



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“DETECCIÓN DE INDICADORES COMPORTAMENTALES EN NIÑOS QUE
PERTENECEN A HOGARES CON VIOLENCIA INTRAFAMILIAR”**

“Miembros Pertenecientes a la Fundación Salesiana PACES (COS 9 de Octubre)”

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica

Autora: Andrea Maldonado González

Directora de Tesis

Dra. Ana Lucía Pacurucu Pacurucu

Cuenca-Ecuador

2014-2015

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios.

A mis papás por ser lo más importante de mi vida, por ser mi apoyo siempre y estar conmigo en cada paso que doy.

A los niños del COS 9 de Octubre por mostrarme la realidad de la vida, por confiar en mí y reafirmar mi vocación.

Andrea Maldonado González.

AGRADECIMIENTOS

Quiero empezar agradeciendo a la Universidad del Azuay por toda la formación que he recibido durante estos cinco años de carrera, ayudándome a desarrollarme como mejor ser humano y futura profesional en el área de la salud mental.

De igual manera expreso mi más profundo agradecimiento a la Fundación Salesiana PACES especialmente al Arq. Edgar Gordillo y a la Psic. Janeth Pesántez por su apoyo incondicional y por abrirme las puertas desde el día que inicié mi trabajo en la institución, agradezco sobre todo a cada uno de los niños y padres de familia del COS 9 de Octubre, quienes prestaron su valiosa colaboración para poder llevar a cabo este proyecto.

Finalmente quiero agradecer a mi Directora de Tesis Doctora Ana Lucía Pacurucu por haber sido además de una guía constante a lo largo de mi carrera, una amiga.

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO 1: VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	6
1.1 Introducción	6
1.2 Concepto teórico	6
1.2.1 Violencia:	6
1.2.1.1 Violencia interpersonal	8
• Violencia de género/violencia contra la mujer.....	8
• Violencia física, sexual y psicológica que ocurre en la familia	9
• Violencia física, sexual y psicológica que ocurre en la comunidad	9
• Violencia física, sexual o psicológica perpetrada o tolerada por el Estado	9
1.2.1.2. Violencia infantil.....	9
1.2.1.3. Violencia intrafamiliar	9
Violencia física.....	10
Violencia psicológica o emocional.....	10
Violencia sexual	10
Violencia económica.....	10
1.2.1.4 Suicidio y violencia autoinfligida.....	10
1.2.1.5 Violencia colectiva.....	11
1.3 Historia o antecedentes	11
1.4 Causas y consecuencias (indicadores específicos de la violencia intrafamiliar).....	17
1.5 Transmisión intergeneracional de la violencia	23
1.6 Ciclo de la violencia	27
1.7 Medios de ayuda para las víctimas y ausencia de la misma en algunos casos.	29
1.8 Conclusión	34
CAPÍTULO 2: CONSECUENCIAS O SÍNTOMAS PRINCIPALES EN NIÑOS	
VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y TRATAMIENTO	36
2.1 Consecuencias y síntomas en niños que padecen violencia doméstica.....	36
2.2 Efectos a corto y largo plazo de la violencia intrafamiliar	40
Alteraciones de la violencia según las diferentes edades del niño	43
2.3 Indicadores más observados como consecuencia de la violencia intrafamiliar	52
2.3.1 Quejas somáticas:	52
2.3.2 Agresividad:	54
2.3.3 Hiperactividad:	55
2.4. Tratamiento	57
CAPÍTULO 3: INVESTIGACIÓN	72
3.2 INSTRUMENTOS.....	72

CUESTIONARIO CHILD BEHAVIOR CHECKLIST DE THOMAS ACHENBACH (1991).	72
ENTREVISTA PSICOLÓGICA DICA-IV.....	75
3.3 METODOLOGÍA.....	77
Tipo de estudio	77
Población	77
Criterios de inclusión y exclusión	78
Recolección de la información	78
3.4 RESULTADOS.....	81
Muestra	81
ESTADÍSTICA DEL CUESTIONARIO CHILD BEHAVIOR CHECKLIST (CBCL):	82
ESTADISTICA DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DICA-IV:	86
RECOMENDACIONES:	93
REFERENCIAS.....	94
ANEXOS.....	105

DETECTION OF BEHAVIORAL INDICATORS IN CHILDREN AFFECTED BY DOMESTIC VIOLENCE

ABSTRACT

The work was performed in 2014 at *PACES*, a Salesian Foundation that welcomes children and teenagers at social risk. We studied 70 children victims of domestic violence, who are between 6 and 15 years old. The objective was to determine the behavioral indicators with the highest incidence.

The results indicate that somatic complaints are the most prevalent behavior problem in the sample of children victims of domestic violence.

Keywords: Violence, Family Violence, Behavioral Indicators, Somatic Complaints.




Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

DETECCION DE INDICADORES COMPORTAMENTALES EN NIÑOS QUE PERTENECEN A HOGARES CON VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

RESUMEN

El trabajo fue realizado en el año 2014 en de la Fundación Salesiana PACES, centro que acoge a niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo social, se estudió a 70 menores de edades comprendidas entre 6 y 15 años víctimas de violencia intrafamiliar. El objetivo fue conocer los indicadores comportamentales con más incidencia en esta muestra.

Los resultados indican que las quejas somáticas son la conducta problema más prevalente en la muestra de niños víctimas de violencia intrafamiliar.

Palabras clave: **violencia, violencia intrafamiliar, indicadores comportamentales, quejas somáticas.**

INTRODUCCIÓN

Desde hace varios años y en la actualidad, muchos han sido los estudios realizados en diferentes países sobre la violencia intrafamiliar y las secuelas negativas que produce en cada una de las personas involucradas, no obstante, en nuestro país este tema ha sido poco investigado, es por ello que se ha visto la necesidad de realizar este estudio en el que se pueda conocer cuáles son los indicadores comportamentales que más se presentan en niños víctimas de violencia en el hogar, intentando confirmar además la prevalencia de las quejas somáticas entre todas las problemáticas.

En virtud de la experiencia vivida en el Centro Organizativo COS 9 de Octubre de la Fundación Salesiana PACES, los niños, niñas y adolescentes que acuden al centro muestran una serie de conductas disruptivas ya sean quejas físicas, comportamiento agresivo, hiperactividad, síntomas depresivos, oposicionismo, entre otras. Los educadores de la institución intervienen diariamente intentando erradicar estos comportamientos que obstaculizan la realización de actividades académicas y recreativas. A pesar de que se conoce que muchos de estos menores de edad pertenecen a hogares en los que existe violencia intrafamiliar, condición que produce un sinnúmero de secuelas negativas como aquellas problemáticas citadas anteriormente, no se presta atención a cuál de estos indicadores es el que más incidencia tiene.

Por ello, se consideró de vital importancia realizar un estudio en el que se evalúe a una muestra de niños de la institución, todos ellos pertenecientes a hogares en los que existe violencia intrafamiliar con el fin de conocer cuáles son los indicadores comportamentales con más prevalencia y confirmar la hipótesis planteada de que los síntomas somáticos son los más predominantes.

A continuación, en los diferentes capítulos se desarrollan todos estos aspectos, estudiando de manera exhaustiva cada uno de ellos, en primer lugar se abordará la violencia intrafamiliar, detallando los tipos de violencia que existen y las concepciones de la misma a lo largo de la historia, las causas y consecuencias de esta problemática entre las que se encuentra la transmisión intergeneracional de la violencia que resulta una de las secuelas

más significativas y perjudiciales. Por último, se conocerán los posibles medios de ayuda para las víctimas de estos hogares y la ausencia de los mismos en muchos casos.

Por otra parte, en el segundo capítulo se abordan las consecuencias o síntomas presentes en los niños víctimas de violencia intrafamiliar, los efectos a corto y largo plazo que implica esta problemática tales como posibles patologías que dependerán de la edad y características de cada uno, además se han estudiado los síntomas que más han sido observados en la población estudiada tales como la agresividad, quejas somáticas e hiperactividad, después de conocer las dificultades que genera la violencia se presentan las opciones de intervención para la sintomatología somática y para la violencia doméstica.

Finalmente, en el tercero y último capítulo se detalla cada uno de los instrumentos psicológicos utilizados para recoger la información, también se describen los pasos realizados a lo largo del estudio y las particularidades del mismo. Se presenta el análisis estadístico de los datos obtenidos con los reactivos aplicados, para así determinar los indicadores comportamentales con más incidencia según las diferentes edades y el sexo de los participantes y obtener las conclusiones finales del estudio.

CAPÍTULO 1: VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

1.1 Introducción

La violencia en la actualidad es considerada un componente ineludible en las relaciones humanas, un gran porcentaje de la sociedad ha optado por admitirla y aceptarla con naturalidad en sus condiciones de vida existentes.

Alrededor del mundo se han realizado un sinnúmero de estudios acerca de la violencia y sus subtipos, se han expuesto las causas, consecuencias y la prevalencia de estos casos, no obstante, en nuestro país no se tiene mucha información acerca de esta problemática, es por ello y gracias a la práctica ejercida dentro de la institución PACES que se ha buscado realizar este estudio para así conocer cuáles son los indicadores que predominan en los niños víctimas de violencia intrafamiliar.

En el primer capítulo se darán a conocer los conceptos, definiciones y tipos de violencia, además se hablará de su historia, antecedentes y los cambios suscitados hasta la actualidad dentro de esta problemática. Asimismo se mencionarán las causas y consecuencias de la violencia intrafamiliar; una de las repercusiones más significativas es la transmisión intergeneracional de la violencia. También se explicará el funcionamiento del ciclo de la violencia intrafamiliar, un tema que ha sido de gran utilidad dentro del proceso de intervención psicológica tanto para los profesionales como para las personas inmersas en esta problemática. Finalmente se dará a conocer los medios de ayuda existentes y la ausencia de los mismos en algunos casos, lo que impide la recuperación de las víctimas y la reinserción de los victimarios.

1.2 Concepto teórico

1.2.1 Violencia:

La Organización Mundial de la Salud (2002) define a la violencia como: “el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o 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”

Esta definición utilizada a nivel mundial abarca la violencia interpersonal, comportamiento suicida, conflictos armados, amenazas, intimidaciones, lesiones y muerte; además las consecuencias provocadas por el comportamiento violento que a menudo suelen ser inadvertidas, daños psíquicos, privaciones y deficiencias en el desarrollo que interfieren en el bienestar del individuo, la familia y la comunidad.

Dentro del sistema de justicia penal así como en el sector de la salud, la intervención, el tratamiento y la rehabilitación se encuentran enfocados a las víctimas de violencia, más no en la prevención del problema. Otro factor que obstaculiza una intervención adecuada es la ausencia de una definición clara de violencia y esto se debe a la amplia variedad de códigos morales de los distintos países, influyendo a que algunos aspectos sean aceptables en algunas culturas pero rechazados en otras; es por esto que la violencia es definida de varias maneras dependiendo de la persona que lo haga y el propósito (Organización Mundial de la Salud, 2002).

Buvinic, Morrison, & Shifter (1999) explican que una de las tareas más complejas es especificar las diferentes formas de violencia, entender sus causas, características y consecuencias; la violencia está regida por diversas variables: las personas que sufren por ésta (niños, jóvenes, mujeres, ancianos, incapacitados), los agentes de la misma (narcotraficantes, jóvenes en pandillas), el tipo de agresión (física, psicológica y sexual) el motivo por la que fue ejercida (emocional, racial, económico, político, etc.) y la relación existente entre la víctima y el agresor (amistad, parentesco familiar, conocidos o desconocidos).

Esta última característica nombrada es de utilidad para clasificar los dos grupos en los que se producen los actos violentos; el uno está caracterizado por la existencia de una relación entre las personas involucradas sea de tipo consanguíneo, matrimonio formal o de tipo consensual, este tipo de violencia es denominada: violencia doméstica o intrafamiliar y generalmente se presenta dentro del hogar; mientras que la otra ocurre entre individuos que no están relacionados entre sí y es denominada: violencia social, ocurre usualmente en la calle o lugares públicos.

Dentro del informe mundial sobre la salud y la violencia de la Organización Mundial de la Salud (2002) se emplea una tipología de la violencia que divide los comportamientos violentos en categorías, dependiendo de quién ha cometido el acto, quién es la víctima y a qué tipo de violencia ha sido cometida; a continuación se describirán cada una de las clasificaciones:

1.2.1.1 Violencia interpersonal

Este tipo de violencia es ejecutada o cometida por un individuo o un pequeño grupo de individuos; comprende la violencia juvenil, la violencia contra la pareja, incluye también otras formas de violencia familiar tales como el maltrato de niños y ancianos, violaciones y agresiones sexuales por parte de extraños y la violencia en entornos institucionales como escuelas, lugares de trabajo, hogares para ancianos o centros penitenciarios; cubre un amplio abanico de actos y comportamientos que van desde la violencia física, sexual y psíquica hasta las privaciones y abandono.

Las diferentes formas de violencia interpersonal suelen deberse a algunos factores de riesgo en común, algunos consisten en características psíquicas y del comportamiento tales como una baja autoestima, trastornos de la conducta o un escaso control de la misma y trastornos de la personalidad; otros están relacionados a experiencias como la falta de lazos emocionales y de apoyo, el contacto directo con la violencia en el hogar (ya sea en calidad de víctima o testigo) y las historias familiares o personales ligadas a divorcios o separaciones. Entre los factores sociales o comunitarios que están asociados a la violencia interpersonal se encuentran el abuso de alcohol o drogas, la pobreza, las diferencias en los ingresos de los miembros de la familia así como las desigualdades entre los sexos.

Dentro de este tipo de violencia se encuentran las siguientes:

- **Violencia de género/violencia contra la mujer**

La Organización Mundial de la Salud (2000) la define como “Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como la amenaza de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada”.

Se consideran formas de violencia contra la mujer:

- **Violencia física, sexual y psicológica que ocurre en la familia**

Incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación.

- **Violencia física, sexual y psicológica que ocurre en la comunidad**

Inclusive la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros lugares, la trata de mujeres y la prostitución forzada.

- **Violencia física, sexual o psicológica perpetrada o tolerada por el Estado**

Golpes, patadas, bofetadas, entre otras agresiones de carácter físico, vulneraciones de tipo sexual y además ofensas e insultos que perjudican la homeóstasis psíquica de la persona, dichos atentados no son penados por la ley ni las autoridades del estado, es decir no brindan protección a las víctimas de las mismas.

1.2.1.2. Violencia infantil

Maltrato o vejación de menores de edad, que abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido, negligencia o explotación comercial o de otro tipo que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. (CEPAL, 2008).

1.2.1.3. Violencia intrafamiliar

El Congreso Nacional de la República del Ecuador, en la ley No. 103, en el artículo 2, provee la siguiente definición: “Se considera violencia intrafamiliar toda acción u omisión que consista en maltrato físico, psicológico o sexual, ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar”

La violencia intrafamiliar o doméstica, la cual será enfatizada en el presente estudio, generalmente es clasificada en:

Violencia física

Hace referencia a golpes, empujones, bofetadas, patadas, abandonos en lugares peligrosos, causar quemaduras intencionalmente, retener a alguien en contra de su voluntad, herir a una persona con un objeto u arma, entre otros.

Violencia psicológica o emocional

Ocurre cuando un sujeto es víctima de insultos frecuentes, críticas, gritos o amenazas, sus posesiones personales son destruidas, humillación y degradación, aislamiento social así como físico (no poder salir, no hablar con otros, etc.) y acusaciones sin fundamento.

Violencia sexual

Sucede cuando un miembro de la familia fuerza a otro miembro a someterse a actividades sexuales en contra de su voluntad, incluye exponer a la víctima a observar o presenciar imágenes, películas o actos de origen sexual. (Buvinic, Morrison, y Venguer, 1999).

Violencia económica

Consiste en una privación de los recursos económicos con los que cuenta una familia, tales como el control y manejo del dinero, recursos y propiedades; esta arbitrariedad es ejercida por uno de los miembros perjudicando a uno o más dentro de la familia.

1.2.1.4 Suicidio y violencia autoinfligida

Existen numerosos acontecimientos o circunstancias estresantes que pueden aumentar el riesgo de que las personas atenten contra sí mismas, entre los más conocidos se encuentran la pobreza, la pérdida de un ser querido, las discusiones familiares o con amigos, la ruptura de una relación y los problemas legales y laborales. Aunque estas experiencias son frecuentes solo una minoría se ve impulsada a suicidarse y esto puede deberse a cierta predisposición o propensión a atentar contra sí mismos o a ciertas situaciones de vida a las que se encuentran expuestos, tales como: el abuso al alcohol y drogas, antecedentes de

abuso físico o sexual en la infancia, tendencia al aislamiento social, problemas psiquiátricos, depresión, sentimientos de desesperanza o algunos trastornos anímicos, esquizofrenia, enfermedades somáticas, accesos a medios para quitarse la vida como armas, medicamentos o venenos, uno o varios intentos de suicidio en el pasado. (OMS, 2000).

1.2.1.5 Violencia colectiva

El uso de violencia por personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo dirigida hacia otro grupo de individuos, con el fin de lograr objetivos de tipo político, económico o social; dentro de las situaciones más comunes que conllevan a dicha agresión están los conflictos armados dentro de los estados o entre ellos, actos de violencia cometidos por los estados tales como genocidio, represión y otro tipo de violaciones de los derechos humanos, terrorismo y crimen organizado.

Miles de personas mueren cada año en conflictos violentos, grandes cifras de individuos resultan heridos, muchos de ellos quedan con discapacidades o irremediables mutilaciones en distintas partes de su cuerpo y otra cantidad son víctimas de violaciones o torturas. Todos estos atropellos al género humano por un fin de desmoralizar a las comunidades y destruir sus estructuras sociales establecidas.

Entre los factores predisponentes y precipitantes que provocan dichos conflictos violentos se encuentran la ausencia de procesos democráticos o desigualdad en el acceso al poder, divergencias sociales sea por motivos económicos, raciales o culturales que restringen la accesibilidad a los recursos, cuando el control de los recursos naturales es ejercido solo por un grupo específico, los abruptos cambios demográficos que obstaculizan la capacidad del estado para ofrecer los servicios esenciales y oportunidades de trabajo. (OMS, 2000).

1.3 Historia o antecedentes

Es de vital importancia el exponer acerca de la historia de la violencia intrafamiliar, los hechos y situaciones que se han venido suscitando a lo largo de los años de la humanidad y así también los cambios y avances producidos como la toma de conciencia de esta

problemática, que ha permitido la creación de recursos e instituciones que busquen ayudar a las víctimas de la misma y que a su vez intentan erradicarla en medida de lo posible.

Aunque las investigaciones en esta área son relativamente recientes debido al incremento de casos relacionados a la violencia intrafamiliar en todo el mundo, ésta ya ha sido reconocida desde la antigüedad. En el año de 1985 se encontró en momias de hace 2.000 a 3.000 años una incidencia mucho mayor de fracturas en las mujeres que en los hombres, cuyo análisis posterior concluyó que pudieron haberse debido a “violencia en tiempos de paz”, tratándose de cierto maltrato hacia mujeres y niños, algo muy frecuente dentro de la violencia doméstica y la cuál no fue amparada sino hasta comienzos del siglo XX. (Ulloa, 1996).

Si bien la violencia doméstica está caracterizada por una acción u omisión que consiste en maltrato físico, psicológico, sexual o de privación por parte de un individuo hacia uno o varios miembros del sistema familiar separadamente del género al que pertenezcan cada uno, varios estudios realizados como aquel citado anteriormente (Ulloa, 1996) han demostrado que las víctimas suelen ser en su mayoría las mujeres, comprobándose esta particularidad incluso desde la antigüedad.

El origen de la palabra familia deriva del latín “famulus” que hace referencia al conjunto de esclavos y criados de una persona, en el caso de los griegos la palabra utilizada para denominar a una familia era oikos que significa el conjunto de todos los que están sometidos a la voluntad del padre o jefe de la casa. Se puede concluir entonces, que desde épocas patriarcales dentro de las familias existía una supremacía ejercida por el hombre.

En Roma, el jefe del hogar a quién se le llamaba pater tenía derechos ilimitados sobre sus hijos, era quién elegía sus parejas para que contrajeran matrimonio, asimismo podía divorciarlos y además tenía el poder de decidir si un recién nacido tenía derecho a vivir, también podía castigar a sus hijos y hasta venderlos como esclavos.

El Cristianismo en sus inicios reforzó el hecho de que la mujer esté sujeta forzosamente a su marido, San Pablo decía que debían estar subordinadas y temer al marido. Así también en uno de los documentos más antiguos de la Iglesia Católica, el Decretum, se hablaba del derecho del marido a controlar a la esposa, a pesar del principio de igualdad de todas las

almas de Dios, como en el relato bíblico en el que Eva tentada por el demonio indujo a Adán a pecar, se hizo evidente la inocencia del varón y la culpabilidad de la mujer, quién por ello fue condenada a estar sujeta al poder del marido para el resto de su vida. (Consejo Estatal para la Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar (CEPAVI), 2001).

Durante la Edad Media la mujer era considerada un símbolo de poder y honor del hombre, era canjeada para estrechar vínculos o servía como instrumento de paz, una vez que se casaba, todos sus bienes pasaban a ser propiedad del marido y de la familia del mismo, además era obligatoria la castidad previa al matrimonio y la fidelidad al esposo y en caso de ser quebrantadas eran penadas por severos castigos en vista de la gran ofensa cometida a los derechos de su dueño. (CEPAVI, 2001).

En el siglo XVII la evolución económica llevó a las familias a ser la base de la producción, la esposa, los hijos, los sirvientes y aprendices se encontraban bajo el mando del patriarca, quién aparte de ejercer un control sobre ellos hacía uso legítimo del castigo físico. A mediados del siglo XIX la esposa fue alejada de la actividad productiva, sometiéndola a permanecer en el hogar y a depender del salario del esposo.

Después en el siglo XVIII en Inglaterra, se estableció la ley de que la existencia jurídica de la mujer quedaba anulada al contraer matrimonio, perdiendo todo derecho sobre sus propiedades, créditos personales y la tenencia de los hijos que podría tener. Después de la profunda vulneración de los derechos de la mujer sobrevino finalmente un cambio, en el año de 1829 en Inglaterra fue eliminada del libro de Estatutos el acta que daba derecho al hombre de castigar a su esposa, protegiendo de manera indirecta a las mujeres violentadas; veinticuatro años después en 1853 se aprueba el Acta para la Mejor Prevención y Castigo de los Asaltos Agravados sobre Mujeres y Niños, sin embargo, no fue sino hasta 1891 que se abolió de manera absoluta el derecho legal del hombre inglés de emplear fuerza física contra su mujer. (CEPAVI, 2001)

De igual manera sobrevinieron cambios con respecto al maltrato a la mujer en Estados Unidos, en Alabama y Massachusetts en 1851 y en Mississippi en el año de 1894 se concedió el derecho de divorciarse a las mujeres golpeadas, poco a poco esta ley fue extendiéndose en los demás estados y para 1910 únicamente eran once los que no admitían

esta ley. Dentro del Reino Unido también se presentó una excepción, puesto que únicamente Escocia fue el único país que no admitió esta ley, sino la reformó acotando que “el marido podía golpear a la esposa en el trasero, pero no en el rostro” (CEVAPI, 2001)

En Alemania en 1900 se estableció la ley de igualdad entre hombres y mujeres, años después sucedió lo mismo en países socialistas y fue extendiéndose a lo largo del mundo. Para el siglo XX las cosas fueron diferentes, se produjo un cambio familiar y social no con respecto a lo económico sino a una toma de conciencia sobre la situación por la que atravesaron las mujeres, encontrando nuevas formas de relacionarse entre varones y mujeres, reconociendo sus características propias y su idiosincrasia, luchando para que el poder no sea una forma de opresión dentro y fuera de la familia, relacionándose hombres con mujeres no como objetos de posesión sino como sujetos. (CEPAVI, 2001)

En la actualidad los cambios son aún más visibles, la familia está unida por relaciones afectivas, el matrimonio es vinculado con amor no necesariamente a la procreación como solía ser en el pasado, la infancia es considerada como una etapa esencial en la vida del ser humano y requiere de especial atención de los padres, las mujeres son vistas como compañeras de vida y no como servidoras, además hoy tienen derechos y leyes que las amparan, es hoy cuando finalmente la igualdad de género existe. (CEPAVI, 2001).

Sin embargo, la violencia intrafamiliar y la de género persiste, a pesar de la existencia de leyes que amparan a las víctimas y las penas graves que deben cumplir los individuos en caso de infringir estas, a diferencia de épocas pasadas ahora estas vulneraciones se encuentran encubiertas, puesto que la violencia de género suele tener lugar dentro de las relaciones de pareja y los actos violentos suelen presentarse en el hogar donde residen no a la vista de los demás, por consiguiente, están estrechamente ligadas y las autoridades no están al tanto de tal situación para poder intervenir y conseguir erradicarla; así lo explican algunos estudios realizados a nivel mundial que se citarán a continuación. Uno de ellos fue llevado a cabo por el Banco Mundial, en el mismo se buscó encontrar las características más frecuentes que a menudo acompañan la violencia en las relaciones de pareja, obteniendo los siguientes resultados:

- La mayoría de ejecutores de la violencia son hombres; las mujeres corren mayor riesgo con hombres que ya conocen.
- La violencia física casi siempre va acompañada de maltrato psicológico y en muchos casos de abuso sexual.
- La mayoría de las mujeres que sufren una agresión física de su pareja, por lo general serán víctimas de múltiples actos de violencia con el paso del tiempo.
- La violencia contra las mujeres traspasa los límites de clase socioeconómica, religión y origen étnico.
- Los hombres que golpean a sus parejas exhiben un marcado comportamiento de control sobre alguien. (Heise, Ellsberg y Gottemoeller citado en CEPAL, 2008).

En algunos países la violencia familiar o doméstica es considerada por las autoridades el principal problema que afecta a los jóvenes mientras que en otras naciones se lo considera de importancia relativa; una investigación realizada por la CEPAL (2007), estudió a algunas familias latinoamericanas en países en los que el índice de violencia intrafamiliar había aumentado revelando que las personas más afectadas dentro de esta problemática eran las mujeres.

Asimismo en otro estudio realizado en el 2002, se calculó que entre 10% y 36% de mujeres latinoamericanas habían sido objeto de violencia física o sexual y entre el 70% y 80% de las víctimas de violencia sexual eran niñas. (Organización Mundial de la Salud citado en CEPAL, 2008).

Algo similar fue revelado en un estudio realizado en 16 comunidades dentro de los 10 países incluidos en los proyectos de la Organización Panamericana de la Salud para abordar la violencia basada en el género, las mujeres entrevistadas declararon que la violencia ejercida por sus parejas era utilizada como una medida de control para reforzar las relaciones desiguales de poder dentro de la familia. Otro estudio elaborado por los mismos autores manifestó después de realizar un estudio comparativo de la violencia doméstica en nueve países desarrollados, que las mujeres que compartían la mayoría de las decisiones del hogar con sus esposos o compañeros corrían menos riesgo de ser maltratadas (independientemente de los ingresos económicos), otro de los hallazgos en dicha

investigación fue que las mujeres cuyas madres fueron maltratadas por sus padres, tenían el doble de probabilidades de ser víctimas de violencia doméstica.

En otro estudio comparativo llevado a cabo, se hizo evidente la clara relación entre los malos tratos y el deterioro de la salud de las mujeres víctimas y sus hijos; las mujeres de casi todos los países estudiados que habían recibido malos tratos de sus parejas, tenían mayor número de partos no deseados y partos de niños muertos que las que nunca sufrieron este tipo de violencia. Existen evidencias también con patologías como bajo peso al nacer, parto prematuro y aborto, además se observó que las mujeres víctimas de violencia tienen más probabilidades de tener infecciones de transmisión sexual que las que no sufren abusos, además se halló una mayor probabilidad de que los hijos de estas mujeres murieran antes de cumplir 5 años de edad. (Johnson y Kishor citado en CEPAL, 2008).

Un estudio realizado en el estado de Sonora, México revela como la violencia intrafamiliar ha aumentado considerablemente en los últimos años, sacando como datos que el 49.8% de las mujeres de esa región han sufrido al menos un incidente de violencia en los últimos 12 meses. (Instituto de Geografía e Informática citado en Frías y Fraijo, 2008).

Pero no son las mujeres las que únicamente son violentadas dentro del hogar, existen múltiples víctimas dentro de este grave fenómeno llamado violencia intrafamiliar o doméstica, entre los más afectados se encuentran también los niños, ancianos y personas discapacitadas, una posible explicación a esta injusta vulneración pueden ser las características físicas que determinan a estos individuos, puesto que son diferentes e inferiores a las del agresor, como por ejemplo: la altura, la fuerza física, el peso, alguna incapacidad intelectual o física existente, la falta de madurez psicológica y mental, entre otras.

Después de haber dado una lectura a los antecedentes y la historia de la violencia intrafamiliar, podemos constatar que esta problemática persiste a pesar de la reforma de las leyes, la creación de entidades de protección y amparo a las víctimas y la concientización sobre las repercusiones que puede tener; este fenómeno ha constituido una de las principales causas de muerte en diferentes naciones del mundo, causando graves problemas en cada uno de los miembros de dichas familias, además se ha podido comprobar que

debido a la ocultación por prejuicios sociales, las entidades no han logrado obtener datos precisos sobre el número exacto de estos casos, ni brindar la ayuda adecuada.

