceptual:* La psicopatología del desarrollo se enfoca en el estudio de los trastornos mentales relacionados con los cambios evolutivos que ocurren en la vida, siguiendo un marco conceptual de hitos y secuencias en las áreas físicas, socio-emocionales, educativas y cognitivas del desarrollo (Caraveo Anduaga & Soriano Rodríguez, 2013).
- *Definición operacional:* Se define un caso de psicopatología infantil a partir de cierto número de síntomas reportados por el tutor del menor a través del Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (Caraveo Anduaga & Soriano Rodríguez, 2013), diferenciando de un no caso, un caso probable no complicado y un caso definitivo complicado a partir de la cantidad de síntomas reportados por el tutor que se hayan presentado en los últimos doce meses o hace más de un año.

Ψ Maltrato emocional

- *Definición conceptual:* El maltrato emocional hacia niños, niñas o adolescentes incluye actos verbales o no verbales que tiene la finalidad de rechazar o degradar, aterrorizar con amenazas de castigos extremos, siniestros o de abandono, aislar de iguales o adultos; restricción de autonomía y participación adecuada a su edad, sobreexigencia de logros o responsabilidades que se encuentran por encima de sus

capacidades y posibilidades y la transmisión de impredecibilidad, inestabilidad e inseguridad respecto a su futuro inmediato (Vasco, 2011).

- *Definición operacional:* Se define al maltrato emocional como aquellas conductas que se reportan a través de la entrevista semiestructurada basada en el instrumento BALORA para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo y desamparo, dentro de estas conductas se engloba la denigración, burlas, amenazas, ridiculización, intimidación, gritos, rechazo, ofensas, desprecio, indiferencia, falta de atención, negligencia y/o abandono, insultos, acoso, humillaciones, hostigamiento, comparaciones destructivas y/o difamación.

4.6 Tipo y diseño de investigación

- El tipo de estudio que se desarrolla es de campo-correlacional debido a que se explorará la existencia de síntomas relacionados a la psicopatología infantil y su correlación con la violencia emocional mediante trabajo de campo.
- El diseño de estudio es no experimental-transeccional debido a que se realiza la investigación de campo sin manipulación voluntaria de las variables, es decir, las variables ya ocurrieron; se estudian las respuestas obtenidas acerca del maltrato infantil por los menores en la entrevista semiestructurada basada en el instrumento BALORA y las respuestas obtenidas por los tutores a cerca de la psicopatología infantil a través del CBTD.

4.7 Muestra

4.7.1 Tipo de muestreo

Los datos de la muestra clínica se obtuvieron por un muestreo no probabilístico intencional, debido a que los sujetos que participaron en el estudio se seleccionaron con base a que los menores fueran usuarios de algún servicio de intervención clínica o psicopedagógica del Centro Comunitario.

4.7.2. Criterios de selección

- *Criterios de inclusión:* Menores de edad entre 4 y 16 años que sean usuarios de algún servicio de intervención clínica o psicopedagógica del Centro Comunitario.
- *Criterios de exclusión:* Menores de edad que cuenten con edad menor a los 3 años y adolescentes de 17 años.

4.7.3 Participantes

En la muestra clínica participaron 13 tutores con edades de entre los 27 y los 52 años con hijos/hijas con edades de 4 a 16 años que reciben atención psicológica en el CCMG, obteniendo datos de 14 niños/niñas y adolescentes.

4.8 Escenario

El presente estudio se llevó a cabo dentro del Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro” que pertenece a la Facultad de Psicología de la UNAM entre octubre y diciembre de 2017. Una de sus principales actividades es vincularse con la sociedad a través de la formación de profesionistas comprometidos con las necesidades de la sociedad.

4.9 Instrumentos

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

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

El Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico para Niños y Adolescentes (CBTD) permite explorar e identificar conductas clave para el diagnóstico de los problemas y de las manifestaciones psicopatológicas más comunes en la infancia y en la adolescencia, con base a los motivos de consulta en los servicios de salud mental (Caraveo Anduaga & Soriano Rodríguez, 2013). El instrumento se validó en población mexicana, a través de su aplicación en 927 hogares, siendo su población total de 1932 sujetos entre los 28 y los 65 años de edad, de los que se obtuvieron datos de 1685 menores cuyas edades oscilan entre los 4 y 16 años. Obteniendo los siguientes datos: consistencia interna de 0.81 con un rango entre 0.75 y 0.85 para los diferentes grupos de edad (nivel de significancia 95%).

Para la obtención de casos se realiza una sumatoria aritmética en donde se considera la presencia de cada una de las conductas que reportan los tutores durante el último año o si tiene más tiempo de haberse presentado, de esta manera, se obtiene un número de síntomas que pueden ser significativos para definir un posible caso. Para obtener un caso probable no complicado se necesita una puntuación de 5 a 8 síntomas, para un caso definitivo complicado es necesaria una puntuación de 9 o más síntomas y para declarar un no caso se necesitan 4 síntomas o menos.

El cuestionario está compuesto por 27 preguntas que exploran síntomas que frecuentemente son motivo de consulta en los servicios de salud mental en niños y adolescentes. Entre los síntomas que explora el instrumento es posible identificar síndromes de exteriorización (impulsividad, hiperactividad, déficit de atención, probable conducta opositora, probable trastorno grave de conducta y probable trastorno de conducta moderado), de interiorización (probable trastorno depresivo grave, probable trastorno depresivo grave 2, probable trastorno depresivo moderado 1 y 2, probable trastorno de ansiedad generalizado y probable trastorno de ansiedad con inhibición) y otros síndromes como probable trastorno de lenguaje grave o moderado, probable trastorno de epilepsia grave o moderado, conducta explosiva con probable daño cerebral, y conducta explosiva como probable rasgo de carácter (Caraveo Anduaga & Soriano Rodríguez, 2013). Las respuestas del cuestionario son de elección forzada y preguntan la aparición de diversas conductas del menor en los últimos 12 meses y en su continuidad en caso de que su presencia se haya iniciado antes. De esta manera los síntomas se agrupan en tres grandes dimensiones, en síndromes externalizados, internalizados y otros:

Ψ Síndromes de exteriorización: corresponden a las conductas que interfieren negativamente con el desarrollo del menor y que dificultan su proceso de adaptación social; sus

características afectan principalmente al entorno, entre ellas se encuentran la impulsividad, hiperactividad, déficit de la atención y probable conducta oposicionista (TOD).

Ψ Síndromes de interiorización: se refieren a las reacciones o trastornos afectivos como la depresión y ansiedad, cuyos síntomas principales son la presencia de tristeza constante e irritabilidad.

Ψ Otros síndromes: estos incluyen problemas de lenguaje, epilepsia, conducta explosiva con probable daño cerebral/probable rasgo de carácter.

Entrevista semiestructurada basada en el instrumento BALORA para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo y desamparo: escalas de negligencia hacia necesidades psíquicas y maltrato emocional (Caraveo Anduaga & Soriano Rodríguez, 2013).

Para la detección de maltrato emocional en los niños se utilizó una entrevista semiestructurada, cuya realización se basó en el instrumento BALORA, empleado para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo y desamparo en los Servicios Sociales Municipales y Territoriales de Atención y Protección a la Infancia y Adolescencia en la Comunidad Autónoma Vasca. El instrumento está compuesto por 9 subescalas que evalúan el maltrato, que a su vez se encuentran divididas en varias clasificaciones:

Ψ Maltrato físico: El niño/niña o adolescente ha sufrido daño físico o hay riesgo de que lo sufra como consecuencia directa de las agresiones de su padre, madre o quienes ejercen su guarda o tutela.

- Ψ Negligencia: El niño/niña o adolescente ha sufrido daño psíquico o físico o hay riesgo de que lo sufra como consecuencia de la incapacidad de sus cuidadores en proporcionar una atención adecuada a sus necesidades físicas, de seguridad, formativas y psíquicas.
- Ψ Abuso sexual: cualquier clase de contacto e interacción sexual entre el padre, madre o tutores, o personas familiares o allegadas que forman parte de la unidad convivencial y el menor, en la que se utilice al menor para su propia estimulación sexual, la del menor o de otra persona.
- Ψ Maltrato psíquico: El menor ha sufrido daño psíquico grave o hay riesgo de que ocurra como consecuencia de las acciones de sus cuidadores, en algunos casos se incluye las acciones de otras personas que forman parte de la unidad convivencial.
- Ψ Abandono: incluye situaciones en las que el padre, madre o tutores dejen solo al niño deliberadamente; acuerdos sobre que el cuidado lo asuman terceras personas y no vuelvan por él en el periodo acordado; dejan frecuentemente al menor bajo el cuidado de otras personas desconocidas o poco familiares y se niega a asumir la atención del niño tras su salida de algún centro en el que se le haya internado.
- Ψ Incapacidad parental del control de la conducta del niño, niña o adolescente: relaciones familiares conflictivas, amenazas de agresiones físicas entre los miembros de la familia o se han producido, agresiones verbales continuas, la conducta del menor es extremadamente problemática y los tutores no pueden controlar la situación.
- Ψ Otras: se incluyen comportamientos como privación deliberada de comida o agua, confinamiento o restricción física, expulsión o negación de la entrada al domicilio, corrupción, mendicidad, explotación laboral.

- Ψ Otras situaciones específicas que constituyen riesgo grave de riesgo o desamparo: se refiere a antecedentes de desprotección grave perpetuada por el padre, la madre o tutores y graves dificultades personales en el madre, madre o tutores que ejercen la tutela o guarda.

La entrevista para evaluar el maltrato emocional en los menores se basó en la subescala “maltrato psíquico” y en un el apartado “negligencia necesidades psíquicas” de la subescala “negligencia”. De esta manera la entrevista explora la interacción y el afecto; estimulación; atención específica a problemas emocionales graves; normas, límites y transmisión de valores morales positivos; estimulación: atención específica a problemas emocionales graves; normas; límites; transmisión de valores morales positivos; maltrato emocional; instrumentalización en con conflictos entre las figuras parentales; exposición a situaciones de violencia de pareja o entre miembros de la unidad convivencial y amenazas de agresión física. Dentro del maltrato emocional se encuentran los apartados siguientes:

- Ψ Rechazar: se refiere a actos verbales o no verbales que rechazan o degradan al niño/niña o adolescente (incluye despreciar, insultar, degradar, ridiculizar, humillación pública, entre otros).
- Ψ Aterrorizar: engloba amenazar al niño/niña o adolescente con un castigo extremo o uno vago pero siniestro o con abandonarle con el propósito de crear en él miedo intenso.
- Ψ Aislar: hace referencia a aislar al niño/niña o adolescente las oportunidades para satisfacer sus necesidades de interactuar y comunicarse con sus iguales o con otras personas adultas.
- Ψ Restricción de la autonomía: coartar o impedir al niño-/niña o adolescente el alcanzar la autonomía y participación adecuada a su edad (incluye dominación extrema sobre el niño,

infantilización o parentalización del niño y su utilización para materializar los deseos no cumplidos de sus padres).

- Ψ **Sobree exigencia:** se somete al niño a una presión excesiva en cuanto a los logros a alcanzar o responsabilidades a asumir, estando por encima de las posibilidades y capacidades del niño.

De la misma manera, la subescala “*negligencia hacia necesidades psíquicas*” abarca los siguientes apartados:

- Ψ **Interacción y afecto:** engloba a que el padre/madre o tutores interactúen adecuadamente con el menor y que le expresen afecto adecuadamente (incluye expresión de afecto, cuidado y amor).
- Ψ **Estimulación:** hace referencia a proporcionar al niño experiencias enriquecedoras o educativas fuera del ámbito escolar dirigidas a desarrollar sus habilidades cognitivas o responder a sus necesidades de estimulación y aprendizaje.
- Ψ **Atención específica a problemas emocionales graves:** se refiere a la inhibición o retraso en la búsqueda de tratamiento psicológico o psiquiátrico de problemas emocionales que pueden poner en riesgo su vida o que requieran tratamiento imprescindible y urgente.
- Ψ **Normas, límites y transmisión de valores morales positivos:** hace referencia a que los padres o tutores del menor se encarguen de poner límites y/u orientar adecuadamente la conducta del niño/niña o adolescente.

El instrumento recoge los diferentes tipos de situaciones de riesgo y desamparo que pueden producirse en el seno de una familia. Las situaciones examinadas suponen una desatención o atención inadecuada (por acción u omisión) a las necesidades básicas del niño/niña o adolescente.

Consta de una hoja-resumen para valorar la situación de cada niño en la que se puntea si el menor se encuentra en una situación de desprotección o de riesgo, no existe, hay sospecha o sin información, en una situación positiva se registra dentro de 4 niveles de gravedad: riesgo grave o desamparo, riesgo moderado, riesgo leve o sin riesgo, especificando las características de cada una para conseguir tal clasificación.

4.10 Procedimiento

El procedimiento para realizar la investigación se realizó de la siguiente manera:

- 1) Se realizó una amplia investigación bibliográfica que justificara los objetivos del estudio.
- 2) Se realizó una búsqueda acerca de la pertinencia de emplear el CBTD, en la cual se encontraron estudios que garantizaban su validez y confiabilidad, además de estandarización en población mexicana, mismo que ha sido utilizado en otros proyectos de investigación dentro del CCMG. Se realizó una búsqueda en bases de datos acerca de escalas de medición de violencia infantil, las cuales involucraran diversos instrumentos. Se encontró que el instrumento BALORA es ampliamente utilizado en centros de salud y protección en países vascos y que dos de sus escalas de maltrato psíquico se emplearon en México para un estudio de violencia emocional.
- 3) Con el CBTD fue importante que se conociera exactamente qué explora cada pregunta, ya que es posible que algunas no sea perfectamente entendidas, de esta manera sería posible aclarar cualquier duda que surgiese; por ejemplo en el reactivo *Q11 ¿es muy nervioso (a) sin haber una buena razón?* Explora conductas como morderse las uñas, que le suden las manos, que se asuste por todo, que se preocupe mucho, que tenga muchos miedos, etc.

- 4) La entrevista basada en el instrumento BALORA se realizó de forma abierta y acorde a los reactivos que explora el maltrato emocional, de esta manera los niños tendrían la posibilidad de responder ampliamente acerca de cómo son las situaciones vividas dentro del hogar.
- 5) La aplicación de los instrumentos se realizó en una sesión en la que primero se realizaba la aplicación del cuestionario (sin el menor presente) y posteriormente la entrevista al menor (sin los padres o tutores presentes); los usuarios corresponden a los servicios de evaluación psicológica e intervención psicoterapéutica, se informó del uso que se le daría a la información proporcionada y se prescindió de un consentimiento informado debido a que el primero que se les entrega al ingreso al CCMG explica el uso de la información proporcionada.
- 6) Posterior a la recolección de datos, se procedió a la captura en una base de datos para su análisis. La información obtenida permite conocer aspectos sociodemográficos de ambas muestras (edad, sexo, ocupación, religión, antecedentes de maltrato y alcoholismo). La obtención de perfiles sindromáticos y por agrupación se realizaron a partir de las especificaciones del instrumento.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

A continuación, se muestran los resultados encontrados en el presente estudio, tomando en cuenta las características sociodemográficas de la muestra clínica. Se muestran inicialmente los datos de los tutores (y sus parejas) y posteriormente, los datos de los menores. Finalmente se

muestran los resultados de los instrumentos utilizados, además de los datos en relación a la violencia emocional y la psicopatología infantil.

5.1 Análisis cuantitativo

La muestra estuvo compuesta por 14 menores de edad y su respectivo tutor, los datos fueron proporcionados por 13 tutores; siendo en 12 de los casos madre biológica, en uno el padre biológico y en un caso madre por adopción, todos usuarios externos en el Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”, de la Facultad de Psicología de la UNAM.

El rango de edad de los tutores oscila entre los 27 y los 52 años ($M=39.62$, $DE= 8.201$). En cuanto a sus características sociodemográficas, de los trece encuestados, doce fueron mujeres y un hombre. Del total, 7 tutores viven una relación de pareja dentro del mismo hogar, sumatoria que resulta del porcentaje de individuos casados y que viven en unión libre de la muestra clínica (Tabla 1). En relación con la principal actividad que realizan los tutores, se encontró que 6 del total son empleadas en algún establecimiento, y en referencia a otra actividad retribuida económicamente se reportaron 3 casos.

En cuanto a la escolaridad de los encuestados, se observa que la mayoría cuentan con escolaridad básica, siendo primaria y secundaria (6 casos), 1 persona con carrera técnica y 2 individuos cuentan con licenciatura. Respecto a la religión que profesan, 11 del total reportaron ser católicas, 1 individuo practica la religión cristiana y 1 individuo más reporta no practicar alguna religión.

	N	%	% Acumulado
Estado civil			
Soltera	3	23.8	23.08
Casada			
Unión libre	2	15.38	38.46
Divorciada			
Separada	5	38.46	76.92
	1	7.69	84.62
	2	15.38	100.00
Ocupación			
Empleada	6	46.15	46.15
Ama de casa			
Otro	4	30.77	76.92
	3	23.08	100.00
Religión			
Católica	11	84.62	84.62
Cristiana			
No hay	1	7.69	92.31
	1	7.69	100.00
Escolaridad			
Primaria	1	7.69	7.69
Secundaria			
Preparatoria	5	38.46	46.15
Carrera Técnica			
Licenciatura/posgrado	4	30.77	76.92
	1	7.69	84.62
	2	15,38	100.00

Tabla 1. Frecuencia de los datos sociodemográficos de la muestra clínica (tutores).

De la misma forma se exploraron los antecedentes de maltrato (golpes e insultos) en la niñez (Tabla 2) en el tutor encuestado y en su pareja, en dónde se puede observar que 6 de los tutores reporta no haber sufrido maltrato en la niñez (golpes e insultos). Sin embargo, 7 individuos

reportan haber vivido maltrato en la niñez, correspondiendo 4 de ellos a maltrato ocasional y 3 de ellos a haber vivido maltrato casi siempre.

	Muestra clínica					
	Tutor			Pareja		
	N	%	% Acumulado	N	%	% Acumulado
No había maltrato	6	46.15	46.15	5	71.43	71.43
Ocasionalmente	4	30.77	76.92	2	28.57	100.00
Varias veces	--	--	76.92	--	--	--
Casi siempre	3	23.08	100.00	--	--	--

Tabla 2. Maltrato en la niñez.

También se recolectó la información de sus parejas, quiénes en la mayoría reporta no haber sufrido maltrato, como golpes e insultos, correspondiendo a 5 individuos de la muestra. En referencia a los individuos que reportaron haber recibido maltrato ocasional, como golpes e insultos, corresponde a 2 personas.

Además, se indagó acerca del consumo de alcohol en los tutores y en sus parejas. Se observa que más de tres cuartas partes de los tutores no consumen alcohol (10 casos) y que solo 3 del total reporta consumirlo ocasionalmente. Por otra parte, se observa que la mayoría de las parejas consumen alcohol ocasionalmente (4 casos) y que 1 de ellos lo consume casi siempre.

Muestra total

	Tutor			Pareja		
	N	%	% Acumulado	N	%	% Acumulado
No consume	10	76.92	76.92	2	28.57	28.57
Ocasionalmente	3	23.08	100.00	4	57.14	85.71
Varias veces	--	--	--	--	--	85.71
Casi siempre	--	--	--	1	14.29	100.00

Tabla 3. Consumo de alcohol.

Sexo, edad, escolaridad de los menores.

Ahora se presentarán las características de la muestra infantil, mostrando en primer plano las gráficas correspondientes a las variables, seguidas de una descripción.

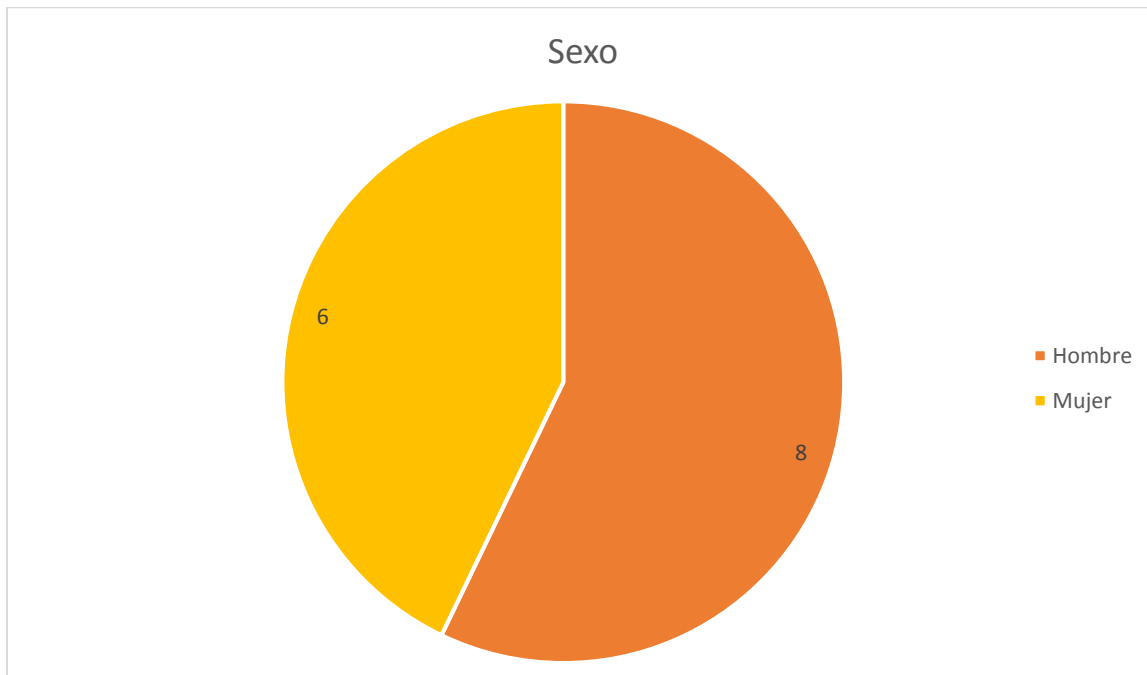


Figura 1. Sexo.

La muestra estuvo compuesta mayormente por hombres; del total de participantes, 6 de ellos son mujeres (Figura 1).

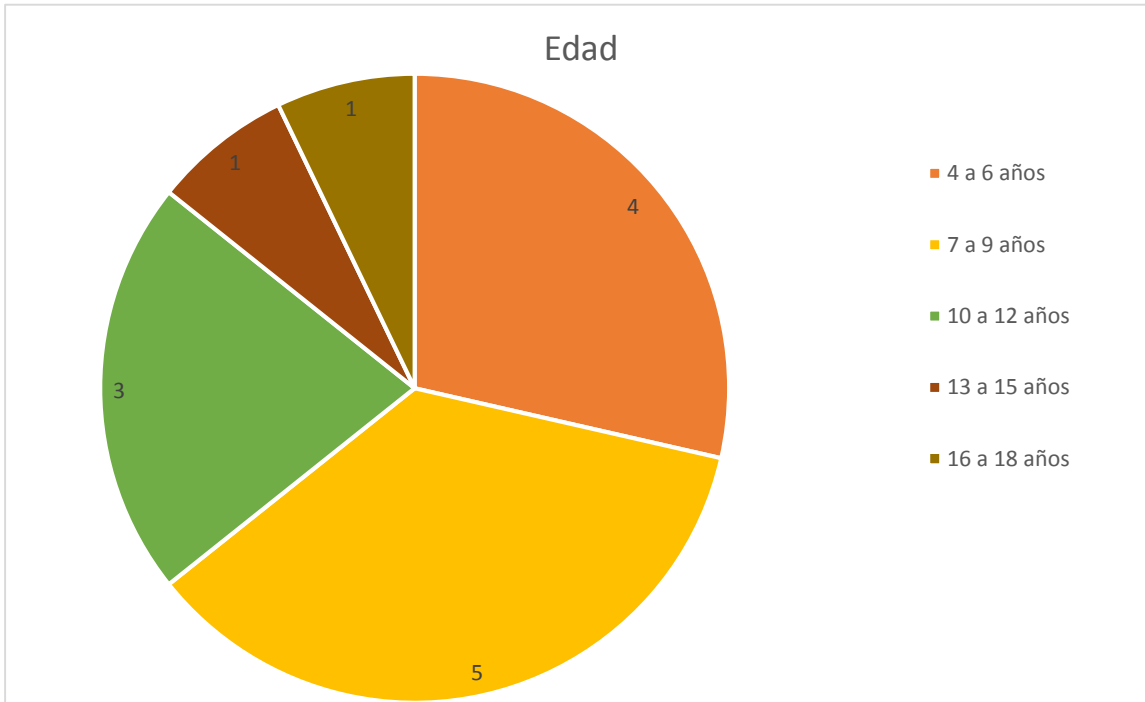


Figura 2. Rango de edades.

En cuanto a la edad de los menores, se encontró que la mayoría de los usuarios (cinco) se encuentran en el rango de 7 a 9 años mientras que un usuario en el rango de 13 a 15 años y otro en el rango de 16 a 18 años. Los menores se encontraron en un rango de edad entre los 4 y los 16 años (Figura 2).

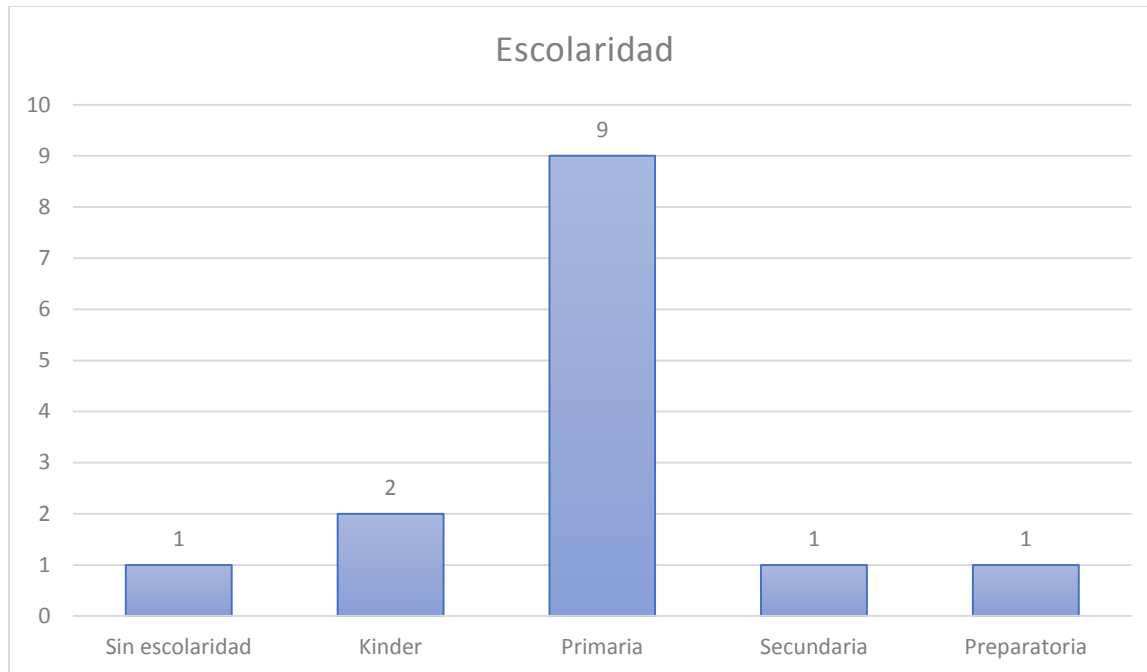


Figura 3. Escolaridad.

En cuanto a la escolaridad de los menores, la mayoría de los niños (nueve) asisten a la primaria, dos menores asisten al kínder, uno asiste a la secundaria y otro a la preparatoria. Sin embargo, cabe destacar que una de las menores (4 años) no asiste a alguna institución educativa (Figura 3).

Parentesco.

Respecto a la crianza del menor se muestran dos gráficas, la primera de ellas hace referencia al parentesco directo que tiene el tutor con el menor (siendo mamá o papá) y en la segunda se muestra el parentesco con alguna otra figura paterna/materna dentro del hogar.

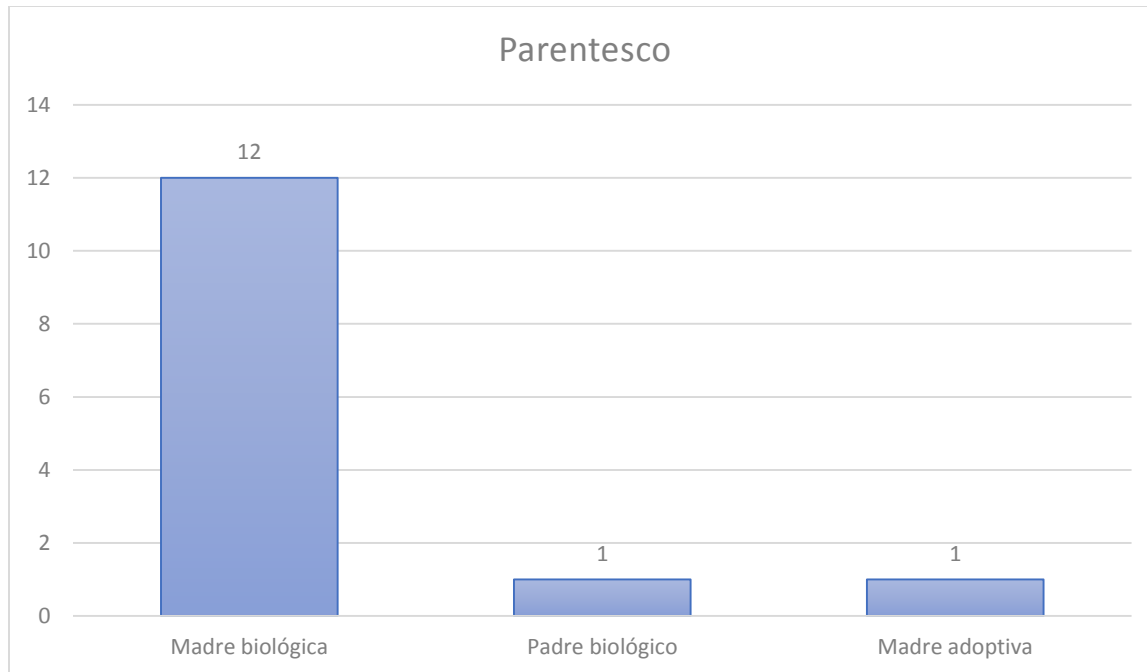


Figura 4. Parentesco con su tutor.

En cuanto al parentesco que tienen los menores con el tutor que lo acompaña a sus sesiones, se observa que once están bajo el cuidado de su madre biológica y un menor bajo el cuidado del padre biológico. Por su parte, uno de los menores se encuentra bajo cuidado de su madre adoptiva, el menor desconoce tal situación (Figura 4).

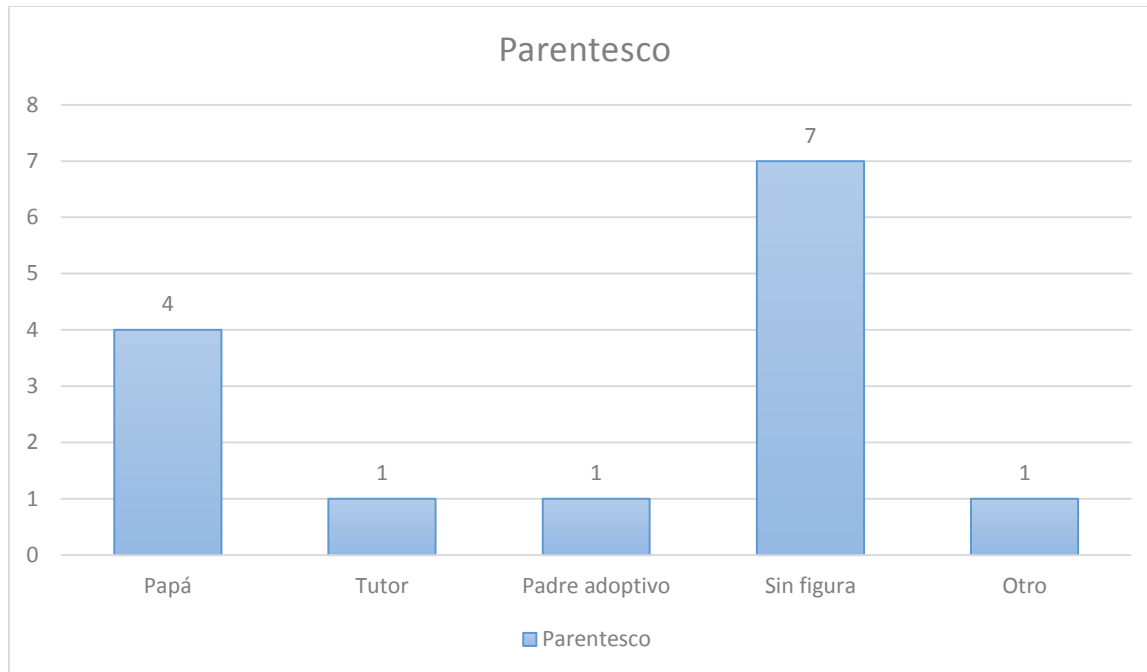


Figura 5. Parentesco del menor con otra figura filial dentro del hogar.

Respecto al parentesco entre el menor y otra figura filial dentro del hogar se encontró que la mayoría (7 menores) no cuentan con una figura filial dentro del hogar, de los cuales, uno con ausencia de la madre y seis con la del padre; mientras que, de la muestra total, cuatro de los menores viven con su padre y madre. Por otra parte, tres de los menores cuentan con una figura paterna, que no es su padre biológico, y la madre define de la siguiente manera: uno de los menores vive con un *tutor*, uno con *padre adoptivo* (corresponde al menor con madre adoptiva) y un menor vive con *otro* (Figura 5).

Instrumentos

A continuación, se presentarán los resultados obtenidos en los instrumentos aplicados. Al inicio se muestran los resultados obtenidos del Cuestionario Breve de Tamizaje Diagnóstico

(CBTD). En la mayoría de los casos, el tutor reportó que el menor presenta sintomatología que es compatible con diversos trastornos de psicopatología infantil, en donde destacan rasgos compatibles con TDA-H. Sin embargo, muchos de los menores presentaron más de una agrupación sintomatológica compatible con un trastorno. Posteriormente se mostrarán los resultados de la entrevista semiestructurada basada en el instrumento BALORA. La mayoría de los menores se mostraron dispuestos a responder la entrevista, sin embargo en tres casos esta tarea fue complicada, ya que se reusaron a contestarla o no les era posible hacerlo. Debido a esto y a la múltiple sintomatología que se encontró con el CBTD, al último se analizarán los resultados obtenidos por cada uno de los menores.

Cuestionario Breve de Tamizaje Diagnóstico

Se presentan los resultados obtenidos en el Cuestionario Breve de Tamizaje Diagnóstico. El Cuestionario Breve de Tamizaje Diagnóstico tiene el objetivo de poder utilizarse como un instrumento rápido y sencillo para poder detectar aquellos casos que requieren la aplicación de otras técnicas o dar seguimiento para un diagnóstico más profundo; es posible detectar: no caso, caso y caso complicado.

Del total de los menores de edad, once resultaron sintomáticos, de los cuáles, en cinco de ellos su tutor reportó más de 9 síntomas, que los coloca como un caso complicado (Figura 6).

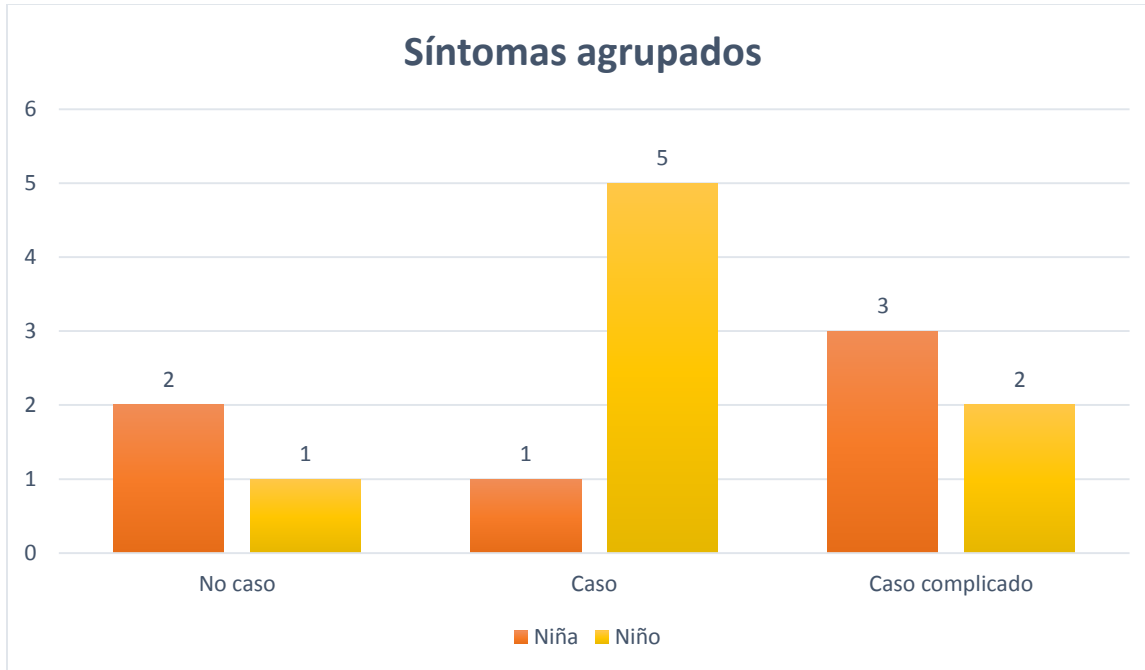


Figura 6. Menores por síntomas agrupados.

De esta manera es posible observar que, en la muestra, los casos sin complicación se presentan con mayor frecuencia en los niños/adolescentes (5 niños vs 1 niña), mientras que en los casos considerados como complicados se presenta el mayor número de casos en las niñas/adolescentes (3 niñas vs 2 niños).

A partir de la clasificación mostrada en el instrumento de tamizaje se obtuvieron diversos perfiles que se agrupan en trastornos específicos; el CBTD sigue la clasificación del DSM-IV y agrupa las siguientes definiciones sindromáticas (Caraveo-Anduaga, 2007) que se presentan en tres grupos: síndromes de exteriorización, síndromes de interiorización y otros síndromes.

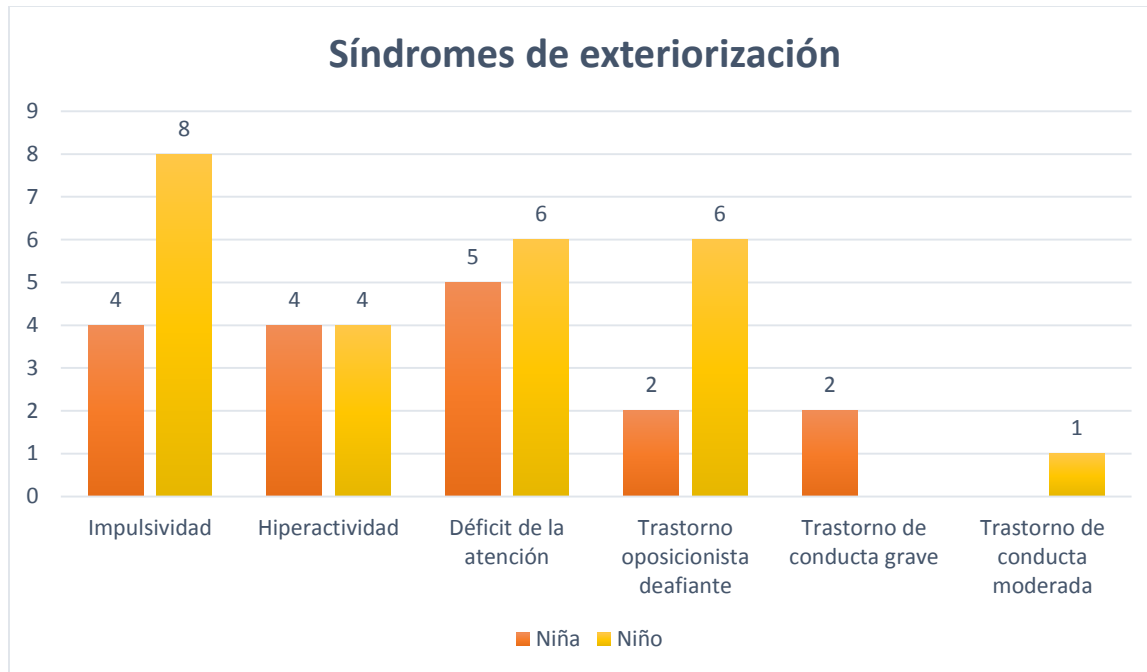


Figura 6. Síndromes de exteriorización.

En la muestra se aprecia que los tutores reportaron la impulsividad como síntoma más frecuente en los niños, mientras que en las niñas se observa que es el déficit de atención; en cuanto a la sintomatología que es compatible con trastornos, se observa que la que menos se exhibe en las niñas es aquella que es compatible con el trastorno oposicionista desafiante y el trastorno de conducta grave, mientras que el trastorno de conducta moderado es el que menos se registró en los niños. Sin embargo, en ninguno de los niños se reportó sintomatología asociada con el trastorno de conducta grave ni en las niñas el trastorno de conducta moderada, tomando en cuenta que una de las menores no presentó sintomatología que la incluyera dentro de las clasificaciones (Figura 6).

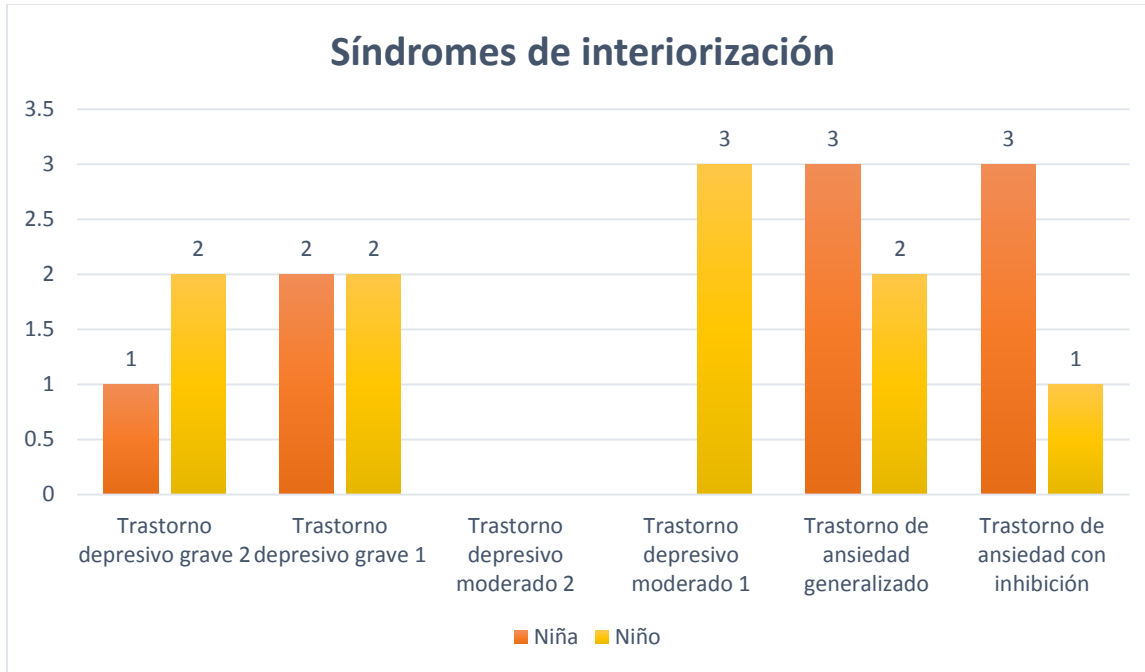


Figura 7. Síndromes de interiorización.

En cuanto a los síndromes de interiorización, los tutores reportaron la sintomatología compatible con trastornos de la siguiente manera: aquella asociada al trastorno depresivo moderado 1 como la más frecuente en los niños, mientras que en las niñas se observa que es aquella compatible con el trastorno de ansiedad generalizado y el trastorno de ansiedad con inhibición; además, la que menos se exhibe en las niñas es aquella compatible con el trastorno depresivo grave 2, mientras que la asociada con el trastorno de ansiedad con inhibición es el que menos se registró en los niños. Sin embargo, en ninguno de los menores se reportaron síntomas compatibles con el trastorno depresivo moderado 2, y tomando en cuenta que una de las menores no presentó sintomatología que la incluyera dentro de las clasificaciones (Figura 7).

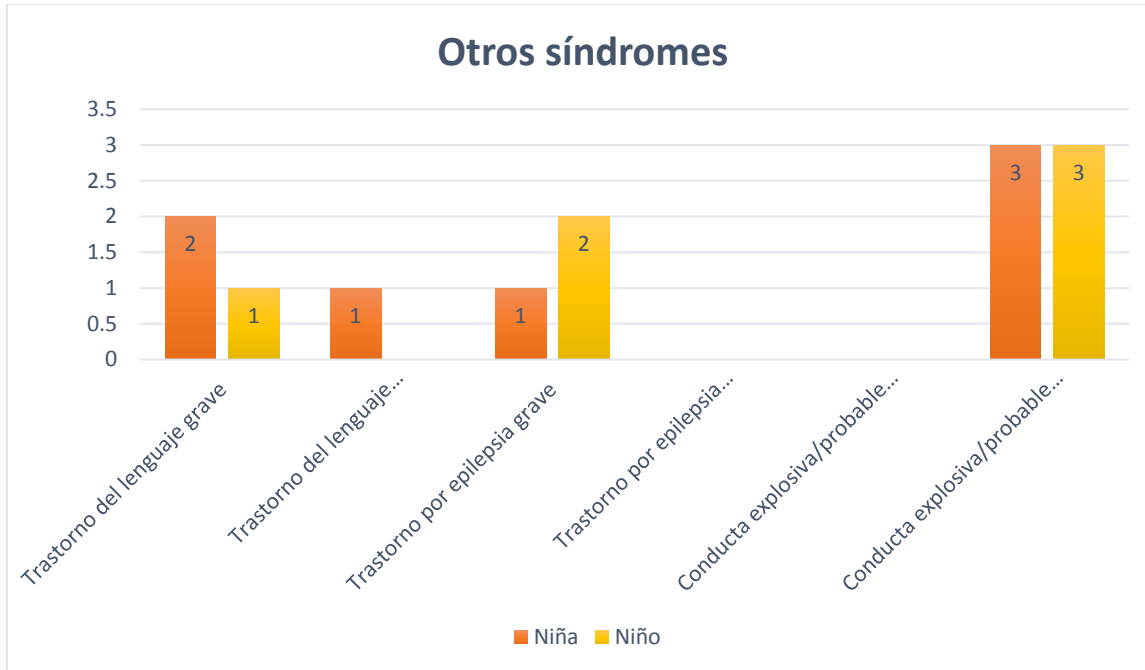


Figura 8. Otros síndromes.

En cuanto a otros síndromes que pueden presentar los niños se encontró que la sintomatología que coincide con la conducta explosiva como probable rasgo de carácter es la que mayor incidencia tiene en seis casos, los cuales corresponden a tres niñas y tres niños. El que menos se presenta en los niños es la sintomatología asociada con el trastorno de lenguaje grave y en las niñas el trastorno de lenguaje moderado y el trastorno por epilepsia grave. Sin embargo, no se presentan el trastorno por epilepsia moderado ni el trastorno de conducta explosiva con probable daño cerebral, y tomando en cuenta que una de los menores no presentó sintomatología que la incluyera dentro de las clasificaciones (Figura 8).

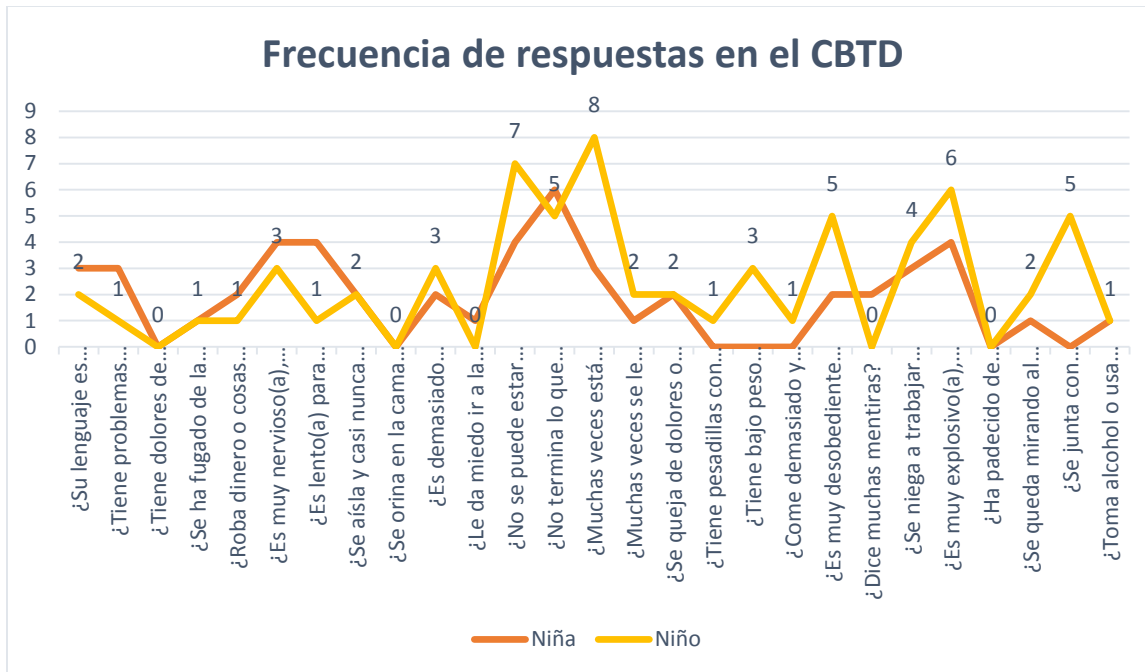


Figura 9. Frecuencia de respuestas en el CBTD.

De acuerdo a la gráfica 9 es posible observar las discrepancias en relación a las conductas reportadas entre niñas y niños. Es posible observar que en ambos se manifiesta un pico en las preguntas Q11 *¿Es muy nervioso (a) o miedoso (a) sin haber una buena razón?*, Q17 *¿No se puede estar quieto (a) en su asiento, siempre se está moviendo?*, Q18 *¿No termina lo que empieza, es muy distraído (a)?* Q28 *¿Es muy explosivo (a), pierde el control con facilidad?* En tales, los tutores respondieron afirmativamente, que las conductas se presentaron en el último año o más; estas conductas se corresponden a hiperactividad, cambios de humor, periodos de atención cortos.

En la tabla 4 se integra la información general de cada uno de los participantes en la muestra, se incluye sexo, edad, sintomatología compatible con la psicopatología infantil y sintomatología agrupada, la cual da lugar al TDA-H, que condensa la presencia de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad. Se observa que la presencia de impulsividad, hiperactividad y

déficit de atención encabezan la lista en el reporte de sintomatología, dando lugar a variadas combinaciones diagnósticas agrupadas, en donde el TDA-H tipo mixto predomina en ser reportado. De igual forma, a pesar de la presencia de sintomatología asociada a psicopatología infantil, siguiendo los criterios del Cuestionario Breve de Tamizaje Diagnóstico no es posible considerar como casos a 3 de los presentes; dos de ellos mujeres (10 años de edad) un hombre (7 años de edad). Sin embargo, en dos de ellos es posible asociar sintomatología agrupada, pero no es posible en otro de ellos (Tabla 4).

RELACIÓN DE CASOS CON LA SINTOMATOLOGÍA

		Sexo	Edad	Conductas afirmativas	Psicopatología compatible con la sintomatología	Sintomatología agrupada
01	Caso	H	05 años	8	Impulsividad Déficit de Atención	TDA-H tipo Predominante Inatento, Severo
						Trastorno Oposicionista Desafiante
						Trastorno Depresivo Moderado 1
02	Caso	M	09 años	8	Impulsividad Hiperactividad Déficit de Atención	TDA-H tipo mixto
						Trastorno Depresivo Grave 1
						Trastorno de Ansiedad Generalizado
						Trastorno de Lenguaje Grave
						Conducta Explosiva como Rasgo de Conducta
03	Caso	M	09 años	12	Impulsividad Hiperactividad Déficit de Atención	TDA-H Tipo Mixto

Trastorno Oposicionista Desafiante

Trastorno Depresivo Grave 1

Trastorno de Ansiedad Generalizado

Trastorno de Ansiedad con Inhibición

Trastorno por Epilepsia Grave

Conducta explosiva como probable Rasgo del Carácter

Trastorno del Leguaje Grave

04	No caso	H	07 años	4	Impulsividad	
05	No caso	M	10 años	2	Sin dx	Sin dx
06	Caso complicado	M	04 años	11	Impulsividad	TDA-H Tipo Mixto
					Hiperactividad	
					Déficit de Atención	
					Trastorno Oposicionista Desafiante	
					Trastorno de Conducta Grave	
					Trastorno de Lenguaje Moderado	
07	Caso	H	05 años	8	Impulsividad	TDA-H Tipo Mixto
					Hiperactividad	
					Déficit de Atención	
					Trastorno Oposicionista Desafiante	
					Trastorno de Conducta Grave	
					Trastorno por Epilepsia Grave	
08	Caso complicado	M	13 años	14	Impulsividad	TDA-H Tipo Mixto
					Hiperactividad	
					Déficit de Atención	

					Trastorno de Conducta Grave	
					Conducta explosiva como probable Rasgo del Carácter	
					Trastorno Depresivo Grave 2	
					Trastorno de Ansiedad Generalizado	
					Trastorno de Ansiedad con Inhibición	
09	No caso	M	10 años	4	Déficit de Atención	
					Trastorno de Ansiedad con Inhibición	
10	Caso	H	06 años	7	Impulsividad	
					Trastorno Oposicionista Desafiante	
					Trastorno Depresivo Moderado	
11	Caso	H	08 años	7	Impulsividad	TDA-H Tipo Mixto
					Hiperactividad	
					Déficit de Atención	
					Conducta explosiva como probable Rasgo del Carácter	
					Trastorno Depresivo Grave 2	
					Trastorno de Ansiedad Generalizado	
12	Caso complicado	H	08 años	13	Impulsividad	TDA-H Tipo Mixto
					Hiperactividad	
					Déficit de Atención	
					Trastorno	
					Oposicionista Desafiante	
					Trastorno Depresivo Grave 2	
					Trastorno de Ansiedad Generalizado	
					Trastorno de Ansiedad con Inhibición	
					Conducta explosiva como probable Rasgo del Carácter	
					Trastorno del Leguaje Grave	

13	Caso compli cado	H	16 años	11	Impulsividad Déficit de Atención Trastorno de Conducta moderado Trastorno Depresivo Grave 2 Trastorno de Epilepsia Grave Conducta explosiva como probable Rasgo del Carácter	TDA-H tipo Predominante mente Inatento, Severo
14	Caso	H	11 años	6	Impulsividad Hiperactividad Déficit de Atención Trastorno Oposicionista Desafiante Trastorno Depresivo Moderado 1	TDA-H Tipo Mixto

Tabla 4. Frecuencia de sintomatología; no caso, caso y caso complicado.