1.4 Causas y consecuencias (indicadores específicos de la violencia intrafamiliar)

La violencia intrafamiliar o doméstica produce secuelas en todos los miembros de estas familias, sea la víctima directa, es decir, la persona objeto de golpes y ultrajes hasta los observadores, que en su mayoría son los niños y que debido a su inmadurez mental no logran comprender ni asimilar esta situación. Existen varios autores que exponen diversas teorías y supuestos sobre las causas más frecuentes por las que se produce este tipo de violencia.

Straus y Gelles (1986) explican que estas familias poseen ciertas características que las hacen potencialmente conflictivas y además corren un riesgo alto de que los conflictos se resuelvan de manera violenta, entre las características más destacadas están:

- Una alta intensidad en la relación, sea por la cantidad de tiempo compartido entre sus miembros, un alto grado de confianza o el derecho de influir unos a otros, además un elevado conocimiento mutuo debido a la convivencia diaria.

- La propia composición familiar, ya que los miembros son de diferente sexo y edad, lo que implica diferentes roles a desempeñar, diferentes motivaciones, intereses y actividades.

- El alto nivel de estrés al que está expuesta la familia, debiendo hacer frente a distintos cambios dentro del ciclo vital, exigencias de tipo económico, social, laboral o asistencial.

- Todo aquello que ocurre en el interior de la familia lejos del control social. (Patrón y Limiñana, 2005).

Un estudio realizado en nuestro país (Aguirre, 2005), expone las causas más influyentes a que se presente la violencia doméstica en los hogares, citando estas: el alcoholismo, la autora explica que generalmente dentro de la familia son los hombres quienes consumen alcohol muy a menudo y que al estar en estado de ebriedad ejercen actos violentos sean de carácter físico, psicológico o sexual contra sus parejas o hijos, habitualmente culpabilizando al alcohol por las acciones cometidas.

Infidelidad conyugal, este factor también es comúnmente asociado a los varones, se presenta cuando buscan una relación con otra u otras parejas extramaritales, en la Costa del país es la primera causa de violencia doméstica mientras que en la Sierra está en segundo lugar; además otra situación común dentro de la infidelidad son los ataques físicos a la “otra pareja” por la esposa o esposo engañado.

La crisis económica que atraviesa cada una de estas familias, siendo una situación de tensión permanente y en especial si la mujer no tiene un ingreso propio, puesto que ahí surgen los reclamos hacia el esposo por la falta de dinero para las necesidades del hogar y aparece el sentimiento de imposibilidad del hombre de cumplir su rol de proveedor, que lo resuelve por la vía de la violencia.

El fantasma del otro, la autora da este nombre al imaginario del hombre que presume la existencia de un otro, de una pareja extramarital, convirtiéndose en un conflicto permanente dentro de la pareja, dicho problema de celos que en muchas ocasiones se vuelven enfermizos produce un alto índice de violencia psíquica la cual es difícil de comprobar, ejerciéndola en muchos casos también sobre los hijos.

La autonomía de las mujeres dentro del sistema familiar, ya que para la ideología masculina lo habitual es que al formar una pareja la mujer sea propiedad suya, por lo tanto al detectar signos de autoridad en las mismas consideran factores atentatorios a su relación y derivan en violencia intrafamiliar.

Incumplimiento de las tareas, esto hace referencia a “descuidos” reales o imaginarios de la mujer en su rol de madre o esposa, ya que son adjudicados a ella desde el momento que se forma la pareja, aquí también incluye accidentes domésticos, enfermedades, indisciplina o bajo rendimiento escolar de los hijos; además cuando no hay la disposición de la mujer para cumplir los requerimientos sexuales del esposo suele presentarse violencia de tipo sexual, generalmente violaciones. (Aguirre, 2005)

Otro estudio explica que si bien las causas para que se presente la violencia doméstica son múltiples y se expresan en diversas dimensiones (sociales, culturales e individuales) ya se pueden precisar y jerarquizar puesto que han demostrado influir de manera directa en el origen y ejecución de la violencia intrafamiliar, afirmando que:

- La violencia no es natural, las personas que la ejercen aprendieron a usarla en algún momento de su vida, su objetivo es ejercer el control y dominio de grupos y personas vulnerables social y culturalmente.
- El dominio del género masculino sobre el femenino, tratándose no de diferencias biológicas sino más bien utilizando una base de un sistema de valores sancionados socialmente que trae consigo la superioridad de los hombres y la inferioridad de las mujeres.
- Los modelos autoritarios de crianza y educación, los padres o cuidadores del menor de edad realizan prácticas violentas y de manipulación para su educación.
- “La red social de la violencia” que abarca creencias, costumbres sociales, leyes, políticas institucionales, influencia negativa de los medios de comunicación, ausencia de ayuda institucional hacia las víctimas y agresores, ya sea de prestación de información o de atención médica o psicológica. Este ítem hace referencia a todos los factores que mantienen y predisponen a la violencia.
- Factores como: alcoholismo, drogadicción, conflictos y crisis familiares, estrés, pobreza, desempleo, etc.
- Dificultad para darse cuenta y salir de la situación de violencia, debido a sus condiciones de dependencia, inaccesibilidad a autoridades legales, desvinculación del medio social, el vínculo afectivo que mantenga con el agresor, bajo autoestima, estados de depresión, miedo o confusión. (CEPAVI, 2001).

A pesar de la extensa cantidad de teorías propuestas por diferentes autores, todos convergen en un listado muy similar de los factores más influyentes para que se presente la violencia en los hogares, estas circunstancias engloban aspectos culturales, sociales y económicos, todos estos citados anteriormente. La violencia doméstica es una problemática

mundial, afecta indiscriminadamente a millones de familias; pero no son las causas lo que más afecta a las personas inmersas en esta perturbadora situación sino las graves consecuencias que sobrevienen a esto, que a continuación serán descritas.

Diversas investigaciones han hallado que la violencia física, psicológica o sexual ejercida sobre la víctima, sea ésta de cualquier tipo, causa en ella una serie de repercusiones negativas tanto a nivel físico como psicológico, entre uno de los signos principales que aparecen tras una experiencia traumática está la pérdida del sentimiento de invulnerabilidad, este elemento es considerado de gran importancia puesto que evita que las personas se consuman y paralicen con el miedo a su propia vulnerabilidad. (Janoff-Bulman, Frieze y Perloff citado en Patró y Limiñana, 2005).

En el caso de los niños, que no sólo son observadores de la violencia doméstica en sus hogares, sino han sido víctimas de esta vulneración recibiendo maltrato, la pérdida del sentimiento de invulnerabilidad es aún mayor, pues afecta directamente a un elemento interventor del desarrollo de la personalidad que es el sentimiento de seguridad y de confianza en el mundo y en las personas que lo rodean, obstaculizando el desarrollo normal y adecuado del menor de edad. Esta situación empeora en los casos en los que el agresor es su propio padre, puesto que representa la figura central y de referencia para el niño, otro factor agravante es que los actos violentos ocurran dentro del hogar, lugar considerado por el niño como refugio y protección.

Entonces el niño queda expuesto a sentimientos como indefensión, miedo y preocupación de que la experiencia traumática vivida pueda repetirse. Se ha podido comprobar mediante estudios sobre estos casos, que la tan temida experiencia se repite en diversas ocasiones a lo largo de muchos años, representando una amenaza continua para los niños y percibida como incontrolable. (Patró y Limiñana, 2005).

Estudios han demostrado que los casos más frecuentes son aquellos en los que el maltratador agrede a la mujer y a los niños, aunque también hay casos en los que la agresión proviene del hombre hacia la mujer y seguido a esto la mujer agrede a los niños o bien los dos hacia ellos. (Appel y Holden citado en Patró y Limiñana, 2005).

Los niños maltratados presentan manifestaciones de tipo conductual, físico y/o emocional, que serán mencionados a continuación: señales físicas repetidas (morados, heridas, quemaduras), niños que van sucios o mal aliñados a la escuela, cansancio o apatía permanente, cambio significativo en la conducta escolar sin motivo aparente, conductas agresivas y/o rabietas persistentes, relaciones hostiles y distantes, conducta sexual explícita, juego y conocimientos inapropiados para su edad, evita ir a casa, tiene pocos amigos en la escuela, muestra poco interés y motivación por las tareas escolares, después del fin de semana vuelve peor al colegio (triste, sucio, etc.), presenta dolores frecuentes sin causa aparente, problemas alimenticios, falta a clase de forma reiterada sin justificación, retrasos en el desarrollo físico, emocional e intelectual, presenta conductas antisociales, intento de suicidio y sintomatología depresiva, regresiones conductuales, falta de cuidados médicos básicos. (Serna, 2013).

Resultados hallados en un estudio muestran que los niños que presencian situaciones de violencia en sus hogares suelen presentar una menor competencia social y un menor rendimiento académico que aquellos que no se encuentran expuestos a esta situación. (Adamson, Thompson y Rossman citado en Patró y Limiñana, 2005).

En un estudio mundial sobre violencia infantil, sobre las condiciones en las que viven los menores de edad en América Latina, se reveló que cada año más de 6.000.000 de niños y niñas sufren abuso severo y más de 80.000 mueren a causa de la violencia doméstica. El abuso sexual es el maltrato infantil menos denunciado, los agresores suelen ser varones y en 8 de cada 10 casos son los propios padres o parientes. (UNICEF, 2006 citado en CEPAL, 2008).

Una investigación realizada en el año 2002 pudo conocer que se produjeron 57,000 homicidios de niños menores de 15 años en el mundo. (OMS citado en Frías y Fraijo, 2008).

Pero no solo son los infantes quienes tienen repercusiones a causa de este grave fenómeno que sucede puertas adentro en los hogares, además de los ancianos y discapacitados, son las mujeres el grupo que más consecuencias sufre, sobrellevando

severos daños en su estabilidad psíquica y emocional, puesto que usualmente ellas son las que reciben los actos violentos dentro de estas familias, por parte de sus parejas.

Entre las consecuencias predominantes se encuentran: lesiones de todo tipo, golpes, heridas, quemaduras, relaciones sexuales forzadas, enfermedades de transmisión sexual, embarazos de alto riesgo y abortos, todas estas a nivel físico; a nivel psicológico se presentan trastornos por estrés post-traumático, ansiedad, depresión, intentos de suicidio, abuso de alcohol, drogas y psicofármacos, trastornos por somatización, disfunciones sexuales, uso de violencia con sus propios hijos; a nivel social hay pérdida de empleo, aislamiento social, absentismo laboral. (Aguado, Almoguera, Anibarro, Comas, Corroto, De Castro, Fernández- Valencia, García, López, Vega, Méndez, Orta, Viñas y Viñas, 2008).

Pero no solo las víctimas de la violencia afrontan perjudiciales consecuencias, los agresores a pesar de poseer cierta ventaja dentro del núcleo familiar por ser los ejecutores de la violencia contra los demás miembros y disfrutar de una posición de superioridad, también presentan graves conflictos internos, que generalmente los impulsan a usar la violencia contra sus familiares y posterior a esta situación, también enfrentan secuelas que perjudican sus vidas de manera significativa.

Entre las consecuencias más comunes se encuentran: la incapacidad para vivir una intimidad gratificante con su pareja, la posibilidad de perder a su esposa e hijos, riesgo de ser condenado o detenido, aislamiento y pérdida de reconocimiento social, sentimientos de frustración, fracaso y resentimiento, un rechazo social y familiar, dificultad para pedir ayuda psicológica y psiquiátrica. (Aguado et al., 2008).

Con los datos explicados anteriormente se puede concluir que las consecuencias de la violencia doméstica se presentan en todos y cada uno de los miembros de la familia, no únicamente en las víctimas como se tiene entendido, a pesar de que estas presentan una gran cantidad de repercusiones negativas que perjudican sus condiciones de vida, es necesario entender que los ejecutores de la violencia también reciben consecuencias, los agresores son personas que han atravesado y atraviesan profundos conflictos internos que

les llevan a cometer actos violentos y afectan su capacidad para discernir lo que está bien y mal.

Las causas y consecuencias de la violencia intrafamiliar dependen de cada uno de los miembros de la familia, según sus características propias como la edad, posición dentro de la familia, las relaciones existentes entre ellos, las situaciones conflictivas que atraviese el hogar, etc. Aunque algunos son más afectados que otros, todas las causas y consecuencias de éste fenómeno familiar son negativas y perjudiciales para las personas, afectando directamente su estabilidad física y psíquica, obstaculizando su desarrollo.

1.5 Transmisión intergeneracional de la violencia

Los niños aprenden a definirse a sí mismos, a comprender el mundo y a relacionarse con él a partir de lo que observan en su entorno y su entorno más próximo es su hogar, el cual está guiado por sus padres o cuidadores. Es por eso que la familia es considerada la base para el aprendizaje y el modelo a seguir en todos los aspectos que involucra el desarrollo personal. (Patró y Limiñana, 2005).

En ciertos hogares en los que existe violencia y abuso del poder, los principales afectados son los niños puesto que las experiencias vividas en la infancia son de vital importancia para su futuro desarrollo y sobre todo para lograr una correcta adaptación al medio, aquellos que están expuestos a situaciones de violencia en el hogar durante la infancia generalmente suelen reproducir estas actitudes en la adultez contra sus parejas. (Patró y Limiñana, 2005).

Un estudio longitudinal que fue realizado en una muestra de 543 niños, acerca de los factores predictores de riesgo para ejercer violencia contra sus parejas, halló los siguientes resultados: en primer lugar, se encuentran los trastornos de conducta, seguido a esto, el segundo factor que más afecta es el haber estado expuesto a violencia doméstica entre los padres y por último, están los sistemas de castigo basados en el poder. (Ehrensaft, Cohen, Brown, Smailes, Chen y Johnson (2003) citado en Patró y Limiñana, 2005).

Las conductas violentas que se suscitan en hogares donde hay niños, suelen estar dirigidas en muchas ocasiones hacia ellos, causando mucho daño, perjudicando su estabilidad física y psicológica y sobre todo ocasionando que su desarrollo futuro sea

desfavorable. Los niños son violentados de diferentes maneras, por lo general reciben golpes, insultos, amenazas, abusos o acosos de tipo sexual, privaciones, entre otras cosas, pero una de las más perjudiciales para los menores de edad es el hecho de ser testigos y observar esos actos violentos que se presentan en su hogar, esto produce en ellos una inestabilidad emocional y sobre todo afecta directamente su comportamiento, ya que los mismos al observar a sus padres, quienes representan su modelo a seguir, realizando este tipo de actitudes, considerarán a la violencia como algo normal y lo incluirán en su repertorio conductual, agrediendo a sus iguales y en un futuro a los miembros de su propia familia.

La supervivencia intergeneracional de la violencia y especialmente la violencia de género está estipulada por factores de tipo cultural y educacional, entre estos se encuentran los sistemas de valores que dan una notable superioridad a los hombres a diferencia de las mujeres y la aceptación del uso de la violencia para resolver los conflictos, además de esto dichos sistemas de valores crean conductas sexistas y violentas en los niños desde temprana edad fomentando estas creencias y pensamientos erróneos. Así, los niños que crecen en hogares en los que existe violencia aprenden y asimilan un sinnúmero de creencias y valores negativos sobre las relaciones interpersonales con otros, en especial sobre las relaciones familiares y el aceptable uso de la violencia para la resolución de conflictos. (Patrón y Limiñana, 2005).

Además dichos autores exponen en una investigación anterior una serie de ítems que explican las creencias y estereotipos existentes acerca de la violencia intrafamiliar y de género que se han suscitado a lo largo del tiempo y que suelen ser transmitidos a los hijos del hogar:

-La función social de la mujer es la crianza de los hijos y el cuidado del hogar. Debe comportarse de manera comprensiva, paciente, dulce...

-La función social del hombre es la de desarrollar una carrera profesional, ocuparse del sustento económico de la familia y de las relaciones con el exterior. Debe comportarse de manera decidida, segura, firme...

-El hombre es superior a la mujer, es más inteligente y está más capacitado.

-El hombre debe ser el cabeza de familia, el que tome las decisiones y el que tiene poder y control sobre el resto de los miembros de la familia que deben obedecerle.

-La violencia es normal.

-Hay circunstancias que justifican el uso de la violencia, por ejemplo cuando se está enfadado o cuando los demás no hacen lo que uno quiere.

-El que ejerce el control es el más fuerte y tiene derecho a castigar a los demás.

-El castigo es imprescindible, no existen normas o reglas que aseguren su no ocurrencia.

-Si no eres el más fuerte, debes ser sumiso.

-Mi madre tiene la culpa de que mi padre la maltrate, el hogar no es un lugar seguro, mi madre no puede protegerme. (Patrón, Limiñana y Martínez (2003) citado en Patrón y Limiñana, 2005).

La asociación The Royal College of Psychiatrists (2009) explica que los menores de edad que han sido testigos de violencia intrafamiliar suelen tener más posibilidad de ser abusadores o víctimas de nuevos abusos. Los niños varones tienden a copiar la conducta de sus padres y aprenden de ellos a ser violentos con las mujeres, a diferencia de las niñas quienes aprenden de sus madres que la violencia es inevitable y es algo con lo que tienen que vivir. Pero ventajosamente esto no sucede en todos los casos, ya que no todos los hijos repiten las conductas observadas en sus vidas futuras, muchos de ellos tienen plena conciencia de lo nocivas que estas son y trabajan duramente para no repetir los errores que sus padres cometieron.

“Cuando el sufrimiento de las víctimas resultado de esta violencia, no ha sido verbalizado y/o socialmente reconocido, el riesgo de que se exprese a través de comportamientos violentos sobre otras personas es muy alto. Estas nuevas violencias producirán nuevas víctimas que podrán transformarse a su vez en nuevos victimarios. De esta manera, padres violentos que fueron niños maltratados sin protección, podrán maltratar a sus hijos haciendo de ellos futuros padres violentos. Se crea así la posibilidad de un ciclo transgeneracional de la violencia” (Bardy, J. citado en Serna Cruz, 2013).

Existen ciertas teorías que exponen que los hijos de estos hogares violentos no copian estas actitudes únicamente a través de un proceso de observación y aprendizaje, sino que la repetición de dichos comportamientos hostiles en la adultez puede deberse a un factor genético. Los expertos en genética del comportamiento han encontrado algunas correlaciones en la conducta parental y la del niño, por ejemplo un padre maltratador que sufre de una enfermedad mental, este tipo de enfermedades son heredadas pero afortunadamente solo una minoría la padece, en contraste a esto, la mayoría de agresores presentan algunas características de personalidad como agresividad, impulsividad, enojo fácil, insensibilidad ante los demás, ineptitud para manejar sus asuntos ni el de sus hijos. Por lo tanto, los hijos de estas personas deben afrontar un doble desafío: una vida hogareña miserable y un aporte genético que disminuye el éxito en sus relaciones interpersonales. (Loredo, 2001).

A pesar de la existencia de varias teorías acerca de la transmisión intergeneracional de la violencia, la más aceptada ha sido la que habla de un aprendizaje por imitación; los hijos aprenden a definir su forma de ser y determinan sus comportamientos de acuerdo a lo que han observado en su hogar, imitan las conductas de sus padres o cuidadores ya que ellos han constituido su ejemplo a seguir, los niños y adolescentes son los más vulnerables ante esta situación puesto que no cuentan con la madurez suficiente para discernir que las conductas violentas observadas o en muchos casos experimentadas no son aceptables ni correctas y que es necesario interiorizarlas para evitar la repetición de estas en la adultez o incluso en el presente con sus iguales.

Muchos autores en sus investigaciones han optado por elegir y centrarse sólo en una de las teorías de la transmisión de la violencia doméstica, averiguando la incidencia de cada una y estudiando minuciosamente a las familias que atraviesan por esto, para así poder dar una conclusión. Pero pocos han sido los que se han enfocado en hallar las repercusiones negativas que este aprendizaje de actos violentos implica y los métodos de intervención para ayudarlos.

A criterio personal, considero que la importancia de esta problemática no se encuentra en las cifras ni en una teoría que explique el funcionamiento de este traspaso de actos violentos y agresivos, sino en las implicaciones que ésta produce en los hijos de estos

hogares maltratados, es necesario reflexionar que mientras más violencia exista dentro de las familias más casos habrán en el futuro de mujeres maltratadas, niños con graves conflictos emocionales y mentales, familias desmembradas, divorcios y separaciones, pero sobre todo una gran cantidad de agresores que a su vez procrearán a otros criminales. Por lo tanto, es fundamental la intervención en estos casos para prevenir un sinnúmero de víctimas y victimarios y esta ayuda recae sobre varios profesionales de la salud, en especial los especialistas de la salud mental que deberán trabajar tanto a nivel familiar e individual para erradicar este problema.

1.6 Ciclo de la violencia

La violencia intrafamiliar presenta un comportamiento peculiar, muchos autores han realizado investigaciones para poder entender el funcionamiento de la misma; las víctimas sean adultos, niños o adolescentes al ser violentados adquieren cierta actitud de indefensión y la mayoría no intenta escapar de esta vulneración. Respecto a esto, los hallazgos encontrados fueron que la violencia doméstica tiene un ciclo y el mismo consta de tres fases. (CEPAVI, 2001).

Las fases del ciclo de la violencia (Figura 1) varían tanto en duración como en intensidad y se presentan en cualquier binomio: esposo-esposa, madre-hijo, hijo-padre, etc. (CEPAVI, 2001) (Rojas, 2002).

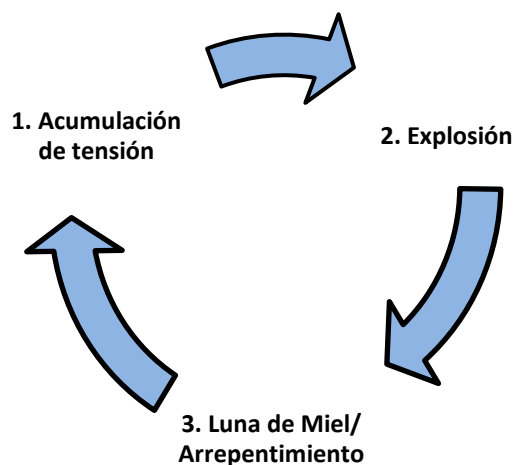


Figura 1: Ciclo de la Violencia

La primera es denominada **acumulación de tensión**: aquí se producen golpes menores, se intenta calmar al agresor mediante conductas que antes han dado resultado, la víctima se muestra cariñosa/o y complaciente intentando no entrometerse en sus asuntos personales ya que deduce que si espera un momento, la situación y la conducta de su compañero/a mejorará, pero esto es erróneo ya que únicamente pospone la segunda fase que es el incidente agudo de golpes.

El agresor en esta etapa hace amenazas, se enoja, discute, culpa y provoca aumento de tensión en la relación, mientras que el agredido trata de calmarlo, lo complace, no hace nada que pueda molestar al agresor para controlar la violencia aunque esto generalmente no es posible, en algunos casos el agredido se niega a cumplir sus exigencias para acelerar el estallido y enfrentarlo de una vez para no sufrir más la espera. (CEPAVI, 2001).

En segundo lugar, se encuentra la llamada **explosión o episodio agudo de violencia**, esta se inicia con un incremento de los golpes de la fase anterior que fueron menores, la tensión entre el binomio va aumentando hasta que en un momento se produce una descarga incontrolable de la misma, los dos pierden el control y se produce una crisis; esta etapa se caracteriza por violencia extrema, falta de control y destructividad.

El agresor acepta que su rabia no tiene control pero la justifica de alguna manera (decir que ha bebido de más o haber trabajado mucho) el receptor de la violencia también acepta esto y lo considera algo inevitable que sucederá en muchas ocasiones, siente terror, rabia y ansiedad. Esta fase es la más breve, puede durar de 2 a 24 horas, pero es la más dañina ya que existe violencia física, psicológica o sexual. (CEPAVI, 2001).

La última etapa de este ciclo es denominada **luna de miel**, el agresor se disculpa por lo mal que procedió en las situaciones ocurridas, expresa su arrepentimiento, pide perdón y asegura que no volverá a ocurrir ya que confía plenamente en su capacidad de control, pero sobre todo demuestra afecto, se comporta de manera encantadora y cariñosa, reconoce que ha ido demasiado lejos e intenta reparar lo que ha hecho.

Esta fase suele provocar un alivio fisiológico en la persona agredida aunque esto sea algo temporal y engañoso porque la violencia no está erradicada sino pausada por un lapso de tiempo, además promueve en esta un surgimiento de esperanza, una gran expectativa al

cambio, sentimientos de culpa, lástima, soledad y vacío, pérdida de energía, miedos, gran deseo de compensar las pérdidas y también de reconciliarse. (CEPAVI, 2001).

Las parejas que mantienen una relación de violencia con el paso del tiempo crean cierta simbiosis, cada uno depende tanto del otro que cuando uno de ellos intenta alejarse ambos se sienten profundamente afectados por la separación, ambos creen y hacen creer a los demás que juntos alcanzarán un mundo mejor, existe exceso de dependencia y confianza. Estas personas suelen presentar dificultades internas y externas que no les permiten salir de la violencia en la que viven, ni aceptar que les sucede para buscar ayuda. (CEPAVI, 2001).

Con la explicación del ciclo de la violencia es posible entender la situación que atraviesan las personas inmersas en esta condición tan perjudicial, que por lo general son juzgadas y mal vistas por la sociedad, familiares o personas cercanas a la familia. Las parejas y familias que practican violencia no saben que padecen de este problema ni lo consideran así, suelen creer que es una situación común que se presenta en la mayoría de los hogares asumiéndola con naturalidad y aceptándola como una condición de vida, pero ésta apreciación es errónea y provoca que los actos violentos perduren por muchos años hasta que le sucede algo grave en alguno de los miembros o se producen separaciones o conflictos significativos.

1.7 Medios de ayuda para las víctimas y ausencia de la misma en algunos casos.

La violencia doméstica constituye un grave problema para todos de los miembros de la familia, tal como se expuso anteriormente cada uno de ellos acarrea repercusiones nocivas para su estabilidad psíquica, emocional y física. La ayuda que generalmente se brinda en estos casos, está dirigida hacia las víctimas y no hacia los agresores, a criterio personal considero que esta actuación no es adecuada, puesto que, es fundamental ayudar a los receptores de la violencia que comúnmente son mujeres, niños, adolescentes y ancianos, pero también es imprescindible brindar atención profesional a los victimarios ya que poseen profundos conflictos personales.

Seifert (2012) expresa que la violencia doméstica en la mayoría de casos no se detiene sino con la intervención de una agencia externa, puesto que estos organismos al ser más fuertes que el agresor logran detener esta violencia, aquellos pueden ser la policía y los

tribunales, además existen programas de ayuda a los hogares desgarrados por la violencia doméstica en varios países del mundo, como por ejemplo el Programa Healthy Families en Estados Unidos, que apoya las relaciones positivas familiares, el desarrollo sano del niño y protege a las mujeres desde su embarazo hasta que el niño tiene cinco años. En este país también existe una línea telefónica directa para los incidentes de violencia que se presenten en los hogares, con una sola llamada los rescatistas acuden inmediatamente a socorrer y proteger a las víctimas de estos sucesos.

Las víctimas de violencia por lo general son socorridas de manera inmediata cuando las autoridades u organismos de rescate descubren la situación ocurrida, generalmente esta ayuda es necesaria por mucho tiempo hasta su completa recuperación. Las madres e hijos violentados son asistidos en varios ámbitos, la supervivencia es el principal refuerzo brindado, un lugar donde vivir, dinero y sobre todo el alejamiento del abusador. Después los niños irán visitando la escuela por períodos cortos y luego asistirán regularmente, si los mismos presentan dificultades, recibirán ayuda extra de sus maestros y en caso de que los conflictos emocionales persistan, serán asistidos por un centro de salud mental infanto-juvenil. Las madres por lo general se encuentran muy estresadas, necesitan apoyo, psicoterapia o en algunos casos tratamiento para la ansiedad o depresión. The Royal College of Psychiatrists (2009).

Las víctimas de hogares violentos atraviesan una serie de situaciones difíciles que comúnmente no se terminan sino hasta el día que algo grave ocurre dentro del núcleo familiar, esto podría ser prevenido dando aviso a las autoridades a que intervengan y erradiquen los actos violentos, pero lamentablemente sucede muy poco. Las personas agredidas están avergonzadas, desprotegidas, indignadas y asustadas para solicitar ayuda y remediar su situación.

Existen algunos factores que influyen a que las víctimas de estos hogares se vean imposibilitadas o se nieguen a realizar una denuncia, entre los que están el hecho de que la violencia intrafamiliar no sea considerada un problema social, la creencia popular de que los actos violentos son situaciones normales dentro de una familia, la culpabilidad y convicción que tienen las personas afectadas de haber provocado los actos violentos y por último, la percepción de las víctimas de no contar con servicios ni respuestas sociales para

ayudarlas o que las entidades existentes son poco eficientes, inadecuadas y hasta dañinas. (Sagot y Carcedo, 2000).

Estos factores intervienen en la mayoría de casos, provocando que este grave problema social se mantenga oculto y se extienda cada vez más, la ineficiencia de los medios de ayuda para estos hogares violentados es alarmante, un gran número de estas instituciones no cuentan con un sistema de detección y registro adecuado, que a su vez conlleva a realizar diagnósticos, políticas de prevención y modelos de atención inadecuados. (Sagot y Carcedo, 2000).

No todos los casos se mantienen ocultos, algunas víctimas cansadas del maltrato constante del que son objeto, deciden buscar ayuda y revelar lo que atraviesan diariamente en sus hogares, muchas veces acudiendo donde profesionales de la salud, familiares y amigos, hogares de acogida o albergues. Tal vez no todos los oyentes puedan dar una respuesta adecuada ni proveer un alivio inmediato a la víctima como es el caso de los familiares y amigos, pero al encontrarse en esta situación, lo más adecuado sería enviar a la persona donde un profesional de la salud mental para que se apropie del caso.