En la tabla 5 se muestra la comparación entre el diagnóstico realizado directamente por parte del Centro Comunitario y el diagnóstico obtenido por el CBTD. La prevalencia más alta de la sintomatología que se obtuvo en el Centro Comunitario está relacionada con “*Estilos de crianza*” (8 casos), ubicando en segundo lugar de prevalencia a la “*ansiedad*” y al menor como “*generador de violencia*” (3 casos cada uno).

Mientras, en el CBTD la sintomatología que más se repite es la asociada al TDA-H (*impulsividad, déficit de atención e hiperactividad*) en 13 casos y es en 10 de ellos que la sintomatología se agrupa en sus diversas manifestaciones, dando como resultado *TDA-H Tipo Mixto* (8 casos) y *TDA-H tipo Predominantemente Inatento, Severo* (2 casos), ubicando en segundo lugar de prevalencia al Trastorno Oposicionista Desafiante (Tabla 5).

Es importante señalar que el CBTD es un instrumento de tamizaje, es decir, identifica posibles problemas de salud mental en niños y adolescentes tomando como base las quejas o motivos de consulta más frecuentes mientras que en el CCMG se realizó una evaluación psicológica, por tales motivos se observan las discrepancias entre ambos diagnósticos; en ambos casos, la información que se recoge se brinda por los padres o tutores de los menores.

De igual forma, es posible observar similitudes entre ambos diagnósticos realizados, por ejemplo, en el caso 1 se observa que ambos contienen el diagnóstico *Trastorno Oposicionista Desafiante*, lo mismo se encuentra en el caso 14; en el caso 4 coinciden ambos con el diagnóstico de *impulsividad*; por otra parte, en el caso 6 concuerdan en ambos diagnósticos la sintomatología de *impulsividad y problemas de lenguaje*, el *TDA-H* se observa presente en ambos diagnósticos en el caso 7, de la misma manera, se observan similitudes con el diagnóstico de *ansiedad* en el caso 8, 9 y 13.

Comparación de diagnósticos clínicos

FOLIO	EDAD	SEXO	CBTD	CCMG
01	05 años	H	Impulsividad Déficit de Atención Trastorno Oposicionista Desafiante Trastorno Depresivo Moderado 1 *TDA-H tipo Predominante mente Inatento, Severo	Trastorno Oposicionista Desafiante Falta de límites/Estilos de crianza Generador de Violencia
02	09 años	M	Impulsividad Hiperactividad Déficit de Atención Trastorno Depresivo Grave 1	Bajo rendimiento escolar Problemas de aprendizaje Estilos de crianza Deprivación sociocultural

			Trastorno de Ansiedad Generalizado	
			Trastorno de Lenguaje Grave	
			Conducta Explosiva como Rasgo de Carácter	
			*TDA-H tipo mixto	
03	09 años	M	Impulsividad	Estilos de crianza
			Hiperactividad	Deprivación sociocultural
			Déficit de Atención	
			Trastorno Oposicionista Desafiante	
			Trastorno Depresivo Grave I	
			Trastorno de Ansiedad Generalizado	
			Trastorno de Ansiedad con Inhibición	
			Trastorno por Epilepsia Grave	
			Conducta explosiva como probable Rasgo del Carácter	
			Trastorno del Leguaje Grave	
			*TDA-H Tipo Mixto	
04	07 años	H	Impulsividad	Pobre control de impulsos
				Estilos de crianza
				Acoso escolar
				Generador de violencia
				Problemas de aprendizaje
05	10 años	M	Sin diagnóstico	Ansiedad por abuso sexual
				Maltrato infantil
06	04 años	M	Impulsividad	Negligencia
			Hiperactividad	Víctima de violencia
			Déficit de Atención	Problemas de lenguaje
			Trastorno Oposicionista Desafiante	Falta de control de impulsos
			Trastorno de Conducta Grave	
			Trastorno de Lenguaje Moderado	

*TDA-H Tipo Mixto				
07	05 años	H	Impulsividad	TDA-H
			Hiperactividad	Estilos de crianza
			Déficit de Atención	Generador de violencia
			Trastorno Oposicionista Desafiante	
			Trastorno de Conducta Grave	
			Trastorno por Epilepsia Grave	
*TDA-H Tipo Mixto				
08	13 años	M	Impulsividad	Ansiedad
			Hiperactividad	Autoagresión
			Déficit de Atención	Problemas en las relaciones familiares
			Trastorno de Conducta Grave	Problemas de comunicación interpersonal
			Conducta explosiva como probable Rasgo del Carácter	
			Trastorno Depresivo Grave 2	
			Trastorno de Ansiedad Generalizado	
			Trastorno de Ansiedad con Inhibición	
*TDA-H Tipo Mixto				
09	10 años	M	Déficit de Atención	Estilos de crianza
			Trastorno de Ansiedad con Inhibición	Ansiedad
10	06 años	H	Impulsividad	Discapacidad intelectual
			Trastorno Oposicionista Desafiante	Estilos de crianza
			Trastorno Depresivo Moderado Tipo 1	
11	08 años	H	Impulsividad	Bajo rendimiento escolar como consecuencia de inatención
			Hiperactividad	Problemas de conducta en casa y escuela
			Déficit de Atención	
			Conducta explosiva como probable Rasgo del Carácter	
			Trastorno Depresivo Grave 2	
			Trastorno de Ansiedad Generalizada	

*TDA-H Tipo Mixto			
12	08 años	H	<p>Impulsividad</p> <p>Hiperactividad</p> <p>Déficit de Atención</p> <p>Trastorno</p> <p>Oposicionista Desafiante</p> <p>Trastorno Depresivo Grave 2</p> <p>Trastorno de Ansiedad Generalizado</p> <p>Trastorno de Ansiedad con Inhibición</p> <p>Conducta explosiva como probable Rasgo del Carácter</p> <p>Trastorno del Leguaje Grave</p> <p style="text-align: center;">*TDA-H Tipo Mixto</p>
			<p>Afectación emocional y escolar por separación de los padres</p>
13	16 años	H	<p>Impulsividad</p> <p>Déficit de Atención</p> <p>Trastorno de Conducta moderado</p> <p>Trastorno Depresivo Grave 2</p> <p>Trastorno de Epilepsia Grave</p> <p>Conducta explosiva como probable Rasgo del Carácter</p> <p style="text-align: center;">*TDA-H tipo Predominante mente Inatento, Severo</p>
			<p>Ansiedad</p> <p>Depresión</p> <p>Problemas en las relaciones familiares</p>
14	11 años	H	<p>Impulsividad</p> <p>Hiperactividad</p> <p>Déficit de Atención</p> <p>Trastorno Oposicionista Desafiante</p> <p>Trastorno Depresivo Moderado 1</p> <p style="text-align: center;">*TDA-H Tipo Mixto</p>
			<p>Trastorno Oposicionista Desafiante</p> <p>Estilos de crianza</p>

Tabla 5. Comparación de diagnósticos: CBTD vs CCMG.

5.2 Análisis cualitativo

Entrevista semiestructurada basada en el instrumento BALORA para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo y desamparo: escalas de negligencia hacia necesidades psíquicas y maltrato emocional.

Ahora se muestran los resultados de la entrevista semiestructurada basada en el instrumento BALORA. En general, los menores se mostraron abiertos en cuanto a responder la entrevista, sin embargo, en tres casos esta tarea fue complicada; en un caso la menor no cuenta con el lenguaje suficiente para entablar una conversación, en otro caso el menor realizaba comportamientos disruptivos como gritar, saltar, interrumpir y hacer voces de personas o caricaturas, además de brindar respuestas que no correspondían con las preguntas, y, por último, un menor se negó a continuar la entrevista. Debido a la gran variedad de respuestas obtenidas, la información se presenta por número de caso y de acuerdo con los indicadores de la entrevista.

01

Niño: 05 años.

- A. INTERACCIÓN Y AFECTO.** Adecuada interacción y afecto, el menor cuenta con atención dentro del hogar, demostraciones adecuadas de afecto, óptimo cuidado de alimentación e higiene personal (de acuerdo a lo dicho por el menor y su aliño e higiene).
- B. ESTIMULACIÓN.** Insuficiente estimulación, el menor no cuenta con actividades lúdicas, no está inscrito en actividades extraacadémicas, no le interesa realizar alguna, no hay estimulación de aprendizaje externo a la escuela, poco aprendizaje fuera del hogar (museos), cuenta con juguetes y juegos apropiados a la edad, ve caricaturas en televisión una hora al día. No hay actividades lúdicas con los padres.

C. ATENCIÓN ESPECÍFICA A PROBLEMAS EMOCIONALES GRAVES. No se han presentado situaciones emocionales graves en las que la menor necesite atención, sin embargo, menciona indicadores de depresión.

D. NORMAS, LÍMITES Y TRANSMISIÓN DE VALORES MORALES POSITIVOS. Adecuada conversación entre el menor y sus padres, transmisión de normas y límites dentro del hogar, sin transmisión de valores morales positivos.

E. MALTRATO EMOCIONAL. No se reportan indicadores de maltrato emocional. Sin embargo, el menor menciona que su padre vendió uno de sus juguetes favoritos (wolverine), situación que lo puso triste, además de una situación en casa en la que rompió un plato, se cortó y a pesar de estar su madre dentro de casa no le mencionó nada; suele jugar con fuegos artificiales.

F. INSTRUMENTALIZACIÓN EN CONFLICTOS ENTRE LAS FIGURAS PARENTALES. No se observa instrumentalización, es decir, no hay información que sustente la utilización del menor para dañarse mutuamente y/o alejarle definitivamente de la otra figura paterna.

G. EXPOSICIÓN A SITUACIONES DE VIOLENCIA DE PAREJA O ENTRE MIEMBROS DE LA UNIDAD CONVIVENCIAL. El menor ha observado situaciones en las que los padres discuten, menciona que su papá ha golpeado a su mamá y que incluso en una ocasión fue necesario ir al hospital; también se observa violencia física hacia su hermano por parte del padre.

H. AMENAZAS DE AGRESIÓN FÍSICA. Menciona que no las hay sin embargo tiene miedo cuando pelean sus papás, se pelean tanto que su papá la pega a su mamá.

02

Niña: 09 años.

- A. INTERACCIÓN Y AFECTO.** Adecuada interacción y afecto, el menor cuenta con atención dentro del hogar, demostraciones adecuadas de afecto, óptimo cuidado de alimentación e higiene personal (de acuerdo a lo dicho por el menor y su aliño e higiene).
- B. ESTIMULACIÓN.** Adecuada estimulación, la menor cuenta con actividades lúdicas, aunque no está inscrita en actividades extraacadémicas le interesa realizar alguna y sus padres se muestran interesados, no hay estimulación de aprendizaje externo a la escuela, poco aprendizaje fuera del hogar (museos), cuenta con juguetes y juegos apropiados a la edad, ve caricaturas en televisión.
- C. ATENCIÓN ESPECÍFICA A PROBLEMAS EMOCIONALES GRAVES.** No se han presentado situaciones emocionales graves en las que la menor necesite atención, sin embargo, menciona indicadores de problemas de atención.
- D. NORMAS, LÍMITES Y TRANSMISIÓN DE VALORES MORALES POSITIVOS.** Se observa una inadecuada transmisión de normas y límites, sin embargo, una adecuada transmisión de valores morales positivos.
- E. MALTRATO EMOCIONAL.** Se observan indicadores de maltrato emocional, como insultos y denigraciones, en general es ignorada, sólo a veces tomada en cuenta, mencionando amenazas cuando era pequeña.
- F. INSTRUMENTALIZACIÓN EN CONFLICTOS ENTRE LAS FIGURAS PARENTALES.** No se encuentran indicadores de instrumentalización.

G. EXPOSICIÓN A SITUACIONES DE VIOLENCIA DE PAREJA O ENTRE MIEMBROS DE LA UNIDAD CONVIVENCIAL. No se ha expuesto al menor a violencia de pareja.

H. AMENAZAS DE AGRESIÓN FÍSICA. No menciona amenazas de agresión física actuales.

03

Niña: 09 años.

A. INTERACCIÓN Y AFECTO. El menor cuenta con adecuada interacción y afecto, con atención dentro del hogar, demostraciones adecuadas de afecto, óptimo cuidado de alimentación e higiene personal (de acuerdo a lo dicho por el menor y su aliño e higiene).

B. ESTIMULACIÓN. Adecuada estimulación, la menor cuenta con actividades lúdicas, aunque no está inscrita en actividades extraacadémicas le interesa realizar alguna y sus padres se muestran interesados, no hay estimulación de aprendizaje externo a la escuela, poco aprendizaje fuera del hogar (museos), cuenta con juguetes y juegos apropiados a la edad, ve caricaturas en televisión.

C. ATENCIÓN ESPECÍFICA A PROBLEMAS EMOCIONALES GRAVES. No se han presentado situaciones emocionales graves, sin embargo, menciona indicadores de problemas de atención.

D. NORMAS, LÍMITES Y TRANSMISIÓN DE VALORES MORALES POSITIVOS. Ocurre una adecuada transmisión de normas y límites, y una adecuada transmisión de valores morales positivos.

- E. MALTRATO EMOCIONAL.** Se observan indicadores de maltrato emocional, gritos, denigraciones, humillaciones, amenazas de privaciones materiales.
- F. INSTRUMENTALIZACIÓN EN CONFLICTOS ENTRE LAS FIGURAS PARENTALES.** No se encuentran indicadores de instrumentalización en conflictos parentales.
- G. EXPOSICIÓN A SITUACIONES DE VIOLENCIA DE PAREJA O ENTRE MIEMBROS DE LA UNIDAD CONVIVENCIAL.** No se reporta exposición a violencia de pareja.
- H. AMENAZAS DE AGRESIÓN FÍSICA.** No se encuentran amenazas de agresión física.

04

Niño: 07 años.

- A. INTERACCIÓN Y AFECTO.** Se observan los siguientes indicadores de interacción y afecto, poca interacción interpersonal, adecuado tono de voz y en algunas ocasiones tono desagradable, adecuadas muestras de afecto, alimentación inadecuada (comida rápida) e higiene descuidada (el menor se presenta inadecuadamente aseado a la sesión, además se observa sobrepeso).
- B. ESTIMULACIÓN.** Inadecuada estimulación, el menor no cuenta con actividades lúdicas, no realiza actividades extraacadémicas, no hay intereses personales en ellas ni en la mamá para que asista, además no hay estimulación de aprendizaje externo a la escuela, juguetes y juegos adecuados a su edad, ve mucha televisión (5 a 7 horas diario).

- C. ATENCIÓN ESPECÍFICA A PROBLEMAS EMOCIONALES GRAVES.** No se han presentado situaciones emocionales graves en que sea necesario.
- D. NORMAS, LÍMITES Y TRANSMISIÓN DE VALORES MORALES POSITIVOS.** Adecuada transmisión de normas, límites y valores morales positivos.
- E. MALTRATO EMOCIONAL.** Se observan indicadores de maltrato emocional, gritos, groserías, amenazas de castigo físico si se porta mal (tiene miedo a que le peguen), se empeñó videojuego del niño.
- F. INSTRUMENTALIZACIÓN EN CONFLICTOS ENTRE LAS FIGURAS PARENTALES.** No se encuentran indicadores de instrumentalización en conflictos parentales.
- G. EXPOSICIÓN A SITUACIONES DE VIOLENCIA DE PAREJA O ENTRE MIEMBROS DE LA UNIDAD CONVIVENCIAL.** Discusiones con el abuelo acerca de la crianza del menor y/o problemas económicos.
- H. AMENAZAS DE AGRESIÓN FÍSICA.** Se observan indicadores de amenazas de agresión física.

05

Niña: 10 años.

- A. INTERACCIÓN Y AFECTO.** El menor cuenta con adecuada interacción y afecto, con atención e interacción interpersonal dentro del hogar, demostraciones adecuadas de afecto, óptimo cuidado de alimentación e higiene personal (de acuerdo a lo dicho por el menor y su aliño e higiene).

- B. ESTIMULACIÓN.** Adecuada estimulación, actividades deportivas (futbol, gimnasia), inscripción futura a natación, aprendizaje fuera del hogar (asistencia a museos), juguetes y juegos adecuados a su edad, videojuegos máximo 1 hora, caricaturas en televisión (máximo 2 horas), manejo de Tablet, adecuada corrección de errores.
- C. ATENCIÓN ESPECÍFICA A PROBLEMAS EMOCIONALES GRAVES.** No ha sido necesaria tal atención, sin embargo, menciona que no le gusta ver a su mamá, situación incómoda para la menor y obligatoria por el ámbito legal.
- D. NORMAS, LÍMITES Y TRANSMISIÓN DE VALORES MORALES POSITIVOS.** Se reporta una adecuada transmisión de normas y límites, junto con una adecuada transmisión de valores morales positivos.
- E. MALTRATO EMOCIONAL.** Se observan indicadores de maltrato emocional, amenazas de privaciones (salidas a jugar, Tablet) si se porta mal. Ocurrió una amenaza por parte de la madre acerca del adulterio que cometió ella: en caso de contárselo al papá ya no lo volvería a ver.
- F. INSTRUMENTALIZACIÓN EN CONFLICTOS ENTRE LAS FIGURAS PARENTALES.** No se encuentran indicadores de instrumentalización en conflictos parentales.
- G. EXPOSICIÓN A SITUACIONES DE VIOLENCIA DE PAREJA O ENTRE MIEMBROS DE LA UNIDAD CONVIVENCIAL.** No se encuentran indicadores de exposición a violencia de pareja u otra.
- H. AMENAZAS DE AGRESIÓN FÍSICA.** Se observan indicadores de violencia física, regaños, cuando el papá se enoja en extremo le pega.

06

Niña: 04 años.

Menor sin capacidad de habla, comunicación a través de señas, dibujos y algunas palabras que logra articular.

- A. INTERACCIÓN Y AFECTO.** Menor con poca interacción familiar y pocas muestras de afecto, inadecuada higiene (la menor es presentada a la sesión inadecuadamente aseada).
- B. ESTIMULACIÓN.** No hay logro en obtener información.
- C. ATENCIÓN ESPECÍFICA A PROBLEMAS EMOCIONALES GRAVES.** No hay logro en obtener información.
- D. NORMAS, LÍMITES Y TRANSMISIÓN DE VALORES MORALES POSITIVOS.**
No hay logro en obtener información.
- E. MALTRATO EMOCIONAL.** Se observan indicadores de maltrato emocional, groserías.
- F. INSTRUMENTALIZACIÓN EN CONFLICTOS ENTRE LAS FIGURAS PARENTALES.** No hay logro en obtener información.
- G. EXPOSICIÓN A SITUACIONES DE VIOLENCIA DE PAREJA O ENTRE MIEMBROS DE LA UNIDAD CONVIVENCIAL.** Se encuentran indicadores graves, ha estado presente cuando su papá golpea a su mamá.
- H. AMENAZAS DE AGRESIÓN FÍSICA.** No hay logro en obtener información.

Negligencia infantil. Caso en el DIF

07

Niño: 05 años.

- A. INTERACCIÓN Y AFECTO.** Se encuentran indicadores de interacción y afecto inadecuados, demostraciones pasadas de afecto adecuado (menciona que ya no las hay).
- B. ESTIMULACIÓN.** Se encuentran indicadores de estimulación insuficiente, no realiza actividades extra, no hay aprendizaje fuera del hogar, juguetes adecuados a la edad, ve televisión todo el día.
- C. ATENCIÓN ESPECÍFICA A PROBLEMAS EMOCIONALES GRAVES.** No ha sido necesaria tal atención, sin embargo, menciona que se siente casado la mayoría del tiempo.
- D. NORMAS, LÍMITES Y TRANSMISIÓN DE VALORES MORALES POSITIVOS.** No hay transmisión de normas ni límites, lo educan como “niño grosero”, no puede hacer nada, no hay transmisión de valores morales positivos.
- E. MALTRATO EMOCIONAL.** Se observan indicadores de maltrato emocional, le habla feo, ignora al menor (hace que no lo escucha), es un *cabeza hueca*, miedo de su hermano mayor, primos lo amarraron cuando era más pequeño.
- F. INSTRUMENTALIZACIÓN EN CONFLICTOS ENTRE LAS FIGURAS PARENTALES.** No se encuentran indicadores de instrumentalización en conflictos parentales.
- G. EXPOSICIÓN A SITUACIONES DE VIOLENCIA DE PAREJA O ENTRE MIEMBROS DE LA UNIDAD CONVIVENCIAL.** No se encuentran indicadores de violencia de pareja.
- H. AMENAZAS DE AGRESIÓN FÍSICA.** No se observan indicadores de amenazas de agresión física.

No hay contacto visual, evasión de respuestas, respuestas diferentes a las preguntas (sin sentido), hace voces, mucha activación física, ruidos, brincos, gritos.

08

Niña: 13 años.

- A. INTERACCIÓN Y AFECTO.** Se encuentran indicadores de poca interacción intrafamiliar y afecto inadecuado (la menor busca a su madre, pero la mamá prefiere estar con los hermanos), higiene personal adecuada (de acuerdo a lo dicho por el menor y su aliño e higiene).
- B. ESTIMULACIÓN.** Se observan indicadores de inadecuada estimulación, la menor no realiza actividades extraacadémicas, ni aprendizaje académico fuera de la escuela, hay intereses en asistir a actividades fuera del hogar, pero nulo interés por parte de la madre, ve televisión 3 a 4 horas al día y maneja el celular todo el día.
- C. ATENCIÓN ESPECÍFICA A PROBLEMAS EMOCIONALES GRAVES.** Se encuentran indicadores que muestran la inatención a problemas emocionales, refiere que en primaria se le refirió al psicólogo (situación que no atendió la mamá), también en secundaria se le refirió, tuvo un intento de suicidio al término de una pelea con su mamá, tomó pastillas, las vomitó y fue llevada al hospital; actualmente asiste al psicólogo por solicitud propia.
- D. NORMAS, LÍMITES Y TRANSMISIÓN DE VALORES MORALES POSITIVOS.** Se encuentra nula transmisión de normas y límites, además de valores morales positivos.

- E. MALTRATO EMOCIONAL.** Se observa indicadores referentes a la presencia de maltrato emocional, groserías, miedo a que le peguen, sustracción de propiedades hasta la realización de actividades mandadas, prohíben salidas.
- F. INSTRUMENTALIZACIÓN EN CONFLICTOS ENTRE LAS FIGURAS PARENTALES.** No se encuentran indicadores de instrumentalización en conflictos parentales.
- G. EXPOSICIÓN A SITUACIONES DE VIOLENCIA DE PAREJA O ENTRE MIEMBROS DE LA UNIDAD CONVIVENCIAL.** No se encuentran indicadores de exposición a violencia de pareja.
- H. AMENAZAS DE AGRESIÓN FÍSICA.** No fueron reportadas amenazas de agresión física.

09

Niña: 10 años.

- A. INTERACCIÓN Y AFECTO.** Adecuada interacción y afecto, el menor cuenta con atención dentro del hogar, demostraciones adecuadas de afecto, óptimo cuidado de alimentación e higiene personal (de acuerdo a lo dicho por el menor y su aliño e higiene).
- B. ESTIMULACIÓN.** Adecuada estimulación, aunque la menor no está inscrita en actividades extraacadémicas le interesa realizar alguna y sus padres se muestran interesados, se observa estimulación de aprendizaje externo a la escuela, aprendizaje fuera del hogar (museos), cuenta con juguetes y juegos apropiados a la edad, ve televisión, además maneja celular y Tablet (prestados).

- C. ATENCIÓN ESPECÍFICA A PROBLEMAS EMOCIONALES GRAVES.** No se han presentado situaciones emocionales graves en las que la menor necesite atención, sin embargo, menciona indicadores de problemas afectivos.
- D. NORMAS, LÍMITES Y TRANSMISIÓN DE VALORES MORALES POSITIVOS.** Se observa una adecuada transmisión de normas y límites, además de transmisión de valores emocionales positivos.
- E. MALTRATO EMOCIONAL.** Se observan indicadores de maltrato emocional, como humillaciones públicas, mencionando miedo a que le dejen sola en casa o en la calle.
- F. INSTRUMENTALIZACIÓN EN CONFLICTOS ENTRE LAS FIGURAS PARENTALES.** No se encuentran indicadores de instrumentalización.
- G. EXPOSICIÓN A SITUACIONES DE VIOLENCIA DE PAREJA O ENTRE MIEMBROS DE LA UNIDAD CONVIVENCIAL.** Se ha expuesto al menor a violencia de pareja, en general gritos por problemas económicos.
- H. AMENAZAS DE AGRESIÓN FÍSICA.** No menciona amenazas de agresión física actuales.

10

Niño: 06 años.

- A. INTERACCIÓN Y AFECTO.** Se observan indicadores de inadecuada interacción y afecto, el menor no cuenta con atención dentro del hogar, no hay interacción intrafamiliar, pocas demostraciones de afecto, no se observa un óptimo cuidado en su alimentación ni en su higiene personal.

- B. ESTIMULACIÓN.** Se observa inadecuada estimulación, sin actividades lúdicas, no está inscrito en actividades extraacadémicas, no hay intereses en realizar alguna, no hay estimulación de aprendizaje externo a la escuela.
- C. ATENCIÓN ESPECÍFICA A PROBLEMAS EMOCIONALES GRAVES.** No hubo respuesta por el menor.
- D. NORMAS, LÍMITES Y TRANSMISIÓN DE VALORES MORALES POSITIVOS.** No hubo respuesta por el menor, sin embargo, en el diálogo, el niño utiliza palabras altisonantes inadecuadas a su edad.
- E. MALTRATO EMOCIONAL.** Se observan indicadores de maltrato emocional, como amenazas acerca de internado en alguna institución, amenazas del papá que su mamá se irá de la casa por su culpa.
- F. INSTRUMENTALIZACIÓN EN CONFLICTOS ENTRE LAS FIGURAS PARENTALES.** No se encuentran indicadores de instrumentalización.
- G. EXPOSICIÓN A SITUACIONES DE VIOLENCIA DE PAREJA O ENTRE MIEMBROS DE LA UNIDAD CONVIVENCIAL.** No se ha expuesto al menor a violencia de pareja.
- H. AMENAZAS DE AGRESIÓN FÍSICA.** No menciona amenazas de agresión física actuales.

Sospecha de violencia.

11

Niño: 08 años.

- A. INTERACCIÓN Y AFECTO.** El menor cuenta con adecuada interacción y afecto, con atención dentro del hogar, demostraciones adecuadas de afecto, óptimo cuidado de alimentación e higiene personal (de acuerdo a lo dicho por el menor y su aliño e higiene).
- B. ESTIMULACIÓN.** Adecuada estimulación, el menor cuenta con actividades lúdicas, está inscrito en actividades extra académicas (la madre menciona que ya no lo lleva), hay estimulación de aprendizaje externo a la escuela, aprendizaje fuera del hogar (museos), cuenta con juguetes y juegos apropiados a la edad, ve caricaturas en televisión y todos los días juega videojuegos.
- C. ATENCIÓN ESPECÍFICA A PROBLEMAS EMOCIONALES GRAVES.** No se han presentado situaciones emocionales graves en las que la menor necesite atención, sin embargo, menciona indicadores de problemas afectivos.
- D. NORMAS, LÍMITES Y TRANSMISIÓN DE VALORES MORALES POSITIVOS.** Ocurre una adecuada transmisión de normas y límites, hay confusión en cuanto a la transmisión de valores morales positivos.
- E. MALTRATO EMOCIONAL.** Se observan los siguientes indicadores de maltrato emocional, se le ha encerrado en su cuarto al no cumplir con obligaciones, por parte del tío es de quien recibe (groserías).
- F. INSTRUMENTALIZACIÓN EN CONFLICTOS ENTRE LAS FIGURAS PARENTALES.** No se encuentran indicadores de instrumentalización en conflictos parentales.

- G. EXPOSICIÓN A SITUACIONES DE VIOLENCIA DE PAREJA O ENTRE MIEMBROS DE LA UNIDAD CONVIVENCIAL.** Sabe que sus padres han discutido porque están enojados, sin embargo, no los ha visto pelear (mamá menciona que el papá vive con ellos, pero no es así).
- H. AMENAZAS DE AGRESIÓN FÍSICA.** No se encuentran amenazas de agresión física por parte de los padres, sin embargo el tío si lo ha amenazado.

12

Niño: 08 años.

- A. INTERACCIÓN Y AFECTO.** El menor cuenta con adecuada interacción y afecto, con atención dentro del hogar, demostraciones adecuadas de afecto, óptimo cuidado de alimentación e higiene personal (de acuerdo a lo dicho por el menor y su aliño e higiene).
- B. ESTIMULACIÓN.** Pobre estimulación, el menor no cuenta con actividades extraacadémicas, le interesa realizar alguna con poco interés por parte de sus padres, no hay estimulación de aprendizaje externo a la escuela, poco aprendizaje fuera del hogar (museos), cuenta con juguetes y juegos apropiados a la edad, ve caricaturas en televisión (media hora), maneja el celular (1 a 2 horas).
- C. ATENCIÓN ESPECÍFICA A PROBLEMAS EMOCIONALES GRAVES.** No se han atendido situaciones emocionales graves, el menor menciona que ha tenido pensamientos de muerte/ideas suicidas (no ha sido atendido), la mamá le ha mencionado que piense en Dios.

D. NORMAS, LÍMITES Y TRANSMISIÓN DE VALORES MORALES POSITIVOS.

Ocurre una adecuada transmisión de normas y límites, y una adecuada transmisión de valores emocionales positivos.

E. MALTRATO EMOCIONAL. Se observan indicadores de maltrato emocional, como groserías cuando se porta mal, mentiras y engaños por parte de la madre, amenazas de privaciones materiales, pasó un día encerrado en su cuarto, culpabilizan de situaciones que le pasan a su hermano.

F. INSTRUMENTALIZACIÓN EN CONFLICTOS ENTRE LAS FIGURAS PARENTALES. No se encuentran indicadores de instrumentalización en conflictos parentales.

G. EXPOSICIÓN A SITUACIONES DE VIOLENCIA DE PAREJA O ENTRE MIEMBROS DE LA UNIDAD CONVIVENCIAL. No se reporta exposición a violencia de pareja.

H. AMENAZAS DE AGRESIÓN FÍSICA. No se encuentran amenazas de agresión física, sin embargo, si no cumple con lo que le dicen le pegan con el cinturón

13

Niño: 16 años.

A. INTERACCIÓN Y AFECTO. El menor cuenta con inadecuada interacción y afecto, sin atención dentro del hogar, nula interacción intrafamiliar, sin demostraciones de afecto (menciona coexistencia dentro del hogar), óptimo cuidado de alimentación e higiene personal (de acuerdo a lo dicho por el menor y su aliño e higiene).

- B. ESTIMULACIÓN.** No se observa adecuada estimulación, el menor no está inscrito en actividades extraacadémicas le interesa realizar alguna y su mamá se muestran interesada al principio (no concluye la inscripción), no hay estimulación de aprendizaje externo a la escuela (museos), cuenta con actividades apropiados a la edad (música), videojuegos (1.5 horas al día) y celular (3 horas al día).
- C. ATENCIÓN ESPECÍFICA A PROBLEMAS EMOCIONALES GRAVES.** No se han atendido situaciones emocionales graves, refiere síntomas depresivos y consumo de marihuana, actualmente él solicitó atención.
- D. NORMAS, LÍMITES Y TRANSMISIÓN DE VALORES MORALES POSITIVOS.** Sin transmisión de normas y límites, adecuada transmisión de valores emocionales positivos.
- E. MALTRATO EMOCIONAL.** Se observan indicadores de maltrato emocional, gritos, groserías, palabras feas, denigraciones, humillaciones íntimas y públicas, suele ser ignorado, amenazas de privaciones materiales y de romper sus cosas, encierro en su cuarto, prohíben estar con amigos; cuando era pequeño rompieron sus juguetes.
- F. INSTRUMENTALIZACIÓN EN CONFLICTOS ENTRE LAS FIGURAS PARENTALES.** No se encuentran indicadores de instrumentalización en conflictos parentales.
- G. EXPOSICIÓN A SITUACIONES DE VIOLENCIA DE PAREJA O ENTRE MIEMBROS DE LA UNIDAD CONVIVENCIAL.** No se reporta exposición a violencia de pareja.
- H. AMENAZAS DE AGRESIÓN FÍSICA.** No se encuentran amenazas de agresión física.

14

Niño: 11 años.

- A. INTERACCIÓN Y AFECTO.** El menor cuenta con interacción y afecto pobres, con nula atención dentro del hogar, sin interacción familiar, no hay demostraciones adecuadas de afecto (menciona que sabe que lo quieren cuando lo regañan), en situaciones de necesidad afectiva le dan una Tablet, óptimo cuidado de alimentación e higiene personal (de acuerdo a lo dicho por el menor y su aliño e higiene).
- B. ESTIMULACIÓN.** No se observa estimulación, el menor no cuenta con actividades lúdicas, no está inscrito en actividades extraacadémicas, le interesa realizar alguna y sus padres no pueden llevarlo porque trabajan, no hay estimulación de aprendizaje externo a la escuela, poco aprendizaje fuera del hogar (museos), cuenta con juguetes apropiados a la edad, juega videojuegos, ve caricaturas y telenovelas por televisión (5 a 7 horas al día).
- C. ATENCIÓN ESPECÍFICA A PROBLEMAS EMOCIONALES GRAVES.** No se han presentado situaciones emocionales graves, sin embargo, menciona indicadores de problemas afectivos (tomando en cuenta la forma en que solucionan dando Tablet).
- D. NORMAS, LÍMITES Y TRANSMISIÓN DE VALORES MORALES POSITIVOS.** Se observa una transmisión de normas y límites deficiente, y una inadecuada transmisión de valores emocionales positivos.
- E. MALTRATO EMOCIONAL.** Se observan indicadores de maltrato emocional, como rechazo de afecto, denigraciones, humillaciones, culpa de situaciones sin razón, amenazas de privaciones materiales, encerrado en cuarto.

F. INSTRUMENTALIZACIÓN EN CONFLICTOS ENTRE LAS FIGURAS

PARENTALES. No se encuentran indicadores de instrumentalización en conflictos parentales.

G. EXPOSICIÓN A SITUACIONES DE VIOLENCIA DE PAREJA O ENTRE

MIEMBROS DE LA UNIDAD CONVIVENCIAL. Se reporta exposición a violencia de pareja, estando el papá borracho

H. AMENAZAS DE AGRESIÓN FÍSICA. No se encuentran amenazas de agresión física.

De acuerdo a la información obtenida se puede observar que en la mitad de los casos (7) los menores reportan una interacción y afecto adecuados, en donde se dan muestras de afecto (abrazos, besos, caricias), atención a sus necesidades, interacción familiar, cuidados, juegos, procuración de higiene, aliño y alimentación, en 4 de los casos restantes (interacción y afecto inadecuados) los menores manifiestan no ser atendidos por sus madres/padres, sin muestras de afecto, o atención a sus necesidades.

Respecto a la estimulación, 5 de los menores reportan tener estimulación adecuada, que consisten en actividades extraacadémicas (deportes, arte), aprendizaje fuera del hogar (visita a museos), juegos y juguetes adecuados a su edad, en 7 de los casos se reporta una estimulación inadecuada o insuficiente y en 1 hay nula estimulación, sin embargo, se hace resaltar que en el caso restante no se pudo obtener información (carencia de lenguaje de la menor).

En cuanto al apartado de atención a problemas emocionales graves en 2 casos no se logró obtener información, y se encontró que en 9 casos del total no se presentaron problemas emocionales graves, sin embargo, en 2 de ellos se reportaron indicadores de problemas de atención,

1 caso con indicadores de depresión, 3 casos con indicadores de problemas afectivos, un caso reportó sentirse cansado la mayoría del tiempo.

De igual forma se reportaron 3 casos en los que se ignoró la atención a problemas emocionales graves; 2 casos fueron ignorados una vez en donde uno manifestó pensamientos de muerte/suicidio y en el otro, síntomas depresivos y consumo de marihuana, otro caso fue ignorado en dos ocasiones, siendo la segunda un intento de suicidio.

En cuanto a normas, límites y transmisión de valores morales positivos en uno de los casos no fue posible obtener información, por otra parte, se reportaron 7 casos con adecuada asimilación de normas y límites, 5 de ellos con adecuada transmisión de valores morales positivos, un caso sin transmisión de valores positivos y uno en donde se observa confundido al menor.

De igual forma, en 2 casos se registró inadecuada asimilación de normas y límites, 1 de ellos con adecuada y otro con inadecuada transmisión de valores morales positivos. En 3 casos no ocurre transmisión de normas y límites, 1 de ellos con adecuada transmisión de valores morales positivos y 2 de ellos inadecuada. En 1 de los casos no se brindó información verbal, sin embargo, el lenguaje del menor es indicador de no asimilación de normas y límites ni transmisión de valores morales positivos.

Respecto al maltrato emocional, en 1 de los casos no se reportó maltrato emocional, sin embargo, se encuentra presente en los 14; su prevalencia se manifiesta en diferentes grados y exhibiciones, en algunos casos el maltrato emocional llegó a manifestarse como maltrato físico.

Los siguientes indicadores de maltrato emocional se reportaron del total de casos: groserías (6 casos), amenazas de privaciones materiales (5 casos), denigraciones y encierro en un cuarto (4 casos cada uno), ser ignorado, gritos y humillaciones (3 casos cada uno), insultos, prohíben salir,

humillaciones públicas, sustracción de propiedad (venta/empeño), culpan por cosas sin razón (2 casos cada uno), rechazo de afecto, destrucción de propiedad, mentiras y engaños, amenazas de internarlo en una institución, amenazas de sustracción de propiedad, amenazas de castigo físico, amenazas cuando era pequeño (1 caso cada uno). Además, dos de los menores reportan miedo a que les peguen sus padres (uno de ellos con amenaza de maltrato físico) y uno a que lo haga su hermano mayor.

En cuanto a la instrumentalización en conflictos parentales se observa que en 12 de los casos no se reporta como presente, lo que implica que no hay casos en que alguno de los padres utilice al menor como herramienta para obtener algún beneficio del otro padre; en los casos restantes no fue posible obtener información.

En referencia que los menores son expuestos a violencia entre padres o algún otro miembro de la familia se encontró que en 9 de los casos no ocurre la exposición a la violencia, y de los 5 casos en los que sí ocurre (discusiones) en 2 casos se han presentado golpes (hacia la madre), en uno de ellos ha sido necesaria su hospitalización, mismo en el que se menciona violencia física hacia su hermano.

En referencia a las amenazas de agresiones físicas, en 1 de los casos no se logró obtener información, sin embargo, de los restantes, en 10 de ellos no se reportaron amenazas, en 2 si ocurren amenazas de agresión física, pero en uno de los casos las amenazas provienen de un tío, además en otro caso (que verbalmente no confirmó amenazas) se toma a la presencia de violencia física como indicador de presencia de las amenazas.

Análisis por caso

A continuación, se presentarán los resultados de cada uno de los casos. Primero se realizará una breve descripción del caso, seguido de una tabla con los resultados obtenidos en cada uno de los instrumentos (CBTD y entrevista semiestructurada), junto con su interpretación, para finalmente realizar una conclusión con base en las variables consideradas en el presente estudio.

Las evaluaciones psicológicas realizadas dentro del CCMG se efectuaron a partir de diversas técnicas. Para evaluar el área perceptomotora se utilizó el Test Gestáltico Visomotor de Bender, para evaluar el área cognoscitiva se empleó la Escala de Inteligencia Wechsler para Niños (WISC-IV y WPPSI-III); para evaluar el área afectiva se empleó el Test de la Figura Humana, Test de la Familia y el Test de Apercepción Temática para Niños. De la misma manera, se utilizó la entrevista para la obtención de historia biográfica y clínica, y la observación al realizar examen mental.

Caso 1.

Se trata de un varón de 5 años de edad que asiste a tercer grado de kínder, segundo hijo del matrimonio (hermano de 7 años). Es referido por su escuela debido a que no sigue instrucciones en clase, no puede permanecer en un solo lugar por mucho tiempo, no mide las consecuencias de sus actos, pone en riesgo su integridad física, no se concentra en sus actividades, se distrae con mucha frecuencia; desde que comenzó segundo de kínder; se presentan las mismas conductas en casa y lugares que visitan.

Madre y padre con poca tolerancia, pierden la paciencia muy rápido y tratan de contrarrestar la problemática mediante gritos y en algunas ocasiones con golpes; madre busca ayuda para cesar las conductas negativas del menor y dotarla de herramientas para sobrellevar la problemática.

Embarazo no planeado, llegó a término, no hubo asimilación positiva del mismo; menor con niveles altos de bilirrubina al nacer (ictericia), infancia con múltiples golpes en la cabeza, sin gravedad aparente, ocasionados por caídas y descuidos de los padres y del menor; dificultad para que se alimente adecuadamente debido a poco apetito. Tiene 3 primos diagnosticados con trastornos relacionados a la conducta y medicados psiquiátricamente.

FOLIO	EDAD	SEXO	CBTD	CCMG
01	05 años	H	Impulsividad	Trastorno Oposicionista Desafiante
			Déficit de Atención	Falta de límites/Estilos de crianza
			Trastorno Oposicionista Desafiante	Generador de Violencia
			Trastorno Depresivo Moderado 1	
			*TDA-H tipo Predominantemente Inatento, Severo	

Tabla 6. Resultados del caso 1.

El CBTD reporta sintomatología asociada al TDA-H tipo predominantemente inatento, severo (combinación de la impulsividad y el déficit de atención), Trastorno Oposicionista Desafiante y Trastorno Depresivo Moderado 1, es considerado un “*caso*”.

Adecuada interacción y afecto, atención dentro del hogar, demostraciones adecuadas de afecto, óptimo cuidado de alimentación e higiene personal. Insuficiente estimulación, no cuenta con actividades lúdicas, ni está inscrito en actividades extra académicas, no le interesa realizar

alguna, sin estimulación de aprendizaje externo a la escuela, cuenta con juguetes y juegos apropiados a la edad, ve caricaturas en televisión una hora al día, sin actividades lúdicas con los padres. No se han presentado situaciones emocionales graves en las que el menor necesite atención, sin embargo, menciona indicadores de depresión. Adecuada conversación entre el menor y sus padres, transmisión de normas y límites dentro del hogar, sin transmisión de valores morales positivos. No reporta (verbalmente) indicadores de maltrato emocional, sin embargo, menciona que su padre vendió uno de sus juguetes favoritos, situación que lo puso triste, suele jugar con fuegos artificiales. No se observa instrumentalización en conflictos entre las figuras parentales. El menor ha observado situaciones en las que los padres discuten, golpes hacia la madre (en una ocasión fue necesaria su hospitalización); también observa golpes hacia su hermano. Niega amenazas de agresiones físicas, sin embargo, tiene miedo cuando pelean sus papás.

La evaluación del área afectiva realizada al menor dentro del CCMG arroja un limitado control de impulsos y agresividad, ansiedad, retraimiento, inhibición, dificultades para conectarse con el entorno y las personas. Dinámica familiar con padres ausentes que cumplen en rol de provisión (padre) y de nutrición (madre), sin establecimiento de límites ni disciplina, relación filial adecuada con competencia y rivalidad entre ambos.

Se observa una edad madurativa de acuerdo a su edad cronológica, se descarta daño orgánico y su índice de madurez mental corresponde con un CI normal-superior.

La evaluación del área cognoscitiva (WPPSI-III) arroja un CIT de 106 que implica una inteligencia general adecuadamente desarrollada, un CIV de 107, que se desarrolla gracias a una exposición adecuada a experiencias educativas (depende en gran medida a la exposición al medio), además de acuerdo a las respuestas ofrecidas su conocimiento de reglas sociales es adecuado a su

edad. Su CIE (102) se presenta adecuado para manipular abstracciones, reglas, generalizaciones y relaciones lógicas.

Caso 02.

Se trata de una niña de 10 años de edad que asiste a quinto grado de primaria, producto de un embarazo de gemelas. Es referida al CCMG debido a que presenta bajo rendimiento escolar (pasó al año escolar debido a que lo estipula la reforma educativa), problemas de concentración, atención y recuperación de la información, dificultad para socializar, se muestra rebelde, poco tolerante y con desinterés en asuntos escolares situación que ocurre en la escuela y en casa.

Padre y madre con relación distante desde el anuncio del embarazo, se observa instrumentalización por parte de la madre al presionar al padre sobre irse a vivir juntos o que ya no conviviría con las niñas.

Embarazo no planeado, llegó a término (cesárea programada), nació un minuto antes que hermana gemela, no hubo asimilación positiva del mismo por parte del padre; menor de término hipotrófico con retraso en el crecimiento intrauterino asimétrico, leche materna hasta los 3 meses. Suele tener moretones en el cuerpo, esto ocurre desde que comenzó a caminar (muchas caídas), debido a que se golpea continuamente pero recurrentemente lo olvida.

FOLIO	EDAD	SEXO	CBTD	CCMG
02	09 años	M	Impulsividad	Bajo rendimiento escolar
			Hiperactividad	Problemas de aprendizaje
			Déficit de Atención	Estilos de crianza
			Trastorno Depresivo Grave 1	Deprivación sociocultural
			Trastorno de Ansiedad Generalizado	
			Trastorno de Lenguaje Grave	
			Conducta Explosiva como Rasgo de Carácter	
			*TDA-H tipo mixto	

Tabla 7. Resultados del caso 2

Con el CBTD es posible reportar sintomatología asociada al TDA-H tipo mixto (combinación de la impulsividad, la hiperactividad y el déficit de atención), Trastorno Depresivo Grave 1, Trastorno de Ansiedad Generalizado, Trastorno de Lenguaje Grave y Conducta Explosiva como rasgo de carácter, es considerado un “*caso*”.

Adecuada interacción y afecto, atención dentro del hogar, demostraciones adecuadas de afecto, óptimo cuidado de alimentación e higiene personal (de acuerdo a lo dicho por el menor y su aliño e higiene). Adecuada estimulación, la menor cuenta con actividades lúdicas, aunque no está inscrita en actividades extra académicas le interesa realizar alguna y sus padres se muestran interesados, no hay estimulación de aprendizaje externo a la escuela, poco aprendizaje fuera del hogar (museos), cuenta con juguetes y juegos apropiados a la edad, ve caricaturas en televisión. No se han presentado situaciones emocionales graves en las que la menor necesite atención, sin embargo, menciona indicadores de problemas de atención. Se observa una inadecuada transmisión de normas y límites, sin embargo, una adecuada transmisión de valores morales positivos. Se reportan indicadores de maltrato emocional, como insultos y denigraciones, en general es ignorada

y menciona amenazas cuando era pequeña (actualmente ya no las hay). No se encuentran indicadores de instrumentalización parental, ni se ha expuesto al menor a violencia de pareja, de igual forma, no hay amenazas de agresión física, actuales.

La evaluación del área afectiva realizada a la menor dentro del CCMG arroja inseguridad y falta de control, signos de agresividad, sentimientos de inadecuación, ansiedad o culpa por no lograr actuar correctamente (temor a no ser aceptada), preocupación acerca de su rendimiento académico, negación de problemas y escaso interés social. Dinámica familiar en dónde el vínculo más fuerte que tiene es con la madre, personaje que es más valorado y un distanciamiento con el padre, de igual forma, se observa rivalidad con hermana gemela, a quien devalúa y con quien suele mantener una relación distante y hostil.

Se descarta daño orgánico, aunque, se observa una edad madurativa de 7 años 0 meses (hasta 5 meses más), es decir 3 años menor de lo indicado; su índice de madurez mental corresponde a un CI Normal.

La evaluación del área cognoscitiva arroja un CIT de 87 que indica una inteligencia general en desarrollo inadecuado (promedio-bajo), un ICV de 75 que indica una comprensión y habilidad verbal deficientes, atención insuficiente, así mismo su pensamiento conceptual, relacionado con una deficiente exposición a experiencias educativas (deprivación sociocultural), ya que depende en gran medida a la exposición al medio, un IRP (98) ubicado en el rango promedio, es, decir, cuenta con los recursos necesarios de integración visomotora y espacial, además tiene buenas habilidades de percepción.

Caso 3.

Se trata de una niña de 10 años de edad que asiste al quinto grado de primaria, producto de un embarazo de gemelas. La atención fue solicitada por la madre debido a su conducta inquieta y rebelde, poca socialización, bajo rendimiento académico (pasó de año escolar debido a que lo estipula la reforma educativa), se dispersa con facilidad y sólo se concentra al elaborar manualidades; solicita herramientas y poder ayudar a la niña a mejorar sus habilidades académicas.

Profesora de primer grado de primaria canaliza a la menor al hospital psiquiátrico infantil “Dr. Juan N. Navarro”, no se da seguimiento a la indicación (no quería medicar a su hija).

Embarazo no planeado, llegó a término (cesárea programada), nació un minuto después que hermana gemela, horas en incubadora debido a temperatura baja, leche materna hasta los 3 meses de edad, 2 caídas importantes sin complicaciones (tomografía limpia). Lee libros del final al inicio, olvida lo escrito momentos después, escritura de derecha a izquierda (efecto espejo).

En segundo grado de primaria trabajó con USAER, fue referida a una institución en Xochimilco donde fue diagnosticada con dislexia, en cuarto grado de primaria es referida al hospital psiquiátrico “Dr. Juan N. Navarro”, su madre no la lleva y continúa con USAER, apoyo en el aula 1 vez a la semana por uno de sus tutores, se asignó a una de sus compañeras para que “le dijera que tiene que hacer” (se muestra rebelde y sin resultados positivos). Reubicación escolar por sí mismo, con profesor ante grupo, actualmente con motivación, iniciativa de leer y hacer las tareas.

FOLIO	EDAD	SEXO	CBTD	CCMG
03	09 años	M	Impulsividad	Estilos de crianza
			Hiperactividad	Deprivación sociocultural
			Déficit de Atención	
			Trastorno Oposicionista Desafiante	
			Trastorno Depresivo Grave I	
			Trastorno de Ansiedad Generalizado	
			Trastorno de Ansiedad con Inhibición	
			Trastorno por Epilepsia Grave	
			Conducta explosiva como probable Rasgo del Carácter	
			Trastorno del Leguaje Grave	
			*TDA-H Tipo Mixto	

Tabla 8. Resultados del caso 3.

El CBTD arroja sintomatología asociada al TDA-H tipo mixto (combinación de la impulsividad, la hiperactividad y el déficit de atención), Trastorno Oposicionista Desafiante, Trastorno Depresivo Grave I, Trastorno de Ansiedad Generalizado, Trastorno de Ansiedad con Inhibición, Trastorno por Epilepsia Grave, Trastorno del Lenguaje Grave y conducta explosiva como probable rasgo de carácter, considerado un “*caso*”.

La menor cuenta con adecuada interacción, afecto, y atención dentro del hogar, con demostraciones adecuadas de afecto, óptimo cuidado de alimentación e higiene personal (de acuerdo a lo dicho por el menor y su aliño e higiene). Adecuada estimulación, la menor cuenta con actividades lúdicas, aunque no está inscrita en actividades extra académicas le interesa realizar alguna y sus padres se muestran interesados, no hay estimulación de aprendizaje externo a la escuela, poco aprendizaje fuera del hogar (museos), cuenta con juguetes y juegos apropiados a la edad, ve caricaturas en televisión. No reporta (verbalmente) situaciones emocionales graves, sin

embargo, menciona indicadores de problemas de atención, además fue referida en dos ocasiones al Hospital psiquiátrico infantil “Juan N. Navarro”, sin recibir atención en ambas. Ocurre una adecuada transmisión de normas y límites, de valores morales positivos. Se observan indicadores de maltrato emocional, gritos, denigraciones, humillaciones y amenazas de privaciones materiales. No se encuentran indicadores de instrumentalización en conflictos parentales ni exposición a violencia de pareja, ni amenazas de agresión física.

La evaluación del área afectiva realizada a la menor dentro del CCMG arroja que tiene impulsos agresivos con poco control de ellos, dependencia y suele aislarse socialmente, muestra escasa motivación y falta de empuje. Percibe su ambiente ambivalente, en donde el padre se encuentra ausente y la madre sobreprotectora, su vínculo más fuerte es con su hermana.

Se descarta daño orgánico, con edad madurativa de 8 años (6-11 meses), 1 año menor de lo esperado y su índice de madurez mental corresponde con un CI normal bajo.

La evaluación del área cognoscitiva arroja un CIT de 89 que indica una inteligencia general en desarrollo inadecuado (promedio-bajo), un ICV de 83 que indica deficiencia en su capacidad para transmitir, entender e incorporar nuevos conceptos en su vida cotidiana, atención y lenguajes por debajo de lo esperado, relacionado con una deficiente exposición a experiencias educativas (deprivación sociocultural), ya que depende en gran medida a la exposición al medio, un IRP (112) ubicado en el rango promedio-superior, es, decir, ha logrado alcanzar una capacidad de análisis y síntesis que le permiten desarrollar un pensamiento abstracto y lógico.

Caso 4.

Se trata de un varón de 7 años de edad, que asiste a segundo año de primaria, primer y único hijo de ambos padres. Referido al CCMG debido a mala conducta en la escuela desde que entró a primaria, pelea con compañeros y no obedece a su madre; el niño menciona que no tiene amigos y que lo molestan en la escuela.

Se observa severa a la madre en la corrección del niño, ya que lo regañó y el niño estaba tranquilo.

Embarazo no planeado, con término de 8 meses y una semana (cesárea) debido a cordón enredado en cuello, se entera a los 6 meses ya que acude al médico por malestares, en esta cita le detectan diabetes gestacional. Leche materna hasta las 2 semanas debido a intolerancia a la lactosa. Padres juntos hasta los 2 primeros años del niño, el padre dio manutención hasta sus 5 años, pero no saben nada de él desde hace 2 años.

FOLIO	EDAD	SEXO	CBTD	CCMG
04	07 años	H	Impulsividad	Pobre control de impulsos Estilos de crianza Acoso escolar Generador de violencia Problemas de aprendizaje

Tabla 9. Resultados del caso 4.

En el CBTD reporta sintomatología asociada a la impulsividad, sin embargo, esta no es suficiente para ser considerada relevante, por lo tanto, es uno de los “*no casos*” detectados con el instrumento.