Venguer, Fawcett, Vernon, y Vick (1998) exponen que existen algunos pasos después de haber diagnosticado violencia intrafamiliar en una paciente, enumerando los siguientes:

1. Evaluación de riesgo y retroalimentación. El/la profesional deberá advertir a la paciente de una manera sencilla y entendible la relación que existe entre la violencia y el riesgo de muerte, proporcionando información real pero sin alarmar a la víctima para que así pueda valorar el riesgo que corre y tomar una decisión apropiada respecto a su seguridad. Además el profesional deberá evaluar qué tan segura está la víctima y los hijos o familiares, si necesita asesoramiento psicológico o legal y sobre todo si necesita un refugio inmediatamente o tiene amigos o familiares donde pueda quedarse.
2. Presentación de alternativas y plan de emergencia. El profesional de la salud deberá exponer las alternativas con las que cuenta el/la paciente para que pueda elegir y definir qué es lo que quisiera hacer o qué quisiera que sucediera; en caso de que elija regresar a su casa, es prudente recomendar que tenga un plan de emergencia en caso

de peligro (ubicar un lugar donde pueda ir con sus hijos, llevarse los documentos, llevar dinero y una maleta de ropa, entre otras cosas).

3. Centros de apoyo a víctimas/albergues. Antes de que se termine la consulta es necesario asegurarse de que la paciente se encuentre bien y que tome todas las medidas necesarias en caso de peligro. Es imprescindible proporcionarle información sobre los centros de apoyo a las víctimas e informarle que en estas instituciones también le explicarán algunas alternativas de apoyo emocional y legal y además el tratamiento para los agresores.

Por otro lado, los profesionales deben detectar si la víctima requiere de apoyo psicológico inmediato en caso de detectar tendencias suicidas, homicidas o cualquier otra conducta incongruente con la situación, otra labor de los expertos es conocer los centros de apoyo existentes y la ubicación de cada uno para enviar allá a las víctimas en caso de ser necesario.

4. El registro de casos. Es necesario que los profesionales realicen una historia clínica de la víctima ya que es valioso en caso de solicitar ayuda legal, si levanta cargos o incluso en caso de ser acusada de homicidio, también es útil para realizar el seguimiento de la paciente dentro de la institución de salud y para que otros especialistas tengan la información del caso. Se debe explicar a la paciente que su historial clínico será confidencial.

Maira (1999) realizó un estudio en Ecuador, en el cuál investigó la ruta que recorren las mujeres victimizadas por violencia, hallando como resultados que estas mujeres atraviesan rutas largas y casi siempre infructuosas en su esfuerzo para resolver y superar la agresión que enfrentan en sus hogares, ya que muchos de los medios de ayuda son insuficientes y muchas veces subvaloran y culpan a la mujer. Los servicios de apoyo a las víctimas, no promueven el respeto a las mujeres por parte de los demás en su integridad física, psicológica, emocional y sexual, los profesionales en el sector de la salud limitan su respuesta ante situaciones de violencia intrafamiliar y además suelen reforzar los papeles, atributos y situaciones de género que subrayan la importancia de la unidad familiar y la sublimación de la maternidad impidiendo a las mujeres reaccionar ante las situaciones de violencia, esto también sucede en el sector legal, educativo y comunitario.

El Ministerio de Salud Pública en un artículo publicado en 2009, explica que una vez confirmada una sospecha de un caso de violencia sexual, física o psicológica que pongan en riesgo la integridad y vida de una persona, los profesionales de la salud deberán enviar a la autoridad judicial competente un informe de dicho caso (una copia de la historia clínica) debidamente firmado por el profesional, esto en un plazo de cuarenta y ocho horas como está establecido por la ley.

Además, el servicio de salud debe ayudar a la víctima a encontrar un refugio o un lugar seguro donde se encuentre protegida, dicho personal debe estar sensibilizado y capacitado para atender los casos de violencia, entendiendo que para muchas de estas personas es su única oportunidad de hablar de esta problemática que perjudica su vida. Los profesionales deben brindar apoyo y comprensión a las víctimas violentadas, manifestando empatía, interés y preocupación ante su grave situación. (Ministerio de Salud Pública, 2009).

Dentro del mismo artículo, se explica el proceso que se debe seguir en cada caso de violencia intrafamiliar. Dicho proceso se inicia con la llegada de la víctima sea a una sala de emergencias o a consulta externa, en ese momento, el profesional debe realizar la historia clínica de la misma y en caso de sospechar o confirmar que sufre de violencia, realizar una entrevista clínica para obtener más información o si es necesario hospitalizarla. (Ministerio de Salud Pública, 2009).

Una vez que se realizan los procedimientos anteriores, se requiere una evaluación por un equipo interdisciplinario (valoración psicológica, social y médica) mediante una visita domiciliaria, entrevista familiar, pruebas psicológicas, exámenes físicos y en algunos casos una interconsulta con otras especialidades. Cuando se confirma el diagnóstico y el nivel de riesgo de la violencia, es imprescindible un seguimiento interdisciplinario mediante una denuncia a nivel legal, la formulación de un plan integral de tratamiento individual y familiar, la notificación a organismos de protección y la intervención de las redes locales de apoyo. (Ministerio de Salud Pública, 2009).

A través de lo expuesto anteriormente, es posible conocer que la violencia doméstica además de ser un factor desestabilizante y perjudicial para las víctimas de estos hogares,

es una situación difícil de erradicar y generalmente perdura hasta que se suscita un incidente grave como la muerte de algún miembro de la familia o conflictos significativos como separaciones o divorcios.

Las personas violentadas sufren profundas repercusiones por los ultrajes que reciben, pero un mínimo porcentaje de éstas, revelan su realidad o realizan una denuncia hacia el agresor, ocasionando que las entidades responsables de esta problemática desconozcan los casos existentes para brindar su ayuda. Es necesario también exponer que en muchas familias intervenidas la ayuda recibida ha sido ineficiente por la mala organización o por la falta de preparación de los profesionales. Por lo tanto, sería positivo que la ayuda que se proporcione a estas víctimas sea eficaz y completa para solucionar sus condiciones de vida, ya que son personas extremadamente vulnerables que acuden en busca de auxilio y protección.

1.8 Conclusión

La violencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (2002) como: “el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o 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”. Existen varios tipos de violencia, pero todos y cada uno de ellos afectan a los seres humanos de igual manera.

La concepción de la violencia ha sufrido algunos cambios con el paso del tiempo, en la antigüedad era vista con naturalidad, era un componente que estaba presente en todas las relaciones humanas, especialmente en el núcleo familiar. El hombre del hogar agredía libremente a su esposa e hijos por sus “malos comportamientos” ya que contaba con ese poder pues ellos eran de su pertenencia, con la reforma de las leyes esta situación fue cambiando hasta que finalmente este delito fue penado y las víctimas fueron amparadas y protegidas por la ley.

A pesar de las leyes y la concientización sobre las graves repercusiones de las víctimas de este fenómeno, la violencia sigue mediando las relaciones humanas y en especial la violencia intrafamiliar que al no ser revelada no recibe intervención alguna. Por eso es

necesario que tanto las autoridades y profesionales intervengan de una manera óptima para erradicar cada vez esta problemática que destruye tantas vidas.

CAPÍTULO 2: CONSECUENCIAS O SÍNTOMAS PRINCIPALES EN NIÑOS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y TRATAMIENTO

2.1 Consecuencias y síntomas en niños que padecen violencia doméstica

Se conoce que la violencia intrafamiliar afecta a todos y cada uno de los miembros del hogar, pero en especial a las personas más vulnerables como son las mujeres, adolescentes y niños. Como se dio a conocer en el capítulo anterior, los niños debido a su falta de madurez mental no son capaces de asimilar las situaciones que observan y vivencian, no pueden superar estos eventos traumáticos que estarán latentes en sus mentes por el resto de sus vidas ocasionando un inadecuado desarrollo en el futuro, dificultad para establecer relaciones interpersonales y en algunos casos pueden originar patologías mentales.

La asociación The Royal College of Psychiatrists (2009) explica que los niños sufren daño emocional al recibir abusos de cualquier tipo, al ver a otros de su familia sufrir abusos, al tener que defenderlos o si son incitados a participar en el abuso. Otro factor nocivo es el cuidado inadecuado de estos niños, más aún en los casos en los que la madre se deprime o bebe demasiado, también cuando las personas cercanas a la familia se alejan al enterarse de la situación que viven; los niños de estos hogares se quedan sin amigos y se les hace difícil hacer nuevos, la violencia en el hogar puede provocar la pérdida de uno de los padres o incluso la muerte de ellos, las madres violentadas suelen salir de la casa con sus hijos lo que implica necesidades económicas, una mudanza, pérdida de amigos y empezar una nueva escuela. Cuando los padres se separan, empiezan las discusiones por asuntos legales de tenencia y manutención de los niños, involucrando a los hijos en esto.

Existe una amplia variedad de signos y síntomas que presentan los niños debido a la violencia a la que están expuestos en sus hogares, muchos de ellos son capaces de expresar su malestar mediante comportamientos disruptivos que son visibles ante los demás, esto resulta efectivo para estos niños ya que en la mayoría de casos captan la atención de los adultos y reciben ayuda psicológica, mientras que otros niños ocultan sus sentimientos y reprimen sus impulsos, ocasionándose un profundo malestar invisible para los demás, la mayoría de ellos no reciben asistencia ni apoyo.

Las alteraciones psicológicas que se presentan en los niños generalmente han sido clasificadas en dos grupos: las del comportamiento y las de las emociones. Los síndromes internalizantes o alteraciones emocionales se presentan con una inestabilidad del estado de ánimo, obsesiones, problemas somáticos, nerviosismo, inseguridad, fobias, miedos, tristeza, apatía, disforia, inquietud, tensión, preocupación, culpabilidad, entre otros síntomas. Para realizar el diagnóstico de estos síndromes es útil emplear la sintomatología de los trastornos por problemas afectivos, problemas de ansiedad y somatizaciones, descritos en el Manual DSM de autoría de la Asociación Americana de Psiquiatría, aunque estas patologías se presentan en adultos y no es posible realizar un diagnóstico en menores de edad, es prudente encontrar las semejanzas en los síntomas de los niños para conocer con exactitud la problemática por la que está atravesando. (López, Alcántara, Fernández, Castro y López Pina, 2010).

Se conoce que en la infancia la sintomatología internalizante suele presentarse también con algunas alteraciones comportamentales de tipo externalizante como irritabilidad, impulsividad, agresividad, inatención, comportamientos disruptivos, entre otros. Esta situación produce que no se logren conocer todos los síntomas que posee el menor de edad sino únicamente los que son visibles, los adultos buscan erradicar las conductas problemáticas observadas, sin embargo aquellas que se encuentran ocultas no reciben atención de ningún tipo. (López et al., 2010).

El Consejo Estatal para la Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar (2001) explica que surgen algunas consecuencias en las víctimas de la violencia tras los ultrajes recibidos. La violencia de tipo psicológico produce una baja autoestima, sentimientos de ira, vulnerabilidad o indefensión, tristeza, humillación y desesperación, también puede provocar trastornos psiquiátricos del estado de ánimo, de personalidad, ansiedad, estrés postraumático, abuso o dependencia de alcohol, tabaco u otras sustancias nocivas, ideación suicida, entre otros. Asimismo la violencia física tiene sus propias secuelas, hematomas, heridas, fracturas, lesiones en órganos internos, quemaduras, hemorragias, desnutrición, abortos y en casos graves hasta conmoción cerebral y muerte de la persona, y como consecuencias psicológicas de este tipo de abuso están la tensión y miedo permanente,

agotamiento y desánimo, alteraciones del sueño y hábitos alimenticios, algunos trastornos psicológicos como depresión, ansiedad, etc.

Entre los efectos provocados por la violencia sexual están las lesiones o infecciones genitales, anales, del tracto urinario, oral y además embarazos, todas éstas de carácter físico, entre las consecuencias psicológicas constan una baja autoestima, ideas y actos autodestructivos, trastornos sexuales, depresión, ansiedad, conducta por estrés postraumático, abuso o dependencia a sustancias, entre otras, además pueden haber alteraciones en el funcionamiento social e incapacidad para ejercer la autonomía sexual y reproductiva. En las personas que sufren de violencia económica se presenta una pérdida parcial o total del patrimonio familiar, hay una codependencia, existen sentimientos de indefensión y abandono y desnutrición. (CEPAVI, 2001).

Una situación que perjudica a los niños y produce una gran cantidad de problemas conductuales es el ser testigo de violencia entre los padres, si bien no reciben directamente los golpes, insultos u otras agresiones, vivencian graves conflictos parentales que son igual de perjudiciales para su integridad. Los niños que presencian violencia paterna muestran problemas de somatización, ansiedad y depresión, también problemas de atención y pensamiento, timidez, delincuencia y conducta antisocial. (Frías Armenta et al., 2003).

La violencia intrafamiliar produce nocivas consecuencias en los niños de estos hogares, impidiéndolos llevar un desarrollo normal, la personalidad que está formándose en esta etapa también se ve afectada y en algunos casos puede volverse patológica en la adultez, algunas consecuencias no son percibidas sino hasta cuando estos niños crecen y forman sus familias, entonces reproducirán las mismas conductas violentas que aprendieron desde temprana edad. Es por eso que es de vital importancia que la intervención sea lo más temprana posible en los síntomas o signos que presenten los niños.

Un estudio centrado en los problemas de conducta de los niños, halló como resultados que las conductas problemáticas internalizantes se debían a una pobre relación entre padres e hijos, además cuando los padres pertenecen a un bajo estatus económico y social y/o poseen una escasa capacidad para relacionarse con los demás; los comportamientos disruptivos de carácter externalizante se relacionaron con un bajo estatus socioeconómico

de los padres y su escasa capacidad para relacionarse con los demás, además cuando los niños han experimentado una disciplina severa y una pobre supervisión en el hogar. (Lansford et al., (2006) citado en Frías Armenta et al., 2008).

Además de los niños, quienes padecen un sinnúmero de secuelas negativas debido a la violencia en sus hogares, son los adolescentes que además de encontrarse en una etapa de múltiples cambios y dificultades tienen que afrontar constantes conflictos familiares que empeoran sus condiciones de vida. Muchos adolescentes tienden a manifestar su malestar fuera del hogar, buscan refugiarse en las amistades y en actividades que los alejan de sus pensamientos negativos y de su desdichada situación.

Existen algunas investigaciones que buscan explicar las secuelas que deja la violencia en las víctimas, no obstante pocos son los que hablan de las que están presentes en los adolescentes, las consecuencias más relevantes citadas en un importante estudio fueron el alto riesgo de implicarse en actos criminales y la tendencia a justificar el uso de la violencia en sus relaciones amorosas, dos características que perjudican de sobremanera la vida de los jóvenes. (Fagan, Lichter & McCloskey citado en Olaya, Tarragona, De la Osa y Ezpeleta, 2008).

Entre uno de los estudios exclusivamente enfocados a conocer las secuelas negativas en los adolescentes, está la investigación realizada por Ferguson y Horwood (1998) quienes buscaron estudiar el ajuste psicológico de los jóvenes pertenecientes a hogares en los que existe violencia intrafamiliar, hallando que aquellos que presenciaron altos niveles de violencia entre sus padres poseían un riesgo elevado de presentar problemas psicológicos, entre los que están el abuso de drogas, conductas delictivas y problemas mentales (Frías et al., 2003).

Autores como Laible, Carlo y Raffaelli después de varios estudios concluyen que el soporte y el control de los padres definen las competencias sociales, emocionales y morales en los adolescentes. Aquellos que mantienen una relación positiva con los padres adquieren orientaciones sociales positivas que les permitirán mantener buenas relaciones con los demás, además a través de las interacciones con los mismos obtienen información importante y habilidades sociales, los niños compartirán valores con los padres si sienten

que estos responden de igual manera. Por lo tanto, el apoyo paterno promueve resultados positivos como un alto autoestima, una conducta pro-social, un bajo nivel de ansiedad, depresión y conductas agresivas, a diferencia de un control rígido que resulta perjudicial para un ajuste saludable de los adolescentes. (Frías et al., 2008).

Sin importar la edad de cada una de las víctimas de esta perjudicial situación familiar, todos acarrearán un sinnúmero de secuelas que perjudican su vida, impidiéndoles llevar una vida normal y produciendo una inestabilidad psíquica. Los niños y los adolescentes que serán estudiados en el presente trabajo vivencian un nivel alto de violencia en sus hogares, padecen múltiples consecuencias, muchas de ellas visibles para los educadores y otras ocultas. Es por eso que el objetivo principal de este estudio es hallar los indicadores comportamentales con más incidencia en estos menores y dar a conocer a las autoridades de la institución para la intervención correspondiente.

2.2 Efectos a corto y largo plazo de la violencia intrafamiliar

La exposición a la violencia intrafamiliar representa un grave riesgo para el bienestar de los niños y niñas, produce una gran cantidad de efectos negativos en ellos, muchos se suscitan a corta edad impidiéndoles desarrollar de manera adecuada y otros aparecen en la adolescencia o en la adultez invadiendo sus relaciones sociales y familiares. Las secuelas a corto plazo son observables puesto que los familiares del niño, así como los profesores percibirán una serie de comportamientos no habituales que llamarán su atención, a diferencia de aquellos efectos a largo plazo que no serán visibles sino hasta la adultez dentro de su desenvolvimiento en la familia y con sus amistades.

Diversos estudios han encontrado que los niños expuestos a violencia en la familia presentan conductas externalizantes: comportamientos agresivos y antisociales y conductas internalizantes: inhibición y miedo en mayor proporción que aquellos menores de edad que no han estado expuestos a dicha situación. Estas conductas perjudiciales se caracterizan por presentarse en los niños como una consecuencia inmediata a los actos violentos observados o recibidos (Fantuzzo, DePaola, Lambert, Hughes, Parkinson y Vargo citado en Patró y Limiñana, 2005).

Igualmente graves son aquellos efectos a largo plazo, puesto que estas situaciones constituyen un modelo de aprendizaje de conductas violentas dentro del hogar que en muchos casos acompañados de factores como el estilo de crianza punitivo, el abuso de sustancias y trastornos de conducta en la adolescencia conllevan a ejercer violencia contra la pareja en la edad adulta (Patró y Limiñana, 2005).

Entre los efectos principales de la violencia a largo plazo se encuentra la transmisión intergeneracional de la violencia, la cual significa un riesgo muy alto para los jóvenes que han estado expuestos a violencia en sus hogares, este aprendizaje de conductas violentas perjudica gravemente a la persona ya que lo hará desplegar una serie de comportamientos dentro de sus relaciones sociales y familiares que destruirá la armonía que pueda existir, además en muchos de estos casos los padres erróneamente han enseñado a sus hijos que la violencia es un método eficaz para resolver los problemas.

Aquellos hijos de mujeres maltratadas además de estar expuestos a varios factores de su entorno sociocultural experimentan situaciones de violencia en sus hogares ya sea como testigos o víctimas, aprendiendo e interiorizando una serie de creencias y valores negativos sobre las relaciones con otros, especialmente sobre las relaciones familiares. Estos niños suelen reproducir todos estos aprendizajes a lo largo de sus vidas indiscriminadamente en sus relaciones interpersonales. (Patró y Limiñana, 2005).

Se tiene entendido que aquellos menores de edad que han sido testigos de violencia doméstica presentan una posibilidad más alta de ser abusadores o víctimas de nuevos abusos. Los niños varones tienden a copiar las conductas que observaron en sus padres, aprenden a ser violentos con las mujeres, mientras que las niñas aprenden de sus madres que la violencia es inevitable y es algo con lo que tienen que vivir. Pero no todos ellos repiten el mismo patrón de conducta cuando son adultos, muchos de ellos repudian lo que ven en sus hogares e intentan duramente no repetir los errores de sus padres. La mayoría de menores que han crecido en hogares en los que existe violencia doméstica suelen sentirse ansiosos, deprimidos y tienen mucha dificultad para mantener relaciones con otras personas. (Royal College of Psychiatrists, 2009).

Entre las consecuencias más graves en las víctimas de la violencia doméstica se encuentran los trastornos mentales que varían de acuerdo a la edad de cada uno. En los niños es común el trastorno de estrés postraumático suscitado después de un evento estresante, en el mismo el menor experimenta al menos por un mes varios síntomas, tales como: la re experimentación del suceso traumático mediante sueños, recuerdos o juegos, la evitación continuada de estímulos asociados al trauma, aplanamiento afectivo, posible irritabilidad, trastornos del sueño, escasa concentración, hipervigilancia, entre otros (Sauceda- García, 2002).

Dentro de la dinámica de la violencia intrafamiliar es común la presencia de temor por parte de la persona agredida que por lo general son las mujeres de estos hogares, las mismas viven con miedo hacia sus parejas lo que puede deteriorar el cuidado y manejo de los hijos, los menores de edad al percibir esta negligencia a su vez reaccionan de distintas maneras, según la edad en la que se encuentren (Ulloa, 1996).

Los lactantes presentarán retraimiento mientras que los niños preescolares tienden a sentir culpabilidad cada vez que la madre está enojada asumen que son culpables de los actos violentos sucedidos y que deben responsabilizarse de la seguridad de su madre, en éstos se ha detectado síntomas somáticos, irritabilidad, temor, inquietud y conducta regresiva, viven con ansiedad y miedo en espera al nuevo suceso violento. Los niños de edad escolar intentan esconder su situación familiar pero a la vez anhelan que alguien la descubra y puedan rescatarlos, al igual que los pequeños sienten culpabilidad al no haber podido evitar la violencia, su autoestima está notablemente afectada así como la confianza en el futuro (Ulloa, 1996).

En la adolescencia al ser una etapa en la que por primera vez los jóvenes establecen relaciones íntimas fuera de su familia, desempeñan su rol sexual y reproducen los patrones de comunicación aprendidos, es posible que aquellos que pertenecen a hogares violentos empiecen a incluir a la violencia dentro de las relaciones íntimas, es usual que los adolescentes varones se vayan de la casa o se involucren en conductas delictivas mientras que las mujeres se hacen responsables de la crianza de sus hermanos menores y de las tareas del hogar sintiendo que no pueden abandonar el hogar y que deben proteger a su madre y hermanos (Ulloa, 1996).

González y Santana (2001) explican que la exposición a un contexto familiar violento es un determinante en la mayoría de casos a que se produzca violencia de pareja en el futuro, sin embargo esto puede variar de acuerdo al género, el nivel de violencia observado y/o vivido, entre otros. La violencia suele instaurarse de manera gradual, no obstante existen algunos indicios que suelen considerarse inofensivos en un inicio como los intentos de control y aislamiento, agresividad verbal, ausencia de reconocimiento de los errores propios, diversas formas de humillación y desprecio a la pareja, entre otros (Corsi y Ferreira citado en González y Santana, 2001).

Debido a la escasa información acerca de las parejas jóvenes que viven violencia González y Santana (2001) realizaron una investigación para recoger cifras y conocer los factores que pueden significar un riesgo para estas parejas, hallando entre los aspectos más relevantes que los jóvenes más agresivos son los que han observado mucha violencia en sus madres y han recibido fuertes castigos físicos de sus padres. Además resaltan que aunque los datos comprueben que aquellos jóvenes expuestos a un contexto familiar violento son más agresivos en sus relaciones de pareja, no es algo universal, coinciden con esto los autores Yanes & González (2000) quienes exponen que los hijos son capaces de reconstruir su experiencia frenando las pautas de interacción aprendidas en su pasado. Es por esto que estos autores consideran indispensable intervenir en el ámbito educativo para que los jóvenes logren interpretar adecuadamente su experiencia vivida.

Las consecuencias que acarrea la violencia doméstica sean a corto o largo plazo son igual de nocivas para quienes la vivencian, todos y cada uno de los miembros de estas familias sobrellevan secuelas, especialmente los niños y adolescentes que por su escasa madurez mental no pueden asimilar, comprender y enfrentar esta caótica situación, por tanto, sería óptimo que estas consecuencias sean abordadas a tiempo y de manera adecuada para evitar más hogares violentos y vidas destruidas.

Alteraciones de la violencia según las diferentes edades del niño

Existe una serie de consecuencias que son provocadas por la violencia doméstica y pueden suscitarse en las distintas etapas del desarrollo de los niños y adolescentes, esto dependerá de la edad en la que el menor de edad haya sido testigo o haya recibido ultrajes

por uno o varios miembros de su familia. La violencia puede ser experimentada desde el vientre materno extendiéndose muchas veces hasta la adolescencia y la adultez.

La violencia ejercida sobre mujeres embarazadas afecta tanto a la madre como al hijo, este atentado es conocido como abuso prenatal, el cual es el promotor de una serie de desdichas en la vida de estos niños, desde una muerte prematura hasta el abandono del hogar por el mismo en el futuro. Un aspecto que se conoce gracias al sinnúmero de investigaciones realizadas alrededor del mundo, es la relación directa que existe entre la violencia durante el embarazo y el bajo peso del niño al nacer, provocando una serie de limitaciones como el incremento de la morbilidad y mortalidad, afecta su desarrollo futuro físico, cognoscitivo y de relación en caso de que el niño sobreviva (Valdez-Santiago y Sanín- Aguirre, 1996).

Una investigación realizada con mujeres violentadas antes durante y después del embarazo, revela que existe una correlación significativa entre la violencia y los síntomas ansiosos y depresivos en la mujer, los abusos recibidos producen un fuerte impacto sobre la salud mental y la autoestima que a su vez causa en estas víctimas una negligencia en el cuidado de los niños. La negligencia de la madre sumado a la situación caótica que se vive en el hogar afecta seriamente el desarrollo socioemocional de los niños, haciéndolos vulnerables a sufrir trastornos de personalidad (antisocial, limítrofe y narcisista) también suelen presentar problemas escolares y trastornos psiquiátricos en el futuro (Arcos et al., 2003).

McMillan & Cols (2001) investigaron la relación que existe entre los malos tratos en la infancia con los trastornos patológicos en la adultez. Hallando que una gran cantidad de aquellos sujetos que recibieron maltrato en la infancia presentaban en distintas etapas de la adultez trastornos de ansiedad, abuso o dependencia de alcohol y comportamientos antisociales, encontrándose también que muchos de los casos presentaban más de un trastorno (Pedreira, 2003).

Los niños pequeños son afectados gravemente por la violencia doméstica, a su corta edad no es posible diagnosticar patologías pero se evidencian ciertos comportamientos y síntomas que en el futuro podrán desencadenar en algunas enfermedades físicas y mentales,

la gran mayoría desarrolla ansiedad, tienen dolores de barriga, mojan la cama, presentan dificultades para dormir y arrebatos de malgenio, además se comportan como si tuvieran menos edad de la que tienen (Royal College of Psychiatrists, 2009).

Al igual que los pequeños, los hermanos de mayor edad también expresan su malestar, se tornan agresivos y desobedientes, intentan solucionar sus problemas de manera violenta, realizan novillos en la escuela y la gran mayoría empieza a consumir alcohol y drogas. Las chicas de esta edad suelen ocultar su angustia ante los demás, se aíslan, tienen problemas de ansiedad y depresión, su autoimagen es deteriorada y suelen tener síntomas físicos, es posible también que desarrollen un trastorno de conducta alimentaria, que ingieran sobredosis de medicamentos o intenten autolesionarse (Royal College of Psychiatrists, 2009).

Koenen, Moffitt, Caspi, Taylor y Purcell (2003) hallaron mediante una investigación que el coeficiente intelectual en los niños expuestos a violencia doméstica era inferior que el de aquellos niños que no han sido testigos de la misma. Demostrándose mediante este trabajo que existe una correlación reveladora y alarmante entre la violencia intrafamiliar y el desarrollo cognitivo de estas personas pertenecientes a tan inestables hogares (Olaya et al., 2008).

Puesto que en la infancia no es posible dar diagnósticos específicos, la gran mayoría de autores dentro de sus investigaciones brindan un sinnúmero de consecuencias que están presentes en los niños y adolescentes a lo largo de las diferentes etapas que van atravesando en su desarrollo, cada una de estas es altamente desestabilizante y perjudica de manera notable su desenvolvimiento en la vida, es posible que estas secuelas favorezcan la aparición de patologías en la adultez.

Según Sepúlveda García de la Torre (2006) la violencia provoca en cada etapa evolutiva ciertas consecuencias específicas a la edad: en la primera infancia y edad preescolar (2 y 5 años) exhiben problemas de falta o desorganización en el apego, además presentan trastornos de relación con sus iguales, conductas de retraimiento y retrasos cognitivos. En la infancia media que comprende desde los 6 hasta los 11 años el desarrollo socioemocional es fundamentalmente afectado, este período está también conformado por la etapa escolar

en la que la sintomatología ansiosa y depresiva se hace evidente, hay un aislamiento del entorno escolar y social asociado a la vergüenza que sienten de su situación familiar (Zarza Martín, 2011).

En la etapa denominada pre-adolescentes, la frustración y desamparo se tornan en violencia, comportamiento antisocial y mala conducta en la escuela, otros en cambio evitan mantener relaciones con sus iguales. Cuando estos menores de edad alcanzan la adolescencia presentan problemas intelectuales de análisis y evaluación, sufren un desequilibrio integral separadamente de los conflictos propios de la edad, son frecuentes también una baja autoestima, un nivel alto de ansiedad y depresión y problemas académicos (Zarza Martín, 2011).