Se observa poca interacción interpersonal con el niño, adecuado tono de voz y algunas veces tono desagradable, adecuadas muestras de afecto, alimentación inadecuada (comida rápida, se observa sobrepeso) e higiene descuidada (el menor se presenta inadecuadamente aseado a la sesión,). Inadecuada estimulación, el menor no cuenta con actividades lúdicas, no realiza actividades extra académicas, no hay intereses personales en ellas ni en la mamá para que asista, además no hay estimulación de aprendizaje externo a la escuela, tiene juguetes y juegos adecuados a su edad, sin embargo, ve mucha televisión (5 a 7 horas diario). No se han presentado situaciones emocionales, de igual forma hay una adecuada transmisión de normas, límites y valores morales positivos.

Se observan indicadores de maltrato emocional, gritos, groserías, amenazas de castigo físico si se porta mal (tiene miedo a que le peguen), se empeñó videojuego del niño. Se encuentran indicadores de instrumentalización en conflictos parentales, de la misma forma, discusiones con el abuelo acerca de la crianza del menor y/o problemas económicos, al igual que amenazas de agresión física.

La evaluación afectiva realizada en el CCMG arroja agresividad, poco control de impulsos, alta necesidad de protección y atención. Dinámica familiar con madre ausente y abuelo permisivo, sin establecimiento de límites ni disciplina.

Se observa una edad madurativa de acuerdo a su edad cronológica, se descarta daño orgánico y su índice de madurez mental corresponde con un CI normal.

La evaluación del área cognoscitiva arroja un CIT de 82, revelando una inteligencia general en desarrollo inadecuado (promedio-bajo, un ICV de 89 confirma que se le complica comunicar y comprender adecuadamente conceptos nuevos y se le dificulta aplicarlos óptimamente en su

vida, un IRP de 84 arroja que sus capacidades analítico-sintéticas, comprensión y análisis visual, al igual que el insight visual son escasas.

Caso 5.

Se trata de una niña de 10 años de edad que estudia el quinto grado de primaria, tercera hija de ambos padres (hermanas de 24 y 22 años). Atención solicitada por el padre a casusa que le preocupa su desarrollo, debido a que la niña se rehúsa a ver a su madre. Manifiesta llanto incontrolable y pesadillas al tener contacto con su madre, además de recuerdos que provocan ansiedad e insomnio; los recuerdos que provocan ansiedad son acerca de una situación en dónde la menor observó que en la cama contigua del cuarto donde dormía ella y su madre, en casa de su abuelo materno, la madre tuvo relaciones sexuales con un hombre que no es su padre.

Antecedentes de relación extramarital por parte de su madre cuando la primera hija tenía 5 años (actualmente tiene 24 años), tal pareja incurrió en violaciones a esta menor y la madre estando al tanto de la situación no toma acciones contra el victimario, por tal motivo es que la hermana mayor advierte a la pequeña de “tener cuidado”. La menor no quiere establecer relación con la madre, aunque antes de la separación le prestaba poca atención, pasaba demasiado tiempo atendiendo su celular, sin actividades juntas, comunicación limitada y apoyo académico de su padre; mantiene una estrecha relación su padre.

Embarazo planeado a los 14 años de casados (debido a mayor estabilidad económica), llegó a término por parto natural. La menor no tomó leche materna (no hay causas específicas), menciona un desarrollo adecuado.

FOLIO	EDAD	SEXO	CBTD	CCMG
05	10 años	M	Sin diagnóstico	Ansiedad por abuso sexual Maltrato infantil

Tabla 10. Resultados del caso 5.

De acuerdo al CBTD la sintomatología de la menor no es suficiente para formar un diagnóstico dentro de los establecidos, por lo tanto, este es uno de los “*no casos*” detectados; la sintomatología que refiere el padre excede el tiempo límite para considerarse entre los criterios.

La menor cuenta con adecuada interacción y afecto, con atención e interacción interpersonal dentro del hogar, demostraciones adecuadas de afecto, óptimo cuidado de alimentación e higiene personal (de acuerdo a lo dicho por el menor y su aliño e higiene). Adecuada estimulación, actividades deportivas (fútbol, gimnasia), inscripción futura a natación, aprendizaje fuera del hogar (asistencia a museos), juguetes y juegos adecuados a su edad, videojuegos máximo 1 hora, caricaturas en televisión (máximo 2 horas), manejo de Tablet, adecuada corrección de errores. No se habían reportado situaciones emocionales graves, se reporta una adecuada transmisión de normas, límites y valores morales positivos. Se observan indicadores de maltrato emocional, amenazas de privaciones (salidas a jugar, Tablet) si se porta mal. No reporta indicadores de instrumentalización en conflictos parentales; menciona que no le gusta ver a su mamá, situación incómoda para la menor y obligatoria por el ámbito legal. De la misma manera, la madre la amenazó acerca del adulterio que cometió, ya que en caso de contárselo al papá ya no lo volvería a ver. No reporta exposición a violencia de pareja u otra. Se observan indicadores de violencia física, regaños, cuando el papá se enoja en extremo, le pega.

La evaluación del área afectiva realizada a la menor dentro del CCMG muestra signos de culpa, tensión y temor de sufrir un ataque sexual físico, es necesario acentuar que el exponer a un

menor a situaciones de índole sexual (ver a dos adultos mantener relaciones sexuales) es considerado abuso sexual ya que no es necesario el contacto físico para que este lo sea. Se observa necesidad para sentirse protegida y querida, percibe a su padre como un ser devaluado necesitado de protección.

Se observa una edad madurativa de acuerdo a su edad cronológica, se descarta daño orgánico y su índice de madurez mental corresponde con un CI normal-superior.

La evaluación del área cognoscitiva arroja un CIT de 100 que implica una inteligencia general adecuadamente desarrollada, un ICV (91) con lo que es capaz de comunicar y comprender adecuadamente conceptos, sin embargo, no logra integrar ni sintetizar adecuadamente la información por ello le es complicado generar conceptos alternativos y condensar la información, su IRP (94) indica habilidades excepcionales de análisis, síntesis y organización viso-espacial, buenas capacidades de reconocimiento y organización perceptiva, sin embargo, no logra formar conceptos ni categorías adecuadamente a partir de material visual.

Caso 6.

Se trata de una niña de 4 años de edad, no asiste a alguna institución escolar, segundo hijo de la pareja (hermano mayor y otro de 2 años), viven con segunda pareja de la madre. Atención solicitada por la abuela materna ya que presenta conducta agresiva, dicción inadecuada, oraciones incompletas, tiene entendimiento de lo que escucha y sabe lo que quiere decir.

Madre con problemas de adicciones deja a su hijo mayor y a esta pequeña en casa de una tía-abuela materna (10 meses antes), un menor más pequeño está bajo cuidados de una prima, la

abuela de la menor amenaza con llevarlos a un internado si es que no los lleva a su casa, viéndose obligada a aceptarlos (momento en el que la menor deja de asistir a la escuela). Se presume que la madre llega a la sesión bajo efectos de alguna sustancia, se le observa desorientada, poco equilibrio, atención dispersa y poca concentración, además de desaliño personal.

Se tiene en conocimiento que la madre biológica vivió un embarazo no planeado (*fue un error*), primer trimestre con alimentación deficiente (una sopa instantánea al día), aseo personal descuidado, consumo de drogas frecuente. A los 6 meses inició control prenatal, le anuncian que será niña situación que la hace querer abortar, se golpea en repetidas ocasiones el abdomen, su pareja nota la situación y al mencionar que la pareja si quiere a la menor, ella lo corre y se separan. El último trimestre mejora su alimentación e higiene ya que fue a vivir con su madre, quien vigila su embarazo; complicaciones en el trabajo de parto ya que presentó preclamsia y meconio (no sabe si lo tragó).

Recibió pecho materno hasta los 6 meses de edad, complicaciones al cambio de leche en polvo, reacciona con diarrea y vómito terminando hospitalizada y a los 11 meses presentó parálisis en las piernas (se arrastraba) durante 3 meses, no se atendió tal situación. Madre utiliza violencia como método correctivo, tales como nalgadas, manazos, golpea con objetos, jala el cabello, la ignora, la priva de cosas, mientras que el padrastro suele gritarle y amenazarla con no comprarle dulces.

A los 3 meses de edad hubo un incendio en el que la menor estuvo expuesta al humo hasta que lo notaron y la sacaron, no exploraron posibles consecuencias, el padre llevó a la menor con él (consumía drogas), la abuela va por la menor y le es detectada infección vaginal, no supieron la razón (sospecha de abuso sexual).

La menor abre sus piernas y se toca la vagina, al igual le comentó a su madre que su pareja le tocó (señalando su vagina y sus glúteos), su hermano mayor responde que eso no ocurrió, que quien lo hizo fue su padre.

FOLIO	EDAD	SEXO	CBTD	CCMG
06	04 años	M	Impulsividad	Negligencia
			Hiperactividad	Víctima de violencia
			Déficit de Atención	Problemas de lenguaje
			Trastorno Oposicionista Desafiante	Falta de control de impulsos
			Trastorno de Conducta Grave	
			Trastorno de Lenguaje Moderado	
			*TDA-H Tipo Mixto	

Tabla 11. Resultados del caso 6.

Se reporta en el CBTD sintomatología asociada al TDA-H Tipo Mixto (combinación de la impulsividad, la Hiperactividad y el Déficit de Atención), Trastorno Oposicionista Desafiante, Trastorno de Conducta Grave y Trastorno de Lenguaje Moderado, considerado un “*caso complicado*”.

La menor se encuentra sin capacidad de lenguaje, comunicación a través de señas, dibujos y algunas palabras que logra articular. Se observa poca interacción familiar y pocas muestras de afecto, inadecuada higiene (la menor es presentada a la sesión inadecuadamente aseada). Reporta indicadores de maltrato emocional como groserías, se encuentran indicadores graves de violencia entre pareja ya que ha estado presente cuando su papá golpea a su mamá.

La evaluación del área afectiva realizada en el CCMG muestra ansiedad, impulsos agresivos, falta de equilibrio emocional, inseguridad, retraimiento, inhibición y preocupaciones por su ambiente, necesidades alimenticias, de protección atención y cuidado, además, sentimientos

y miedo de pérdida y abandono materno. Relación disfuncional e insuficiente con padre y hermanos, desvalorizaciones, falta de comunicación.

Se observa una edad madurativa por debajo de su edad cronológica, se descarta daño orgánico y su índice de madurez mental corresponde con un CI normal.

La evaluación del área cognoscitiva arroja un CIT de 93 que implica una inteligencia general adecuadamente desarrollada, sin embargo, su CIV (83) muestra habilidades verbales deficientes, desarrollo del lenguaje inadecuado y pensamiento conceptual deficiente, su CIE (108) muestra orientación espacial, capacidad de razonamiento no verbal adecuadas y alta capacidad para afrontar nuevas ideas.

Caso 7.

Se trata de un menor de 5 años de edad que asiste a tercer grado de kínder, segundo hijo de la pareja (hermano de 15 años). Es referido por parte de la dirección escolar debido a que es impulsivo, agresivo, hiperactivo, no atiende indicaciones, no respeta autoridad y es muy demandante, lo que ha provocado problemas en la interacción social con sus pares y en su rendimiento escolar.

Madre solicita técnicas para poder manejar la conducta del niño y pueda aprender lo que le enseñan en la escuela. Cercana relación con su madre y su abuela, pero con su hermano (15 años) es conflictiva (no tolera al pequeño), mientras que con el padre es distante, lo ve los fines de semana.

Embarazo no planeado, nace 20 días antes de los 9 meses vía cesárea programada (a los 7 meses le aplican 1 o 2 ampollitas para madurar los pulmones del feto). La mayor parte del embarazo sufrió hiperémesis gravídica. El padre había decidido terminar la relación antes de enterarse del bebé, da la opción de aborto, la madre se niega y él estuvo al pendiente del embarazo y la acompaña durante la cesárea. Se administra leche materna hasta los 4 meses de edad.

La hiperactividad se presenta desde el nacimiento, dormía entre 3 y 5 horas al día hasta el primer año, actualmente duerme entre 5 y 6 horas. Constantes caídas, una ocasión cayó de las escaleras, fuerte golpe en la cabeza, para la madre no fue necesario llevarlo al hospital. Se realizó un EECG a los 3 años de edad, recomienda neuróloga del hermano mayor, se encontró inmadurez frontal y se realizó tratamiento (sin información del medicamento) por dos meses, decisión de la madre, no hubo revaloración.

Antecedentes familiares de patologías neurológicas y psicológicas, por parte del padre un tío con esquizofrenia, tía con depresión, madre con dos medio-hermanos con epilepsia y hermano diagnosticado con TDA-H y epilepsia idopática.

FOLIO	EDAD	SEXO	CBTD	CCMG
07	05 años	H	Impulsividad	TDA-H
			Hiperactividad	Estilos de crianza
			Déficit de Atención	Generador de violencia
			Trastorno Opositorista Desafiante	
			Trastorno de Conducta Grave	
			Trastorno por Epilepsia Grave	
			*TDA-H Tipo Mixto	

Tabla 12. Resultados del caso 7.

Con el CBTD se reporta sintomatología asociada con el TDA-H Tipo Mixto (combinación de la impulsividad, de la hiperactividad y del déficit de atención), Trastorno Opositor Desafiante, Trastorno de Conducta Grave y Trastorno por Epilepsia Grave, está considerado como un “*caso*”.

Son reportados indicadores de interacción y afecto inadecuados: demostraciones pasadas de afecto adecuado (menciona que ya no las hay), indicadores de estimulación insuficiente, no realiza actividades extra, no hay aprendizaje fuera del hogar, ve televisión todo el día, sin embargo, cuenta con juguetes adecuados a la edad. Menciona que no ha sido necesaria la atención a problemas emocionales graves, sin embargo, menciona que se siente casado la mayoría del tiempo. No hay transmisión de normas ni límites, lo educan como “niño grosero”, no puede hacer nada, no hay transmisión de valores morales positivos. Se observan indicadores de maltrato emocional: le habla feo, lo ignora (hace que no lo escucha), le dice que es un *cabeza hueca*, miedo de su hermano mayor, primos lo amarraron cuando era más pequeño. No se reportan indicadores de instrumentalización en conflictos parentales, ni de exposición a violencia de pareja, ni indicadores de amenazas de agresión física. Durante la entrevista no hay contacto visual, evasión de respuestas, respuestas diferentes a las preguntas (sin sentido), hace voces, mucha activación física, ruidos, brincos, gritos.

La evaluación del área afectiva realizada dentro del CCMG arroja que el menor se percibe con sentimientos intensos de inadecuación intelectual, angustia e inseguridad, muestra hostilidad hacia los demás, ira, rebeldía y culpa, control de impulsos limitado. Dinámica familiar con padres ausentes, apego de la madre con hijo mayor, cercana con el padre y abuela materna y entre hermanos es poco estrecha y conflictiva.

Se observa una edad madurativa de 4 años (4-5 meses), representando una diferencia de 1 año por debajo de lo esperado, se descarta daño orgánico y su índice de madurez mental corresponde con un CI normal a normal-bajo.

No fue posible realizar completa la evaluación (se aplicaron 5 subpruebas, 2 de comprensión verbal y 3 de ejecución) debido a la dificultad del niño para realizar las tareas, lentitud para contestar los reactivos verbales; además, entre reactivo cantaba, bailaba, jugaba con las manos, gritaba y saltaba. Sin embargo, aunque no es posible calcular el CIT, su CIE (104) concluye que posee los conocimientos necesarios para analizar y sintetizar la información, además de afrontar adecuadamente las tareas nuevas que se le asignen.

Caso 8.

Se trata de una adolescente de 13 años de edad que asiste al segundo grado de secundaria, tercera hija de la madre y segunda del padre (hermana y hermano, 22 y 19 años respectivamente). La menor es referida de su escuela secundaria debido a problemas de integración escolar, por su parte, el padre solicita su atención ya que presenta pensamientos suicidas, tendencias ocultas al suicidio, se encierra en el baño y corta con navajas de sacapuntas sus piernas y muñecas, además de bajo rendimiento académico.

Embarazo que llegó a término vía cesárea, esperado ansiosamente por la madre, pero no por el padre debido a que consideraba que el sexo del bebé era vulnerable en esta sociedad. Padre (antecedentes de alcoholismo) ausente de los 3 a los 8 años de la menor a causa de ingreso al reclusorio por abuso sexual a menor de 15 años; sale por buena conducta y regresa a casa, pero al paso de unos meses vuelve al consumo de alcohol y por discusiones parentales deciden separarse.

Menor inicia a practicar cutting a los 10 años, se enteran los padres 1 año después gracias a los docentes escolares (inicia para experimentar que se siente y olvidar los problemas de sus padres). Las dificultades académicas y de adaptación se asocian al cambio de secundaria, el cual ocurre debido a que llega tarde a casa, inicia a fumar y se hace un piercing en el ombligo.

FOLIO	EDAD	SEXO	CBTTD	CCMG
08	13 años	M	Impulsividad	Ansiedad
			Hiperactividad	Autoagresión
			Déficit de Atención	Problemas en las relaciones familiares
			Trastorno de Conducta Grave	Problemas de comunicación interpersonal
			Conducta explosiva como probable Rasgo del Carácter	
			Trastorno Depresivo Grave 2	
			Trastorno de Ansiedad Generalizado	
			Trastorno de Ansiedad con Inhibición	
			*TDA-H Tipo Mixto	

Tabla 13. Resultados del caso 08.

En el CBTD se reporta sintomatología asociada al TDA-H Tipo Mixto (combinación de la impulsividad, hiperactividad y déficit de atención), Trastorno de Conducta Grave, Conducta Explosiva como Probable Rasgo de Carácter, Trastorno Depresivo Grave 2, Trastorno de Ansiedad Generalizado y Trastorno de Ansiedad con Inhibición, mismos que logran que sea considerado como uno de los “casos complicados”.

Se encuentran indicadores de poca interacción intrafamiliar y afecto inadecuado (la menor busca a su madre, pero la mamá prefiere estar con los hermanos), higiene personal adecuada (de acuerdo a lo dicho por el menor y su aliño e higiene). Se observan indicadores de inadecuada estimulación, la menor no realiza actividades extra académicas, ni aprendizaje académico fuera de

la escuela, hay intereses en asistir a actividades fuera del hogar, pero nulo interés por parte de la madre, ve televisión 3 a 4 horas al día y maneja el celular todo el día. Se encuentran indicadores que muestran la inatención a problemas emocionales, refiere que en primaria se le refirió al psicólogo (situación que no atendió la mamá), también en secundaria se le refirió, tuvo un intento de suicidio al término de una pelea con su mamá, tomó pastillas, las vomitó y fue llevada al hospital; actualmente asiste al psicólogo por solicitud propia, sin embargo, los padres mencionan que accedió asistir al psicólogo con la condición de regresarla a su antigua secundaria. Se encuentra nula transmisión de normas, límites, ni valores morales positivos. Se observa indicadores referentes a la presencia de maltrato emocional como groserías, miedo a que le peguen, sustracción de propiedades hasta la realización de actividades mandadas, prohibición de salidas. No se encuentran indicadores de instrumentalización en conflictos parentales, ni exposición a violencia de pareja (actualmente) y no fueron reportadas amenazas de agresión física.

La evaluación del área afectiva dentro del CCMG muestra indicadores emocionales de inadecuación, inseguridad, preocupación por las relaciones, rasgos obsesivos y tendencias agresivas, inadecuado control de impulsos, baja tolerancia a la frustración. Respecto a la dinámica familiar, su vínculo más fuerte es con su hermana, el de mayor protección con el hermano y un deseo de vincularse con su madre, aunque no se encuentra la mayor parte del tiempo en casa, no hay adecuado vínculo con el padre, repulsión debido a su alcoholismo y generador de violencia.

Se observa una edad madurativa de acuerdo a su edad cronológica, se descarta daño orgánico y su índice de madurez mental corresponde con un CI normal a normal bajo.

La evaluación del área cognoscitiva arroja un CIT de 62, el cual es muy bajo, dejando su inteligencia general inadecuadamente desarrollada, un ICV (63) que indica deficiencia en su

capacidad para transmitir, entender e incorporar nuevos conceptos en su vida cotidiana, se ha desarrollado en un medioambiente poco enriquecedor, un IRP (71) que indica que no ha logrado alcanzar una capacidad de análisis y síntesis que le permiten desarrollar un pensamiento abstracto y lógico, es decir, no percibe las funciones fundamentales de los objetos y sus relaciones.

Caso 9.

Se trata de una niña de 10 años de edad que asiste al quinto grado de primaria, primera hija del matrimonio (hermano de 6 años). La madre solicita atención debido a que la menor expresó que quería morir (ocurrió debido a que le negaron asistir a una pijamada), grita mucho cuando se enoja, pelea con su hermano y tiene mala relación con él, constantemente se agreden, se insultan y se golpean.

Embarazo planeado con desarrollo y parto normal, sin problemas en el ámbito académico; la madre no brinda suficiente información ya que menciona no acordarse de tal.

FOLIO	EDAD	SEXO	CBTD	CCMG
09	10 años	M	Déficit de Atención	Estilos de crianza
			Trastorno de Ansiedad con Inhibición	Ansiedad

Tabla 14. Resultados del caso 09.

El CBTD reporta sintomatología asociada con el déficit de atención y con el Trastorno de Ansiedad con Inhibición, mismos que no son suficientes para ser considerados un caso por el instrumento, por lo tanto, forma parte de los considerados “no casos”.

Adecuada interacción y afecto, el menor cuenta con atención dentro del hogar, demostraciones adecuadas de afecto, óptimo cuidado de alimentación e higiene personal (de

acuerdo a lo dicho por el menor y su aliño e higiene). Adecuada estimulación, aunque la menor no está inscrita en actividades extra académicas, le interesa realizar alguna y sus padres se muestran interesados, se observa estimulación de aprendizaje externo a la escuela, aprendizaje fuera del hogar (museos), cuenta con juguetes y juegos apropiados a la edad, ve televisión, además maneja celular y Tablet (prestados). No se han presentado situaciones emocionales graves en las que la menor necesite atención, sin embargo, menciona indicadores de problemas afectivos, con una adecuada transmisión de normas, límites y valores morales positivos. La menor reporta indicadores de maltrato emocional, como humillaciones públicas, mencionando miedo a que le dejen sola en casa o en la calle. No se encuentran indicadores de instrumentalización, sin embargo, se ha expuesto a la menor a violencia de pareja, en general gritos por problemas económicos y no menciona amenazas de agresión física actuales (las hubo cuando era pequeña).

La evaluación del área afectiva realizada al menor dentro del CCMG indica que presenta dificultades para conectarse con el entorno y las personas, retraimiento e inhibición, inmadurez, impulsividad, pobre control de impulsos y poca tolerancia a la frustración. La dinámica familiar refleja cercanía entre ambos padres y el posible deseo de un vínculo cercano con la madre, aunque este se encuentra distanciado, de la misma manera, la relación con el hermano es distante.

Se observa una edad madurativa 1 año por debajo de su edad cronológica, se descarta daño orgánico y su índice de madurez mental corresponde con un CI normal a normal-bajo.

La evaluación del área cognoscitiva arroja un CIT de 88 que ubica su inteligencia general inadecuadamente desarrollada, ubicando se por debajo del promedio, un ICV (83) que implica comprensión verbal y habilidades verbales limitadas y escasas habilidades para asociar, asociado

a un pensamiento concreto, un IRP (90) que le permite analizar y sintetizar, cuenta con los recursos necesarios de integración visomotora y espacial, además tiene buenas habilidades de percepción.

Caso 10.

Se trata de un varón de 6 años de edad que asiste al segundo grado de primaria, tercer hijo de la pareja (hermanos de 15 y 10 años de edad). El padre menciona que el menor no establece comunicación con personas ajenas a su entorno familiar, se mantiene alejado de la mayoría de sus compañeros, promedio escolar bajo, no sigue órdenes del docente y se muestra agresivo con la madre; referido al “Centro de Desarrollo Comunitario Xochimilco” y al no poder atender sus necesidades se le refiere al CCMG.

Dinámica familiar con discusiones, en el último mes han aumentado al grado en que la madre fue golpeada en 2 ocasiones y una la presencié el menor, desde entonces el pequeño se ha comportado agresivo con ella. Demanda hacia el padre, no aporta económicamente y se niega a marcharse de la casa.

Embarazo no planeado, de alto riesgo ya que presenta problemas en el útero, parto natural. Menor diagnosticado a los 4 años con Púrpura de Henoch- Schönlein en etapa leve, con tratamiento para que no evolucione (4 episodios de la enfermedad), en este momento se vuelve “serio con los demás”. Desde tercer año de kínder ha recibido atención psicológica en 3 ocasiones en el DIF “*Muyuguarda*”, sin alteraciones.

FOLIO	EDAD	SEXO	CBTD	CCMG
10	06 años	H	Impulsividad	Discapacidad intelectual
			Trastorno Oposicionista Desafiante	Estilos de crianza
			Trastorno Depresivo Moderado Tipo 1	

Tabla 15. Resultados del caso 10.

Es reportado por el CBTD sintomatología asociada a la impulsividad, al Trastorno Oposicionista Desafiante y al Trastorno Depresivo Moderado Tipo 1, considerado por el instrumento como un “*caso*”.

Se observan indicadores de inadecuada interacción y afecto, en el que el menor no cuenta con atención dentro del hogar, no hay interacción intrafamiliar, pocas demostraciones de afecto, no se observa un óptimo cuidado en su alimentación ni en su higiene personal. Se observa inadecuada estimulación, no cuenta con actividades lúdicas, no está inscrito en actividades extraacadémicas, no le interesa realizar alguna y sin estimulación de aprendizaje externo a la escuela. No hubo respuesta sobre normas, límites ni valores, en el diálogo el niño utiliza palabras altisonantes. Se observan indicadores de maltrato emocional, como amenazas acerca de internado en alguna institución, en cuanto a la instrumentalización ocurren amenazas del papá que su mamá se irá de la casa por su culpa. Reporta que no se ha expuesto al menor a violencia de pareja, ni menciona amenazas de agresión física actuales.

La evaluación del área afectiva dentro del CCMG refleja inseguridad, retraimiento y depresión, ansiedad o culpa de no actuar correctamente, pobre control y regulación de impulsos, pobre autoconcepto.

Se observa una edad madurativa de acuerdo a su edad cronológica, indicadores de posible daño orgánico y su índice de madurez mental corresponde con un CI normal a normal-bajo.

La evaluación de área cognoscitiva reveló un CIT de 47, el cual refleja el desarrollo de su inteligencia general muy por debajo de lo esperado en un niño de su edad, un ICV (67) con una comprensión verbal deficiente, un desarrollo del lenguaje muy limitado y con hostilidad hacia tareas de tipo escolar, un IRP (71) indica que tiene malos recursos para poder analizar y sintetizar, poco razonamiento no verbal y su capacidad para poder resolver problemas a partir de reglas es bajo. *Es importante mencionar que el niño no pone esfuerzo de su parte para poder contestar adecuadamente la prueba.*

Caso 11.

Se trata de un varón de 7 años de edad que asiste a tercer grado de primaria, primer y único hijo de la madre y tercero del padre. Atención solicitada por la madre debido a que presenta problemas de conducta y bajo rendimiento escolar, no pone atención en clase, juega y no termina el trabajo en clase, problemas de socialización con sus compañeros (lo molestan y se burlan de él por su bajo rendimiento escolar), se presenta desde que inicia la educación primaria.