Pedreira (2003) explica al igual que otros autores que las consecuencias producidas por la violencia doméstica dependen de la edad de cada niño/a, realizando el siguiente esquema:

- En la primera infancia (0 a 2 años): se presenta un exceso de ansiedad o rechazo al establecer vínculos, procesos psicossomáticos, ausencia de respuesta ante estímulos sociales, retraso y disarmonía en áreas madurativas.

- En la primera etapa de escolarización (3 a 6 años): realizan rabietas y tienen comportamientos agresivos, son inquietos e hiperactivos, puede haber un retraimiento excesivo, hay pasividad o escasa discriminación en relaciones sociales, búsqueda de contacto físico “extraño” para su edad, retraso del lenguaje, disminución en la capacidad de atención, inmadurez socio-emocional.

- En la etapa de edad escolar (7 a 14 años): las relaciones sociales son escasas y/o conflictivas, realizan comportamientos compulsivos, posibilidad de autolesionarse incluso pueden haber conductas suicidas o parasuicidas, problemas severos de control de esfínteres, dificultad para manejar la agresividad, hay una baja tolerancia a la frustración, dificultades en el aprendizaje, baja autoestima, incapacidad para resolver situaciones conflictivas, inmadurez emocional, deficiente control de impulsos y tendencia a la impulsividad.

En general, los niños y niñas que vivencian o son testigos de violencia en sus hogares, sufren un sinnúmero de efectos que aquejan sus vidas ya sea a lo largo de su desarrollo o en la adultez. Estas personas desplegarán una serie de comportamientos disruptivos que perjudicarán sus relaciones sociales y familiares, alejando a muchas personas por la toxicidad de su conducta. Es por eso que la intervención psicológica temprana en el niño como en su familia es indispensable para erradicar las secuelas negativas y evitar que en la adultez se vuelvan patológicas.

Además de las consecuencias citadas anteriormente, una de las secuelas más frecuentes sin excepción de edad, son las enfermedades psicosomáticas que como lo explica el autor Alico (2006) pueden deberse a situaciones de alto estrés o incidentes psicológicos como la separación o pérdida de los padres y violencia intrafamiliar. Interfiriendo a que los niños realicen sus actividades escolares y propias de su edad.

Actualmente es común encontrar a niños y adolescentes que presentan una serie de síntomas físicos, los mismos no pueden ser explicados medicamente y varían en frecuencia, severidad y forma de presentarse, dependiendo del proceso evolutivo en el que se encuentren los menores de edad. Los síntomas físicos de patología desconocida suelen ser dolores de cabeza, de estómago, en las extremidades y en el pecho, fatiga, mareos, dolor músculo esquelético y molestias gastrointestinales (Garralda, Masi, Favilla, Millepiedi, Mucci, Sandberg y Stevenson citados en Serra, 2012).

Las quejas somáticas son consideradas normales en cierta medida en niños de edad escolar, pero cuando éstas se vuelven frecuentes o aumentan de intensidad pueden volverse severas patologías difíciles de remediar. A continuación se expondrán algunas teorías y conceptos que aborden las somatizaciones y el impacto que producen en el desarrollo de los menores de edad.

Lipowski (1988) brinda una definición que ha sido de utilidad a través del tiempo para el término somatización y es “la tendencia a experimentar y comunicar malestar somático y síntomas que no se explican por hallazgos patológicos, que se atribuyan a una enfermedad física y a buscar ayuda médica para resolver este malestar”. Este concepto ha resultado

eficiente ya que describe la ausencia de una enfermedad médica o un proceso patológico a pesar de la evaluación médica (Vidal & Vilaltella, 2008).

García (2006) dice que los niños no son ajenos a padecer un trastorno somatomorfo, sin embargo no existe un consenso sobre que constituyen estos trastornos en pediatría, la mayoría de casos no reúne los síntomas suficientes para cumplir todos los criterios diagnósticos que constan en el DSM IV-TR, por lo tanto estos pacientes quedan “excluidos” del diagnóstico. Pero a su vez dicha “exclusión” tiene algunos riesgos como someter al paciente al alto costo de procedimientos médicos y asistenciales y a que posiblemente sus dolencias se cronifiquen.

La somatización en niños es común y suele explicarse por la inmadurez cognitiva y verbal que poseen, es por ello que existe una mayor predisposición a manifestar sus emociones mediante síntomas físicos, siendo el dolor abdominal y la cefalea los mayores exponentes de esta condición, además los síntomas neurológicos, dermatológicos, alérgicos, digestivos y del sueño son usuales en la consulta pediátrica (Sánchez y Rodríguez, 2012).

Los niños que enfrentan estos síntomas suelen atravesar por una limitación funcional, deben mantener largos períodos de reposo en la cama y no asisten a la escuela, los menores de edad preescolar, además de los síntomas suelen tener problemas conductuales y emocionales, acuden a citas médicas con bastante frecuencia y no asisten con regularidad a la guardería, con estas situaciones se demuestra que la somatización aparece ya desde temprana edad (Sánchez y Rodríguez, 2012).

Los síntomas psicósomáticos tienen repercusiones en las distintas áreas de la vida del niño y de su familia, el plano emocional es afectado considerablemente pudiendo incluso aparecer ansiedad o depresión, en la vida familiar provoca dificultades en la relación de pareja, en las actividades laborales y sirven para distraer los conflictos familiares, existen dificultades también en las relaciones sociales y con los niños de su edad, el plano académico es uno de los más afectados, ya que hay un alto índice de ausentismo escolar y en muchos casos la educación es domiciliaria (Sánchez y Rodríguez, 2012).

Un niño o adolescente con síntomas somáticos puede aprender los beneficios de asumir el rol de enfermo y puede rehusarse a que sus molestias cedan, la desmedida atención de los padres y la evitación de tareas escolares desagradables pueden reforzar aún más los síntomas, también la existencia de algún familiar enfermo puede resultar un modelo de aprendizaje de las ganancias de enfermar (Sánchez y Rodríguez, 2012).

Cuando las quejas y síntomas infantiles llegan a un extremo, no pueden ser explicadas medicamente, producen un estrés significativo y deterioro funcional, pasan a convertirse en trastornos somatomorfos. Según el DSM IV la característica común de estos trastornos es la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica pero no pueden explicarse por un trastorno orgánico específico, por efecto directo de una sustancia o por otro trastorno mental. (APA, 1994 citado en Vidal y Vilaltella, 2008).

A pesar de que las quejas somáticas son frecuentes, el diagnóstico de trastornos somatomorfos en la población pediátrica y prepuberal es poco frecuente, esto puede deberse según varios autores a que los criterios no son adecuados para la edad infantil lo que dificulta realizar el diagnóstico. (Garber, Walker & Zeman, 1991). El Trastorno somatomorfo indiferenciado del DSM III y DSM IV es de mucha utilidad para los psiquiatras infantiles y pediatras el momento de diagnosticar a los menores de edad, ya que esta categoría requiere una o más quejas físicas que persistan seis meses o más, características que están presentes en un gran número de casos de somatizaciones (Serra, 2012).

A través de varios estudios exhaustivos acerca de los trastornos psicósomáticos en niños y adolescentes, se logró conocer los síntomas con más incidencia en cada etapa del desarrollo (Pedreira, Palanca, Sardinero y Martín, 2001). Los mismos serán descritos a continuación:

Cuadro 1: síntomas más comunes según las distintas edades del menor

Primera infancia	Trastornos del sueño y alimentación Espasmos del sollozo Somatizaciones digestivas
Edad escolar (6 a 11)	Mareos Tics Prurito Asma Falta de apetito Abdominoalgias Trastornos del sueño Además dificultades emocionales y conductuales
Adolescencia	Síntomas de ahogo Taquicardia Problemas de alimentación Dolores: estomacales de cabeza articulares Sudoración Escalofríos Sensación de náusea, palidez y vómitos Alteraciones del sueño Además alteraciones del humor y ansiedad

Si bien no es común el diagnóstico de los trastornos somatomorfos en la edad infantil, es necesario conocer los criterios diagnósticos que definen cada patología, los cuáles están claramente delimitados en el Manual de Diagnóstico Estadístico (DSM IV) de autoría de la APA (1994); para poder adjudicar un diagnóstico o bien descartarlo se deben analizar los síntomas de cada caso clínico.

Los trastornos somatomorfes diagnosticados en la infancia suelen ser el Trastorno por Somatización y la Hipocondría, el primero se caracteriza por una historia de múltiples síntomas físicos que persisten durante varios años y provocan un malestar significativo, los síntomas inician antes de los 30 años y deben ser de tipo doloroso, gastrointestinal, sexual y pseudoneurológico, no son producto de una enfermedad médica o por el consumo de una sustancia, ni son una simulación.

La segunda patología se determina por un miedo, preocupación excesiva o una convicción de tener una enfermedad grave debido a los síntomas que padecen, esta creencia no es de tipo delirante y no se limita a preocupaciones sobre el aspecto físico, la preocupación de estas personas persiste a pesar de las exploraciones y explicaciones médicas y no se explica por trastornos de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de angustia, episodio depresivo mayor, ansiedad por separación u otro trastorno somatomorfo; los síntomas provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en distintas áreas de la vida de la persona y la duración del trastorno es de al menos 6 meses. (APA, 1994).

Resulta fundamental que los profesionales de la salud, otorguen un diagnóstico acertado en cada caso clínico, para que la intervención y el tratamiento sean acordes al problema y mejoren en lo posible la situación del niño y su familia, además es necesario que el caso sea analizado por un grupo de profesionales de diferentes áreas para que se tenga una visión global del problema y de manera conjunta busquen la resolución adecuada del mismo.

Existe un sinnúmero de tratamientos descubiertos a lo largo de los años para los síntomas físicos en niños y adolescentes y para los trastornos psicosomáticos, cada uno dependerá de las características del menor de edad, de su familia y de las variables que influyen en la situación, para que la intervención tenga resultados positivos se requiere que participen todas las personas que interactúan con el niño diariamente incluyendo en el plan a los padres, hermanos, familiares y profesores.

2.3 Indicadores más observados como consecuencia de la violencia intrafamiliar

Entre los síntomas más observados dentro de la experiencia clínica están las quejas somáticas, la agresividad y la hiperactividad, presentes en la mayor parte de la población atendida, motivo por el cual se explicarán detalladamente cada una para una mejor comprensión de la situación de los niños y del presente estudio.

2.3.1 Quejas somáticas:

Los síntomas somáticos sin causa orgánica hacen referencia a una larga serie de quejas de carácter fisiológico a las que no se encuentran signos clínicos que las justifiquen, puede tratarse de síntomas individuales o agrupados. (Velasco, Ruiz y Álvarez-Dardet, 2006). Como ya es conocido, los niños por su inmadurez cognitiva y verbal tienden a manifestar sus emociones mediante síntomas físicos, siendo el dolor estomacal y la cefalea los máximos exponentes de esta circunstancia; la somatización en niños es por lo tanto un medio de comunicación de los afectos que en cierta manera se lo puede considerar normal, sin embargo mecanismos psicogenéticos pueden agravar o cronificar una dolencia médica tornándola una patología orgánica (Sánchez y Rodríguez, 2012).

Se ha constatado que casi la cuarta parte de los niños atendidos en consulta pediátrica presentan síntomas físicos que no pueden ser explicados medicamente, por lo que se consideran manifestaciones de un trastorno psiquiátrico o psicológico. (Campo, Jansen-McWilliams, Comer, Keheller, Garralda, Bowman y Mandalia). En un estudio realizado por Zwaigen, Szatmari, Boyle & Offord concluyen que aquellos adolescentes que presentan gran cantidad de síntomas somáticos tienen un riesgo más alto de sufrir depresión mayor cuatro años después que aquellos adolescentes que no muestran síntomas (Hofflich, Hughes y Kendall, 2006).

A través de otro estudio sobre las quejas somáticas y los trastornos de ansiedad en la niñez, se llegó a la conclusión de que éstos dos mantienen cierta relación, sin embargo no siempre que existan síntomas somáticos significa que existe ansiedad o algún trastorno específico de ansiedad. El mismo estudio además contribuye con el hallazgo de que la existencia de síntomas somáticos produce problemas psiquiátricos futuros, es por eso que resulta eficaz identificar lo más pronto posible aquellos síntomas, para tratar ya sea la

ansiedad o los problemas que estén produciéndolos y así reducirlos considerablemente o bien erradicarlos (Hofflich, Hughes y Kendall, 2006).

Las quejas somáticas, el miedo a la oscuridad, el miedo a que las principales figuras de apego sufran daño, la excesiva preocupación por la competencia y la necesidad de reafirmación son los síntomas de ansiedad más frecuentes en la edad escolar. Una de las dificultades más grandes en el estudio como en la práctica clínica, es saber diferenciar los trastornos de ansiedad de la ansiedad normal, ya que determinados síntomas son normales en la población infantil general e incluso ejercen un efecto positivo en el desarrollo del niño (Parrado, 2008).

Los trastornos de ansiedad son comunes en la infancia, diversos estudios realizados sobre el tema exponen que aproximadamente el 10% de los jóvenes sufren de trastornos de ansiedad (Anderson, Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler y Angold). Estos trastornos interfieren en el funcionamiento académico y la salud, los niños que atraviesan esta dificultad evitan realizar sus actividades escolares y acuden continuamente a la enfermería de la escuela o al pediatra por una serie de síntomas físicos, en algunos casos incluso se niegan a asistir a la escuela (Honjo, Kendall, Krain y Treadwell). Las quejas más comunes son los dolores de cabeza y estómago, tensión muscular, sudoración y nerviosismo (Eisen, Engler y Last). (Hofflich, Hughes y Kendall, 2006).

Pero a pesar de que estos trastornos en algunas ocasiones son diagnosticados en los menores de edad, existe cierta disyuntiva en el tema, puesto que muchas veces son erróneamente adjudicados. Resulta indispensable que el clínico que intervenga en cada caso, sepa diferenciar lo que constituye un trastorno de ansiedad de la ansiedad normal que suele ser expresada a través de múltiples síntomas (Parrado, 2008).

Existen algunas dificultades en el diagnóstico de los trastornos ansiosos en niños y adolescentes, una de ellas es que los trastornos de ansiedad en niños aún no se encuentran delimitados en el Manual Diagnóstico DSM IV sino únicamente los de adultos, lo que puede llevar al clínico a realizar un diagnóstico inapropiado del menor de edad, otra dificultad son las fuentes informativas del problema, ya que en la mayor parte de casos existen diferencias entre lo que dicen los niños, padres y profesores acerca de los signos y

síntomas. Por ello, es necesario que además de la pericia del profesional tratante se tomen en cuenta cada uno de los síntomas del niño antes de brindar un diagnóstico clínico (Mardomingo, 2001).

Hasta la actualidad los trastornos clínicos no pueden ser asignados a niños menores, sin embargo, es posible encontrar algunas semejanzas con los mismos al comparar los signos y síntomas que presenta el infante con las características de los trastornos, la sintomatología somática al ser frecuente en la infancia puede dar lugar a un sinnúmero de diagnósticos, por lo que es necesario analizar cada una de las variables que intervienen en el caso.

2.3.2 Agresividad:

Otro síntoma frecuente y consecuencia de la violencia intrafamiliar es la agresividad, una dificultad de relevancia social que requiere particular atención de los investigadores, puesto que en múltiples estudios se ha encontrado que la conducta agresiva en la mayoría de casos evoluciona a problemas más severos como la conducta antisocial en la adolescencia y la adultez (Ayala, Pedroza, Morales, Chaparro, Barragán, 2002).

La agresividad en los niños tiene una finalidad y es dominar una situación, vencer un obstáculo o destruir un objeto mediante su conducta disruptiva, en muchos casos los padres al enfrentarse a esta situación en la que sus hijos despliegan estos comportamientos realizan dos acciones, la primera es consentir al pequeño y dejarlo obtener lo que desea o la segunda opción es castigarlo ya sea de manera severa con golpes o ultrajes o mediante la reflexión. La agresión infantil puede ser expresada a través de actos, palabras o pensamientos (Cruz, Noroño, Fernández, Cadalso, 2002).

Entre los esfuerzos por prevenir y detener la evolución de los comportamientos agresivos en la niñez, se han estudiado los factores asociados a la manifestación de estas conductas. Los factores de riesgo son: las características que posee el niño, las características de los padres, los factores del contexto que rodea al niño y la interacción padre-hijo, también existen factores protectores que son aquellos que previenen la conducta antisocial: las relaciones de apoyo padre e hijo, los métodos positivos de disciplina, el monitoreo y la supervisión, las familias dedicadas a sus hijos, la búsqueda de información y apoyo por parte de los padres de familia. (Ayala et al., 2002).

Los padres van inculcando en sus hijos a lo largo de los años toda una serie de valoraciones y concepciones no únicamente a través de sus expresiones o explicaciones sino con sus actitudes y comportamientos, los hijos de estos hogares aprenden, asimilan e imitan lo que han experimentado en su hogar y estas características determinarán de manera decisiva la vida de los niños en la estabilidad y salud emocional de los mismos. (Cruz et al., 2002).

A partir de la experiencia vivida así como de las múltiples investigaciones sobre el tema, se ha podido constatar que la agresividad en los niños es reproducida a partir de lo que observan y experimentan a lo largo de su desarrollo ya sea directamente de sus progenitores o de algún familiar cercano con estas conductas disruptivas, los niños expuestos a violencia doméstica exhiben una serie de conductas agresivas que por lo general están dirigidas hacia sus iguales y educadores, situación que representa un gran malestar para todas aquellas personas que forman parte del entorno del niño.

2.3.3 Hiperactividad:

La hiperactividad es un problema actual con un alto nivel de ocurrencia, se presenta en uno o más miembros de una familia sin importar la clase social, la economía o la cultura que ellos posean, afecta no únicamente a la persona que lo padece sino a todo el entorno ya que causa una serie de problemas difíciles de resolver. La hiperactividad es otro de los problemas más evidenciados en la población estudiada dentro de este trabajo, por lo que se explicará al igual que los anteriores indicadores sus características, los factores que intervienen, las consecuencias que produce y las posibles intervenciones para erradicar esta problemática.

El problema de la hiperactividad va acompañado de déficit de atención, en algunos casos predomina la inatención mientras que en otros la impulsividad o hiperactividad pero en relación a la violencia son casi imprescindibles el uno del otro. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es un síndrome neurológico usual que se caracteriza por impulsividad, hiperactividad y falta de atención, exageradas e inadecuadas según la edad del niño, este trastorno es el más común durante la infancia y es un problema grave ya que aparece a temprana edad y existe la probabilidad de que persista a lo largo de la vida (Cornejo, Osío, Sánchez, Carrizosa, Sánchez, Grisales, Castillo-Parra y Holguín, 2005).

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es más conocido por TDAH y es diagnosticado mediante la evaluación del comportamiento y la aplicación del Manual de Diagnóstico Estadístico (DSM IV) que es de autoría de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). El diagnóstico es asignado después de constatar la presencia de un cierto número de síntomas manifestados desde cierta edad, en más de uno de los ambientes que frecuenta el niño, por eso se deben evaluar las respuestas de los padres y maestros para encontrar concordancia respecto a los síntomas y a la perturbación generada por los mismos (Mitsis, Mackay, Schulz, Newcorn y Halperin citados en Cornejo et al., 2005).

Dentro del Manual de Diagnóstico Estadístico DSM IV existe una serie de criterios diagnósticos que deben cumplir aquellas personas que presenten el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, además de los criterios existen subtipos de este síndrome, es por eso que precedido del diagnóstico se debe identificar en cada caso cuál de los subtipos posee cada paciente para una intervención adecuada.

El TDAH coexiste frecuentemente con algunas patologías, además diversos estudios han constatado que la persistencia del TDAH con o sin comorbilidad psiquiátrica se asocia al consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia y el riesgo es aún mayor en aquellos adultos que presentan el trastorno y no han recibido un tratamiento farmacológico (Cornejo et al., 2005).

Los tratamientos del TDAH están enfocados a la reducción y control de los síntomas ya que resulta muy difícil erradicarlos y más aún de manera inmediata, las intervenciones suelen ser de larga duración y se ha constatado que aquellos niños y adolescentes que reciben un tratamiento completo y adecuado (incluya o no farmacoterapia) tienen un menor riesgo a consumir sustancias adictivas, problemática usual en personas con TDAH (Vázquez et al., 2010).

Todos estos indicadores comportamentales han sido observados en la muestra elegida para esta investigación, cada uno de éstos representa una gran dificultad a nivel personal y familiar, así mismo significa un obstáculo en el ámbito escolar puesto que interfieren con sus actividades escolares, la mayor parte de estos menores de edad tienen problemas académicos y de aprendizaje. Es por eso que resulta útil conocer a profundidad cada una de

las conductas problemáticas para cuando se analicen los resultados y se identifique aquella que más incidencia tiene.

2.4. Tratamiento

Intervenciones en casos de violencia intrafamiliar

Tanto los niños como los padres se ven afectados en algún momento por las secuelas producidas a causa de la violencia doméstica, pero las acciones a realizar son invisibles ante ellos ya que no son capaces de reconocer el problema en el que se encuentran inmersos, muchos de ellos no buscan ayuda sino hasta muchos años después cuando sus esperanzas se han perdido completamente y su familia está destruida.

Autores como Frías et al., (2008) aseguran que es necesario que la sociedad reconozca que no únicamente el haber sido víctimas de violencia directa afecta, sino el ser testigo de la misma también produce profundas secuelas, esto sirve para entender a los niños que sufren una serie de consecuencias a causa de la violencia de sus hogares. Es por esto que aquellos programas de prevención y tratamiento deben estar enfocados en disminuir todo tipo de conductas agresivas del hogar, ya que toda ayuda que se brinde a los niños será inválida si las secuelas negativas no son erradicadas.

Los mismos autores consideran después de analizar las profundas consecuencias ocasionadas por la violencia intrafamiliar que sería propicio una serie de acciones, tales como establecer políticas de prevención y apoyo a familias mediante programas de entrenamiento de crianza libre de violencia, programas de difusión masiva que alerten acerca de las consecuencias del maltrato infantil y la violencia directa y para aquellos padres que tienen problemas en la crianza programas de auto ayuda; además serían útiles talleres educativos para toda clase social con el fin de erradicar la violencia como un método de crianza, la discriminación a la mujer y su rol en la sociedad. A nivel legislativo son necesarias reformas que ayuden a proteger y dar soporte a los niños, así como reformas en los procedimientos judiciales y extrajudiciales para una protección más efectiva a los menores de edad y por último, obligar a reportar cualquier sospecha de abuso y maltrato (Frías et al., 2008).

La asociación Royal College of Psychiatrists (2009) explica con respecto a la ayuda para las madres e hijos violentados que el apoyo que se brinda generalmente debe durar un período largo de tiempo, el paso principal es velar por la supervivencia de las víctimas mediante un lugar donde habitar, mantenerlos a salvo del abusador y proporcionarles dinero para vivir. Después de esto, los niños podrán tener citas de contacto con la escuela para después asistir de manera habitual, las madres usualmente se encuentran muy estresadas por lo que necesitan apoyo, psicoterapia o tratamiento para la depresión o ansiedad, pueden existir casos en los que los niños presenten dificultades escolares por lo que es necesario ayuda extra de sus maestros y si ellos continúan teniendo problemas emocionales lo adecuado será llevarlos a un centro de salud mental infanto-juvenil.

La organización mundial UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) en el año 2007, expone dentro de un manual de prevención y orientación en la violencia intrafamiliar las etapas o acciones que se deben realizar para una intervención integral, exponiendo que el primer paso a seguir es la detección activa que implica estar atentos a las señales presentes en una mujer posiblemente maltratada, el siguiente paso es la primera acogida, el primer acercamiento a la mujer en el cuál se introduce el tema de la violencia en la conversación.

El tercer paso es el diagnóstico y plan de acción en el cuál se determina si realmente existe una situación de violencia, en caso de confirmarse se debe investigar el tipo de abuso, la gravedad del mismo y el riesgo en el que se encuentra la víctima, el cuarto paso es la derivación que se debe realizar de acuerdo al diagnóstico, la evaluación de riesgo y las necesidades de la víctima, mientras que el quinto es la asesoría legal y reparación del daño, las intervenciones respectivas dependerán del caso: la asesoría legal será asignada en los casos en los que la mujer acuda a los tribunales de justicia y la asistencia de centros terapéuticos o de profesionales especialistas dependerá del impacto causado, es recomendable cualquiera sea el caso que la víctima reciba un tratamiento especializado; el último paso a seguir es la denuncia que deberán realizar los funcionarios públicos cuando los delitos pongan en riesgo grave la integridad de la víctima (UNICEF, 2007).

Las graves repercusiones ocasionadas por la violencia intrafamiliar han concientizado tanto a la población como a las autoridades para intervenir en esta problemática. Hoy en día

existen medios de ayuda para aquellas personas violentadas con el fin de defender sus derechos y detener el abuso, además se han creado programas de prevención y alerta para crear conciencia y evitar futuras víctimas. La violencia en la actualidad es considerada un atentado contra la humanidad que debe ser penado por la ley, las mujeres ya conocen y defienden sus derechos, los niños aprenden en sus escuelas que los conflictos no se arreglan mediante golpes o ultrajes hacia los demás y que la familia debe ser un ambiente seguro para habitar y los victimarios conocen que sus actos tendrán graves consecuencias, cada día existen más avances en esta problemática para proteger a las personas de este fenómeno que destruye vidas.

Existe un sinnúmero de intervenciones para los niños víctimas de los hogares violentos, cada una de ellas dependerá del profesional de la salud, de la edad y situación en la que se encuentre el menor de edad, el tratamiento para erradicar las secuelas negativas puede ser a nivel individual, a nivel grupal mediante programas psicoeducativos y de apoyo o a través de una intervención conjunta con los niños y sus madres (Edleson, Mbilinyi y Shetty citado en Patró y Limiñana, 2005).

Uno de los tratamientos eficaces es la intervención grupal, autores como Peled y Davis (1995) describen cuatro objetivos dentro de este programa: el primero es romper el tabú y el secretismo sobre la violencia que existe en el hogar a través de la definición de comportamientos violentos, expresar las experiencias vividas y trabajar en las emociones y sentimientos experimentados; el segundo objetivo es instruir sobre estrategias de autoprotección desarrollando planes de seguridad y exponer estrategias de resolución de conflictos no violentas, el tercero es aumentar la autoestima a través del refuerzo y la validación de los sentimientos por los miembros del grupo y por último, el cuarto objetivo es brindar una experiencia positiva en un ambiente seguro y estructurado (Patró y Limiñana, 2005).

Sin importar cuál sea el tipo de intervención, si la misma está dirigida a menores de edad pertenecientes a hogares violentos es necesario tratar tres aspectos: ámbito emocional, ámbito cognitivo y ámbito conductual. Dentro del ámbito emocional es indispensable brindar al niño la oportunidad de ser escuchado y permitirle hablar de sus sentimientos (miedo, angustia, enfado, rabia o culpabilidad) para que pueda liberar la angustia reprimida

y normalizar sus emociones, además es útil proporcionarle una explicación sobre lo sucedido y responder a sus dudas y preguntas; la mayor parte de ellos están confundidos no comprenden lo que está sucediendo, suelen sentirse ansiosos, indefensos, culpables y sienten mucha preocupación sobre el futuro, además muchos no pueden expresar sus sentimientos o preocupaciones con sus madres por la crítica situación en la que ellas se encuentran (Patró y Limiñana, 2005).

En el ámbito cognitivo es muy importante abordar y sobre todo reestructurar aquellos valores y creencias asociadas a la violencia para poder prevenir y eliminar los potenciales comportamientos violentos o una futura revictimización. En lo referente al ámbito conductual el niño atraviesa por una pérdida del sentimiento de seguridad y siente una falta de control de su vida y sus actividades, lo que obstaculiza su recuperación, en muchos casos los niños han huido de su casa y del maltratador junto a su madre y hermanos, refugiándose en centros de acogida, alejándose de su entorno y sus actividades, por ello es apropiado crear rutinas y ambientes estables, otorgarle tareas que le proporcionen un sentido de control, en algunos casos es necesario también elaborar conjuntamente un plan estratégico para protegerse ante futuras situaciones de violencia, que incluye la conducta que debe realizar, los lugares de refugio y como contactar a las personas que lo ayudarán (Patró y Limiñana, 2005).

En general, el trabajo en todos y cada uno de estos ámbitos debe estar basado en la aplicación de recursos y estrategias personalizadas para cada niño con el fin de ayudarlo a afrontar las situaciones de riesgo y proporcionarle un mayor sentimiento de seguridad y control, es importante que el profesional tratante ponga a cada niño como el objetivo central enfocándose y luchando para lograr la estabilidad y adaptación del menor de edad a sus condiciones de vida (Patró y Limiñana, 2005).

El papel del psiquiatra o de otro profesional de la salud en aquellos casos de niños violentados depende de algunos factores, uno de ellos es el sitio en el cual se realiza la intervención pudiendo ser una sala de hospital, servicio de urgencias, un consultorio o un juzgado y otro es el momento en que se realiza dicha intervención ya sea en la etapa aguda, inmediatamente después del incidente violento, en un período intermedio, crónico o cuando ya se realizó la separación. Además es indispensable saber que en estos casos, la primera

intervención que debe hacerse es cuidar la seguridad y el bienestar del niño y si esto involucra separarlo de su familia se deben tomar en cuenta muchos aspectos y analizar el momento adecuado para hacerlo, ya que trasladarlo a un ambiente extraño podría provocar conflictos de tipo emocional, por ello es óptimo realizar una evaluación psiquiátrica del menor y si es necesario trabajar en psicoterapia individual y/o grupal (Sauceda- García, 2002).