Padres separados, con visitas los fines de semana, con relación adecuada excepto cuando se porta permisivo y consentidor ya que suele hacer que el niño piense que ella es mala y siempre está enojada. Es importante destacar que, durante la entrevista, la madre sostenía que vivía con el padre del menor desde hace 29 años y el menor que cuidaba a su hermano menor, ambas situaciones son falsas.

Embarazo de alto riesgo debido a edad (41) y 2 abortos espontáneos previos, no llega a término (días antes de cumplir 7 meses vía cesárea) ya que presenta un fuerte dolor en la vesícula a finales del segundo trimestre. Permanece en incubadora por 2 meses a causa de soplo en el

corazón, revisiones mensuales hasta los 3 años de edad; desde el nacimiento se le alimentó con leche de fórmula.

FOLIO	EDAD	SEXO	CBTD	CCMG
11	08 años	H	Impulsividad Hiperactividad Déficit de Atención Conducta explosiva como probable Rasgo del Carácter Trastorno Depresivo Grave 2 Trastorno de Ansiedad Generalizada *TDA-H Tipo Mixto	Bajo rendimiento escolar como consecuencia de inatención Problemas de conducta en casa y escuela

Tabla 16. Resultados del caso 11.

Es reportado por el CBTD sintomatología asociada al TDA-H Tipo Mixto (combinación de la impulsividad, hiperactividad y del déficit de atención), conducta explosiva como probable rasgo de carácter, Trastorno Depresivo Grave 2 y Trastorno de Ansiedad Generalizada, que lo ubica como uno de los “casos”.

El menor cuenta con adecuada interacción y afecto, con atención dentro del hogar, demostraciones adecuadas de afecto, óptimo cuidado de alimentación e higiene personal (de acuerdo a lo dicho por el menor y su aliño e higiene). Adecuada estimulación, el menor cuenta con actividades lúdicas, está inscrito en actividades extraacadémicas (la madre menciona que ya no lo lleva), hay estimulación de aprendizaje externo a la escuela, aprendizaje fuera del hogar (museos), cuenta con juguetes y juegos apropiados a la edad, ve caricaturas en televisión y todos los días juega videojuegos. No se han presentado situaciones emocionales graves en las que el menor necesite atención, sin embargo, menciona indicadores de problemas afectivos. Ocurre una adecuada transmisión de normas y límites, hay confusión en cuanto a la transmisión de valores

morales positivos. Se observan los siguientes indicadores de maltrato emocional, se le ha encerrado en su cuarto al no cumplir con obligaciones y por parte del tío es de quien recibe (groserías). No se encuentran indicadores de instrumentalización en conflictos parentales. Sabe que sus padres han discutido porque están enojados, sin embargo, no los ha visto pelear (mamá menciona que el papá vive con ellos, pero no es así). No reporta amenazas de agresión física por parte de los padres, sin embargo, el tío si lo ha amenazado.

Se descarta daño orgánico, con edad madurativa de 6 años 5 meses, discrepancia de 1 años siete meses con la edad cronológica.

Con la evaluación del área afectiva dentro del CCMG se puede observar inhibición, retraimiento, sentimientos de soledad e inseguridad, ansiedad, dificultad para conectarse con el entorno y las personas, impulsividad y respuestas violentas. En la dinámica familiar se observa poca vinculación entre los pares, relación tensa con la madre, percepción que siempre está enojada, en cuanto al padre hay poca interacción con él y aparenta ser amistosa, el vínculo con su abuela es débil, aunque vive con ella, además refleja necesidad de ser protegido.

Se observa una edad madurativa 1 año 7 meses por debajo de su edad cronológica, se descarta daño orgánico y su índice de madurez mental corresponde con un CI normal a normal-bajo.

La evaluación del área cognoscitiva refleja un CIT de 98, el cual indica que el desarrollo de su inteligencia general es adecuado, un ICV (98) que le permite comprender el significado de las palabras y el recuerdo de la información, sin embargo, posiblemente tiene dificultades al analizar y conceptualizar lo que percibe verbalmente, su IRP (112) que refleja una destacada habilidad en la capacidad de razonamiento fluido, integración visomotora y procesamiento espacial.

Caso 12.

Se trata de un varón de 9 años de edad que asiste a tercer grado de primaria, primer hijo de ambos padres (hermano de 6 años). Atención solicitada por la madre que refiere bajo rendimiento escolar, ansiedad e irritabilidad, aunadas a constantes peleas con su hermano menor desde que se separó de su esposo (debido a agresiones físicas) hace 8 meses.

Embarazo de 8 meses, nacimiento por cesárea; durante todo el embarazo la madre fumó tabaco. A los 8 meses el menor le comienza dermatitis atópica y al año comienza alergia al frío.

FOLIO	EDAD	SEXO	CBTD	CCMG
12	08 años	H	Impulsividad Hiperactividad Déficit de Atención Trastorno Oposicionista Desafiante Trastorno Depresivo Grave 2 Trastorno de Ansiedad Generalizado Trastorno de Ansiedad con Inhibición Conducta explosiva como probable Rasgo del Carácter Trastorno del Leguaje Grave *TDA-H Tipo Mixto	Afectación emocional y escolar por separación de los padres

Tabla 17. Resultados del caso 12.

Gracias al CBTD es posible registrar que el menor presenta sintomatología asociada con el TDA-H Tipo Mixto (combinación de la impulsividad, la hiperactividad y el déficit de atención), Trastorno Oposicionista Desafiante, Trastorno Depresivo Grave 2, Trastorno de Ansiedad

Generalizado, Trastorno de Ansiedad con Inhibición, Trastorno del Lenguaje Grave y Conducta Explosiva como Probable Rasgo de carácter, que lo ubica dentro de los “*casos complicados*”.

El menor cuenta con adecuada interacción y afecto, con atención dentro del hogar, demostraciones adecuadas de afecto, óptimo cuidado de alimentación e higiene personal (de acuerdo a lo dicho por el menor y su aliño e higiene). Pobre estimulación, el menor no cuenta con actividades extra académicas, le interesa realizar alguna con poco interés por parte de sus padres, no hay estimulación de aprendizaje externo a la escuela, poco aprendizaje fuera del hogar (museos), cuenta con juguetes y juegos apropiados a la edad, ve caricaturas en televisión (media hora), maneja el celular (1 a 2 horas). Se han atendido situaciones emocionales, el menor menciona que ha tenido pensamientos de muerte/ideas suicidas (no ha sido atendido), la mamá le menciona que piense en Dios. Ocurre una adecuada transmisión de normas y límites, y una adecuada transmisión de valores emocionales positivos. Se observan indicadores de maltrato emocional, como groserías cuando se porta mal, mentiras y engaños por parte de la madre, amenazas de privaciones materiales, pasó un día encerrado en su cuarto, culpabilizan de situaciones que le pasan a su hermano. No se reportan indicadores de instrumentalización en conflictos parentales, a pesar que la madre habla mal del padre. No se reporta exposición a violencia de pareja, ni amenazas de agresión física, sin embargo, si no cumple con lo que le dicen le pegan con el cinturón.

La evaluación del área afectiva realizada en el CCMG arroja ira, rebeldía, intensa inadecuación, bajo autoconcepto y se percibe no aceptado, hostilidad hacía sí mismo, sentimientos de inseguridad y soledad. Dinámica familiar en donde la madre es figura de autoridad y de cuidado, menciona enojo con su padre (comentarios negativos de su madre hacia la situación que vivieron), además, rivalidad entre hermanos.

Se observa una edad madurativa de acuerdo a su edad cronológica, se descarta daño orgánico y su índice de madurez mental corresponde con un CI normal.

La evaluación del área cognoscitiva arroja un CIT (95) que corresponde a que su inteligencia general está adecuadamente desarrollada, Un ICV (100) indica que es capaz de comunicar y comprender adecuadamente conceptos novedosos y es capaz de aplicarlos de manera óptima a la vida cotidiana, su IRP (104) muestra que sus capacidades analítico-sintéticas, comprensión y análisis visual, pensamiento convergente-divergente y su insight visual son sus mejores habilidades intelectuales.

Caso 13.

Se trata de un varón de 16 años de edad que cursa el segundo grado de bachillerato, primer hijo de la madre (hermano de 14 años). Atención solicitada por la madre (el menor le solicitó ayuda) debido a que presenta cambios emocionales y de conducta, además expresa que no tiene ganas de hacer nada y no encontrar sentido a lo que hace, se le ve triste y desesperado y bajo desempeño académico.

Embarazo con desarrollo adecuado, bien aceptado por la madre, sin embargo, el padre comienza a ausentarse e inicia consumo de alcohol y otras sustancias. Se presenta ausencia de sueño durante 3 meses en su primer año de edad, el pequeño dormía de 15 a 30 minutos al día. Relación distante con el padre y con hermano menor; la relación con el hermano se distanció a partir de la separación de los padres. Han ocurrido dos detenciones por ingerir bebidas alcohólicas, por parte de la escuela y de la policía.

FOLIO	EDAD	SEXO	CBTD	CCMG
13	16 años	H	Impulsividad	Ansiedad
			Déficit de Atención	Depresión
			Trastorno de Conducta moderado	Problemas en las relaciones familiares
			Trastorno Depresivo Grave 2	
			Trastorno de Epilepsia Grave	
			Conducta explosiva como probable Rasgo del Carácter	
			*TDA-H tipo Predominante mente Inatento, Severo	

Tabla 18. Resultados del caso 13.

Gracias al CBTD es posible reportar sintomatología asociada al TDA-H Tipo Predominantemente Inatento, Severo (combinación de la impulsividad y del déficit de atención), Trastorno de Conducta Moderado, Trastorno Depresivo Grave 2, Trastorno de Epilepsia Grave y Conducta Explosiva como Probable Rasgo de Carácter, por lo tanto, está dentro de los “*casos complicados*”.

El menor cuenta con inadecuada interacción y afecto, sin atención dentro del hogar, nula interacción intrafamiliar, sin demostraciones de afecto (menciona coexistencia dentro del hogar), óptimo cuidado de alimentación e higiene personal (de acuerdo a lo dicho por el menor y su aliño e higiene). No se observa adecuada estimulación, el menor no está inscrito en actividades extraacadémicas le interesa realizar alguna y su mamá se muestran interesada al principio (no concluye la inscripción), no hay estimulación de aprendizaje externo a la escuela (museos), cuenta con actividades apropiados a la edad (música), videojuegos (1.5 horas al día) y celular (3 horas al día). No se han atendido situaciones emocionales graves, refiere síntomas depresivos y consumo de marihuana, actualmente él solicitó atención. Sin transmisión de normas y límites, adecuada transmisión de valores morales positivos. Se observan indicadores de maltrato emocional como

gritos, groserías, denigraciones, humillaciones íntimas y públicas, suele ser ignorado, amenazas de privaciones materiales y de romper sus cosas, encierro en su cuarto, prohíben estar con amigos; cuando era pequeño rompieron sus juguetes. No se reportan indicadores de instrumentalización en conflictos parentales, no hay exposición a violencia de pareja ni se encuentran amenazas de agresión física.

La evaluación del área afectiva realizada en el CCMG revela retraimiento, ansiedad y sentimientos de culpa, al igual que cierto grado de evasividad, empatía, fuerza o rebeldía ante la imposición, angustia, preocupación, desesperación, sentimientos de abandono, desamparo. Dinámica familiar en dónde los padres se apoyan y comprenden, sin embargo, se observa distante con los hijos y entre ellos hay aislamiento.

Se observa una edad madurativa de acuerdo a su edad cronológica, se descarta daño orgánico y su índice de madurez mental corresponde con un CI deficiente a normal-bajo.

La evaluación del área cognoscitiva arroja un CIT de 117 el cual revela que su inteligencia general se encuentra desarrollada adecuadamente, un ICV (106) indica que sus conocimientos adquiridos y su capacidad de razonar la información son adecuados, además su nivel de pensamiento es abstracto funcional, un IRP (127) revela que se encuentra dentro del promedio alto, con razonamiento fluido, con capacidad de conceptualización abstracta.

Caso 14.

Se trata de un varón de 11 años de edad, que cursa el sexto grado de primaria, hijo adoptado por ambos padres (dos hermanas mayores de 27 y 21 años, una tercera niña murió al nacer).

Atención solicitada por la madre debido a que el menor no acata órdenes y posee un bajo rendimiento académico, pasa demasiado tiempo en dispositivos electrónicos y manifiesta una conducta hostil al solicitar que realice tareas, conductas que se presenta desde los 6 años, por tales conductas existe rechazo por los familiares hacia el niño.

En el año 2013 es referido al Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” por su escuela primaria, diagnosticado con Trastorno de Déficit de Atención sin Hiperactividad; tratamiento que consiste en mefilfenidato y terapia de juego, por recomendación de un pediatra interrumpió el medicamento. En 5° comienza a asistir a USAER debido a sus bajas calificaciones, a partir de esto nota una mejora.

El menor se entregó de forma legal a los 7 meses de edad por la madre biológica a los padres. Nace a los 7 meses y se le retiene 15 días en incubadora, producto de una violación sexual por parte del padrastro, motivo por el cual la madre biológica no desea conservar al pequeño, el menor desconoce tal situación y los padres no quieren que se entere; desarrollo evolutivo acorde a su edad, no se le da leche materna y es entregado con desnutrición.

En la crianza, la madre pone los límites, pero el padre accede a la mayoría de sus demandas creando un ambiente ambivalente.

FOLIO	EDAD	SEXO	CBTD	CCMG
14	11 años	H	Impulsividad	Trastorno Oposicionista Desafiante
			Hiperactividad	Estilos de crianza
			Déficit de Atención	
			Trastorno Oposicionista Desafiante	
			Trastorno Depresivo Moderado 1	
			*TDA-H Tipo Mixto	

Tabla 19. Resultados del caso 14

Se aporta gracias al CBTD sintomatología asociada al TDA-H Tipo Mixto (combinación de la impulsividad, la hiperactividad y el déficit de atención), Trastorno Oposicionista Desafiante y Trastorno Depresivo Moderado 1, que lo ubica dentro de los “*casos*”.

El menor cuenta con interacción y afecto pobres, nula atención dentro del hogar, sin interacción familiar, no hay demostraciones adecuadas de afecto (menciona que sabe que lo quieren cuando lo regañan), en situaciones de necesidad afectiva le dan una Tablet, óptimo cuidado de alimentación e higiene personal (de acuerdo a lo dicho por el menor y su aliño e higiene). No se observa estimulación, el menor no cuenta con actividades lúdicas, no está inscrito en actividades extraacadémicas, si le interesa realizarlas pero sus padres no pueden llevarlo porque trabajan, no hay estimulación de aprendizaje externo a la escuela, poco aprendizaje fuera del hogar (museos), cuenta con juguetes apropiados a la edad, juega videojuegos, ve caricaturas y telenovelas por televisión (5 a 7 horas al día). No se han presentado situaciones emocionales graves, sin embargo, menciona indicadores de problemas afectivos (tomando en cuenta la forma en que solucionan dando Tablet). Se observa una transmisión de normas y límites deficiente, y una inadecuada transmisión de valores morales positivos. Se observan indicadores de maltrato emocional, como rechazo de afecto, denigraciones, humillaciones, culpa de situaciones sin razón, amenazas de

privaciones materiales, encerrado en su cuarto. No se encuentran indicadores de instrumentalización en conflictos parentales. Se reporta exposición a violencia de pareja, estando la figura parental en estado de ebriedad. No se encuentran amenazas de agresión física.

La evaluación afectiva realizada en el CCMG muestra pobre control de impulsos, aislamiento social e inadecuada expresión de emociones, tendencias agresivas, de hostilidad, ira y rebelde hacia los demás, además de conflictos con la autoridad, necesidad de aceptación y afecto. Dinámica familiar con ambas figuras distantes y ambivalentes, con padre ausente permisivo y madre nutricia, protectora y punitiva, conflictos con hermana mayor y relación distante con otra hermana pues vive en otro país. Tiene necesidad de sentirse protegido, sin embargo, percibe su entorno como hostil, peligroso, severo y rechazante.

Se observa una edad madurativa 4 años por debajo de su edad cronológica, se descarta daño orgánico y su índice de madurez mental corresponde con un CI normal a normal-alto.

La evaluación del área cognoscitiva arroja un CIT de 88 que indica que el desarrollo de su inteligencia general se encuentra por debajo de lo esperado, un ICV (81) que se refleja en su comprensión y habilidades verbales, y su desarrollo de lenguaje deficientes, al igual que un pensamiento concreto, un IRP (88) refleja su mala organización visual, problemas visoperceptuales y un bajo pensamiento analítico sintético.

5.3 Maltrato emocional y psicopatología infantil

Para poder conocer la correlación entre el maltrato emocional y la psicopatología infantil que reportan los tutores, se utilizó el IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS,

versión 23). Se ejecutó la prueba estadística r de Pearson para poder correlacionar el maltrato emocional que los menores reportaron y el número de conductas que se asocian a psicopatología infantil reportadas los tutores (tabla 20).

		Sintomatología
Maltrato emocional	Correlación de Pearson	.505
	Sig (Bilateral)	.065
	N	14

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

Tabla 20. Índice de correlación entre la cantidad de síntomas y el maltrato emocional

Con base en el índice de correlación, las conductas asociadas a la psicopatología infantil que las madres reportan tienen una correlación con el maltrato emocional que mencionan los menores de la siguiente manera: Entre ambas variables existe una correlación media, la dirección de la correlación es positiva, por lo tanto, al aumentar el maltrato emocional aumentan los síntomas asociados a la psicopatología infantil, y viceversa.

Posteriormente se buscó la correlación entre el maltrato emocional y los distintos grupos en los que se concentra la sintomatología asociada a la psicopatología infantil; correspondiendo a síndromes exteriorizados, interiorizados y otros.

		Exteriorizados	Interiorizados	Otros
Maltrato emocional	Correlación de Pearson	.641*	-.015	.172
	Sig (Bilateral)	.014	.958	.556
	N	14	14	14

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

Tabla 21. Índice de correlación entre la agrupación de los síntomas y el maltrato emocional

Con base en el índice de correlación, las conductas asociadas a los síndromes exteriorizados tienen una correlación buena con el maltrato emocional, su dirección es positiva, por lo tanto, al aumentar el maltrato emocional aumentan los síntomas asociados a la psicopatología infantil de orden exteriorizado, y viceversa.

Se observa una correlación muy débil (casi inexistente) entre las variables maltrato emocional y síndromes de orden interiorizado, su dirección es negativa, por lo que al aumentar el maltrato emocional disminuyen los síntomas asociados a la psicopatología infantil de orden interiorizado.

En cuanto a los síndromes clasificados como otros se observa una correlación débil entre esta variable y el maltrato emocional, con una dirección positiva indica que al aumentar el maltrato emocional aumentan los síntomas asociados a la psicopatología infantil dentro de la categoría otros.

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo principal de este estudio fue conocer la relación que existe entre la psicopatología infantil y el maltrato emocional en niños de edad escolar, en una muestra clínica del Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”.

Se presentará la discusión de los resultados mencionados en el capítulo anterior comenzando con el análisis cuantitativo de los datos sociodemográficos de los tutores y los menores, al igual que el del Cuestionario Breve de Tamizaje Diagnóstico. Posteriormente se realizará el análisis cualitativo, iniciando con la entrevista semiestructurada basada en el

instrumento BALORA, continuando con el análisis de cada uno de los casos que fueron tomados para la realización de este estudio, además de mostrar datos en relación a la exposición de los menores a maltrato emocional.

Análisis cuantitativo

Este apartado incluye los datos sociodemográficos de padres e hijos, así como de sus parejas, en estas se incluyen sexo, edad, parentesco, escolaridad, ocupación, antecedentes de maltrato en la niñez y el consumo de alcohol.

Sexo, edad, estado civil, parentesco, ocupación y escolaridad (padres).

En referencia al sexo de los tutores, se encontró que la mayoría de las evaluaciones fueron realizadas a mujeres y que la mayoría son madres biológicas en cuanto al parentesco con el menor, ocurre el caso de un padre a cargo de la tutela, lo cual es similar a lo encontrado por otros autores (CESOP, 2011; Gómez, 2006; López Rubio, Fernández Parra, Vives Montero & Rodríguez García, 2012; SSA, 2006; UNICEF, 2016), quienes encontraron que la mayoría de las personas que se enfocan en el cuidado de los hijos(as) son las madres. Es interesante observar que a pesar del pequeño tamaño de la muestra, los datos estadísticos (más del 90%) son comparables en los estudios que trabajaron con poblaciones más grandes.

Se encontró, prácticamente, igual el número de tutores solteros que el número de tutores que viven casados o unión libre, situación que es comparable con lo mencionado por los autores (Ulloa Flores & Navarro Machuca, 2011; UNICEF, 2016; INEGI, 2017; INEGI, 2018) quienes

mencionan que entre el 50 y 60% de las mujeres están casadas/en unión libre. En relación a su ocupación, la minoría de las cuidadoras tienen como actividad “*ama de casa*”, mientras que tres cuartas partes de ellas trabajan en algún establecimiento o su ocupación está relacionada con actividades retribuidas económicamente, situación contraria a la que se presenta por (Gaxiola Romero & Frías Armenta, 2005; Frías Armenta, Fraijo Sing, & Cuamba Osorio, 2008; Ulloa Flores & Navarro Machuca, 2011; INEGI, 2018) pues mencionan que del 21% al 30% de las madres trabajan. La mayoría cuenta con escolaridad básica (primaria, secundaria y preparatoria) y una cuarta parte con carrera técnica, licenciatura o posgrado que se asemeja con lo mencionado por los autores (Gaxiola Romero & Frías Armenta, 2005; Frías Armenta, Fraijo Sing, & Cuamba Osorio, 2008; INEGI, 2018; Padilla Márquez, 2016) que mencionan que una quinta parte de las madres cuentan con educación superior.

Maltrato en la niñez, consumo de alcohol (madres y parejas).

En referencia a sus antecedentes, es casi el mismo número de tutores que si vivieron maltrato (ocasional y casi siempre) en la niñez que aquellos que no lo vivieron situación que se encuentra similar que se reportó por los autores (Gaxiola Romero & Frías Armenta, 2005) que mencionan que entre el 55.7% y el 62.9% de la muestra fue maltratada. En el caso de sus parejas, la mayoría no vivió maltrato y aquellas que sí lo vivieron, ocurrió ocasionalmente. De acuerdo a los resultados, la información es comparable con lo mencionado por los autores (OMS, Maltrato infantil, 2016; Padilla Márquez; 2016) que afirma que entre el 60% y 68% de los cónyuges de las madres no fueron maltratados durante su niñez.

En las madres de los menores predomina el no consumo de alcohol y aquellas que si lo consumen lo hacen ocasionalmente, esta situación es comparable con la presentada por los autores (Gaxiola Romero & Frías Armenta, 2005; Perdomo Escobar, 2013; Padilla Márquez, 2016) que mencionan que entre el 8% y el 24% de las madres son consumidoras de alcohol; en las parejas ocurre lo contrario ya que la mayoría consume alcohol ocasionalmente (uno casi siempre) y dentro de la minoría se encuentra el nulo consumo, situación que es comparable a lo afirmado por las autoras (López Caizaluisa, 2013; Perdomo Escobar, 2013; Padilla Márquez, 2016) que afirma que entre 42% y el 89.9% de los cónyuges son consumidores de alcohol.

El consumo de alcohol tiene una incidencia más alta en los hombres que en las mujeres, debido a la valoración social y simbólica que se les da; el alcoholismo, es un fenómeno que históricamente ha tenido mayor presencia en el mundo masculino. Aproximadamente, el 61.1% de los hombres son consumidores de alcohol, mientras que entre el 34.2% y 38.7% de las mujeres son consumidoras, tal como lo mencionan los autores (Educalcohol, s.f.; Góngora Soberanes & Leyva Piña, 2005). De esta manera, las mujeres son mucho más propensas a ser estigmatizadas por su consumo de alcohol que los hombres: una mujer en estado de embriaguez es más propensa a la culpa y su comportamiento se considera más anormal; las mujeres interiorizan esta culpa y llegan a estar de acuerdo con las opiniones negativas.

Los investigadores han documentado la creencia cultural de que las madres, más que los padres, deben estar siempre disponibles para sus hijos (Correll et al., 2007, citado en Educalcohol, s.f.), por lo que la razón por la que las mujeres beben de la forma que lo hacen se encuentra dentro de nuestra cultura, donde la división del trabajo entre hombres y mujeres sigue siendo desigual. Junto con lo anterior, se entiende que beber alcohol ha constituido un acto que prueba la masculinidad, que exagera el machismo, afirmando el carácter “mujeriego” y “aventurero”, mientras que las

mujeres que transgreden la identidad de ser madre, esposa y fieles son consideradas prostitutas, malas mujeres y traicioneras.

Sexo, edad, escolaridad (menores).

Se encuentra una mayoría no significativa de hombres sobre mujeres en la muestra infantil, hallazgos comparables a los encontrados por otros autores (Rodríguez, 2010; López-Rubio, Fernández-Parra, Vives-Montero, & Rodríguez-García, 2012; Lucio Gómez, 2014; Romero Godínez, Lucio Gómez Maqueo, & Forns Santacana, 2015; Padilla Márquez, 2016; Tovar Domínguez, Almeraya Quintero, Guajardo Hernández, & Borja Bravo, 2016) quienes encontraron una distribución poblacional similar. Esta situación se encuentra debido a que en estos estudios se utilizó un muestreo no probabilístico intencional en el que seleccionaron su muestra con base al propósito de estudio, buscando un equilibrio de acuerdo al sexo de los niños/as; en el presente estudio el tipo de muestreo fue el mismo, sin embargo, el criterio de selección fue con base a que los niños/as fueran usuarios de algún servicio de intervención clínica o psicopedagógica del Centro Comunitario.

Los menores se encuentran inscritos en una institución educativa a excepción de uno, en donde la mayoría asiste a la escuela primaria situación que se asemeja a la presentada por los autores (Rodríguez, 2010; Gaxiola Romero & Frías Armenta, 2005; Frías Armenta, Fraijo Sing, & Cuamba Osorio, 2008; Lucio Gómez, 2014) ya que mencionan que al menos el 72% de su muestra infantil se encontraba cursando la primaria. La escolarización de los niños/as y adolescentes que asisten al Centro Comunitario es prácticamente obligatoria, no a causa de requisito de inscripción,

sino debido a que la mayoría de los casos que son atendidos ocurren debido a canalizaciones propias de las escuelas.

En referencia al parentesco del menor con su cuidador, la mayoría se encuentran bajo la tutela de su madre biológica, uno bajo el cuidado de su padre biológico y otro más con su madre adoptiva (en este caso el menor no lo sabe), lo cual se asemeja a lo encontrado por (López-Rubio, Fernández-Parra, Vives-Montero, & Rodríguez-García, 2012), quienes registraron que entre el 63.0% y 71.1% son las madres las que fungen el papel de cuidador primario del niño/niña o adolescente. Las mujeres han adquirido un rol materno que se ha establecido histórica y socialmente, en el que las mujeres se percatan de la presión social, familiar, cultural e individual que implica responder a este rol que demanda el cuidado o responsabilidad del llamado hijo. Sin embargo, la maternidad ha trascendido la imposición cultural, en donde el rol materno se adquiere como una constitución del ser, como una expresión de identidad (Agudelo Londoño, Bedoya García, & Osorio Tamayo, 2016). La crianza por parte del padre es un rol que se rige por la cultura, el entorno social y el papel económico, en el que el padre asume un rol de proveedor, principalmente (Vaneckhaute, 2014).

Y, en cuanto al parentesco entre el menor y otra figura filial, la mitad de los menores no cuenta con ella dentro del hogar y en los casos que la hay, la mayoría corresponde al padre biológico, un caso corresponde al padre adoptivo y dos al tutor, información que se asemeja a la que reporta (UNICEF-UDELAR, 2003; Frías Armenta, Fraijo Sing, & Cuamba Osorio, 2008; Sierra Suárez, 2014), los cuales reportan en sus estudios que entre el 56.4% y el 66.6% de la población infantil viven con ambos padres y entre el 1% y 7% son familias formadas por madre y madre e hijos/as del cónyuge, en especial de la madre.

Psicopatología infantil.

Al observar los resultados obtenidos en el Cuestionario Breve de Tamizaje Diagnóstico, se encontró que todos los consultantes manifestaron sintomatología asociada a la Psicopatología Infantil en sus 3 clasificaciones: exteriorizados, interiorizados y otros, sin embargo en uno de los casos la sintomatología no fue suficiente para lograr un cuadro diagnóstico compatible dentro de los criterios del mismo CBTD, esto debido a que el tiempo en el que se manifestaron los síntomas no fue el requerido para asociarlos a psicopatología específica (Caraveo Anduaga & Soriano Rodríguez, 2013).

La sintomatología asociada a la psicopatología infantil se presentó de forma diversa y no necesariamente de forma única, esto a que en uno, del total de casos, se presentó solamente de forma exteriorizada. En la mayoría de los casos, el mismo número de niños y de niñas presentaron sintomatología correspondiente a las 3 clasificaciones, en donde la impulsividad, el Trastorno de Ansiedad Generalizada y la Conducta Explosiva como probable rasgo de Carácter son las principales manifestaciones de conducta externalizada, internalizada y otros tipos, respectivamente. Se encontró la misma proporción en hombres y mujeres que presentaron síntomas categorizados en externalizados y otros; de la misma manera, los niños fueron quienes más manifestaron problemas externalizados e internalizados; fue un varón el que manifestó únicamente síntomas de orden externalizado y una niña de orden interiorizado (no clasifica dentro del CBTD), datos que concuerdan con otros estudios, pues se ha encontrado que los niños manifiestan más problemas de orden externalizado y en las niñas se presentan más los de orden internalizado (Benjet, y otros, 2009; Frías Armenta, Fraijo Sing & Cuamba Osorio, 2008; Lucio Gómez, 2014; Rodríguez, 2010; Romero Godínez, Lucio Gómez Maqueo & Forns Santacana, 2015; Rutter, 1990 citado en Caraveo & Anduaga, 2013), al igual que lo niños al manifestar hasta los 3 tipos de

síndromes, los de orden externalizado se presentan ya sea por mayor intensidad o mayor número de síntomas, y en el caso de las niñas, al manifestarse hasta los 3 tipos de síndromes, los de orden internalizado se presentaron en mayor frecuencia y/o intensidad en la mayoría de los casos.

Lo anterior concuerda con lo obtenido en diversos estudios sobre problemas que pueden presentar los niños, incluso con el número de muestra que es particularmente pequeño a comparación de otros. Al igual, en las gráficas, es notable que la mayor sintomatología asociada a la psicopatología es encabezada por los varones y que en las niñas su sintomatología es de menor frecuencia y/o intensidad.

Maltrato emocional.

La entrevista realizada con base en el instrumento BALORA proporcionó información certera en la mayoría de los casos. Los niños, en general, se mostraron abiertos y respondieron de forma natural las preguntas proporcionando un panorama general de convivencia dentro de casa, los casos en que los niños no brindaron información completa fue debido a incapacidad de lenguaje, la inhibición de respuestas y a que se brindó información falsa, incluso en uno de ellos la madre también proporcionó información falsa.

La inadecuada estimulación de las áreas emocionales y cognitivas de los niños fueron las que tuvieron más índices de respuesta, es decir, la mayoría de los niños manifiestan necesidades de afecto que sean demostradas física y verbalmente, con abrazos, caricias, besos, apapachos y que les digan verbalmente que los aman, que son importantes, que se alegran de tenerlos, datos que coinciden con lo mencionado por los diversos autores (Arruabarrena, 2011; CESOP, 2005; CONAPRED, 2011; Pinheiro, 2006; REDIM, 2010; UNICEF, 2006), cuyos estudios hacen

referencia a que la negligencia en diversas áreas se presenta entre el 43% y el 69% de la población infantil. Lo que abre paso a la estimulación cognitiva ya que al no estar implicados en la convivencia con el menor a este se le deja “*bajo el cuidado*” de aparatos electrónicos (Tablet, celular y televisión) ubicando en último lugar actividades lúdicas, deportivas y recreativas que son importantes para su desarrollo individual y social. En donde la niñez se vive, en algunos casos, hasta con 7 horas de televisión o 4 horas de celular o tablet al día, llegando a manifestar, el niño, comportamientos inadecuados.

Es importante resaltar que no hubo caso en el que no se presentara maltrato emocional hacia el niño, niña o adolescente, datos que concuerdan con el Informe Nacional Sobre Violencia y salud (2006), cuyos datos reafirman que el maltrato emocional se presenta en el 99% de los hogares, incluyendo 16% con intimidación, incluso llega a presentarse en el 100% de su población en sus distintas modalidades (Tovar Domínguez, Almeraya Quintero, Guajardo Hernández, & Borja Bravo, 2016).

Por último, la incidencia del maltrato emocional que viven los menores dentro de casa se observa medianamente correlacionada con la psicopatología infantil, esta correlación, aunque no puede establecer una causalidad entre ambas variables se le puede considerar un factor de predisposición para el padecimiento de algún trastorno psicológico; se considera, de igual forma, un factor de los muchos que pueden contribuir al padecimiento de psicopatología infantil, entre los que se encuentran su sistema familiar, sus iguales, la escuela, su comunidad y los individuales, lo cual es mencionado por diversos autores (Rodrigo, Máiquez & Martín, 2010; Rodríguez, 2010; Salud S. d., 2012), quienes mencionan que existen diversos factores que contribuyen a la psicopatología infantil, a los que están expuestos todos los individuos y que contribuyen para la aparición de síntomas asociados o que fungen un papel protector. Aunado a lo anterior, se observa

que conforme el maltrato emocional aumente, los síndromes de orden internalizado disminuyen, lo cual podría ser explicado por el síndrome de Estocolmo (Bejerot, N., 1973), cuya aproximación conceptual es una “respuesta psicológica en el que la víctima... desarrolla una relación de complicidad con su perpetrador; en ocasiones, las víctimas pueden acabar ayudando a los victimarios a alcanzar sus fines o evadir a la policía. Datos corresponden a lo mencionado por el Dr. Guerrero Tapia (2015), quien lo describe como una reacción psicológica o un fenómeno psicosocial que el niño/a manifiesta durante una circunstancia traumática debido a que tiene un vínculo afectivo fuerte con el agresor y el contexto en donde se define el vínculo (DGCS, 2015), siendo resultado de una combinación entre el autoengaño defensivo y un mecanismo de defensa para “llevarse bien” con los victimarios; comportamientos semejantes a las formas de afrontamiento como el pensamiento ilusorio y la evitación (Muñoz Ortega, 2017).

Análisis por caso.

A continuación se mostrarán las discusiones de cada caso, a través del análisis cuantitativo del CBTD y del análisis cualitativo de la entrevista semiestructurada, aunado a la evaluación psicológica realizada en el CCMG.

Caso 1

La evaluación realizada al menor dentro del CCMG arroja un limitado control de impulsos y dificultades en retener la atención e inhibición conductual que se asocian al TDA-H, al igual manifiesta limitado control de impulsos, agresividad y dificultades para conectarse con el entorno y las personas, las cuales se relacionan con el Trastorno Opositor Desafiante (APA, 2014;

Caraveo Anduaga & Soriano Rodríguez, 2013); el menor reporta verbalmente síntomas relacionados con Trastornos Depresivos.

El menor relata una adecuada interacción y afecto con sus padres, que implica buena conversación entre ellos con una transmisión de normas y límites situación contraria a la que se encontró en la evaluación. De la misma manera el menor no reportó verbalmente violencia emocional o física, contrario a la que vive dentro del hogar y que sí fue reportada por la misma madre del menor (gritos y en algunas ocasiones golpes). Además, manifiesta miedo cuando pelean sus padres, ya que observa discusiones entre ellos que pueden ser muy fuertes y llegar a los golpes, de la misma manera, observa golpes hacia su hermano y los hay hacia él.

Caso 2

La evaluación realizada dentro del CCMG arroja falta de control de impulsos y problemas de atención que se relaciona con el TDA-H, junto con su bajo rendimiento escolar y problemas de aprendizaje que se relacionan con la deficiente exposición a experiencias educativas; Trastorno de Ansiedad Generalizado se relaciona con su inseguridad, sentimientos de inadecuación, preocupación por su desempeño académico y ansiedad o culpa por no lograr actuar adecuadamente (teme no ser aceptada) que se asocian a su dificultad para socializar, situación que ha desencadenado escaso interés en hacerlo; Trastorno de Lenguaje se asocia a una comprensión y habilidad verbal deficiente; Conducta Explosiva como rasgo de carácter se relaciona con rebeldía, y hostilidad y competitividad con su hermana (APA, 2014; Caraveo Anduaga & Soriano Rodríguez, 2013).

La menor relata interactuar adecuadamente con sus padres, sin embargo la madre menciona (también la evaluación) que la relación con el padre es distante y conflictiva, ya que al demostrarle

cariño él la rechaza porque lo desespera. Madre relata una relación estrecha con su hermana gemela, sin embargo, la evaluación denota que es distante y hostil. La menor se encuentra inmersa en violencia emocional, la cual incluye insultos y denigraciones, en general es ignorada, rechazo emocional y amenazas cuando era pequeña.

Caso 3

La evaluación realizada dentro del CCMG arroja sintomatología asociada al TDA-H como pobre control de impulsos y deficiente atención, lo que deriva a problemas de aprendizaje los cuales se encuentran ligados a la deprivación sociocultural; diagnosticada con Dislexia lo que se relaciona con el Trastorno de Lenguaje Grave; pobre control de impulsos se relaciona con la conducta explosiva como probable rasgo de carácter, el Trastorno Depresivo se asocia con la escasa motivación y falta de empuje de la menor, mientras que el Trastorno de Ansiedad Generalizada con la dependencia y que suele aislarse socialmente (APA, 2014; Caraveo Anduaga & Soriano Rodríguez, 2013).

Se encuentra inmersa en violencia emocional como gritos, denigraciones, humillaciones y amenazas de privaciones materiales, al igual que negligencia en atención de salud mental ya que fue referida en 2 ocasiones al Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”, ambas solicitudes no fueron atendidas.

Caso 4

La evaluación del CCMG arroja que el menor presenta agresividad, pobre control de impulsos, sintomatología que se asocia a la impulsividad, situación relacionada con la ambivalencia en la crianza del menor que deriva a que se le considere generador de violencia;

problemas de aprendizaje están ligados a la deficiencia de experiencias educativas (APA, 2014; Caraveo Anduaga & Soriano Rodríguez, 2013).

Se encuentra inmerso en maltrato emocional como gritos, groserías, amenazas de castigo físico (tiene miedo a que le peguen), empeño de pertenencias, instrumentalización en conflictos parentales, discusiones entre abuelo y madre sobre la crianza del menor, además de negligencia en alimentación (comida rápida y sobrepeso) e higiene descuidada, deprivación sociocultural (televisión de 5 a 7 horas diario).

Caso 5

Debido al tiempo en que se presentó la sintomatología asociada a cualquier diagnóstico dentro del CBTD no se considera suficiente para considerarse entre los criterios (APA, 2014; Caraveo Anduaga & Soriano Rodríguez, 2013), sin embargo muestra ansiedad (temor, tensión y culpa) de sufrir un ataque sexual físico.

Maltrato emocional manifestado como amenazas de privaciones materiales si se porta mal; además de regaños el padre le pega cuando se enoja en extremo. De la misma manera, la menor fue expuesta a abuso sexual, ya que el exponer a un menor a situaciones de índole sexual (ver a dos adultos mantener relaciones sexuales) es considerado como tal ya que no es necesario el contacto físico para que este lo sea.

Caso 6

A través de la evaluación en el CCMG, la sintomatología que se observa es dicción inadecuada, oraciones incompletas (entiende lo que escucha y sabe lo que quiere decir) que se asocian al Trastorno de Lenguaje Grave, sin embargo no es posible diagnosticarlo debido a que la

menor no está escolarizada; inhibición y pobre control de impulsos se asocian al TDA-H (APA, 2014); ansiedad, falta de equilibrio emocional, preocupación por el ambiente, pérdida y abandono materno, retraimiento, inseguridad y desvalorización no fueron asociadas a otro Trastorno del CBTD (Caraveo Anduaga & Soriano Rodríguez, 2013), sin embargo son índices de Trastorno de Ansiedad.

Inmersa en maltrato físico como método correctivo, conductas como nalgadas, "manazos", golpes con objetos, jalar el cabello y maltrato emocional como ignorarla, privarla de cosas, y el padrastro utiliza gritos y amenaza de privaciones, además de exposición a violencia de pareja. Negligencia hacia necesidades médicas, parálisis en las piernas durante 3 meses a sus 11 meses de edad, hay sospecha de abuso sexual y físico, al igual de alimentación inadecuada).

Caso 7

La evaluación realizada en el CCMG arroja ira, rebeldía, hostilidad hacia los demás que se asocia al Trastorno Opositor Desafiante y al Trastorno de Conducta; hiperactividad, mucha activación física y un limitado control de impulsos que se asocian al TDA-H (APA, 2014); se desencadenan sentimientos de inadecuación intelectual, angustia e inseguridad. Al igual, el menor no mantiene contacto visual, evade respuestas, responde algo diferente a las preguntas (sin sentido), hace voces, ruidos, brincos, gritos, cantos, bailes y juego con las manos.

El menor vive maltrato emocional, situaciones en las que le hablan en tono desagradable, lo ignoran y hay insultos, tiene miedo a su hermano mayor, además de negligencia a necesidades médicas. Antecedentes familiares de patologías neurológicas y psicológicas, por parte del padre un tío con esquizofrenia, tía con depresión, madre con dos medio-hermanos con epilepsia y hermano diagnosticado con TDA-H y epilepsia idopática.

*Menor canalizado a evaluación neurológica en el Instituto Nacional de Pediatría.

Caso 8

La evaluación realizada en el CCMG arrojó sintomatología de un intento de suicidio y cutting asociada al Trastorno Depresivo Grave 2; sentimientos de inadecuación e inseguridad y preocupación por las relaciones se asocian a los Trastornos de Ansiedad (APA, 2013); rasgos obsesivos, tendencias regresivas baja tolerancia a la frustración e inadecuado control de impulsos se asocian a sus problemas conductuales.

Hay maltrato emocional en referencia a que le hablan con groserías, y le sustraen sus propiedades, antecedentes de exposición a violencia de pareja, además manifiesta miedo a que le peguen, al igual, negligencia en atención a problemas psicológicos y de interacción.

Caso 9

La evaluación realizada dentro del CCMG muestra dificultades para mantener la atención adecuadamente que se asocia al déficit de atención; el retraimiento e inhibición y la dificultad de conectarse con el entorno o las personas se asocian a Trastornos de Ansiedad en los que predomina la inhibición conductual (Caraveo Anduaga & Soriano Rodríguez, 2013).

Maltrato emocional que incluye humillaciones públicas, exposición a violencia de pareja, antecedentes de amenazas de agresiones físicas; tiene miedo a que la dejen sola en casa o en la calle.

Caso 10

Dentro de la evaluación realizada en el CCMG se encuentran índices de depresión inseguridad, retraimiento que se asocian al Trastorno Depresivo Moderado Tipo 1; su ansiedad o culpa de no actuar correctamente, respuestas hostiles y su pobre regulación y control de impulsos se asocian al Trastorno Opositor Desafiante y a la impulsividad (APA, 2014).

Maltrato emocional que consiste en amenazas de internarlo en alguna institución, instrumentalización del padre responsabilizando al menor en que su mamá se irá de casa por su culpa. Exposición a violencia de pareja (contrario a lo que menciona el menor), la madre ha sido golpeada en 2 ocasiones (1 en presencia del menor). Menor con Púrpura de Henoch- Schönlein en etapa leve.

Caso 11

En la evaluación realizada dentro del CCMG se encontraron dificultades en su concentración e impulsividad que se relacionan con el diagnóstico de TDA-H; problemas afectivos, inseguridad, retraimiento y sentimientos de soledad están relacionados al Trastorno Depresivo Grave Tipo 2; respuestas violentas a situaciones ambientales se asocia con la conducta explosiva como rasgo de carácter; dificultad para conectarse en el entorno y ansiedad se relacionan con Trastornos de Ansiedad (APA, 2014; Caraveo Anduaga & Soriano Rodríguez, 2013).

Hay maltrato emocional como aislamiento (encierro en habitación), además de groserías y amenazas de agresión física por parte del tío.

Caso 12

La sintomatología que se encontró en la evaluación del CCMG se relaciona con diagnósticos del CBTD, entre las que se encuentran hostilidad, ira y rebeldía hacia los demás asociada al Trastorno Opositor Desafiante; intensa inadecuación, bajo autoconcepto y se percibe no aceptado se relacionan con el Trastorno Depresivo Grave Tipo 2 (al igual hay pensamientos de muerte/ideas suicidas); sentimientos de inseguridad y soledad asociados a Trastornos de Ansiedad (APA, 2014; Caraveo Anduaga & Soriano Rodríguez, 2013).

Maltrato emocional como groserías, mentiras y engaños, amenazas de privaciones materiales, aislamiento (encierro en habitación), culpan de situaciones ajenas a él, instrumentalización en conflictos parentales (madre habla mal del padre), además de violencia física (golpes con el cinturón). Se encuentra negligencia en atención de salud mental que no fueron atendidas (pensamientos de muerte/ ideas suicidas) y falta de estimulación.

Caso 13

La evaluación dentro del CCMG arroja sintomatología como sentimientos de abandono, desamparo, retraimiento y sentimientos de culpa asociados al Trastorno Depresivo Grave Tipo 2; fuerza o rebeldía ante la imposición y desesperación asociada al Trastorno de Conducta Moderado, conducta explosiva como probable rasgo de carácter asociado a su misma adolescencia; y cierto grado de evasividad, rasgos de ansiedad, preocupación y angustia asociados a Trastornos de Ansiedad (APA, 2014; Caraveo Anduaga & Soriano Rodríguez, 2013).

El menor se encuentra expuesto constantemente al maltrato emocional como gritos, groserías, denigraciones, humillaciones íntimas y públicas, suele ser ignorado, amenazas de privaciones materiales y de romper sus cosas, aislamiento (encierro en su habitación y le prohíben

estar con amigos), antecedente que rompieron sus juguetes. No se han atendido situaciones de salud graves, como síntomas depresivos y el consumo de marihuana.

Caso 14

A través de la evaluación realizada en el CCMG se encuentra sintomatología como pobre control de impulsos que se asocian al TDA-H; tendencias agresivas y de hostilidad, ira y rebeldía hacia los demás, además de conflictos con la autoridad relacionados al Trastorno Opositor Desafiante; y aislamiento social, necesidad de aceptación y afecto e inadecuada expresión de emociones que se asocia al Trastorno Depresivo Moderado Tipo 1 (APA, 2014; Caraveo Anduaga & Soriano Rodríguez, 2013).

Maltrato emocional como rechazo de afecto, denigraciones, humillaciones, culpan de situaciones ajenas, amenazas de privaciones materiales, aislamiento (encierro en habitación), exposición a violencia de pareja. Negligencia en necesidades afectivas, de estimulación (televisión y otros medios electrónicos de 5 a 7 horas al día).

De acuerdo con el análisis por caso, se encuentra que todos los niños manifiestan problemas conductuales, muchos similares, en diferente intensidad. Es posible observar que el TDA-H, en sus diferentes modalidades, es el principal diagnóstico, sin embargo se debe ser cuidadoso al afirmar que tales conclusiones son correctas debido a que su prevalencia oscila entre el 3% y el 7% de la población en Latinoamérica y aunque su frecuencia es alta, no siempre el TDA-H es correctamente detectado. De esta manera, los falsos positivos (niños inquietos y distraídos) implican un riesgo en el diagnóstico, por lo que es necesario valorar con precisión a los diferentes agentes que participan en la detección del TDAH. Es importante que, además de la observación del clínico y del reporte verbal de los padres se recurra al empleo de pruebas neurológicas

(encefalograma) y neuropsicológicas (evaluación de funciones ejecutivas) para garantizar un correcto diagnóstico y tratamiento del niño/a.

De la misma manera, es observable que el maltrato emocional fue la constante en cada uno de los casos, situación que es preocupante debido a los estragos que pueden presentarse durante el desarrollo del niño/a y a largo plazo. El maltrato emocional, es la modalidad de maltrato más difícil de detectar debido a que sus consecuencias no son físicamente observables; fue reportado por varios niños/as, sin embargo, en algunos casos los menores prefirieron omitir tal información, la cual fue detectada gracias a la información que brindó la madre y a la evaluación propia del Centro Comunitario. Es importante la observación, en niños/as y madres/padres en la búsqueda de información, al igual que la aplicación de cuestionarios enfocados a la búsqueda del maltrato infantil.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados que fueron expuestos y la discusión elaborada respecto a ellos, se puede llegar a las conclusiones siguientes:

- Ψ La mayoría de los menores consultados se encontraban cursando la educación primaria, siendo referidos, principalmente, por su institución educativa.
- Ψ En referencia a la presencia de maltrato emocional en los menores de 4 a 16 años de edad, se concluye que todos los menores lo viven dentro del hogar por al menos uno de sus cuidadores, este se presenta de forma diferente en cada menor. Situaciones diferentes de maltrato vive cada niño, niña o adolescente, en donde las

principales son la inadecuada estimulación, la negligencia a sus necesidades afectivas y emocionales, gritos, denigraciones y aislamiento.

- Ψ En cuanto a los casos en los que se presenta psicopatología infantil en los menores, los tutores reportaron en todos los casos conductas asociadas; en mayor o menor medida fueron reportados síntomas de orden externalizado, internalizado u otros, en los que la mayoría se conforman más de dos agrupaciones sintomatológicas reportadas.
- Ψ El maltrato emocional y la psicopatología infantil se encuentran correlacionados en un nivel medio positivo, por lo que al aumentar el maltrato emocional aumentan los síntomas asociados a la psicopatología infantil, y viceversa.
- Ψ La correlación más significativa se encontró entre las variables maltrato emocional y síndromes de orden exteriorizado, la cual es buena y su dirección es positiva, en donde al aumentar el maltrato emocional aumentan los síndromes de orden externalizado.
- Ψ Entre el maltrato emocional y los síndromes de orden internalizado se correlacionan de una forma muy débil (casi inexistente), con una dirección negativa indica que si aumenta el maltrato emocional disminuyen los síntomas de orden interiorizado, sin embargo el nivel de significancia bilateral (.958) nos indica un 95.8% de probabilidad de equivocarnos.
- Ψ La correlación entre el maltrato emocional y otros síndromes se observa débil y con una dirección positiva, sin embargo el nivel de significancia bilateral (.556) implica que la probabilidad de equivocarnos equivale a 55.6%.

Ψ La práctica clínica nos indica que en la mayoría de los casos el ejercicio positivo de la parentalidad no ha sido ampliamente abordado, en donde la crianza se basa en el interés superior del niño y sus derechos, así como las necesidades y recursos de padres y madres; responde a la necesidad de acceso a servicios adecuados y de calidad para apoyar su funcionamiento en la sociedad actual. La parentalidad positiva conlleva el establecimiento de los límites necesarios para que los niños puedan desarrollar plenamente su potencial, al respetar sus derechos y educarles sin recurrir a la violencia (*Consejo de Europa: Recomendación sobre políticas de apoyo al ejercicio positivo de la parentalidad, 2006*).

6.1 LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Los resultados y las conclusiones con las que cumplió la investigación son favorables, sin embargo se encontraron limitaciones en el proceso.

Ψ *Tamaño de la muestra.* La investigación realizada estuvo conformada por un número pequeño de participantes, lo cual limita la comparación efectiva de los resultados, mismos que podrían ser más confiables al tener una muestra mayor. Por lo tanto, sería altamente significativo realizar la investigación a un grupo mayor de participantes.

Ψ *Entrevista semiestructurada.* Como herramienta de investigación resulta muy útil el emplearla, sin embargo su difícil inclusión resulta en el falseo de las respuestas de algunos niños, ya que en esos casos la información recabada no se ajustaba a la obtenida en las evaluaciones psicológicas. Es importante continuar con el empleo

de la entrevista, integrando reactivos que permitan identificar situaciones de respuesta contradictoria.

Ψ *Evaluación institucional:* Dentro del CCMG se observa una limitante a los estudiantes de Psicología al realizar evaluaciones diagnósticas las cuales se rigen por ciertos estándares que deben cumplirse al realizarse tal evaluación. Por lo tanto, sería importante implementar un nuevo modelo evaluativo que posibilite a los estudiantes una cartera más amplia en las posibilidades de diagnóstico.

Ψ *Supervisión institucional:* El CCMG cuenta con diversos programas de profesionalización, lamentablemente la supervisión a los estudiantes es deficiente, lo cual engloba a sus responsables de programa, ya que algunos no cumplen con los lineamientos establecidos dentro del Centro. Forzar el seguimiento del manual de Procedimientos perteneciente al Sistema de Gestión de Calidad es de vital importancia, ya que su uso es necesario para garantizar el aprendizaje práctico de sus estudiantes, al igual que brindar los servicios comunitarios.

REFERENCIAS

- Agudelo Londoño, J., Bedoya García, J., & Osorio Tamayo, D. L. (2016). Ser mujer: entre la maternidad y la identidad. *Poiésis*, 306-313.
- Alfaro, A., Burgueño, C., Cervantes, E., Pérez, I., & Vázquez, D. (2016). *Detección de necesidades del Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro" (Agosto 2015-Julio 2016)*. Ciudad de México: Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro UNAM.
- APA. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos Mentales, DSM-5*. Arlington, VA.: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Arruabarrena, M. I. (2011). Maltrato Psicológico a los Niños, Niñas y Adolescentes en la familia: definición y valoración de su gravedad. *Intervención psicosocial (20)*, 25-44.
- Barrera Méndez, L. P., Bautista Mercado, E., & Trujillo Martínez, A. (2012). Prevalencia de problemas psicológicos detectados en un centro de educación y desarrollo humano. *Enseñanza e investigación en Psicología [en línea]*, 13-27.
- Benjet, C., Borges, G., Medina Mora, M. E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E., & Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 155-163.
- Boletines, B. d. (01 de Agosto de 2004). *Genera un alto costo social el abuso a menores*. Obtenido de Boletín UNAM-DGCS-539: http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2004/2004_539fff.html
- Calidad, S. d. (2015). *Manual de procedimientos Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro"*. Distrito Federal: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Caraveo Anduaga, J. J., & Soriano Rodríguez, A. (2013). *Guía clínica para la identificación de problemas de salud mental en niños y adolescentes en la atención primaria. Utilizando el Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBTD)*. México, D. F.
- CESOP. (2005). *Violencia y maltrato a menores en México*. México: Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública.
- CESOP. (Septiembre de 2011). *Situación de la familia y la infancia en México. Encuesta Nacional en Vivienda*. México: Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública.
- CESOP. (2013). *Algunas consideraciones sobre el maltrato infantil*. México: Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública.