En aquellos casos de tratamiento a familias en las que ocurre maltrato físico y sexual, los objetivos varían según las características propias de cada caso. Sgroi (1984) ha propuesto las siguientes metas: usar adecuadamente el poder, corregir los conflictos de autoridad, promover la afiliación no el aislamiento, mostrar alta sensibilidad ante las necesidades de los demás, promover una buena comunicación, delimitar control y límites, evitar el uso exagerado de la negación como un mecanismo de afrontamiento, aceptar de manera positiva las necesidades y las expectativas realistas respecto al comportamiento de los integrantes de la familia. En casos de comportamiento incestuoso el primer paso del tratamiento es la revelación de la situación puesto que al eliminar la negación y la conclusión existe menos probabilidad de que se repita el incesto (Sauceda- García, 2002).

No existe duda de que el maltrato a un menor de edad sea este de cualquier tipo genera una serie de consecuencias psicológicas perjudicantes, pero además de esta vulneración existen tres variables que influyen directamente sobre la conducta y la personalidad del niño y son: sus genes, su experiencia en el hogar y su experiencia fuera de éste. Por lo tanto, dentro de la planificación del tratamiento es importante considerar las condiciones socioculturales que pudieron haber favorecido el abuso, un factor que muchas veces pasa inadvertido. El clínico de la salud mental, el pediatra y otros profesionales de la salud deben obligatoriamente considerar estos tres factores dentro del estudio e intervención de los niños maltratados y sus familias (Sauceda- García, 2002).

Como se explicó anteriormente mediante el trabajo de Frías et al., (2008) es indispensable que todo programa de prevención y tratamiento busque disminuir las conductas agresivas del hogar, ya que toda ayuda será inútil si los niños continúan siendo testigos o víctimas de actos violentos, situación que genera en ellos secuelas negativas. Por

ello, varios autores proponen un trabajo terapéutico con los agresores para impedir futuras agresiones y resolver las necesidades psicológicas de cada uno; Loinaz y Echeburúa (2010) en una investigación estudiaron a un grupo de agresores, analizaron los factores influyentes y las características personales de cada uno de ellos para así encontrar un programa eficaz en cada caso y producir cambios conductuales estables en el tiempo.

Tratamiento del Agresor

El rehabilitar o tratar a un agresor implica modificar todas las características que lo impulsan a agredir, el primer paso dentro de su recuperación debe ser la aceptación de sus déficits, alteraciones conductuales y factores negativos que intervienen en su comportamiento, entre los factores de riesgo están la edad del primer delito, la violencia en la familia de origen, la conducta antisocial, la agresión a la pareja u otras parejas, trastornos mentales severos, las distorsiones cognitivas, la ira, las actitudes machistas, el consumo de drogas, la dependencia emocional y los problemas psicológicos, el análisis de todos estos elementos en cada paciente permitirá desarrollar programas de tratamiento efectivos (Loinaz y Echeburúa, 2010).

Existen distintos tipos de terapia dirigida a los agresores, la terapia de pareja está recomendada sólo en casos específicos, en los que el sujeto es de bajo riesgo, tiene alta motivación, la violencia es leve y no existe abuso de drogas (Stith et al., 2004); la terapia individual también es poco usual debido a su elevado costo y por su poca aplicabilidad en contextos judiciales aunque se ha constatado que la ayuda al paciente es más efectiva (Echeburúa et al., 2009), a diferencia de las otras, la terapia grupal incrementa la probabilidad de que el agresor reconozca sus pensamientos y conductas problemáticas a través de los demás miembros del grupo (Johnson, 2007). (Loinaz y Echeburúa, 2010).

La mayor parte de estos tratamientos están enmarcados en un enfoque cognitivo-conductual, utilizando técnicas como la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en habilidades de comunicación, de solución de problemas y de inoculación del estrés. Todas estas orientadas a identificar y cambiar las creencias distorsionadas y además trabajar en la adopción de respuestas adaptativas a la experiencia de maltrato (Echeburúa y del Corral, 1999).

A pesar de que no existe certeza sobre cuál es la modalidad terapéutica más eficiente, se ha evidenciado que la terapia cognitivo-conductual es la que mejores resultados ofrece con respecto a la reducción de la reincidencia (Dutton y Johnson), ya que lo que pretende es que el paciente reconozca los signos cognitivos, emocionales y físicos que anteceden a su comportamiento violento y los pensamientos irracionales que lo mantienen, a través de distintas técnicas como el tiempo fuera, relajación, monitorización conductual y entrenamiento en asertividad (Johnson y Russell). Sea cual sea la terapia y la modalidad que se utilice, el objetivo central de intervenir a los agresores es garantizar la seguridad de las víctimas a través de la modificación de las conductas agresivas para evitar futuros incidentes y nuevas victimizaciones (Loinaz y Echeburúa, 2010).

Echeburúa y del Corral (1999) aseguran que dentro de la violencia doméstica es preciso un tratamiento integral, que incluya la atención psicológica tanto a las víctimas como a los victimarios, esto es importante ya que posiblemente estos hombres continuarán viviendo con la/las víctimas o en caso de que estos formaran un nuevo hogar las conductas violentas reincidirían hacia su nueva mujer o hijos. Los mismos autores aseguran que el tratamiento psicológico del agresor parece ser la intervención más adecuada en estos casos a diferencia del enfoque judicial que ha resultado ser insuficiente.

Además de los actos violentos presenciados o recibidos por los niños, otro elemento nocivo que produce secuelas negativas es la situación crítica por la que atraviesa el progenitor agredido, que generalmente suelen ser las madres de estos hogares, las mismas atraviesan una pérdida de autoestima y confianza en sí mismas que provoca sentimientos de tristeza, apatía y desesperanza, llegando a provocar en ellas patologías mentales e incluso el suicidio.

Es por eso que resulta indispensable el tratamiento psicológico para las madres víctimas de agresiones, ya que muchas veces la percepción de su realidad está distorsionada y es necesario que experimente una realidad distinta por su propio bienestar y el de toda su familia, empezando por conocer que existen soluciones como los procesos psicológicos y legales disponibles para ella, sus hijos y su cónyuge maltratador (Whaley, 2003).

Existe un sinnúmero de programas de intervención para aquellas víctimas de violencia doméstica, los objetivos terapéuticos principales son mejorar el déficit de autoestima y culpabilidad, trabajar en las relaciones sociales, el control y la expresión adecuada de la ira, la terapia psicológica dentro de estos programas está enfocada en los síntomas de cada paciente. Por ello estos programas dirigidos a personas violentadas resulta una gran oportunidad, ya que les permitirá establecer una nueva vida enfocada en la autonomía personal y la recuperación del control (Echeburúa y del Corral, 1999).

Además de todas las acciones que pueden ser realizadas para erradicar las secuelas negativas producidas en niños, también existen programas de prevención de la violencia intrafamiliar tras el alto índice observado a nivel mundial, las autoridades han considerado importante que la actuación no se produzca una vez que los niños atraviesan grandes dificultades escolares y personales a causa de la violencia suscitada en sus hogares sino que estén informados sobre esta problemática lo más temprano posible para afrontarla en caso de que se presente en su familia y sobre todo evitarla en sus relaciones a futuro.

Intervenciones en sintomatología somática

Los síntomas somáticos recurrentes en niños y adolescentes pueden reflejar una serie de situaciones conflictivas que atraviesan estos menores de edad día a día, entre estas desestabilizantes condiciones está la violencia intrafamiliar que genera angustia e impotencia en los hijos de estos hogares y es expresada a través de dolencias físicas y problemas de tipo psicológico. En muchos casos estos síntomas son tratados erróneamente ya que suelen ser adjudicados un diagnóstico médico inapropiado y un tratamiento farmacológico más no una intervención psicológica acorde a estas condiciones.

Resulta indispensable que ante la existencia de un proceso psicosomático independientemente de la etiología y de aquellos factores desencadenantes, se atienda la problemática orgánica y somática del paciente como si se tratara de un proceso orgánico para posteriormente incluir el abordaje terapéutico, para realizar este procedimiento se requiere de gran experiencia clínica que incluya conocimientos de fisiopatología, clínica y procesos somáticos como el asma, diabetes, etc. (Pedreira et al., 2001).

El tratamiento de estos casos se inicia con una evaluación minuciosa ya que el diagnóstico que se brinde es el determinante principal para la intervención posterior. Una vez que se tiene el motivo de consulta se debe realizar una valoración clínica minuciosa (historia clínica, exploración física, pruebas complementarias, exploración psicopatológica del niño y valoración de la familia), posterior a esto es necesaria una entrevista familiar y una a solas con el niño, se debe orientar a ambas partes sobre la comprensión de los síntomas para que dejen de buscar causas médicas y se adentren en el ámbito psicosocial, para esto el pediatra debe mostrarse empático para garantizar a la familia un buen pronóstico (Sánchez y Rodríguez, 2012).

En aquellos casos en los que no se cuenta con mucha información sobre el problema dentro de la consulta psicológica, existe una secuencia de acciones que se deben realizar, empezando por la realización de una anamnesis y exploración clínica que aborda desde la perspectiva orgánica, evolutiva, familiar y relacional, el segundo paso es abordar los factores estresantes del niño, ya sean académicos o de su vida personal, el tercero será evitar las pruebas complementarias que ya han sido realizadas anteriormente, el cuarto y último paso es realizar una entrevista directa con el niño/a o adolescente para estar al tanto de su funcionamiento psíquico, el nivel de empatía y la presencia o ausencia de formaciones simbólicas (Pedreira et al., 2001).

El abordaje dentro de los servicios de atención primaria y pediatría se realiza a través de una serie de procedimientos estandarizados, el primero es escuchar al menor de edad, descubrir el síntoma por el cual asistió y sobre todo comprender a lo que esa dolencia remite ya sea en el proceso vital o familiar, dentro del segundo punto se dan algunas recomendaciones acerca de lo que no se debe decir citando frases como: “es hereditario”, “no es nada”, “todo es normal”, el tercer y último paso es mantener un diálogo con los padres, animarlos a evitar el drama y el alarmismo si los síntomas reaparecen, concientizarlos sobre no amenazar al niño/a ya que incrementaría la reacción de estrés y ansiedad, se debe además animar a toda la familia a mantener una espera prudencial, a calmar al niño, a que lo escuchen y dialoguen con él/ella sobre sus emociones (Pedreira et al., 2001).

Pueden existir casos que por sus características o bien por dificultades por parte del profesional de la salud deberán ser derivados a los servicios de la salud mental de la niñez y adolescencia para que reciban una intervención pertinente, entre las razones más comunes está la comorbilidad con otros procesos patológicos, una alteración considerable en la relación padre-hijo/a, problemas de relación profesional- familiares, rigidez y mal manejo de los familiares después de tres o cuatro semanas, entre otras (Pedreira et al., 2001).

Dentro del ámbito psiquiátrico y psicológico existen dos modalidades de intervención en los casos de somatizaciones, la psicofarmacología si bien no es el método principal para abordar esta problemática, existen pacientes que los necesitan. La metodología principal en los casos de somatización es la psicoterapia que será enfocada de acuerdo a las características y a la situación del paciente y complementario a esto resulta beneficioso la interconsulta entre el pediatra y psicoterapeuta (Pedreira et al., 2001).

El apoyo psicosocial sumado a las demás intervenciones resulta beneficioso, en especial en los casos de enfermedades crónicas y psicooncología pediátrica, la interconsulta es también uno de los procesos importantes dentro de la intervención psicoterapéutica, en el cuál se pretende el trabajo conjunto del pediatra o profesional de la atención primaria, el psiquiatra o psicólogo y la familia del menor enfermo, esta relación de trabajo grupal resulta beneficiosa ya que se pueden abordar todas las áreas problemáticas y buscar soluciones que perduren en el tiempo (Pedreira et al., 2001).

Sánchez y Rodríguez (2012) aseguran que el pediatra que atiende al niño en primera instancia constituye un pilar fundamental en el tratamiento de los procesos o trastornos psicosomáticos, este profesional debe poner como prioridad la normalización de la vida del menor de edad, evitar hospitalizaciones y la derivación a múltiples especialistas, debe mantener una actitud empática hacia el niño y la familia evitando la culpabilización y debe atribuir la existencia del síntoma a diversas situaciones de la vida del niño. El pediatra tratante debe solicitar posteriormente a un psiquiatra o psicólogo a que intervenga en el caso y a esto se le denomina interconsulta psiquiátrica.

Con mucha frecuencia durante el tratamiento psiquiátrico suele aparecer cierto rechazo que lleva a los pacientes y a las familias a abandonar el proceso, entonces el pediatra queda

como único encargado para controlar la evolución, el mismo debe hacerse cargo del seguimiento del niño, debe intentar disminuir el rol de enfermo, animarlo a que se incorpore a la vida normal y detectar y minimizar los estresores psicosociales (Sánchez y Rodríguez, 2012).

El tratamiento psicoterapéutico y psiquiátrico reúne una serie de terapias entre las más utilizadas en casos de somatizaciones están las siguientes: la rehabilitación, que busca regresar al paciente a su vida normal a pesar de la existencia del síntoma, la segunda es la terapia de modificación de conducta, incentiva la recuperación funcional y disminuye los beneficios secundarios que adquieren de la enfermedad, la tercera es la terapia cognitiva que corrige las creencias distorsionadas del significado de los síntomas somáticos, aquí se utilizan técnicas de autocontrol, las terapias individuales o familiares están orientadas a disminuir el estrés de la familia y corregir las prácticas disfuncionales de la misma, la última terapia es la farmacología que mejoran los síntomas somáticos y son muy eficaces cuando coexiste depresión y ansiedad (Sánchez y Rodríguez, 2012).

Además de las terapias más utilizadas para intervenir en los casos de enfermedades psicosomáticas, es necesario conocer la existencia de una serie de terapias no convencionales que en algunos casos han demostrado ser exitosas, estos métodos son conocidos como terapias alternativas como la terapia floral de Bach que consiste en el uso de 38 infusiones naturales extraídas de flores silvestres que se mezclan con agua y se colocan en la superficie lingual de aquellas personas afectadas, se entiende que estas sustancias actúan sobre los estados emocionales equilibrando la energía de la persona. Una investigación acerca de este tratamiento fue realizada en una muestra de niños que presentaban síntomas de temor y miedo, al ser administrados las infusiones se obtuvieron resultados muy positivos ya que sus molestias disminuyeron, mejorando la calidad de vida de los infantes. (Cruz, Quintero y Fong, 2002).

A pesar de que cada plan de tratamiento debe ser individualizado de acuerdo a las condiciones y características de cada niño, los trastornos psicosomáticos tienen una serie de particularidades y una de esas es la dificultad de erradicar completamente los síntomas a pesar del tratamiento, lamentablemente esta realidad está presente en los pacientes y sus

familias ya que consideran que no existe tratamiento alguno que mejore ni disminuya los molestos síntomas que obstaculizan sus vidas (Vidal y Vilaltella, 2008).

Tanto los pacientes que somatizan como sus familias suelen estar convencidos de que los síntomas existentes se tratan de una enfermedad física, problemas médicos y disfunciones somáticas, por lo que se resisten incluso muchas veces abiertamente a someterse a un tratamiento psiquiátrico, por eso el proceso terapéutico debe desalentar un diagnóstico final y centrarse en reducir la sintomatología (Vidal y Vilaltella, 2008).

En el estudio realizado por García (2006) se dice que en aquellos niños que somatizan y que se han descartado patologías orgánicas, la psicoterapia de apoyo resulta provechosa ya que permite la verbalización de sus dificultades en un ambiente de comprensión y franqueza, además el psicoterapeuta debe establecer una estrecha relación con la familia del niño para lograr que en el hogar se establezca un ambiente similar al de la terapia que le permita al menor expresarse con libertad.

A criterio personal considero que la comunicación entre el terapeuta y el niño es de crucial importancia ya que en muchos casos los niños no son capaces de expresar sus emociones ni pensamientos dentro de sus hogares, lo que resulta frustrante y agobiante, es por eso, que además de propiciar un ambiente de confianza en la psicoterapia es fundamental crear un nexo con la familia para incentivar la comunicación en el hogar y en especial con aquel niño que sufre somatizaciones.

La intervención terapéutica es un factor muy importante en la recuperación de los niños con problemas de tipo somático, el tipo de terapia así como las técnicas a utilizar dependerán de cada caso, si son bien elegidas y puestas en práctica correctamente los resultados serán positivos, pero aún más importante que estos elementos es la alianza terapéutica que es la relación de cercanía entre el paciente y el terapeuta para emprender el plan de tratamiento.

Dentro de la relación médico-paciente, el terapeuta por su posición profesional y por ser quién proporciona la ayuda se encuentra en un nivel de cierta superioridad dejando a su cliente en un nivel inferior, esta ubicación interpersonal produce dos sentimientos encontrados en el paciente, por un lado reconoce la superioridad científica del médico y por

lo tanto acepta el tratamiento, pero por otro, el sentimiento de inferioridad genera hostilidad que le hará actuar con indisciplina y desconfianza pudiendo dañar la relación y disminuir las posibilidades de éxito terapéutico. Es por eso, que para que la relación entre el profesional y el paciente sea exitosa la conducta del terapeuta debe ser la adecuada desde la primera entrevista, brindando un saludo cordial y respetuoso, ponerse de pie, estrechar la mano, brindar un trato amable y comprensivo, ajustar la comunicación al nivel del paciente y su familia (Borroto et al., citados en González, 2004).

Una relación terapéutica positiva incrementa la asistencia del paciente, potencializa los efectos de los recursos terapéuticos y rehabilitadores independientemente del tipo de tratamiento que se utilice, pero no trabaja aisladamente ya que si la base teórica no está bien realizada no se visualizarán cambios significativos. (González, 2004). A criterio personal considero que dentro de la intervención en los casos de somatización, el terapeuta juega un papel muy importante porque además de representar una esperanza para estas personas, es capaz de depositar en el paciente a través de un relación estrecha de respeto y consideración, el deseo de luchar para alcanzar una solución a su problema.

Prevención

Los programas de prevención de la violencia doméstica tienen como objetivo principal influir en los espacios de socialización del niño en sus primeras etapas de desarrollo, las cuáles son la esfera familiar y la escuela. Las actividades de estos programas están enfocadas a desarrollar redes de apoyo social, a potenciar la capacidad de afrontamiento y sentido de competencia de los padres y a potenciar las capacidades de desarrollo de los niños (Echeburúa y del Corral, 1999).

Estos programas constan de tres niveles: el primero es la prevención primaria, está enfocada en prevenir la violencia en general, va dirigida a toda la población con el objetivo de disminuir la incidencia de actos violentos, difundiendo aspectos como la práctica educativa no violenta, sensibilizar a la población de las consecuencias provocadas por los actos violentos, los programas de escuela para padres, programas preventivos de abuso sexual, campañas para reducir la violencia en la televisión. La prevención secundaria está dirigida a poblaciones vulnerables que han sido identificadas por poseer un alto riesgo de

exposición a circunstancias de violencia, el objetivo principal es reducir la prevalencia de una situación concreta de violencia como la existencia de maltrato dentro del ámbito familiar o un trastorno psicosocial como es el trastorno antisocial (Morales y Costa, 2001).

La prevención terciaria está focalizada en la prevención de las consecuencias y/o la reducción de las mismas en casos diagnosticados de trastornos, la rehabilitación de las víctimas de violencia intentando reducir la gravedad y la duración de las secuelas y además evitar futuras reincidencias, en casos de maltrato infantil la finalidad es garantizar su seguridad e integridad psicosocial y evitar la reincidencia de ultrajes, es decir este programa está destinado a paliar los efectos y secuelas en las víctimas de violencia (Morales y Costa, 2001).

Existe un sinnúmero de programas de prevención, en los cuáles la propuesta es influir sobre factores familiares como los estilos de crianza, tipos de autoridad y tipos de relaciones madre-padre, padres-hijos, buscando involucrar a los padres de familia como intermediarios fundamentales en los cambios de comportamiento de los niños. Estas intervenciones abarcan también al ámbito educativo, buscando que los profesores intervengan en este proceso mediante algunas acciones como mantener la disciplina, el establecimiento de relaciones interpersonales, la generación de vínculos con pares y maestros, mejorar la capacidad para reconocer las emociones y sentimientos de sí mismo y de los demás, los maestros además deben saber cómo manejar las distintas situaciones de tensión que se presenten en el aula y dar soluciones inmediatas a las mismas (Kellam, Rebok, Ialongo, Mayer, Solomon, Watson, Delucchi, Schaps y Battistich citados en Gallego Henao, 2011).

Para terminar la violencia como un modo cotidiano de vivir es necesario un cambio cultural que modifique el entorno, para esto existen medidas para erradicar la violencia como los programas de formación parental en los que se busca mejorar los vínculos afectivos entre padres e hijos, alentar a los padres a utilizar métodos de crianza coherentes y además trabajar en el desarrollo del autocontrol, están también los programas de tutoría que están dirigidos a personas jóvenes que tienen riesgo de presentar conductas antisociales, se las empareja con adultos ajenos a su familia que se preocupen por ellos y actúen de modelo o guía a seguir, los programas de terapia familiar buscan mejorar la comunicación y las

interacciones entre los miembros del hogar, enseñándoles aptitudes de resolución de problemas que ayuden a padres e hijos (OMS, 2002).

Los programas de visita domiciliaria consisten en la visita periódica de una enfermera u otro profesional de la salud a hogares con especial necesidad de apoyo y orientación en el cuidado de los hijos o a aquellos en los que se ha identificado riesgo de maltrato infantil, además son útiles en casos de comportamientos delictivos, existe también entre los programas, el de formación de aptitudes relacionales que por lo general reúne a grupos mixtos es decir de hombres y mujeres que intervenidos por un moderador analizan los problemas de género y de relación que intervienen en la violencia, ayudando a que los participantes adquieran aptitudes para enfrentarlos (OMS, 2002).

Aunque los programas preventivos de la violencia intrafamiliar resulten útiles, la sociedad necesita un cambio radical para reducir el número de casos y víctimas, es necesario que la lucha contra la violencia alrededor del mundo continúe demostrando los efectos nocivos que produce y la cantidad de vidas que destruye, para que así todas las poblaciones la conozcan y la eliminen de sus vidas y de sus relaciones familiares.

CAPÍTULO 3: INVESTIGACIÓN

3.1 INTRODUCCIÓN

A través de la experiencia vivida en el Centro Organizativo COS 9 de Octubre de la Fundación Salesiana PACES, se pudo identificar que los niños pertenecientes a esta institución presentan una serie de signos y síntomas, algunos padecen pocos de estos pero la gran mayoría reúne un sinnúmero de secuelas que resultan perjudicantes para su integridad. Al haber identificado estas nocivas consecuencias, se realizó una investigación a través de entrevistas y una evaluación psicodiagnóstica para descubrir su origen, hallando como resultado que muchas de estas consecuencias son producidas por la violencia que viven en sus hogares. Entre las secuelas más evidenciadas se encuentran las quejas somáticas, que significan largas horas de trabajo para los docentes del centro puesto que realizan constantemente visitas a los centros médicos con los niños para que sean atendidos. Es por eso que el presente estudio se enfocará en la confirmación de dicha hipótesis.

3.2 INSTRUMENTOS

CUESTIONARIO CHILD BEHAVIOR CHECKLIST DE THOMAS ACHENBACH (1991).

Desde hace ya algunas décadas se han desarrollado un sinnúmero de instrumentos de diagnóstico y cribado dirigidos a niños y adolescentes, al igual que aquellos de adultos todos están basados en los criterios diagnósticos del DSM y el CIE 10, uno de los instrumentos más utilizados a nivel internacional por su efectividad es el CBCL (Child Behavior Checklist) desarrollado por Thomas Achenbach y Craig Edelbrock en el año de 1983 (Albores, Lara, Esperón, Cárdenas, Pérez y Villanueva, 2007).

El CBCL es un instrumento de cribado de mucha utilidad para obtener información acerca de los menores de edad, es recogida a través de los padres, profesores o en el caso de los adolescentes por ellos mismos. A pesar de que se obtiene una gran cantidad de datos relevantes a través de esta prueba, no es suficiente para la realización de un diagnóstico clínico, la misma debe formar parte de un protocolo de evaluación psicológica para que complemente los demás resultados obtenidos en los procedimientos para un diagnóstico fiable (López-Soler, Castro, Alcántara, Fernández y López, 2009).

Dentro del ámbito clínico este test es muy beneficioso, pues sirve para recoger información en la primera consulta, antes de la entrevista y sobre todo para conocer el concepto de cada uno de los padres acerca de su hijo/a, además es conveniente para realizar un diagnóstico y para la programación de un plan de intervención. Esta prueba ha sido empleada para estudios epidemiológicos, etiológicos, evaluación de resultados, etc. (Polaino-Lorente, 1988).

Este instrumento permite valorar una amplia gama psicopatológica tomando en cuenta factores muy importantes como son la edad y el sexo, posibilitando las aplicaciones del ámbito clínico como la investigación, también es apropiado para las investigaciones epidemiológicas ya que permite el estudio de grandes poblaciones de manera simple, confiable y eficiente; es por eso que el CBCL es considerado una de las herramientas más estandarizadas y empleadas transculturalmente (Pedreira et al citados en Samaniego, 2008).

El test CBCL es conocido por ser un instrumento útil que no únicamente permite valorar la psicopatología existente en el menor de edad (problemas emocionales y de conducta), sino conocer las competencias del niño y el adolescente, esta prueba tiene tres formularios uno para padres (CBCL), para profesores (TRF) y uno de adolescentes (YSR). El formulario de padres es aplicable cuando los niños son menores a 11 años, el de adolescentes se aplica a aquellos jóvenes de 11 años en adelante y el de profesores es utilizado en aquellos casos en los que los padres no están disponibles o para obtener más información complementaria de otra fuente informativa (Lacalle, Doménech, Granero y Ezpeleta, 2014).

En cada uno de estos formularios se responden una serie de preguntas que indagan acerca de los problemas emocionales y de conducta presentes en el niño en los últimos seis meses y deben ser respondidos con tres opciones: no es verdad (0), un tanto de verdad o a veces (1) y muy verdadero (3). Una vez que las preguntas son respondidas, tienen dos posibilidades de calificación; la primera es a través de ocho escalas de síndromes empíricos: ansioso/depresivo, aislamiento/depresión, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, comportamiento rompe-reglas y agresividad y la segunda opción de calificación es a través de escalas basadas en el manual

DSM: ansiedad generalizada, ansiedad por separación, fobia específica, somatización, TDAH, trastorno oposicionista-desafiante y trastorno de conducta.

El cuestionario para padres (CBCL) consta de dos partes: la primera es la escala de competencia social que evalúa la cantidad y calidad de las actividades que realiza el niño, su rendimiento escolar y las características de las relaciones interpersonales con sus padres, hermanos, amigos, organizaciones y grupos, la segunda parte son los problemas de conducta que existen mediante la contestación de un listado de 113 ítems que tienen tres alternativas de respuesta 0, 1 o 2, aquí se registran los síntomas ocurridos en los últimos seis meses (Achenbach y Edelbrock, 1983 citados en Cagigal y Prieto, 2006). **Ver anexo #1**

El inventario para adolescentes YSR (Youth Self Report) del CBCL evalúa así mismo el funcionamiento adaptativo, competencias, problemas conductuales, emocionales y sociales de aquellos menores entre once y dieciocho años, es un autoinforme a través de 112 ítems de posibles problemas. La suma de las respuestas a estos ítems se agrupan en nueve escalas. Este cuestionario ha demostrado tener grandes propiedades psicométricas y facilita la comparación con las demás fuentes de información para tener una visión más clara del funcionamiento del niño (Lacalle, 2009). **Ver anexo #2**

El tercer formulario (TRF) es llenado por maestros o por sus ayudantes, proporciona pautas sobre las conductas problemáticas y adaptativas del menor de edad en el escenario escolar, quienes participen deberán responder una primera escala acerca de las conductas problemáticas, una segunda sobre el desempeño académico que se ha evidenciado en el niño y una tercera del funcionamiento conductual adaptativo; este cuestionario ha demostrado tener un alto grado de validez y confiabilidad (Aiken, 2003).

El CBCL (Child Behavior Checklist) permite identificar síndromes característicos de la infancia y adolescencia y elaborar taxonomías empíricas en psicopatología infantil. La calificación de este reactivo puede ser realizada en dos secciones: la primera a través de algunas escalas llamadas síndromes de primer orden y la segunda que a su vez está dividida en tres subgrupos: síndromes internalizantes, externalizantes y mixtos, esta categoría es opcional y queda a criterio del profesional a cargo de la aplicación (López et al., 2009).

El CBCL ha demostrado tener apropiadas propiedades psicométricas y buenos resultados en la realización del re-test (Lacalle et al., 2014). Debido a sus conocidos beneficios se ha convertido en una herramienta comúnmente usada dentro de los servicios de salud mental, escuelas, centros públicos de salud, en los servicios que atienden a niños y familias, en la guía y entrenamiento a niños y para estudios de investigación (Bordin, Rocha, Paula, Teixeira, Achenbach, Rescorla y Silvaes, 2013).

ENTREVISTA PSICOLÓGICA DICA-IV.

La Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA IV) creada por W.Reich (2000) es una entrevista diagnóstica semiestructurada que tiene como base los criterios diagnósticos del DSM IV, está organizada en distintos síndromes diagnósticos, los cuáles son los más comunes en la infancia y adolescencia. Este instrumento permite realizar una evaluación de los posibles trastornos existentes ya que no únicamente valora la presencia o ausencia de síntomas sino también el inicio y final del trastorno y el impacto que produce en el ámbito familiar, escolar y/o social del niño (Lacalle, 2009). **Ver anexo #3**

En 1969 fue desarrollada por primera vez la DICA-IV (Reich, Welner, Herjanic y MHS Staff), años después en 1981 fue revisada nuevamente y se incorporaron los criterios diagnósticos del DSM III-R por lo que pasó a tomar el nombre de DICA-R, pero al aparecer el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV la entrevista tomó un giro y se incluyeron a los criterios del nuevo manual en la misma por lo que regresó a su nombre anterior DICA-IV que ha permanecido sin modificarse hasta la actualidad (Anastopoulos y Shelton, 2002).

El objetivo principal de este instrumento es indagar sobre la posible existencia de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes, adquiriendo información acerca de aspectos clínicos relevantes a través de preguntas contingentes, este proceso suele ser realizado en una computadora. El test puede ser aplicado tanto a padres de niños y adolescentes de 6 a 17 años o directamente a los menores de edad, la versión para padres es casi igual a la de los niños con la única diferencia de que además aborda temas como el embarazo, el nacimiento y el desarrollo a lo largo de los años del pequeño (Anastopoulos y Shelton, 2002).

Dentro de esta entrevista existen categorías diagnósticas basadas en el DSM IV y además de éstas, existen otras que buscan evaluar seis problemáticas de alto riesgo como la existencia de un trastorno de conducta, el consumo de alcohol, el consumo de drogas en la calle, el consumo de marihuana, un posible trastorno depresivo mayor y trastorno por estrés postraumático (Anastopoulos y Shelton, 2002).

Las ventajas de esta entrevista son muchas, entre las principales están las elevadas propiedades psicométricas que propician un diagnóstico acertado, la aproximación a trastornos como el TDAH que es muy común hoy en día gracias a los criterios tomados del DSM IV, el uso de un método computarizado que reduce el índice de error clínico y la conveniente opción de aplicar solo algunas categorías diagnósticas, no todas, dependiendo del criterio del clínico, además de todo esto, resulta provechoso para reconocer los comportamientos que generen un alto riesgo para la vida de los niños como por ejemplo las conductas suicidas (Anastopoulos y Shelton, 2002).

La entrevista DICA IV fue adaptada al castellano tomando el nombre de EDNA IV que significa Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes de autoría de Granero y Ezpeleta (1997); existen varias versiones de la DICA IV, muy similares en estructura y contenido pero varían de acuerdo a la edad del niño y de los informantes, para aquellos niños de edades comprendidas entre 8 y 12 años está la DICA-C y una versión casi idéntica para los adolescentes de 13 a 17 años llamada DICA-A, quedando aparte de estas dos una sola para padres que es la DICA-P (Lacalle, 2009).

La entrevista psicodiagnóstica DICA IV puede ser utilizada en el ámbito clínico como en el de investigación, pero para cualquiera de los dos es preciso que la persona esté entrenada para poder utilizar esta herramienta y que posea conocimientos de psicopatología del desarrollo (Lacalle, 2009). A criterio personal considero que estos requisitos son indispensables puesto que aquellas personas que son evaluadas merecen respeto y consideración y en caso de que la persona encargada desconozca el método de uso podría perjudicar la integridad ya sea del niño/a, adolescente o padre de familia, sacando a la luz los conflictos existentes y en muchos casos empeorándolos.

Diversos estudios tal como el de De la Osa, Ezpeleta, Doménech, Navarro y Losilla (1996) han demostrado que la información obtenida mediante la entrevista DICA IV se relaciona de manera significativa con aquella obtenida a través del cuestionario Child Behavior Checklist (Reich, 2000). La entrevista permite obtener información de tipo patológico de aquellos síntomas que ha presentado el niño a lo largo de su vida o que han estado presentes en los últimos seis meses antes de la evaluación, período que también es considerado en las preguntas del CBCL (Lacalle, 2009).

Es por eso que dentro de este estudio se han utilizado los dos instrumentos de psicodiagnóstico, para que aquellos resultados que se obtengan en cada reactivo guarden cierta coherencia y brinden un panorama más claro y certero de la situación problemática más significativa en cada uno de los niños evaluados y se tenga una visión global de los problemas con más prevalencia en la muestra total.

3.3 METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Esta investigación de cohorte retrospectivo tuvo como objetivo conocer aquellos indicadores de tipo comportamental que más prevalencia tienen en una muestra de niños, niñas y adolescentes que pertenecen a hogares con violencia intrafamiliar a través del cuestionario Child Behavior Checklist y aquellos resultados que presenten un elevado porcentaje serán corroborados a través de la entrevista semiestructurada Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA-IV).

Población

-Población de referencia

Este estudio fue realizado con niños, niñas y adolescentes que pertenecen al Centro Organizativo COS 9 de Octubre de la Fundación Salesiana PACES, cada uno de estos menores de edad vivencian diversos tipos de violencia intrafamiliar en sus hogares.

-Población de estudio

Setenta menores de edad que pertenecen a hogares con violencia intrafamiliar y son miembros del Centro Organizativo COS 9 de Octubre de la Fundación Salesiana PACES.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Los niños, niñas y adolescentes participantes deben tener entre seis y quince años de edad.
- Deben ser miembros de hogares en los que exista violencia intrafamiliar.
- Pertenecer al Centro Organizativo COS 9 de Octubre
- Deben estar exentos de enfermedades físicas
- Deseen participar en el proyecto

Criterios de exclusión

- Aquellos que no cumplan con los criterios de inclusión

Recolección de la información

Para recolectar la información se realizó la aplicación de los reactivos psicológicos de manera individual a cada uno de los participantes, con el objetivo de obtener información detallada y fidedigna acerca de cada niño, debido a que se presume que el ítem de las quejas somáticas será elevado se ha pedido que los menores de edad participantes sean revisados por un médico para descartar enfermedades físicas antes de la evaluación. Las aplicaciones fueron realizadas cuando los niños se encontraban en su tiempo libre y la duración tuvo como promedio 57,05 minutos el período de aplicación se realizó durante los meses de Agosto- Diciembre del año 2014.

Consentimiento informado

Previo a la aplicación de los reactivos psicológicos se informó a los padres de familia de los menores de edad sobre el objetivo de este proyecto, con el fin de obtener su colaboración para que sus hijos pudieran participar en el mismo, entregándoles un consentimiento informado en el cual aceptaban que sus hijos formen parte de la investigación y que sean evaluados a través de los instrumentos psicológicos propuestos o en el caso de aquellos niños menores de once años que ellos mismos realizarían las pruebas,

además se les informaba que toda la información brindada sería de absoluta confidencialidad. **Ver anexo #4**

Aplicación y calificación del cuestionario CBCL (Child Behavior Checklist)

Para la aplicación de este reactivo en niños o niñas menores de once años se entregó a cada padre de familia un formulario en el cuál se encontraban 113 preguntas y se les explicó que las mismas debían ser respondidas anotando 0 (no es cierto), 1 (en cierta manera, algunas veces) o 2 (muy cierto o cierto a menudo) respectivamente según su criterio.

A diferencia de los niños menores, para aquellos entre once y quince años se les proporcionó un cuestionario para que lo llenaran por sí mismos, antes se les comunicó que se trataba acerca de un estudio y que la información sería estrictamente confidencial. El cuestionario constaba de dos partes: la primera contenía preguntas de gustos y habilidades personales como deportes, actividades diarias, relaciones interpersonales y rendimiento escolar que debían responder escribiendo sus preferencias y puntuando cada una con las opciones menos que el promedio, promedio y más que el promedio; la segunda parte contiene 112 preguntas acerca de posibles problemas que deben ser respondidas anotando 0 (no es cierto), 1(en cierta manera, algunas veces) o 2(muy cierto o cierto a menudo) según su experiencia personal.

La calificación de estos reactivos se realiza mediante una suma de los puntajes anotados, en distintas escalas, cada una de éstas dependerá de la edad y el sexo del niño, una vez que se obtienen cada uno de estos puntajes se anotarán en un perfil de calificación para delimitar aquellos con los porcentajes más altos. **Ver anexo #5**

Aplicación y calificación de la entrevista DICA-IV (Diagnostic Interview for Children and Adolescents)

Una vez que se realiza la calificación del cuestionario CBCL, se eligen aquellos con los puntajes más elevados para la aplicación de la entrevista DICA-IV.

Antes de empezar, se informó a los menores de edad y a los padres que serían entrevistados que se realizarían una serie de preguntas acerca de posibles problemas que

han sucedido en sus vidas o en la de sus hijos en el caso de los padres, ya sea en diferentes etapas del desarrollo o en los últimos seis meses y que es necesario que las contesten con sinceridad confiando en que se guardará absoluta discreción y confidencialidad.

Posterior a esto, se empezó a tomar los datos personales y en el caso de los padres además de esta información, se indagó acerca de aspectos como el embarazo, el nacimiento y el desarrollo del niño.

Después de este interrogatorio se procedió a realizar las preguntas que forman parte de la entrevista las cuáles indagan sobre posibles síntomas o situaciones problemáticas presentes en los niños, dentro de esta investigación se utilizó únicamente algunos fragmentos de la entrevista, aquellos que más guardan relación con las escalas del CBCL, test aplicado anteriormente: trastornos de conducta, trastornos del estado de ánimo, otros síntomas (perdida o aumento de apetito, trastorno del sueño, agitación o lentitud psicomotora, culpa excesiva o menosprecio, problemas de concentración o indecisión, ideas de suicidio, distimia), trastornos por ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno de la conducta alimentaria, otros trastornos (enuresis, encopresis), somatización y estresores psicosociales.

Para la calificación de este reactivo psicológico, es necesario tomar en cuenta las preguntas de cada categoría patológica, si tres o más de las mismas son respondidas afirmativamente se considera que el niño presenta ciertas características de aquel trastorno o problemática, mientras que si todas las preguntas son afirmativas se puede considerar la existencia de aquel trastorno en el niño o adolescente.

3.4 RESULTADOS

Muestra

El número total de niños que asisten diariamente al centro organizativo COS 9 de Octubre es de aproximadamente 140, las edades oscilan entre 5 y 17 años. Para la muestra estudiada se eligió a 70 menores, de los cuáles 31 son mujeres y 39 varones de edades comprendidas entre 6 y 15 años, todos ellos víctimas de violencia intrafamiliar, información obtenida a través de entrevistas familiares realizadas por trabajo social y psicología. Las aplicaciones de los reactivos se pudieron cumplir en su totalidad contando con la entera colaboración de los padres de familia y los niños elegidos como muestra.

La aplicación de los reactivos se realizó en dos grupos de estudio, el primero conformado por niños y niñas de edades entre 6 y 11 años con un número de 34 participantes y el segundo grupo de 36 niños y niñas de edades entre 12 y 16 años.

Tabla 1

Edad y sexo de los participantes

EDAD	HOMBRES	MUJERES
6 a 11 años	19	15
12 a 16 años	20	16
	39	31

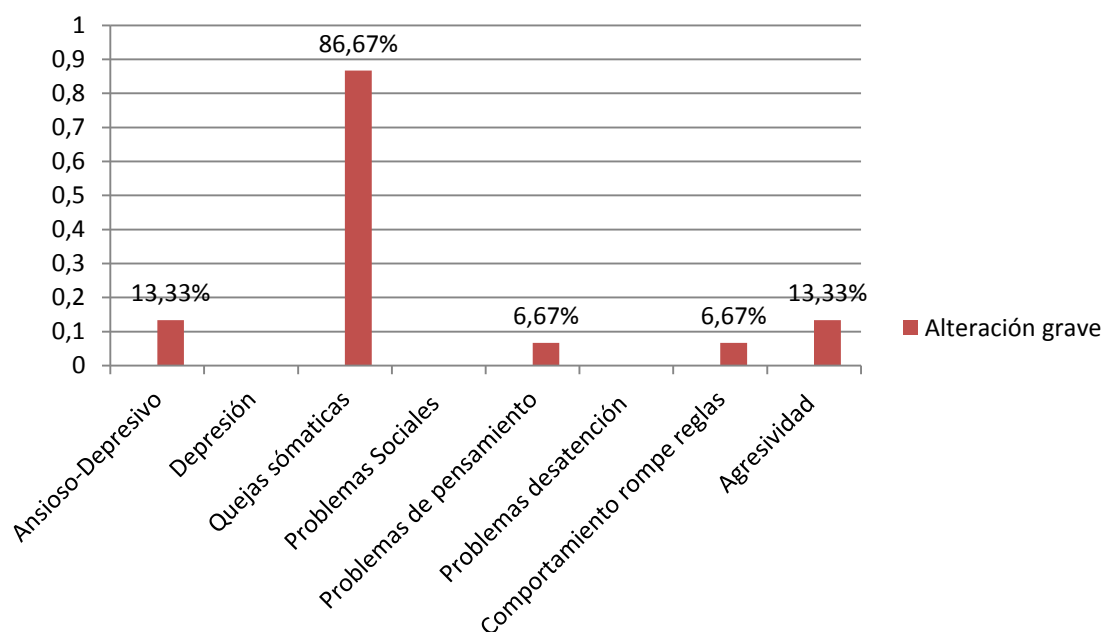
TOTAL: 70

Los resultados más importantes se mostrarán a continuación:

ESTADÍSTICA DEL CUESTIONARIO CHILD BEHAVIOR CHECKLIST (CBCL):

Figura 1

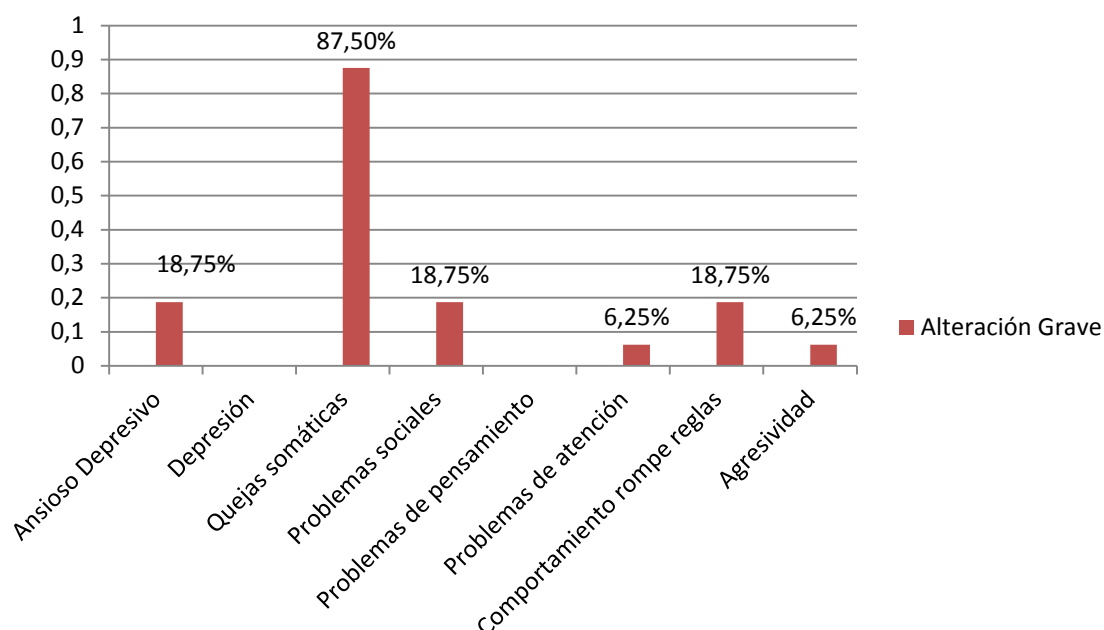
ESCALA DE CONDUCTAS PROBLEMAS (MUJERES DE 6 A 11 AÑOS)



Como se puede ver en la **figura 1** de mujeres de 6 a 11 años que comprende una muestra DE 15 participantes, el 13,33% evidencia una alteración grave en el indicador comportamental ansioso- depresivo, el porcentaje más representativo corresponde al indicador de quejas somáticas con un 86,67%. Los indicadores problemas de pensamiento y comportamientos rompe reglas corresponden a un porcentaje de 6,67%. El ítem agresividad corresponde al 13,33%. En tanto los indicadores de depresión, problemas sociales y problemas de desatención no se presentan con alteración alguna en ningún miembro de la muestra.

Figura 2

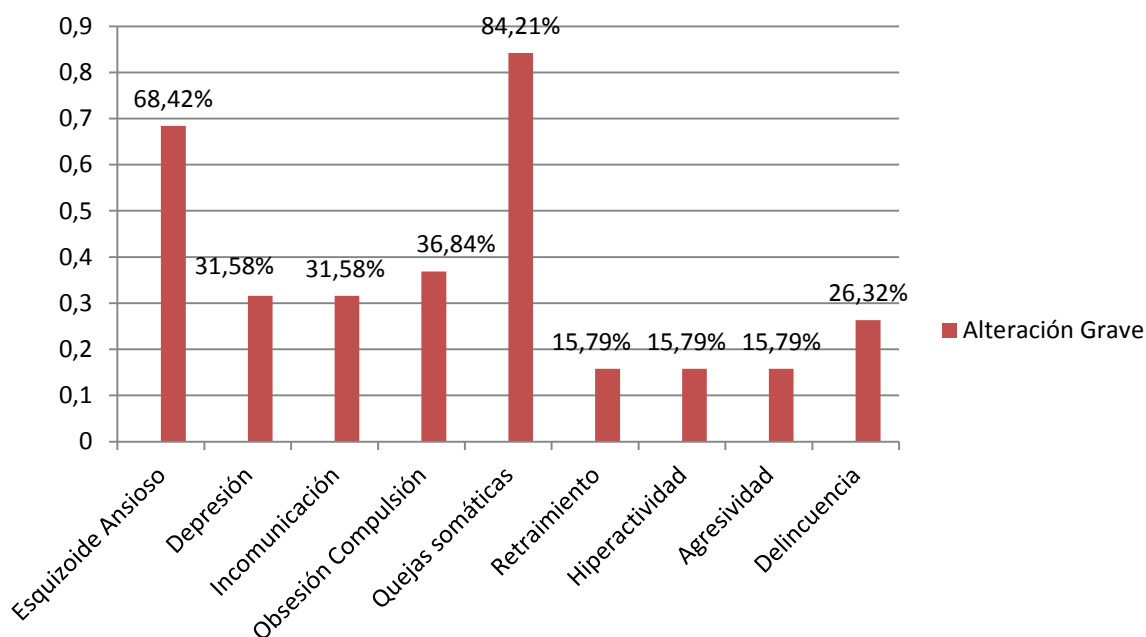
ESCALA DE CONDUCTAS PROBLEMAS (MUJERES 12-16 AÑOS)



Como se puede ver en la **figura 2** de mujeres de 12 a 16 años que comprende una muestra 16 participantes, el 18,75% evidencian una alteración grave en los siguientes indicadores comportamentales: ansioso- depresivo, problemas sociales y comportamiento rompe reglas. En lo referente al indicador de quejas somáticas tiene el porcentaje de 87,50%, siendo éste el más representativo. Los indicadores comportamentales problemas de atención y agresividad equivalen al 6,25%. En tanto los indicadores de depresión y problemas de pensamiento no presentan alteración alguna.

Figura 3

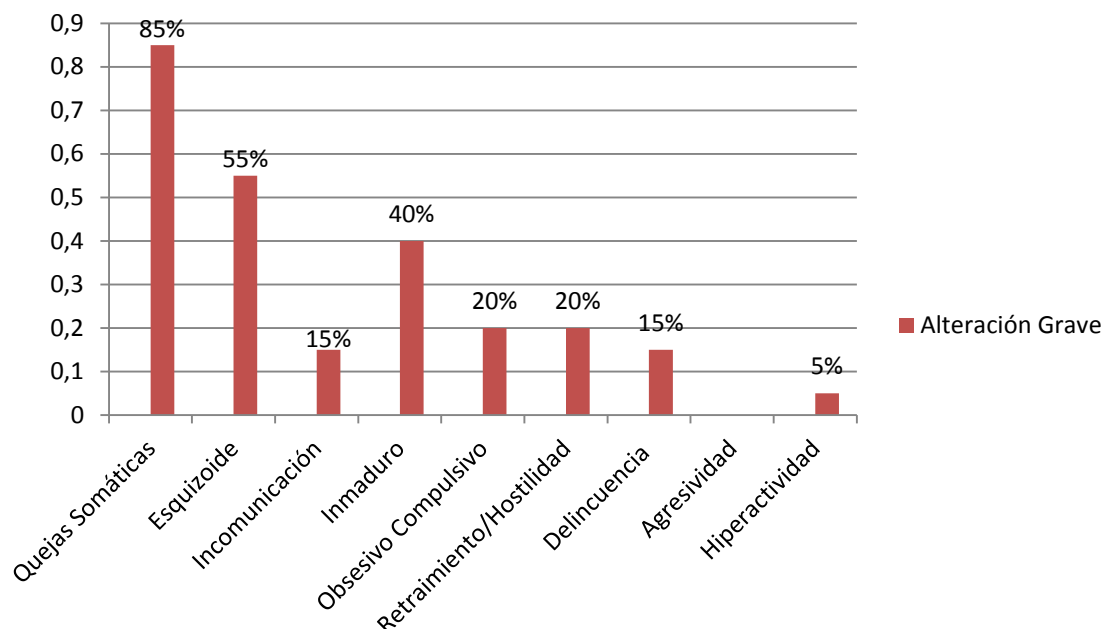
ESCALA DE CONDUCTAS PROBLEMAS (HOMBRES 6 A 11 AÑOS)



Como se puede ver en la **figura 3** de varones de 6 a 11 años que comprende una muestra 19 participantes, el 68,42% corresponde al indicador comportamental esquizoide-ansioso. En los indicadores de depresión e incomunicación se evidencia un 31,58%. En tanto que el ítem de obsesión-compulsión equivale al 36,84%. El porcentaje 15,79% está presente en los indicadores retraimiento, hiperactividad y agresividad. El indicador delincuencia corresponde a un porcentaje de 26,32%. Referente al indicador de quejas somáticas, el cual es el porcentaje más representativo de 84,21%.

Figura 4

ESCALA DE CONDUCTAS PROBLEMAS (HOMBRES DE 12-16)

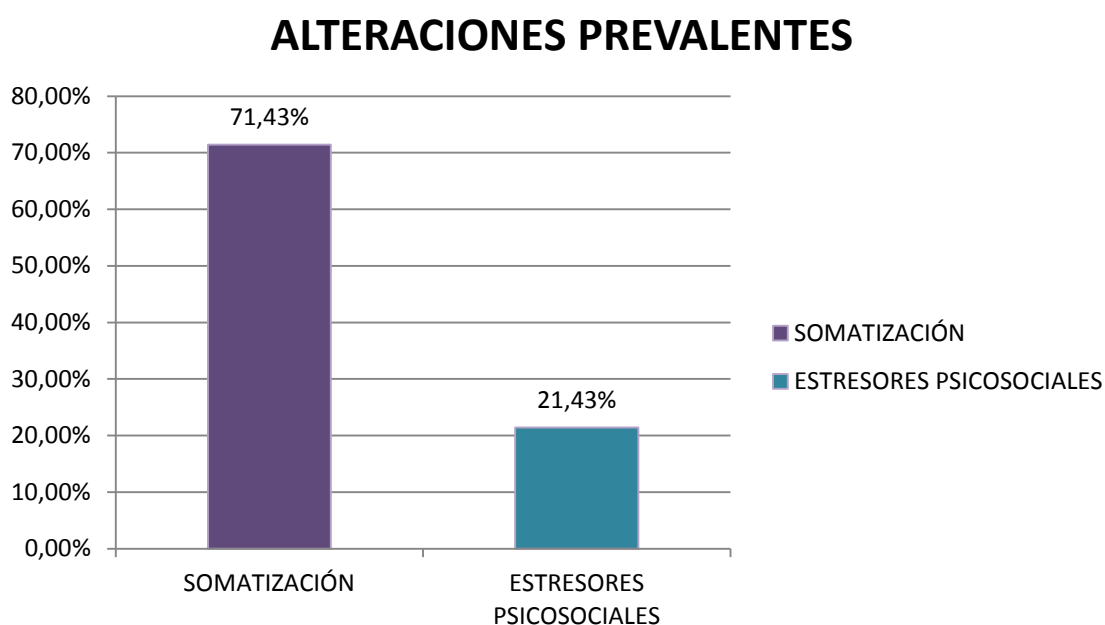


Como se puede ver en la **figura 4** de hombres de 12 a 16 años que comprende una muestra 20 participantes, el 85,00% muestran alteración grave en el ítem de quejas somáticas. El indicador comportamental esquizoide corresponde al 55%, en tanto que los ítems incomunicación y delincuencia manifiestan un porcentaje del 15%. El 40% de los participantes muestran alteración en el ítem inmadurez. El indicador obsesión-compulsión y retraimiento-hostilidad están presentes en un 20% de la muestra. El indicador de hiperactividad únicamente corresponde al 5%.

ESTADISTICA DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DICA-IV:

Figura 5

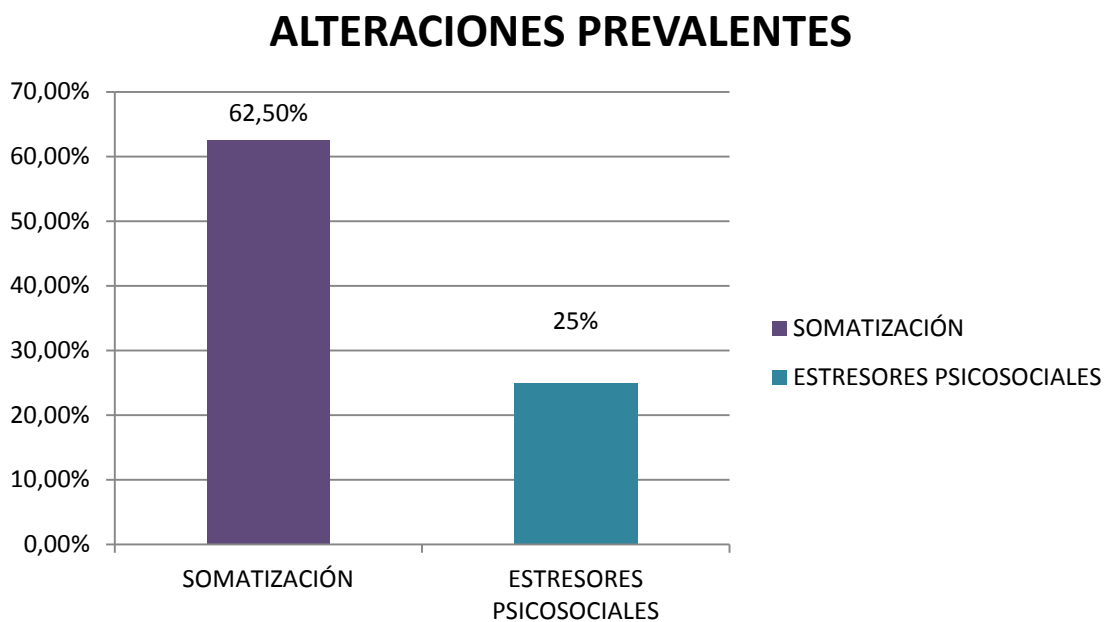
MUJERES DE 6 A 11 AÑOS



En la siguiente figura se puede observar que en la muestra de 14 mujeres de 6 a 11 años, se encuentra que: 71,43% presenta somatización, y el 21,43% dificultades debido a estresores psicosociales.

Figura 6

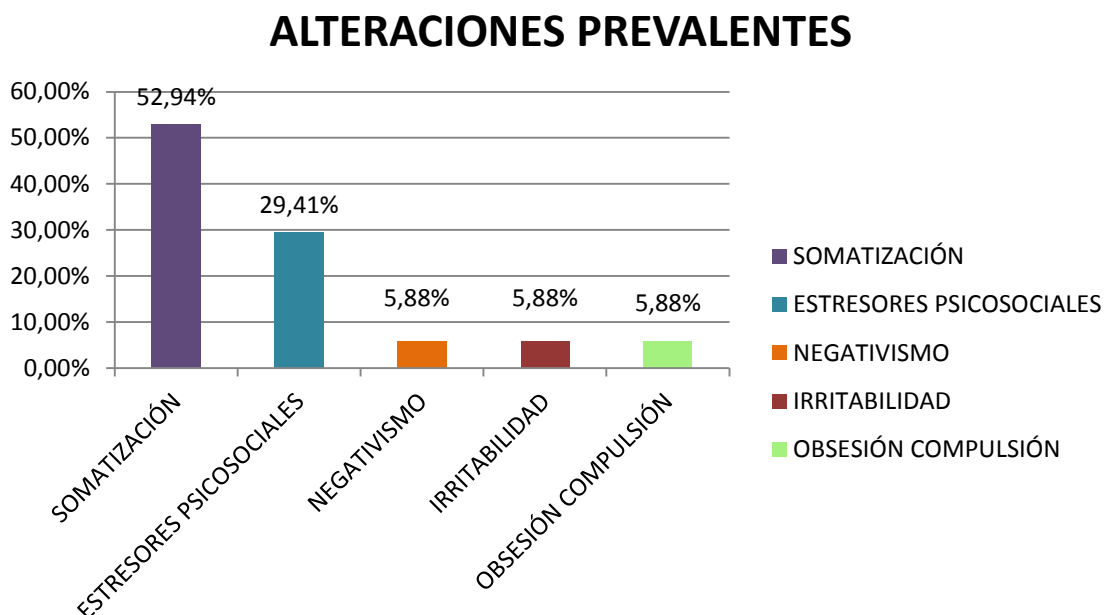
MUJERES DE 12 A 16 AÑOS



En la siguiente figura se puede observar que en la muestra de 16 mujeres de 12 a 16 años, se aprecia que: 62,50% presenta somatización, y el 25% dificultades debido a estresores psicosociales.