- CONAPRED. (2011). *Encuesta Nacional sobre Discriminación en México 2010. Resultados sobre niñas, niños y adolescentes*. México: UNICEF.
- Cruz-Sáez, M., Echeburúa, E., & Salaberría, K. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia Psicológica*, 65-74.
- Del Barrio, V., & Carrasco, M. Á. (2009). Detección y prevención de problemas psicológicos emocionales en el ámbito escolar. *Formación Continuada a Distancia*, 3-23.
- DGCS. (24 de Diciembre de 2015). *Aunque es un fenómeno común, el síndrome de Estocolmo no tiene registros en México*. Obtenido de Dirección General de Comunicación Social: http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2015_737.html
- Díaz Marroquín, N., & Floers Ángeles, R. (2011). *Manual Institucional Centro Comunitario "Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro"*. México.
- Educalcohol. (s.f.). *Mujer y alcohol. Un asunto de salud*. Costa Rica: Educalcohol.
- Europa, C. d. (2012). *La parentalidad en la Europa contemporánea: un enfoque positivo*. Madrid: Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad.
- Frías Armenta, M., Fraijo Sing, B., & Cuamba Osorio, N. (2008). Problemas de conducta en niños víctimas de violencia familiar: reporte de profesores. *Estudios de Psicología*, 03-11.
- G, V. V. (2004). *Relación entre psicopatología adulta y antecedentes de trauma infantil*. Santiago Chile: Universidad Andrés Bello.
- Gallardo, P. (2006/2007). El desarrollo emocional en la educación primaria (6-12 años). *Cuestiones Pedagógicas*, 143-159.
- García Romera, Á., Arnal Gimeno, A. B., Bazanbide Bidaburu, M. E., Bellido Gómez, C., Civera Marín, M. B., González Ramírez, M. P., . . . Vergara Arroniz, M. A. (2011). *Trastornos de la conducta. Una guía de intervención en la escuela*. Gobierno de Aragón: Departamento de Educación, Cultura y Deporte.
- Gaxiola Romero, J. C., & Frías Armenta, M. (2005). Las consecuencias del maltrato infantil; un estudio con madres mexicanas. *Revista mexicana de Psicología*, 363-374.
- Gómez, A. T. (2006). *Competencias parentales, buentrato e infancia feliz (Tesina)*. Estado de México: UNAM, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Góngora Soberanes, J., & Leyva Piña, M. A. (2005). El alcoholismo desde la perspectiva de género. *El Cotidiano*, 84-91.
- INEGI. (2017). *Resultados sobre la encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones de los hogares*. Ciudad de México: INEGI.

- INEGI. (01 de 07 de 2018). *Banco de indicadores*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística y Geografía:
<http://www.beta.inegi.org.mx/app/indicadores/?ind=1002000001#divFV6200240463#D1002000001>
- INEGI. (2018). *Estadística a propósito del día de la madre (10 de mayo). Datos nacionales*. Ciudad de México: INEGI.
- JP, G., J, R.-D., T, S.-L., S, V.-H., A, F., L, C.-N., . . . M, H. Á. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX).
- Legislatura, A. L. (2011). *Ley de salud mental del Distrito Federal*. México.
- Livia Segovia, J., & Ortíz Morán, M. (2008). Análisis psicométrico de la lista de chequeo de problemas de conducta para niños de 6 a 11 años. *Avances en Medición*, 55-56.
- Llave, T. V. (2012). *Abuso Sexual: estadísticas para la reflexión y pautas para la prevención*. Lima: MIMP.
- López Caizaluisa, S. M. (2013). *El consumo de alcohol de los padres y su influencia en el desarrollo integral de los niños de la Parroquia de Tocachi, Cantón Pedro Moncayo, provincia de Pichincha, 2012 (Tesis)*. Quito-Ecuador: UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR.
- López-Rubio, S., Fernández-Parra, A., Vives-Montero, M. C., & Rodríguez-García, O. (2012). Prácticas de crianza y problemas de conducta en niños de educación infantil dentro de un marco intercultural. *Anales de Psicología*, 55-65.
- Loredo Abdala, A., Monroy Llaguno, D. A., & Casas Muñoz, A. (2013). El maltrato infantil. Conceptos básicos de una patología médico social legal. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 5-10.
- Lucio Gómez, E. (2014). Psicopatología infantil. En E. Lucio Gómez, & M. C. Heredia y Ancona, *Psicopatología, riesgo y tratamiento de los problemas infantiles* (págs. 1-25). Ciudad de México: El Manual Moderno.
- Lucio, E., Ampudia, A., & Durán, C. (2004). *Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes*. México: Manual Moderno.
- Ministerio de sanidad, s. s. (2012). *La parentalidad en la Europa Contemporánea: un enfoque positivo*. Madrid: Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad.
- Muñoz Ortega, C. F. (2017). *Síndrome de Estocolmo: casos en el Ecuador contemporáneo (Tesis)*. Quito: Universidad San Francisco de Quito. USFQ.
- Myers, D. (2006). *Psicología*. España: Panamericana.
- Navarro", H. P. (s.f.). *Guías clínicas: trastorno bipolar en niños y adolescentes*.

- OMS. (2003). *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Washington, DC: OPS.
- OMS. (30 de Septiembre de 2016). *Maltrato infantil*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Padilla, X. (2017). *Violencia de pareja asociada a psicopatología infantil: propuesta de intervención comunitaria (Tesis de maestría)*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Perdomo Escobar, S. J. (2013). Alcohol y violencia conyugal: estilo del vínculo en función de su co-ocurrencia en parejas de Bogotá. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 41-55.
- Pérez, M. M. (2011). *Violencia contra menores, un acercamiento al problema en México*. México: UNAM.
- Pinheiro, P. (2006). *Informe mundial sobre la violencia contra los niños y las niñas*. Ginebra: UNESCO.
- Rabadán Rubio, J. A., & Giménez Gualdo, A. M. (2012). Detección e intervención en el aula de los trastornos de la conducta. *Redalyc*, 185-212.
- REDIM. (2010). *La violencia contra niños, niñas y adolescentes en México. Miradas regionales*. México: Red por los derechos de la infancia en México.
- Rodrigo López, M. J., Máiquez Chaves, M. L., & Martín Quintana, J. C. (2010). *Parentalidad positiva y políticas locales de apoyo a las familias. Orientaciones para favorecer el ejercicio de las responsabilidades parentales desde las corporaciones locales*. Madrid: Federación Española de Municipios y provincias: Ministerio de sanidad y política social.
- Rodrigo, M., Máiquez, M., & Martín, J. (2010). *Parentalidad positiva y políticas locales de apoyo a la familia. Orientaciones para favorecer el ejercicio de las responsabilidades parentales desde las corporaciones locales*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social & Federación Española de Municipios y Provincias.
- Rodríguez, M. C. (2010). Factores personales y familiares asociados a los problemas de comportamiento en los niños. *Estudios de psicología. Campinas*, 437-447.
- Romero Godínez, E., Lucio Gómez Maqueo, M. E., & Forns Santacana, M. (2015). Los problemas internalizados y externalizados en la competencia académica de escolares. *Acta colombiana de psicología*, 65-74.
- Rueda, A., Santaella, G., & Euguía, S. (2009). *Maltrato infantil*. México: Manual Moderno.
- Salud, O. P. (16 de Diciembre de 2017). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)*. Obtenido de Pan American Health Organization. : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3561%3A2010-clasificacion-internacional-enfermedades-cie&Itemid=2560&lang=es

- Salud, S. d. (2012). *Perfil epidemiológico de la salud mental en México*. México: Subsecretaría de prevención y promoción de la salud, Dirección General de epidemiología.
- Salud, S. d. (2013). *Prevención de las conductas adictivas a través de la atención del comportamiento infantil para la crianza positiva*. México: Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones.
- Santrock, J. (2003). *Psicología del desarrollo en la infancia*. España: McGrawHill.
- Santrock, J. (2006). *Psicología del desarrollo, el ciclo vital*. España: McGraww Hill.
- Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (2006). *Psicopatología. Psicología anorma: el problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson Educación.
- SEGOB. (15 de Mayo de 2012). *Violencia emocional, física, sexual y económica*. Obtenido de Secretaría de Gobernación:
http://www.violenciaenlafamilia.conapo.gob.mx/en/Violencia_Familiar/Violencia_emocional_fisica_sexual_y_econmica
- Sierra Suárez, M. F. (2014). *Corresponsabilidad de padres de familia en los procesos formativos de los niños vinculados a la Fundación Imago (Tesis)*. Bogotá: Universidad Católica de Colombia .
- Sotelo, M. T. (2014). *Diagnóstico Situación de la Infancia en México. Maltrato Infantil Urgencia Nacional*. México: FUPAVI.
- SSA. (2006). *Informe Nacional sobre Violencia y Salud*. México, DF: SSA.
- SSP. (2010). *Maltrato y abuso infantil en México: Factor de riesgo en la comisión de delitos*. México: Dirección General de Prevención del Delito y Participación Ciudadana.
- Tovar Domínguez, A. G., Almeraya Quintero, S. X., Guajardo Hernández, L. G., & Borja Bravo, M. (2016). El maltrato infantil desde la voz de la niñez. *Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas*, 195-207.
- Ulloa Flores, R. E., & Navarro Machuca, I. G. (2011). Estudio descriptivo de la prevalencia y tipos de maltrato en adolescentes con psicopatología. *Salud Mental*, 219-225.
- UNICEF. (1989). *Convención sobre los derechos del niño*. España: UNICEF.
- UNICEF. (2006). *El sacrificio de la infancia*. Perú: Fondo de las naciones unidas para la infancia.
- UNICEF, I. N. (2016). *Encuesta Nacional de niños, niñas y mujeres 2015. Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2015, Informe Final*. Ciudad de México, México: Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México.
- UNICEF-UDELAR. (2003). *Nuevas formas de familia. Perspectivas nacionales e internacionales* . Uruguay: Fondo de las naciones unidas para la infancia.

Valero Aguayo, L. (2012). La evaluación del comportamiento infantil: características y procedimientos. *Apuntes de psicología*, 239-254.

Vaneeckhaute, H. (Marzo de 2014). *El papel del padre*. Obtenido de La Serrada: <http://laserrada.org/>

Vasco, G. (2011). *Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo y desamparo en los Servicios Sociales Municipales y Territoriales de Atención y Protección a la Infancia y Adolescencia en la Comunidad Autónoma Vasca*. BALORA. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Empleo y Asuntos Sociales.

Villanueva Saldaña, N. E., Torres Fernández, P. M., & Olivas Caro, M. L. (2010). *Maltrato y abuso infantil en México: factor de riesgo en la comisión de delitos*. México: Secretaría de Seguridad Pública.

Vitriol G., V. (2005). Relación entre psicopatología adulta y antecedentes de trauma infantil. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 88-96.

Weller, E., & Weller, R. (2000). *ChIPS Entrevista para síndromes psiquiátricos en niños y adolescentes*. México: Manual Moderno.

ANEXOS

Anexo 1. Hoja de datos sociodemográficos



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CENTRO COMUNITARIO “DR. JULIÁN MAC GREGOR Y SÁNCHEZ NAVARRO”



PAPIIT IN 307016

HOJA DE DATOS GENERALES

FOLIO: _____

DATOS DEL TUTOR

Nombre: _____ Edad: _____
 Dirección _____

ESTADO CIVIL		OCUPACIÓN		PARENTESCO		ESCOLARIDAD	
Soltera	(1)	Empleada	(1)	Mamá	(1)	Analfabeta	(1)
Casada	(2)	Ama de casa	(2)	Madrastra	(2)	Sabe leer y escribir	(2)
Unión Libre	(3)	Comerciante	(3)	Abuela	(3)	Primaria	(3)
		Otro	(4)	Otro	(4)	Secundaria	(4)
						Preparatoria	(5)
						Licenciatura/posgrado	(6)
RELIGIÓN		CONSUMO DE ALCOHOL		MALTRATO EN LA NIÑEZ (GOLPES O INSULTOS)			
Católica	(1)	No consume	(1)	No había maltrato	(1)	Varias veces	(3)
Cristiana	(2)	Ocasionalmente	(2)	Ocasionalmente	(2)	Casi siempre	(4)
Otro	(3)	Varias veces	(3)				
		Casi siempre	(4)				

DATOS DE LA PAREJA ACTUAL (EDAD): _____

TIEMPO QUE VIVEN JUNTOS:

OCUPACIÓN		PARENTESCO		ESCOLARIDAD		RELIGIÓN	
Empleado	(1)	Papá	(1)	Analfabeta	(1)	Católica	(1)
Autoempleado	(2)	Padrastra	(2)	Sabe leer y escribir	(2)	Cristiana	(2)
Comerciante	(3)	Abuelo	(3)	Primaria	(3)	Otro	(3)
Otro		Otro	(4)	Secundaria	(4)		
				Preparatoria	(5)		
				Licenciatura/posgrado	(6)		
CONSUMO DE ALCOHOL		MALTRATO EN LA NIÑEZ (GOLPES O INSULTOS)					
No consume	(1)	No había maltrato	(1)	Varias veces	(3)		
Ocasionalmente	(2)	Ocasionalmente	(2)	Casi siempre	(4)		
Varias veces	(3)						
Casi siempre	(4)						

OBSERVACIONES _____

Anexo 2. Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBTD)



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CENTRO COMUNITARIO “DR. JULIÁN MAC GREGOR Y SÁNCHEZ NAVARRO”



PAPIIT IN 307016

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

FOLIO: _____

DATOS DEL MENOR

Nombre: _____	Edad: _____
Escolaridad _____	
Dirección _____	

A continuación le preguntaré acerca de algunas conductas que pueden presentar los niños y niñas. Por favor dígame si en los **últimos 12 meses** _____ se ha comportado **frecuentemente** así o no, o si hace más de un año que se comporta de esta 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.**

Q5	Número de hijo _____	Últimos doce meses	Hace más de un año	Edad de inicio	Nunca ha presentado la conducta
Q6	¿Su lenguaje es anormal? (retardado, incomprensible, tartamudea)				
Q7	¿Tiene problemas para dormir?				
Q8	¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?				
Q9	¿Se ha fugado de la casa?				
Q10	¿Roba dinero o cosas de la casa o fuera del hogar?				
Q11	¿Es muy nervioso(a), miedoso(a), sin haber una buena razón?				
Q12	¿Es lento(a) para aprender en comparación con otros niños/jóvenes?				
Q12	¿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?				
Q19	¿Muchas veces está de mal humor, es irritable o gruñido(a)?				
Q20	¿Muchas veces se le ve triste, infeliz o deprimido?				
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 baba”?				
Q31	¿Se junta con niños(as)/muchachos(as) que se meten en problemas?				
Q32	¿Toma alcohol o usa drogas?				
Q33	¿Suma de las respuestas positivas de las primeras 2 columnas?				
Q34	Usted mencionó anteriormente que su hijo(a) tiene algunas de las conductas que revisamos ¿Considera que se le debería enviar a algún servicio de salud mental para atenderlo?			SÍ	NO
Q35	El o la menor ha sido llevado(a) a consulta con algún médico, psiquiatra, sacerdote, espiritista u otro profesional para ayudarlo			SÍ	NO
Q36	¿Con quiénes?				

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

OBSERVACIONES

Anexo 3. Entrevista semiestructurada basada en el instrumento BALORA

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

“CENTRO COMUNITARIO DR. JULIÁN MACGREGOR Y SÁNCHEZ NAVARRO”

PAPIIT IN 307016

ENTREVISTA PARA MEDIR EL MALTRATO INFANTIL, BASADA EN EL INSTRUMENTO BALORA PARA LA VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LAS SITUACIONES DE RIESGO Y DESAMPARO: ESCALAS DE NEGLIGENCIA HACIA NECESIDADES PSÍQUICAS Y MALTRATO PSÍQUICO (2011)

FOLIO: _____

Hola buenos días, ¿cómo estás?, mi nombre es Estrella y me gustaría platicar contigo sobre algunas cosas que nos pasan en casa o en la calle. No le diré a nadie lo que hablemos, si tú quieres puedes decirle a quién quieras, pero si son cosas que te pueden lastimar lo tendré que platicar. Además, si quieres descansar lo podemos hacer o si ya no quieres que te siga preguntando me dices y paramos.

DATOS DEL MENOR

Nombre:

Edad:

Escolaridad

A. Te preguntaré acerca tu casa.

¿Con quién vives?	
¿Cuántos cuartos para dormir hay en tu casa? ¿Y cómo se acomodan para dormir? En mi casa hay 2 para dormir, en uno duerme mi hermano y el otro tiene dos camas chicas, una para mi mamá y otra para mí.	

I. NEGLIGENCIA HACIA NECESIDADES PSÍQUICAS

A. INTERACCIÓN Y AFECTO

REACTIVO	RESPUESTA
Platícame como son tus papás contigo:	
¿Platicas con tus papás? ¿De qué platican?	
¿Cómo sientes que te habla tu mamá/papá?	
¿Quiénes de los que viven en tu casa trabajan?	
¿Quién te cuida la mayor parte del tiempo? Si no está ¿quién te cuida?	
¿Qué es lo que más te gusta hacer con tus papás?	
¿Qué es lo que más hacen juntos?	

¿Cuándo le platicas algo a tu papá/mamá, te hace caso?	
Si pides ayuda a tus papás en algo ¿Te ayudan cuándo se lo pides?	
¿Si les pides que jueguen contigo, ellos lo hacen?	
¿Sientes (sabes) que tu mamá/papá te quiere?	
¿Cómo sabes que te quieren? ¿Te da abrazos, besos, te acarician?	
¿Qué pasa si te sientes triste? ¿Qué hace tu mamá/papá?	
¿Tu mamá/papá se preocupa por ti? (que estés sano/que comas bien/que estés limpio/que seas feliz)	
¿Tu mamá/papá se preocupa por que vayas a la escuela/tengas buenas calificaciones?	
¿Qué haces antes de salir a la escuela (baño, lavar dientes, desayunar)?	

B. ESTIMULACIÓN

REACTIVO	RESPUESTA
Platícame de ti: Qué es lo que más te gusta hacer/que es lo que más haces	
¿Estás inscrito(a) en alguna actividad extra, aparte de la escuela? ¿Desde cuándo/ desde qué edad? ¿Qué días vas?	
¿Qué te gustaría aprender a hacer (jugar futbol, tocar instrumento)? ¿Les has dicho a tus papás que te lleven? ¿Qué te dijeron?	
¿Tus papás te llevan o te acompañan a hacer actividades que te gustan?	
¿Te llevan a museos o a otros lugares para que aprendas cosas diferentes a las que aprendes en la escuela?	
¿A qué te gusta jugar?	
¿Con quién juegas?	
¿Qué tipos de juguetes tienes (debe dar ejemplos)?	
¿Ves televisión? ¿Qué programas ves? ¿Cuánto tiempo?	
¿Tienes videojuegos? ¿Cuáles? ¿Juegas con alguien?	
¿Qué tan seguido juegas (días a la semana, horas al día)?	
¿Tienes Tablet o celular? ¿Para qué lo ocupas? ¿Qué tanto lo ocupas?	
¿Si te llegas a equivocar al hacer algo, qué dice tu mamá/papá? (*Siempre te equivocas, *todo lo haces mal/prefiere regañarte/decirte que hiciste mal o ayudarte a que la siguiente vez lo hagas mejor)	

C. ATENCIÓN ESPECÍFICA A PROBLEMAS EMOCIONALES GRAVES

REACTIVO	RESPUESTA
Platícame cómo te sientes la mayoría del tiempo (feliz, triste, enojado/a)	
¿En los últimos meses se te han quitado las ganas de hacer cosas que antes te gustaban?	
¿O aunque las haces no te sientes feliz al hacerlas?	
¿Últimamente has tenido mucho sueño? ¿O problemas para dormir?	
¿Te has sentido muy cansado, como si se te fuera toda la energía?	
¿Has tenido problemas para poner atención en la escuela?	
¿Has tenido pensamientos de muerte, o ideas suicidas? ¿Un plan sin llevarlo a cabo o un intento de suicidio?	
¿Les has mencionado esto a tus padres?	
¿Sabes si te han mandado con algún especialista, como a un psicólogo o psiquiatra y tus papás no te han querido llevar?	

D. NORMAS, LÍMITES Y TRANSMISIÓN DE VALORES MORALES POSITIVOS

REACTIVO	RESPUESTA
Platícame como te educan tus papás/como te enseñan a hacer las cosas	
¿Te dice que puedes y que no puedes hacer? ¿De qué forma lo hace?	
¿Qué reglas pone tu mamá/papá en casa?	
¿Hay reglas en tu casa sobre quién manda?	
¿Sales a jugar solo a la calle?	
¿Si sales a la calle pides permiso? ¿Te dicen a qué hora debes regresar?	
Si tus papás te dicen que dejes de hacer algo ¿Los obedeces?	
¿Tienes horarios para realizar tus actividades? Ejemplo: hacer la tarea después de comer, jugar después de hacer la tarea, etc.	
¿Si le dijeras a tú mamá que un niño te pega en la escuela, que piensas que te diría ella que hicieras?	
¿Si alguien más pequeño que tú te pega, tú que haces?	
¿Te han dicho tus papás como debes tratar a los adultos? ¿Cómo?	
¿Qué valores conoces que te hayan enseñado tus papás? Cómo respetar a tu maestra, a tus compañeros, en donde tirar la basura, etc.	

A. MALTRATO EMOCIONAL

REACTIVO	RESPUESTA
¿Alguna vez tus papás han hecho que te pongas triste? ¿Cómo?	
¿Alguna vez, tu mamá/papá te ha alejado de ella/él cuando intentas abrazarlo?	
¿Alguna vez tu mamá/papá te ha dicho algo que te haya puesto triste?	
¿Alguna vez tu mamá/papá te ha dicho palabras feas o groserías?	
¿Te ha dicho tu mamá/papá que eres tonto, que no sirves para nada o que eres un inútil?	
Si llegas a hacer algo mal ¿Te ha dicho tu papá/mamá que así se portan los niños chiquitos o tontos? ¿Te ha dicho que no haces nada bien?	
¿Alguna vez les hiciste un regalo a tus papás y no les importó?	
¿Te ha pasado que estás enojado o triste y a tus papás no les importó o se rieron de ti?	
¿Te ha pasado que estás triste/amoroso y a tus papás no les importó o se rieron de ti?	
¿Te han dicho “que no te da pena que te vean llorar” o “te ves muy feo/a llorando”?	
¿Alguna vez tu mamá/papá te han hecho sentir mal en la calle, frente a otras personas? ¿Qué pasó?	
¿Tu mamá/papá te ha regañado frente a otra gente? ¿Qué pasó?	
¿Te ha pasado algo feo en la calle y se han reído de ti? Que tú te caigas y se hayan reído de ti tus papás	
¿A alguien de tu familia le ha pasado un accidente o está enfermo de algo y te echan a ti la culpa de eso?	
¿Te han amenazado en tu casa? (Cuando dicen que te van a dar o te van a hacer algo si no haces lo que te piden) ¿Qué pasó?	
¿Te han amenazado con pegarte si te portas mal?	
¿Qué cosa es lo que más te da miedo?	
¿Te han dicho que si te portas mal, te van a hacer eso?	
¿Te han dicho que si no haces lo que te dicen te van a quitar algo que quieres mucho o que te gusta mucho hacer? (Juguete o salir a jugar)	
¿Te han dicho que si no haces lo que te dicen te van a romper algo que quieres mucho?	
¿Te han dicho que si no haces lo que te dicen le va a pasar algo feo a alguien que quieres mucho? (Como a tu hermanito/gatito/perrito)	
¿Cuándo te portas mal, rompen tus juguetes o los tiran a la basura?	

¿Te han dicho que si no te portas bien te van a abandonar?	
¿Tu mamá/papá te ha prohibido salir con tus amigos?	
¿Te han encerrado en tu cuarto?	
¿En alguna ocasión alguien de tu familia te amarró las manos o alguna otra parte de tu cuerpo? ¿O te amarró a algún objeto, una silla o mesa?	
¿Alguna vez te han prohibido hablarle o estar junto a otro niño? ¿Por qué razón? ¿Qué pasó?	
¿O te han dicho que no puedes estar con algún adulto? ¿Por qué razón?	
¿Cuáles son tus obligaciones en casa? (cocinar, trabajar, hacer todo el quehacer) ¿Has dejado de jugar para hacer feliz a tu mamá/papá?	
¿Qué haces en tu casa? ¿Haces labores, como barrer, lavar trastes?	
¿Hay algo que te obliguen a hacer tus papás que a ti no te guste pero a ellos sí? ¿Qué es?	
¿Tu mamá/papá te exige que lleves buenas calificaciones? ¿Si no cumples con lo que dicen, que es lo que pasa?	
¿Hay algo que se te haga difícil de hacer pero que tus papás te obliguen a que lo hagas?	
¿Cuidas a alguien en tu casa? (abuelita, hermano pequeño, otro niño)	
Si esto sucede ¿Has faltado a la escuela por eso? ¿Qué es lo que no haces por cuidarlo(a)?	
¿Alguna vez te han dicho que si no te portas bien te internarán en un orfanato? ¿Quién?	
¿O que por tu culpa tu mamá/papá se irá de la casa?	
¿Te han dicho que estás enfermo de algo peligroso?	
¿Has estado internado en el hospital por algo que no te hace sentir enfermo?	

B. INSTRUMENTALIZACIÓN EN CONFLICTOS ENTRE LAS FIGURAS PARENTALES

¿Alguna vez tus papás han discutido y te mencionan en esa discusión?	
¿Has sentido que tus papás dicen tu nombre para conseguir algo?	
¿Alguna vez se han peleado y dicho que te vas a quedar con uno o con otro?	
¿Tu mamá/papá ha hablado feo alguna vez de tu mamá/papá?	
¿Cómo te llevas con tu mamá/papá?	

C. EXPOSICIÓN A SITUACIONES DE VIOLENCIA DE PAREJA O ENTRE MIEMBROS DE LA UNIDAD CONVIVENCIAL

¿Sabes si tus papás han discutido?	
¿Alguna vez los has visto discutir o alguien te ha platicado?	
¿Cómo son las discusiones de tus papás?	
¿Has visto que tu papá le haya pegado a tu mamá o al revés?	
De las veces que le pegó, ¿alguna vez tuvo que ir al hospital por eso?	
¿Has visto si la ha amenazado con un cuchillo o algo así?	
¿Has visto que tu papá le haya gritado o dicho cosas feas a tu mamá o al revés?	
De las veces que han discutido ¿En alguna de esas te han pegado?	

D. AMENAZAS DE AGRESIÓN FÍSICA

Cuéntame que pasa en tu casa si se enojan contigo:	
¿Alguien de tu familia te ha amenazado? (Explicar)	
¿Tu mamá o papá te han dicho que te van a lastimar muy feo pero no lo hacen? (pegar/cortar/matar)	
¿Tu mamá o papá te han puesto en alguna situación peligrosa/borde de una ventana/te han querido cortar?	
¿Alguna vez te han dicho que no te darán agua o comida durante mucho tiempo?	
¿Alguna de estas veces has sentido mucho miedo? (pláticame)	

Eso es todo, muchas gracias. ¿Cómo te sientes? ¿Necesitas algo? ¿Crees que yo pueda ayudarte con algo? Puedes decirme si gustas.

OBSERVACIONES