Figura 7

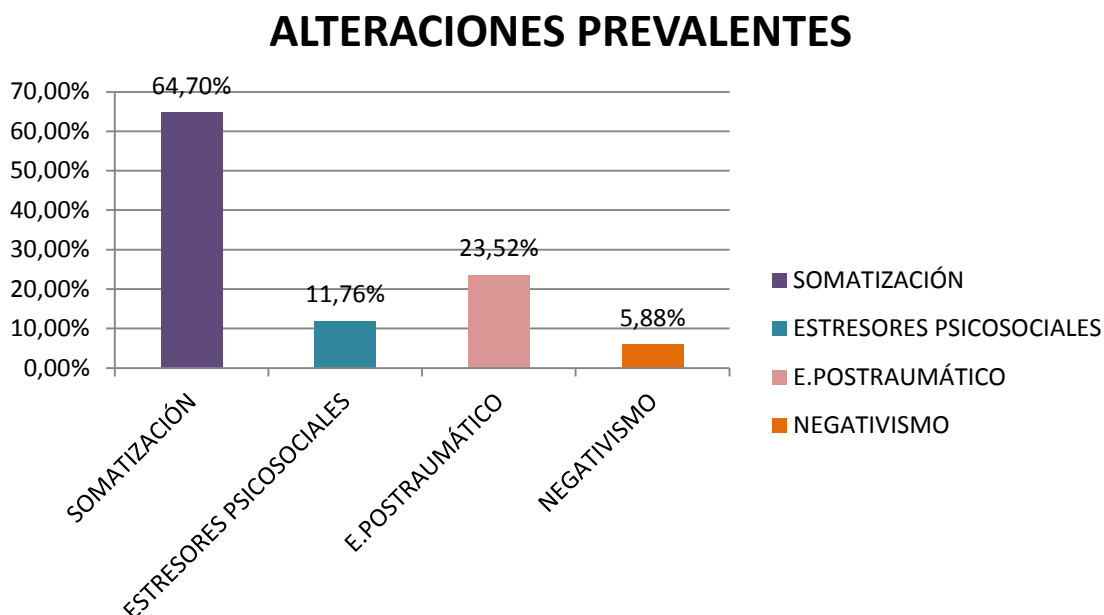
HOMBRES DE 6 A 11 AÑOS



En la siguiente figura se puede observar que en la muestra de 17 hombres de 6 a 11 años, se aprecia que: 52,94% presenta somatización, el 29,41% dificultades debido a estresores psicosociales, por su parte un 5,88% presentan negativismo, irritabilidad y obsesión compulsión respectivamente.

Figura 8

HOMBRES DE 12 A 16 AÑOS



En la siguiente figura se puede observar que en la muestra de 17 hombres de 12 a 16 años, se encuentra que: 64,70% presenta somatización, el 11,76% dificultades debido a estresores psicosociales, por su parte un 23,52% muestra algunas características de estrés postraumático, y finalmente un 5,88% particularidades de negativismo.

3.5 CONCLUSIONES

La violencia intrafamiliar produce una serie de secuelas que aquejan la vida de los niños, siendo testigos o recibiendo ultrajes pasan la mayor parte de sus días atravesando dificultades que no les permiten llevar una vida normal ni disfrutar de una de las etapas más importantes de la vida como es la niñez. Ésta problemática ha resultado difícil de solucionar ya que por lo general existe falta de colaboración de los padres, quiénes en su mayoría no confiesan la realidad que viven en sus hogares, otra dificultad es la diversidad de consecuencias en los niños ya que cada uno tiene una intervención terapéutica específica.

Después de aplicar los reactivos psicológicos, los resultados confirmaron lo observado durante la experiencia vivida en la institución, es decir que la mayor parte de niños, niñas y adolescentes presentan un sinnúmero de problemáticas que interfieren en sus actividades diarias y en especial en su desempeño académico, un aspecto relevante fue el hecho de que tanto las madres de familia como los menores de edad expresaron abiertamente cada una de las dificultades y reconocieron que en muchas ocasiones interfieren en su desarrollo y adaptación psicosocial. El proceso fue llevado a cabo de manera sencilla y esto se evidencia en los resultados obtenidos.

Los resultados del cuestionario CBCL indicaron que: En el grupo de mujeres de 6 a 11 años, el 86,67% manifiesta quejas somáticas, el 13,33% mostraron agresividad y comportamiento ansioso depresivo respectivamente. Por su parte en el grupo de mujeres de 12 a 16 años se evidencia que el 87,58% manifiesta quejas somáticas, y un 18,75% muestra comportamiento ansioso/depresivo. En lo referente al grupo de hombres de 6 a 11 años, se puede observar que los indicadores más prominentes son quejas somáticas en un 84,21%, comportamiento esquizoide-ansioso en un 68,42% y obsesión compulsión en un 36,84%. Finalmente el grupo de hombres de 12 a 16 años, los indicadores más altos son quejas somáticas en un 85%, comportamiento esquizoide-ansioso en un 55%, y por último comportamiento inmaduro en un 40%.

En lo que compete a la entrevista DICA IV se constató que en el grupo de mujeres de 6 a 11 años el 71,43% presenta somatización, y el 21,43% dificultades debido a estresores

psicosociales. En lo que concierne al grupo de mujeres de 12 a 16 años se evidenció que el 62,50% presenta somatización, y el 25% dificultades debido a estresores psicosociales. En tanto en el grupo de hombres de 6 a 11 años se puede observar que el 52,94% presenta somatización y el 29,41% dificultades debido a estresores psicosociales. Finalmente en el grupo de hombres de 12 a 16 años se muestra que el 64,70% presenta somatización y un 23,52% muestra algunas características de estrés postraumático.

Al analizar los resultados del CBCL y de la entrevista semiestructurada DICA-IV, se puede concluir que el indicador más prevalente son las quejas somáticas tanto en hombres como en mujeres, presentándose en un 57,14% de la muestra total.

A lo largo de este trabajo se ha realizado un recuento de las múltiples teorías, investigaciones y particularidades acerca de las quejas somáticas, por lo que es posible inferir que los síntomas físicos repetitivos en niños y adolescentes remiten a una situación conflictiva por la que están atravesando y no son capaces de expresarla por algún motivo específico ya sea por su inmadurez cognitiva, por amenazas o por miedo a empeorar sus condiciones actuales.

Gracias a los resultados obtenidos se puede advertir que la presencia de síntomas somáticos que no puedan ser explicados médicamente, pueden evocar a una sospecha que el niño posiblemente está siendo testigo o víctima de violencia intrafamiliar, resultando estos datos beneficiosos para el centro donde se realizó la investigación para futuras intervenciones terapéuticas.

Es posible que la presencia de quejas somáticas en los niños sea en realidad un mecanismo doble en el cuál buscan obtener la atención así como cercanía de los padres y por otra parte evitar los actos violentos que se suscitan en el hogar ya sea contra ellos o entre los demás miembros.

Aquellos menores de edad que respondieron por sí mismos el cuestionario CBCL, es decir el formulario para niños y adolescentes mayores de 11 años, tuvieron la oportunidad de expresar individualmente cada una de las problemáticas por las que atravesaban, reportando la mayor parte de ellos un índice alto en quejas somáticas.

Los resultados finales de esta investigación han afirmado la ausencia de trastornos mentales en la muestra estudiada. A través de la experiencia vivida dentro de la institución así como las hipótesis de distintos autores, revisados en este trabajo, es posible deducir que aquellos síntomas presentes en los niños son una consecuencia ante la violencia intrafamiliar que vivencian, en especial cuando existe abuso sexual y maltrato físico.

La violencia intrafamiliar afecta el funcionamiento psicosocial, afectivo y cognitivo de los menores de edad que la vivencian, interfiere en su normal desarrollo y potencia el aprendizaje de conductas agresivas que por lo general son reproducidas en el futuro como un método efectivo para la resolución de conflictos.

Los resultados finales de esta investigación han evidenciado la prevalencia de las quejas somáticas sobre los demás indicadores comportamentales reportados por los participantes de este estudio, esta particularidad fue previamente constatada a través de la experiencia vivida en la institución por lo que sirvió como una de las motivaciones principales para realizar este trabajo. Con la obtención de estos resultados es posible aseverar que la hipótesis de este estudio ha sido comprobada.

RECOMENDACIONES:

- Socializar los resultados obtenidos en el Centro Organizativo COS 9 de Octubre perteneciente a la Fundación Salesiana PACES para que de esta manera brinden un tratamiento multidisciplinario a los niños haciendo énfasis en el aspecto psicológico para prevenir posibles trastornos en un futuro.
- Solicitar en los Centros de Salud de la ciudad campañas y atención médica constante a los niños y adolescentes de la institución, para de esta forma descartar problemas de salud y de esta forma intervenir de manera adecuada cuando se presenten síntomas físicos atendiendo a las verdaderas necesidades del niño.
- Realizar talleres y charlas de prevención de la violencia intrafamiliar a los padres e hijos de familia para de esta forma evitar la aparición de futuras problemáticas psicológicas y sociales.
- Trabajar con los padres de familia en un entrenamiento de habilidades de crianza, de comunicación, asertividad y de interacción social y supervisar los avances.
- Trabajar con los niños en habilidades sociales, control de ira, solución de problemas y control de las conductas disruptivas.
- Brindar asesoramiento legal a las madres de familia que sufren violencia intrafamiliar.
- Realizar talleres de terapia grupal con los niños y sus madres para fomentar las relaciones paterno-filiales.

REFERENCIAS

-Albores, L, Lara, C, Esperón, C, Cárdenas, JA, Pérez, AM, Villanueva, G. (2007). Validez y fiabilidad del CBCL/6-18. Incluye las escalas DSM. *Actas españolas de psiquiatría*. 393-399. Recuperado de:

http://www.imedicinas.com/pfw_files/cma/ArticulosR/ActasEspanolasPsiquiatriaMex/2008/02/1111020801090115.pdf. Accedido en: 02/02/2015.

-Alico, CD. (2006). Niños el futuro de hoy. *Universidad Nacional del Litoral*. Recuperado de:

<https://books.google.com.ec/books?id=jyLQeSqIm5EC&pg=PA331&dq=enfermedades+niños+violencia+intrafamiliar&hl=es&sa=X&ei=wxaHVKXYIc2OyAToloCwDg&ved=0CCUQ6AEwAjgK#v=onepage&q=enfermedades%20niños%20violencia%20intrafamiliar&f=false>. Accedido en: 4/12/2014.

-Aguado Gómez, A, Almoguera Cabrera, A, Anibarro Pérez, S, Comas Samper, JM, Corroto Rioja, F, Castro Mesa, C, Fernández- Valencia Escribano, A, García García, A, García Rodríguez, I, López de Castro , F, Vega Martínez Escudero, M, Méndez Cabeza, V, Orta Traverso, N, Viñas González, B, Viñas Vicente, A. (2008). Protocolo de Actuación Sanitaria en Mujeres Víctimas de Malos Tratos. *Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública y Participación*, Tercera edición. Recuperado de:

http://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/20120511/protocolo_victimas_violencia_genero_2008.pdf. Accedido en: 12/06/2014.

-Aguirre Pérez, N. (2005). Proyecto de Reforma al Artículo 13 de la Ley Contra la Violencia a la Mujer y la Familia. Instituto de Altos Estudios Nacionales. Recuperado de: <http://repositorio.iaen.edu.ec/bitstream/24000/330/1/IAEN-020-2005.pdf>. Accedido en: 20/07/2014.

-Aiken, LR. (2003). Tests psicológicos y evaluación. *Pearson Educación*. Recuperado de: <https://books.google.com.ec/books?id=2LvyL8JEDmQC&pg=PA372&lpg=PA372&dq=TRF+CBCL&source=bl&ots=zCeSH5bfZC&sig=J8SeFI7-K5rYgSCGcxY5OyDGWtA&hl=es&sa=X&ei=UlADVcb9DYHmsATQ14GwAQ&ved=0CDMQ6AEwAzgK#v=onepage&q=TRF%20CBCL&f=false>. Accedido en: 12/03/2015.

-Anastopoulos, AD, Shelton, TL. (2002). Assessing Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Kluwer Academic Publishers*. Recuperado de:
https://books.google.com.ec/books?id=fl8KBwAAQBAJ&pg=PA76&lpg=PA76&dq=DICA+IV+DICA+R&source=bl&ots=H8ow9w-m4c&sig=Sx723ttChMNsE_3HnPi3cnIRUC8&hl=es&sa=X&ei=PdEBVaO-EuLLIsATK5YHgCw&ved=0CFoQ6AEwCQ#v=onepage&q=DICA%20IV%20DICA%20R&f=false. Accedido en: 12/03/2015.

-Arcos, E, Uarac, M, Molina, I. (2003). Impacto de la Violencia Doméstica en la Salud Infantil. *Revista Médica Chile*. 131, 1454-1462. Recuperado de:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003001200014&script=sci_arttext.
Accedido: 06/06/2014.

- Asociación española de psiquiatría del niño y del adolescente (AEPNYA). (2008). Trastornos psicossomáticos en la infancia y la adolescencia. *Protocolos*. 134-141. Recuperado de: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/psicosomatica.pdf>.
Accedido en: 10/08/2014.

-Asociación Psiquiátrica Americana (APA). (1994). Manual de Diagnóstico Estadístico DSM IV.

-Ayala, H, Pedroza F, Morales, S, Chaparro, A, Barragán, N. (2002). Factores de riesgo, factores protectores y generalización del comportamiento agresivo en una muestra de niños en edad escolar. *Salud Mental*.25, 27-40. Recuperado de:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2002/sam023d.pdf>. Accedido en: 3/02/2015.

-Barrera, D, Restrepo, C, Labrador, C, Niño G, Diaz, D, Restrepo, D, Lamus, F, López de Mesa, C, Mancera, B. (2006). Detonantes y antídotos de las conductas agresivas en niños en edad escolar. *Persona y Bioética*.2, 99-107. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v10n2/v10n2a06.pdf>. Accedido en: 8/02/2015.

-Bordin, I, Rocha, M, Paula, C, Teixeira, MC, Achenbach, T, Rescorla, L, Silveiras, E. (2013). Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self Report (YSR) and Teacher's Report

Form (TRF): an overview of the development of the original and Brazilian versions. *Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 29, 13-28. Recuperado de:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n1/04.pdf>. Accedido en: 03/03/2015.

-Buvinic, M, Morrison, A, Shifter, M. (1999). La violencia en América Latina y el Caribe: Un Marco de Referencia para la acción. *Too close to me*. Recuperado de:
<http://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/5269/La%20Violencia%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe%3A%20Un%20Marco%20de%20Referencia%20para%20la%20Acci%C3%B3n%20.pdf?sequence=1>. Accedido en: 29/07/2014.

-Cagigal, V, Prieto, M. (2006). Problemas emocionales y de conducta en hermanos de menores con diagnóstico de trastorno mental. *Clínica y salud*. 51-68. Recuperado de:
<http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v17n1/v17n1a03.pdf>. Accedido en: 02/02/2015.

-Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2008). Violencia Juvenil y Familiar en América Latina: agenda social y enfoques desde la inclusión. *Panorama social de América Latina*, Capítulo IV. Recuperado de:
http://www.cepal.org/publicaciones/xml/2/34732/pse2008_cap4_agendasocial.pdf. Accedido en: 19/09/2014.

-Consejo Estatal para la Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar (CEPAVI) (2001). *Compilado Teórico sobre Violencia Intrafamiliar*. Jalisco, México. Recuperado de:
https://d3gqux9sl0z33u.cloudfront.net/AA/AT/gambillingonjustice-com/downloads/216153/compilado_violencia.pdf. Accedido en 20/Septiembre/2014.

-Cornejo, JW, Osío, O, Sánchez, Y, Carrizosa, J, Sánchez, G, Grisales, H, Castillo-Parra, H, Holguín, J. (2005). *Revista neurológica*. 40: 716-722. Recuperado de:
http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadNacionalSaludPublica/Diseno/archivos/Tab1/Tab/2005_Prevalencia%20del%20trastorno%20por%20d%C3%A9ficit%20de%20atenci%C3%B3n-hiperactividad.pdf. Accedido en: 09/02/2015.

-Cruz, R, Noroño, NV, Fernández, O, Cadalso, R. (2002). Intervención educativa para la disminución de la agresividad en la conducta infantil. *Revista cubana de pediatría*. 189-194.

Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v74n3/ped013202.pdf>. Accedido en: 12/02/2015.

-Cruz, M, Quintero, JA, Fong, E. (2002). Aplicación de la terapia floral de Bach en niños con manifestaciones de temor y ansiedad. *Medisan*, 6: 12-17. Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol16_2_02/san03202.pdf. Accedido en: 26/02/2015.

-Díez, A, Figueroa, A, Soutullo, E. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato. *Revista pediátrica atención primaria*.135-155. Recuperado de: http://fundacioncadah.org/j289eghfd7511986_uploads/20120608_UXqXXvx3UESmezaeJHTH_0.pdf. Accedido en: 9/02/2015.

- Echeburúa, E, Del Corral, P. (1999). Programas de intervención para la violencia familiar. *Instituto Andaluz Interuniversitario de Criminología*. Recuperado de: <http://www.boletincriminologico.uma.es/boletines/40.pdf>. Accedido en: 13/01/2014.

-Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2007).El maltrato deja huella. *Manual para la detección y orientación de la violencia intrafamiliar*. Recuperado de: http://www.unicef.cl/unicef/public/archivos_documento/377/El%20Maltrato%20Deja%20Huella%20web.pdf. Accedido en: 16/01/2014.

-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*. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v13n1/01.pdf>. Accedido en: 04/11/2013.

-Frías Armenta, M, Rodriguez, I., Gaxiola Romero, J. (2003). Efectos Conductuales y Sociales de la Violencia Intrafamiliar en Niños Mexicanos. *Revista de Psicología Et Lux In Tenebris Lucet*, 21. Recuperado de: http://www.lareferencia.info/vufind/Record/PE_0678eb683a696c2d5185d3cb84af1c49/Detaails. Accedido en: 07/01/2014.

-Gallego Henao, AM. (2011). La agresividad infantil: una propuesta de intervención y prevención pedagógica desde la escuela. *Revista virtual Universidad Católica del Norte*.33,

1-20. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1942/194218961016.pdf>. Accedido en: 5/02/2015.

-García, M. (2006). Síndromes somatomorfos en pediatría. *Revista peruana de pediatría*. Recuperado de: http://www.pediatraperu.org/files/revista/v59_n1_2006/a08.pdf. Accedido en: 20/11/2014.

-González Méndez, R, Santana Hernández, JD. (2001). La violencia en parejas jóvenes. *Psicothema, revista anual de psicología*, 13, 127-131. Recuperado de: <http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/7856/7720>. Accedido en: 28/12/2014.

-González Menéndez, R. (2004). Los efectos placebo de la relación médico-paciente. *Revista cubana medicina general integral*. Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_5-6_04/mgi165_604.htm. Accedido en: 20/02/2015.

-Herrera-Basto, E. (2013). Indicadores para la detección de maltrato en niños. *Scielo Public Health*. Recuperado de www.scielo.org. Accedido en: 06/11/2013.

-Hofflich, S, Hughes, A, Kendall, P. (2006). Somatic complaints and childhood anxiety disorders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 229-242. Recuperado de: http://www.redalyc.org/pdf/337/33760201.pdf?origin=publication_detail. Accedido en: 24/01/2015.

-Jadue, G. (2001). Algunos efectos de la ansiedad en el rendimiento escolar. *Estudios pedagógicos*, 27, 111-118. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=173513844008>. Accedido en: 07/12/2014.

-Lacalle, M. (2009). Escalas DSM del CBCL y YSR en niños y adolescentes que acuden a consulta en servicios de salud mental. *Universitat Autònoma de Barcelona*. 1-148. Recuperado de: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5475/mls1de1.pdf?sequence=1>. Accedido en: 02/02/2015.

-Lacalle, M, Doménech, J, Granero, R, Ezpeleta, L. (2014). Validity of the DSM-Oriented Scales of the Child Behavior Checklist and Youth Self Report. *Psicothema*, 3, 364-371.

Recuperado de:
[https://docs.google.com/viewer?url=http%3A//www.redalyc.org/pdf/727/72731656014.pdf](https://docs.google.com/viewer?url=http%3A//www.redalyc.org/pdf/727/72731656014.pdf&chrome=true)
&chrome=true. Accedido en: 12/03/2015.

-Loinaz, I, Echeburúa, E. (2010). Necesidades terapéuticas en agresores de pareja según su perfil diferencial. *Clínica Contemporánea*, 85-95. Recuperado de:
<http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2010v1n2a2.pdf>. Accedido en: 13/01/2014.

-Loredo-Abdalá, A. (2001). La violencia ¿Un problema que se hereda o se aprende?. *Gaceta Médica de México*, 138. Recuperado de:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2002/gm022e.pdf>. Accedido en: 10/08/2014.
Accedido en: 12/05/2014.

-López Soler, C, Alcántara, M.V, Fernández, V, Castro, M, López Pina, J.A. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behavior Checklist). *Anales de psicología*, 26, 325-334. Recuperado de:
<http://revistas.um.es/analesps/article/view/109301/103931>. Accedido en: 13/04/2014.

-López Soler, C, Castro, M, Alcántara, M, Fernández, V, López, J. (2009). Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema*. 21, 353-358. Recuperado de:
<http://www.uniovi.es/reunido/index.php/PST/article/view/8763/8627>. Accedido en: 2/03/2015.

-Maira, G. (1999). La violencia intrafamiliar: experiencia ecuatoriana en la formulación de políticas de atención en el sector de la salud. *Scielo Public Health*. Recuperado de:
http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v5n4-5/5n4tm332.pdf?origin=publication_detail. Accedido en: 05/11/2014.

-Mardomingo, MJ. (2001). Características clínicas de los trastornos de ansiedad. *Revista pediátrica de atención primaria*. Recuperado de: <http://www.pap.es/files/1116-159-pdf/163.pdf>. Accedido en: 03/05/2014.

- Martínez, J. (1993). Terapia de grupo en abuso sexual infantil. Recuperado de: <http://www.intervencionencrisis.cl/>. Accedido en: 14/01/2014.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2009). Normas y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida. Primera edición, Ecuador. Recuperado de: <http://nadienuncamas.educacion.gob.ec/images/descargas/9.Normas-y-protocolos-de-atencion-integral-de-violencia-de-genero-intrafamiliar-y-sexual-del-Ministerio-de-Salud.pdf>. Accedido en: 05/11/2014.
- Montero Gómez, A. (2001). Síndrome de adaptación paradójica a la violencia doméstica. *Clínica y Salud*, 12, 371- 397. Recuperado de: <http://bscw.rediris.es/pub/bscw.cgi/d618706/S%C3%8DNDROME%20DE%20ADAPTACI%C3%93N%20PARAD%20JICA%20A%20LA%20VIOLENCIA%20DOM%20ESTICA:%20Una%20propuesta%20te%C3%B3rica.pdf> . Accedido en: 28/07/2014.
- Morales, JM, Costa, M. (2001). La prevención de la violencia en la infancia y la adolescencia. Una aproximación conceptual integral. *Intervención Psicosocial*, 10, 221-239. Recuperado de: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/76940.pdf>. Accedido en: 12/01/2014.
- Olaya, B, Tarragona, MJ, De la Osa, N, Ezpeleta, N. (2008). Protocolo de Evaluación de Niños y Adolescentes Víctimas de la Violencia Doméstica. *Papeles del psicólogo*, 29, 123-135. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1544.pdf>. Accedido en: 17/09/2014.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1996). Clasificación Multiaxial de los Trastornos Psiquiátricos en niños y adolescentes (CIE-10).
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). Informe mundial sobre la salud y la violencia. Ginebra, Naciones Unidas. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67411/1/a77102_spa.pdf . Accedido en: 24/09/2014.

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2002) Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, DC: OPS. Recuperado de:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67411/1/a77102_spa.pdf. Accedido en: 04/11/2013.
- Patró Hernández, R, Limiñana Gras, R. (2005). Víctimas de violencia intrafamiliar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales de psicología*, 21, 11-17. Recuperado de: http://www.um.es/analesps/v21/v21_1/02-21_1.pdf. Accedido en: 12/04/2014.
- Parrado, FA. (2008). Ansiedad (aspectos conceptuales) y trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. *Universitat Autònoma de Barcelona*. Recuperado de:
http://paidopsiquiatria.cat/files/Trastornos_Ansiedad_0.pdf. Accedido en: 25/01/2014.
- Pedreira Massa, JL. (2003). La infancia en la familia con violencia: Factores de riesgo y contenidos psicopatológicos. *Psiquiatría.com*. Recuperado de:
<http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/338/321>. Accedido en: 03/05/2014.
- Pedreira, JL, Palanca, I, Sardinero, E, Martin, L. (2001). Los trastornos psicósomáticos en la infancia y adolescencia. *Revista de psiquiatría y psicología del niño y adolescencia*. 1:26-51. Recuperado de:
<http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/404/387>. Accedido en: 12/07/2014.
- Polaino-Lorente. (1988). Las depresiones infantiles. *Morata S.A*. Recuperado de:
<https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=YxCXh5ZvTksC&oi=fnd&pg=PA372&dq=el+child+behavior+checklist&ots=uG8VeT0eTu&sig=2z0LmIP3C2qmzgQy7uEyeWPNIKg#v=onepage&q=el%20child%20behavior%20checklist&f=false>. Accedido en: 02/03/2015.
- Rojas, JD. (2002). Violencia doméstica y medidas cautelares. *Scielo Public Health*. Recuperado de www.scielo.org. Accedido en: 25/10/2014.

-Royal College of Psychiatrists. (2009). La violencia doméstica y sus efectos en los niños. Belgrave Square, London SW1X. Recuperado de: <http://www.sepsiq.org/>. Accedido en: 04/11/2013.

-Sagot, M, Carcedo, A. (2000). Ruta Crítica de las Mujeres Afectadas por la Violencia Intrafamiliar en América Latina (Estudios de Caso de Diez Países). Organización Panamericana de la Salud/ Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Recuperado de: http://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=gllnaZq_nQYC&oi=fnd&pg=PT6&dq=organizaciones+violencia+intrafamiliar+o+domestica&ots=9FG6LCU0iQ&sig=Q_sSN2uXiowLnh15E0a7jkTnb9w&redir_esc=y#v=onepage&q=organizaciones%20violencia%20intrafamiliar%20o%20domestica&f=false. Accedido en: 03/11/2014.

-Samaniego, V. (2008). El Child Behavior Checklist: su estandarización en población urbana argentina. *Revista de psicología UCA*, 4. Recuperado de: http://www.researchgate.net/publication/258170408_El_Child_Behavior_Checklist_su_estandarizacin_en_poblacin_urbana_argentina. Accedido en: 03/03/2015.

-Sánchez P, Rodríguez, A. (2012). Trastornos psicosomáticos. *Pediatría Integral*.9, 700-706. Recuperado de: <http://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2012/xvi09/04/700-706%20Psicosom.pdf>. Accedido en: 24/01/2015.

-Sauceda- García, JM. (2002). La salud mental y la violencia familiar dirigida al menor. *Gaceta Médica de México*. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2002/gm022e.pdf>. Accedido en: 07/06/2014.

-Seifert, K. (2012). Violencia en el hogar perjudica a todos los miembros de la familia. *Revista Psychology Today*. Recuperado de: www.psychologytoday.com. Accedido en: 04/11/2013.

-Serna Cruz, LF. (2013). ¿Cómo afecta en los niños de 3 a 6 años de edad, el maltrato físico, emocional o mental?. *Revista Psychology Today*. Recuperado de: www.psychologytoday.com. Accedido en: 04/11/2013.

- Serra, R. (2012). Síntomas somáticos funcionales, psicopatología y variables asociadas: un análisis en diferentes poblaciones pediátricas. *Universitat Autònoma de Barcelona*. Recuperado de: 27/01/2015.
- Ulloa, F. (1996). Violencia familiar y su impacto sobre el niño. *Revista Chilena Pediatría*, 67, 183-187. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v67n4/art06.pdf>. Accedido en: 06/11/2013.
- Valdez Santiago, R, Sanín Aguirre, LH. (1996). La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. Recuperado de: <http://tad.org.mx/wp-content/uploads/2013/12/La-violencia-domestica-durante-el-embarazo-y-su-relaci%C3%B3n-con-el-bajo-peso-al-nacer..pdf>. Accedido en 26/11/2014.
- Vázquez, J, Cárdenas, EM, Fera, M, Benjet, C, Palacios, L, De la Peña, F. (2010). Guía clínica para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Instituto nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente*. Recuperado de: http://www.centropsicologicomca.es/articulos/guia_tdah.pdf. Accedido en: 10/02/2015.
- Velasco, S, Ruiz, MT, Álvarez-Dardet, C. (2006). Modelos de atención a los síntomas somáticos si causa orgánica. De los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres. *Scielo Public Health*.80, 317-333. Recuperado de: <http://www.scielo.org/pdf/resp/v80n4/04colaboracion.pdf>. Accedido en: 28/01/2015.
- Venguer, T, Fawcett, G, Vernon, R, Vick S. (1998). Violencia doméstica: un marco conceptual para la capacitación del personal de salud. *Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, A.C. (IMIFAP)*. Recuperado de: <http://bscw.rediris.es/pub/bscw.cgi/d426924/Violencia%20dom%C3%A9stica:%20un%20marco%20conceptual%20para%20la%20capacitaci%C3%B3n%20del%20personal%20de%20salud.pdf> .Accedido en: 29/06/2014.
- Vidal, CR, Vilaltella, JT. (2008). Los trastornos somatomorfos. *Universitat Autònoma de Barcelona*. Recuperado de:

http://www.paidopsiquiatria.cat/archivos/trastornos_somatomorfos_0_07-09_m2.pdf.

Accedido en: 11/01/2015.

-Zarza Martín, B. (2011). Los menores ante la violencia doméstica. *Universidad de Salamanca*. Recuperado de:

http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/99538/1/TFM_EstudiosInterdisciplinariosGenero_ZarzaMartin_B.pdf. Accedido en: 03/09/2014.

-Whaley Sánchez, JA. (2003). Causas biológicas, psicológicas, comunicacionales e interaccionales. Recuperado de: <https://books.google.com.ec>. Accedido en: 15/01/2014.

ANEXOS

ANEXO #1

A continuación hay una lista de frases que describen a los (las) niños(as) y jóvenes. Para cada frase que describa cómo es su hijo(a) ahora o durante los últimos seis meses haga un círculo en el número 2 si la frase describe a su hijo(a) muy a menudo. Haga un círculo en el número 1 si la frase describe a su hijo(a) en cierta manera o algunas veces. Haga un círculo en el 0 si la descripción con respecto a su hijo(a) no es cierta. Por favor conteste todas las frases de la mejor manera posible inclusive si algunas de ellas parecen no describir a su hijo(a). Por favor escriba en letra de molde. Asegúrese que contestó todas las preguntas.

0 = No es cierto (que sepa usted) 1 = En cierta manera, algunas veces 2 = Muy cierto o cierto a menudo.

0 1 2 1. Actúa como si fuera mucho menor que su edad
0 1 2 2. Toma bebidas alcohólicas sin permiso de los padres (describa): _____

- 0 1 2 3. Discute mucho
0 1 2 4. Deja sin terminar lo que él/ella empieza
0 1 2 5. Disfruta de muy pocas cosas
0 1 2 6. Se ensucia encima o en otro lugar fuera del inodoro
0 1 2 7. Es engreído, se las echa
0 1 2 8. No puede concentrarse o prestar atención por mucho tiempo
0 1 2 9. Obsesiones, que quiere decir que no puede sacarse de la mente ciertos pensamientos (describa): _____
0 1 2 10. No puede quedarse quieto(a); es inquieto(a) o hiperactivo(a)
0 1 2 11. Es demasiado dependiente o apegado(a) a los adultos
0 1 2 12. Se queja de que se siente solo(a)
0 1 2 13. Está confundido(a) o parece como si estuviera en las nubes
0 1 2 14. Lloro mucho
0 1 2 15. Es cruel con los animales
0 1 2 16. Es cruel, abusivo (o abusador), y malo con los demás
0 1 2 17. Sueña despierto(a); se pierde en sus propios pensamientos
0 1 2 18. Se hace daño a sí mismo(a) deliberadamente o ha intentado suicidarse
0 1 2 19. Exige mucha atención
0 1 2 20. Destruye sus propias cosas
0 1 2 21. Destruye las pertenencias de sus familiares o de otras personas
0 1 2 22. Desobedece en casa
0 1 2 23. Desobedece en la escuela
0 1 2 24. No come bien
0 1 2 25. No se lleva bien con otros niños(as)/jóvenes
0 1 2 26. No parece sentirse culpable después de portarse mal
0 1 2 27. Se pone celoso(a) fácilmente
0 1 2 28. Rompe las reglas en casa, en la escuela, o en otro lugar
0 1 2 29. Tiene miedo de ciertas situaciones, animales o lugares (no incluya la escuela) (describa): _____
0 1 2 30. Le da miedo ir a la escuela

- 0 1 2 31. Tiene miedo de que pueda pensar o hacer algo malo
0 1 2 32. Se siente como que tiene que ser perfecto
0 1 2 33. Se siente como que nadie lo/la quiere o se queja de que nadie lo/la quiere
0 1 2 34. Se siente como que los demás lo/la quieren perjudicar
0 1 2 35. Se siente inferior o cree que no vale nada
0 1 2 36. Se lastima accidentalmente con mucha frecuencia, propenso a accidentes
0 1 2 37. Se mete mucho en peleas
0 1 2 38. Los demás se burlan de él/ella a menudo
0 1 2 39. Se junta con niños(as)/jóvenes que se meten en problemas
0 1 2 40. Oye sonidos o voces que no existen (describa): _____
0 1 2 41. Impulsivo; actúa sin pensar
0 1 2 42. Prefiere más estar solo que con otras personas
0 1 2 43. Dice mentiras o hace trampas
0 1 2 44. Se muerde las uñas
0 1 2 45. Nervioso(a), tenso(a)
0 1 2 46. Movimientos involuntarios o tics (describa): _____
0 1 2 47. Pesadillas
0 1 2 48. No les cae bien a otros niños(as)/jóvenes
0 1 2 49. Padece de estreñimiento
0 1 2 50. Demasiado ansioso(a) o miedoso(a)
0 1 2 51. Se siente mareado(a)
0 1 2 52. Se siente demasiado culpable
0 1 2 53. Come demasiado
0 1 2 54. Se siente demasiado cansado sin razón para estarlo
0 1 2 55. Está sobrepeso
56. Problemas físicos sin causa médica:
0 1 2 a. Dolores o molestias (sin que sean del estómago o dolores de cabeza)
0 1 2 b. Dolores de cabeza
0 1 2 c. Náuseas, ganas de vomitar
0 1 2 d. Problemas con los ojos (si no usa lentes) (describa): _____
0 1 2 e. Salpullido o irritación en la piel
0 1 2 f. Dolores de estómago
0 1 2 g. Vómitos
0 1 2 h. Otros (describa): _____

Por favor escriba en letra de molde. Asegúrese que contestó todas las preguntas.
 0 = No es cierto (que sepa usted) 1 = En cierta manera, algunas veces 2 = Muy cierto o cierto a menudo

0 1 2 57. Ataca a la gente físicamente
 0 1 2 58. Mete el dedo en la nariz, se araña la piel u otras partes del cuerpo (describa): _____

0 1 2 59. Juega con sus partes sexuales en público
 0 1 2 60. Juega demasiado con sus partes sexuales
 0 1 2 61. Trabajo deficiente en la escuela
 0 1 2 62. Mala coordinación o torpeza
 0 1 2 63. Prefiere estar con niños(as)/jóvenes mayores que él/ella
 0 1 2 64. Prefiere estar con niños(as)/jóvenes menores que él/ella
 0 1 2 65. Se refusa a hablar
 0 1 2 66. Repite ciertas acciones una y otra vez, compulsiones (describa): _____

0 1 2 67. Se fuga de la casa
 0 1 2 68. Grita mucho
 0 1 2 69. Reservado(a); se calla todo
 0 1 2 70. Ve cosas que no existen (describa): _____

0 1 2 71. Cohibido(a) o se avergüenza con facilidad
 0 1 2 72. Prende fuegos
 0 1 2 73. Problemas sexuales (describa): _____

0 1 2 74. Le gusta llamar la atención o hacerse el/la gracioso(a)
 0 1 2 75. Demasiado tímido(a)
 0 1 2 76. Duermes menos que la mayoría de los/las niños(as)/jóvenes
 0 1 2 77. Duermes más que la mayoría de los/las niños(as)/jóvenes durante el día y/o la noche (describa): _____

0 1 2 78. No presta atención o se distrae fácilmente
 0 1 2 79. Problemas con el habla (describa): _____

0 1 2 80. Se queda fijo(a) mirando el vacío
 0 1 2 81. Roba en casa
 0 1 2 82. Roba fuera de casa
 0 1 2 83. Almacena demasiadas cosas que no necesita (describa): _____

0 1 2 84. Comportamiento raro (describa): _____

0 1 2 85. Ideas raras (describa): _____

0 1 2 86. Obstinado(a), malhumorado(a), irritable
 0 1 2 87. Súbitos cambios de humor o sentimientos
 0 1 2 88. Pone mala cara
 0 1 2 89. Desconfiado(a), receloso(a)
 0 1 2 90. Dice groserías, usa lenguaje obsceno
 0 1 2 91. Habla de querer matarse
 0 1 2 92. Habla o camina cuando está dormido(a) (describa): _____

0 1 2 93. Habla demasiado
 0 1 2 94. Se burla mucho de los demás
 0 1 2 95. Le dan rabietas o tiene mal genio
 0 1 2 96. Piensa demasiado sobre temas sexuales
 0 1 2 97. Amenaza a otros
 0 1 2 98. Se chupa el dedo
 0 1 2 99. Fuma, masca o inhala tabaco
 0 1 2 100. No duerme bien (describa): _____

0 1 2 101. Falta a la escuela sin motivo
 0 1 2 102. Poco activo(a), lento(a), o le falta energía
 0 1 2 103. Infeliz, triste, o deprimido(a)
 0 1 2 104. Más ruidoso(a) de lo común
 0 1 2 105. Usa drogas sin motivo médico (no incluya alcohol o tabaco) (describa): _____

0 1 2 106. Comete actos de vandalismo, como romper ventanas u otras cosas
 0 1 2 107. Se orina en la ropa durante el día
 0 1 2 108. Se orina en la cama
 0 1 2 109. Se queja mucho
 0 1 2 110. Desea ser del sexo opuesto
 0 1 2 111. Se aísla, no se relaciona con los demás
 0 1 2 112. Se preocupa mucho
 113. Por favor anote cualquier otro problema que su niño(a) tenga y que no está incluido en esta lista

0 1 2 _____
 0 1 2 _____
 0 1 2 _____

ANEXO #2

SALUD MENTAL DE LOS ADOLESCENTES ASTURIANOS

Y. S. R.¹ (11-19 años)

Edad:	Sexo: ☐ Varón ☐ Mujer	Curso:	Nombre:
Fecha de hoy:		Profesión del padre:	
Fecha de nacimiento:		Profesión de la madre:	

I. Por favor, enumera los deportes en los que te gusta más participar. (Por ejemplo, natación, baloncesto, fútbol, pesca, patinaje, monopatín, etc.).	Comparándote con los de tu edad, ¿cuánto tiempo le dedicas a cada uno, aproximadamente?	Comparándote con los de tu edad, ¿qué tal lo haces en cada uno de ellos?
☐ Ninguno	Menos que el promedio Promedio Más que el promedio	Por debajo del promedio Promedio Por encima del promedio
a. _____	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐
b. _____	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐
c. _____	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐
II. Por favor, enumera tus aficiones, actividades y juegos favoritos, aparte de los deportes. (Por ejemplo, postales, libros, piano, artesanías, etc.). No incluyas la televisión.	Comparándote con los de tu edad, ¿cuánto tiempo le dedicas a cada uno, aproximadamente?	Comparándote con los de tu edad, ¿qué tal lo haces en cada uno de ellos?
☐ Ninguno	Menos que el promedio Promedio Más que el promedio	Por debajo del promedio Promedio Por encima del promedio
a. _____	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐
b. _____	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐
c. _____	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐
III. Por favor, enumera cualquier tipo de organizaciones, clubs, equipos o grupos a los que pertenezcas.	Comparándote con los de tu edad, ¿cómo te consideras de activo en cada uno de ellos?	
☐ Ninguno	Menos activo Promedio Más activo	
a. _____	☐ ☐ ☐	
b. _____	☐ ☐ ☐	
c. _____	☐ ☐ ☐	

¹ Youth Self Report. © Copyright T.M. Achenbach. Reproduced by permission. Adaptación experimental de S. Lomas, Universidad de Oviedo

IV. Por favor, enumera cualquier tipo de trabajos o tareas que realices. (Por ejemplo, cuidar niños, repartidor, asistencia, etc.).

Comparaéndote con los de tu edad. ¿qué tal acompañas cada uno de esos trabajos?

☐ Ninguno

Menos que el promedio Promedio Más que el promedio

a. _____
b. _____
c. _____

☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐

V. 1. ¿Cuántos amigos íntimos tienes, aproximadamente? ☐ Ninguno ☐ 1 ☐ 2 ó 3 ☐ 4 ó más
2. ¿Cuántas veces a la semana realizas actividades con ellos? ☐ Menos de 1 ☐ 1 ó 2 ☐ 3 ó más

VI. Comparaéndote con los de tu edad, ¿qué tal eres tú en lo siguiente?

Peor Igual Mejor

a. En la relación con tus hermanos
b. En la relación con los otros chicos
c. En la relación con tus padres
d. En valorar por ti mismo

☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐

VII. Funcionamiento escolar actual

☐ No voy al colegio

Suspende Peor que el promedio Promedio Mejor que el promedio

a. Lengua
b. Matemáticas
Otras materias: c. _____
d. _____
e. _____
f. _____
g. _____

☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐

Por favor, describe cualquier tipo de dificultades o problemas que tengas con los estudios:

SALUD MENTAL DE LOS ADOLESCENTES ASTURIANOS

VIII. A continuación se enumeran diversas frases que describen algunas conductas. En cada frase describe lo que a ti te pasa ahora o durante los últimos 6 meses rodeando con un círculo el 2 si lo que dice es muy cierto o te ocurre frecuentemente; el 1 si la frase es algo cierta o te sucede a veces; y el 0 si no es cierta.

0 = No es verdad 1 = Algo verdadero o verdad a medias 2 = Muy verdadero o frecuentemente es verdad

0	1	2	1.	Me comporto como si tuviera menos edad de la que tengo	0	1	2	32.	Pienso que tengo que ser perfecto
0	1	2	2.	Padezco alguna alergia (describela):	0	1	2	33.	Pienso que nadie me quiere
0	1	2	3.	Disculdo mucho	0	1	2	34.	Creo que los demás quieren fastidiarme o que vienen a por mí.
0	1	2	4.	Tengo asma	0	1	2	35.	Pienso que no valgo para nada o que soy inferior
0	1	2	5.	Me comporto como las personas del otro sexo	0	1	2	36.	Con frecuencia me hago daño sin querer
0	1	2	6.	Me gustan los animales	0	1	2	37.	Me meto en muchas peleas
0	1	2	7.	Suele fantasear	0	1	2	38.	Me toman mucho el pelo
0	1	2	8.	Tengo problemas para concentrarme o mantener la atención	0	1	2	39.	Suele andar con chicos que se meten en problemas
0	1	2	9.	No puedo apartar la mente de ciertos pensamientos (describelos):	0	1	2	40.	Algo cosas que ninguna otra persona parece ver (describelas):
0	1	2	10.	Tengo dificultad para mantenerme con- do	0	1	2	41.	Actúo sin pararme a pensar
0	1	2	11.	Dependo demasiado de las personas mayores	0	1	2	42.	Me gusta estar solo
0	1	2	12.	Me siento solo	0	1	2	43.	Miento o engaño
0	1	2	13.	Me siento confuso o incapaz de com- prender las cosas	0	1	2	44.	Me muerdo las uñas
0	1	2	14.	Lloro mucho	0	1	2	45.	Soy nervioso
0	1	2	15.	Soy bastante haragán	0	1	2	46.	Tengo tics o movimientos nerviosos en algunas partes de mi cuerpo (describelos):
0	1	2	16.	Soy tacaño con los demás	0	1	2	47.	Tengo pesadillas
0	1	2	17.	A menudo "sueño despierto" (es decir, me entrego a fantasías)	0	1	2	48.	No les gusto a los demás
0	1	2	18.	Deliberadamente he tratado de hacermelo daño a mí mismo o suicidarme	0	1	2	49.	Puedo hacer algunas cosas mejor que la mayoría
0	1	2	19.	Trato de llamar mucho la atención	0	1	2	50.	Soy demasiado tímido o ansioso
0	1	2	20.	Desobedeo mis cosas	0	1	2	51.	Siento vértigo
0	1	2	21.	Desobedeo las cosas de los demás	0	1	2	52.	Siento demasiada culpabilidad
0	1	2	22.	Desobedezco a mis padres	0	1	2	53.	Como demasiado
0	1	2	23.	Desobedezco en el colegio	0	1	2	54.	Me siento muy cansado o agotado
0	1	2	24.	Soy mal comedor	0	1	2	55.	Tengo excesivo peso
0	1	2	25.	No me relaciono con los demás	0	1	2	56.	Tengo problemas físicos sin una causa médica conocida: a. Dolores o achaques b. Dolores de cabeza c. Náuseas y mareos d. Problemas con la vista (describelos):
0	1	2	26.	No me siento culpable cuando hago algo que está mal	0	1	2	57.	Tengo problemas físicos sin una causa médica conocida: e. Sarpullidos o erupciones en la piel f. Dolores o calambres en el estómago g. Vértigos h. Otros (describelos):
0	1	2	27.	Siento culpas de los demás	0	1	2	58.	Ataco físicamente a la gente
0	1	2	28.	Estoy dispuesto a ayudar a los demás cuando lo necesitan	0	1	2	59.	
0	1	2	29.	Lo tengo miedo a algunos animales, situaciones o lugares, aparte del colegio (describelas):	0	1	2	60.	
0	1	2	30.	Tengo miedo de ir al colegio	0	1	2	61.	
0	1	2	31.	Tengo miedo de pensar o hacer algo malo	0	1	2	62.	

0 1 2 60. Me picoteo o pellisco la piel u otras partes del cuerpo (describelas):

0 1 2 61. Puedo ser bastante simpático
0 1 2 62. Me gusta intentar cosas nuevas
0 1 2 63. Mi sentimiento capar es flojo
0 1 2 64. Soy algo torpe o acortado mal los movimientos

0 1 2 65. Me gustaría más estar con chicas mayores que con las de mi edad

0 1 2 66. Me gustaría más estar con chicas más pequeñas que con las de mi edad

0 1 2 67. Me niego a hablar
0 1 2 68. Repito constantemente algunas palabras (describelas):

0 1 2 69. Me preocupó de cosas

0 1 2 70. Grito mucho

0 1 2 71. Soy reservado o no guardo las cosas para mí mismo

0 1 2 72. Voy cosas que nadie más parece ser capaz de verlas (describelas):

0 1 2 73. Soy inseguro o tímido no siento desconfianza

0 1 2 74. Pienso demasiado

0 1 2 75. Puedo trabajar bien con mis manos

0 1 2 76. Suelo preocupar a demás importancia

0 1 2 77. Soy tímido

0 1 2 78. Durmo menos que la mayoría

0 1 2 79. Durmo más que la mayoría durante el día o por la noche (describelas):

0 1 2 80. Tengo buena imaginación

0 1 2 81. Tengo algún problema de lenguaje (describelas):

0 1 2 82. Sé defender mis derechos

0 1 2 83. Hago cosas en mi casa

0 1 2 84. Hago cosas en otros lugares fuera de casa

0 1 2 85. Alcanzo cosas que no necesito (describelas):

0 1 2 86. Hago cosas que a otros les puedan parecer extrañas (describelas):

0 1 2 87. Tengo pensamientos que otros creerían que son extraños (describelas):

0 1 2 88. Soy terco

0 1 2 89. Mi humor o estado de ánimo cambia repentinamente

0 1 2 90. Me gusta estar en compañía de otras personas

0 1 2 91. Soy desconfiado

0 1 2 92. Hago juramentos o utilizo un lenguaje sucio

0 1 2 93. Pienso en suicidarme

0 1 2 94. Me gusta hacer reír a los demás

0 1 2 95. Hablo demasiado

0 1 2 96. Molesto mucho a los demás

0 1 2 97. Tengo un carácter fuerte

0 1 2 98. Pienso demasiado en el sexo

0 1 2 99. Amenazo con hacer daño a la gente

0 1 2 100. Me gusta ayudar siempre a los demás

0 1 2 101. Me obsesiono demasiado con estar limpio y bien cuidado

0 1 2 102. Tengo problemas para dormir (describelas):

0 1 2 103. Falto a clase o dejo de acudir al colegio

0 1 2 104. No tengo mucha energía

0 1 2 105. Me siento desgraciado, triste o deprimido

0 1 2 106. Cuando hablo, grito más que los demás o impongo mi opinión levantando la voz.

0 1 2 107. Consumo alcohol o drogas no prescritas por el médico (describelas):

0 1 2 108. Procuro ser amable con los demás

0 1 2 109. Distingo cuando alguien cuenta un buen chiste

0 1 2 110. Me tomo la vida con calma

0 1 2 111. Procuro ayudar a la gente cuando puedo

0 1 2 112. Me gustaría pertenecer al otro sexo

0 1 2 113. Evito mezclarme con los demás

0 1 2 114. Me preocupa mucho

Por favor, escribe a continuación cualquier otra cosa que describa tus sentimientos, conductas o intereses:

ACORDATE DE LAS MAS CONVIENE A TODAS LAS PREGUNTAS

ANEXO #3

I.- Datos demográficos

. Sexo

. Raza

. Edad

. Escolaridad

Nivel de rendimiento escolar

Ayudas recibidas

Repeticiones de curso

Avances de curso

. Situación familiar

. Ausencias de la familia (causas)

. Problemas generales de salud: médico

. Problemas psicológicos: psicólogo, psiquiatra, curandero, consejero, etc.

II.- Trastornos de conducta

A.- TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

* ¿Te han dicho que te quedaras en tu sitio sin moverte, o que pararas de moverte o que no estuvieras tan inquieto?

. Problemas para estar sentado

para concentrarte

para esperar el turno

de precipitación al contestar

de distracción

de cambio de juego rápido
de dejar cosas inacabadas
de juego intranquilo, ruidoso, movido
de verborrea
interrupciones a adultos, meterse en conversaciones
estorbar el juego de los demás
no escuchar/ necesidad de repetir las cosas
pérdida de objetos personales
adopción de conductas de riesgo
no seguir instrucciones

. (Si se da alguno)

Identificar: Cuándo han ocurrido

Valorar:

Edad al inicio

Momento del último trastorno

Problemas ocasionados por el conflicto

consultas al respecto

medicación tomada

efecto de la medicación

B.- NEGATIVISMO

* ¿Te enfadas con los demás, discutes, pierdes la paciencia?

. Problemas:

discusiones frecuentes

negativas a obedecer

molestar a otros a propósito (fastidiar)

los otros le molestan

enfados con padres, profesores, amigos

intentos de venganza

palabrotas o tacos

locus of control externo

- (Si se dan)

Identificar:

Cuándo han ocurrido

Edad al inicio

Momento del último trastorno

Valorar: problemas ocasionados por el conflicto

C.- TRASTORNO DE CONDUCTA

* ¿Haces cosas que te ocasionan problemas con los maestros o padres, o con los demás?

. Problemas:

expulsiones del colegio (días) o del aula

descripción del hecho:

absentismo (hacer novillos) escolar

dónde ha ido:

razones:

robos

en la escuela (descripción)

en tiendas, casas de vecinos (descripción)

tipo de cosas robadas y valor

mentiras, invenciones de historias

(descripción de la conducta)

problemas que ocasiona la mentira

✓
fuegos, como ocurrió, consecuencias

escaparse de casa,

cómo ocurrió la conducta

peleas (pegar) con otros

cómo ocurrió la conducta

quién inicia las peleas

frecuencia de inicio personal

daño ocasionado (descripción)

frecuencia de peleas con daño a otro

uso de objetos para hacer daño (palos, piedras, objetos duros, armas)

✓
frecuencia de uso de armas

edad inicio/última vez de peleas con armas.

✓
atracos o amenazas y robos, o intimidaciones a otros para robarles

cómo ocurrió la conducta.

heridas (provocadas a animales): torturar, matar

cómo ocurrió la conducta.

✓
heridas o daño físico a otra persona a propósito

cómo ocurrió

valorar seriedad y deliberación del daño causado.

destrucción de cosas (romper para robar) a propósito

cómo ha ocurrido.

destrucción propiedades de otros a propósito

forzar a otros a actividades sexuales

descripción

problemas con la policía:

frecuencia, juicios, descripción.

En todos los casos preguntar por:

frecuencia

edad de inicio de la conducta

edad en la última vez que se produjo

Si la conducta ya no tiene lugar en la actualidad, preguntar:

Edad de aquel momento

Cómo cesó la conducta

D.- USO Y ABUSO DE ALCOHOL

* ¿Has bebido alguna vez vino, cerveza u otras bebidas alcohólicas?

. Edad la primera vez que lo probó

. Edad última vez

. Frecuencia de bebida

. Qué bebe (cerveza, cava, alcohol, etc)

. Cantidad máxima tomada en una ocasión

. Emborracharse. Cuántas veces

. Bebida cotidiana (o semanal): edad de inicio y duración

. Bebida justo al levantarse, antes de desayunar

. Duración de las borracheras (uno, dos, tres días..)

. Olvidos post-bebida (olvidos, lagunas...)

. Actos cometidos bajo el alcohol: frecuencia

. Consecuencias de la borrachera:

describir hechos acaecidos:

. Toma de medicamentos sin prescripción médica

. (Preguntas similares a las del apartado II.- F anterior)

III.- Trastornos del estado de ánimo.

Episodio depresivo

* ¿Cómo te sientes?

A.- DISFORIA

* ¿Eres de las personas que están tristes, desanimadas o deprimidas durante mucho tiempo?.

. Tristeza (sentimiento de ser desgraciado y/o deprimido) agudizada durante las últimas 2 semanas

. Duración de estos sentimientos a lo largo del día

. Reacción más aguda por la mañana o por la tarde

. Episodios en los que sintió mucho más deprimido de lo habitual.

. Identificación de estos períodos:

. Edad

. En últimas 2 semanas:

ganas de llorar

duración de este sentimiento

Comprobar siempre: - Si esto era un problema para el sujeto

- Si la reacción es diferente de la forma habitual de ser.

B.- ANHEDONIA GENERALIZADA

* ¿Durante las 2 últimas semanas has notado que no te divierte nada de los que haces? (ir al cine, ver la TV, etc).

. Duración de este sentimiento durante el día

. Otra temporada en que le sucedió lo mismo

. Identificación de estos episodios

. Edad

C.- IRRITABILIDAD

* ¿Has estado más irritable (mal genio, gruñón, etc), las últimas dos semanas?.

- . Duración de esta irritabilidad durante el día
- . Otra temporada en que le sucedió lo mismo
- . Identificación de estos episodios
- . Edad

OTROS SÍNTOMAS:

a.- APETITO: PÉRDIDA O AUMENTO

PÉRDIDA

- . Pérdida de apetito durante dos últimas semanas
- . Cada día o casi cada día con pérdida de apetito
- . Otras temporadas de pérdida de apetito
 - . Cuándo fueron
 - . Edad

AUMENTO

- . Aumento de apetito durante dos últimas semanas
- . Cada día o casi cada día con aumento de apetito
- . Otras temporadas de aumento de apetito
 - . Cuándo fueron
 - . Edad

b.- TRASTORNO DEL SUEÑO

* ¿Durante las dos últimas semanas has tenido más problemas de lo normal para quedarte dormido por la noche?.

- . Despertarse a media noche
- . Dificultades para conciliar el sueño
- . Despertarse por la mañana más pronto; no poder volver a dormir
- . Dormir más de lo normal
- . Otra temporada en que pasara esio (falta o exceso de sueño)
 - . Cuándo fue

. Edad

c.- AGITACIÓN O LENTITUD PSICOMOTORA

* ¿Durante las dos últimas semanas, te has sentido más inquieto o intranquilo de lo normal? ¿Te ha costado estar quieto?.

. Episodios anteriores

. Identificación temporal

. Edad

* Idem para lentitud psicomotora (como si costara hacer las cosas, moverte, lentitud de pensamiento, etc).

d.- FATIGA

* Durante las dos últimas semanas, te has sentido más cansado, agotado, durante la mayor parte del tiempo?

. Episodios anteriores

. Identificación temporal

. Edad

e.- CULPA EXCESIVA O MENOSPRECIO

* Durante las dos últimas semanas ¿has pensado que estaba mal todo lo que hacías y que nunca te saldría nada bien?.

. ¿Mucho más de lo normal?

. Episodios anteriores

. Cuándo fueron

. Edad

* Durante las dos últimas semanas ¿has pensado que todo era culpa tuya o que eras culpable de un montón de cosas?.

. Episodios anteriores

. Cuándo fueron

. Edad

f.- PROBLEMAS DE CONCENTRACIÓN O INDECISIÓN

* Durante las dos últimas semanas, ¿te ha costado concentrarte en lo que estabas haciendo?.

. Episodios anteriores

. Cuándo fueron

. Edad

* Durante las dos últimas semanas, te ha costado más de lo normal tomar decisiones?.

. Episodios anteriores

. Cuándo fueron

. Edad

g.- IDEAS DE SUICIDIO

* Durante las dos últimas semanas ¿has pensado que todo en tu vida iba mal y que tu futuro nunca iría bien?.

. Persistencia de esta idea (pensar mucho en..)

. Deseo de estar muerto

. Pensar en matarse

. Plan para matarse: Descripción del plan

. Otros episodios

. Planes anteriores: Descripción de los planes

. Cuándo fueron

. Edad

. Intentos de suicidio: descripción

. Frecuencia de los intentos

. Edad de la primera/ última tentativa

. Consultas médicas o psicológicas realizadas

. Opinión de estos profesionales

. Ideas de soledad en las dos últimas semanas:

. soledad por pérdida de una persona próxima

. soledad por estar enfermo

. soledad por bebida de alcohol o drogas

. acontecimiento desencadenante

. Identificar todos los períodos en que ha habido sentimiento depresivo o de soledad

Episodio Maníaco

* ¿Tienes muchos cambios de humor? Por ejemplo, un día estás muy feliz y al siguiente te encuentras hundido.

- . Más energía de lo habitual
- . Más actividad de lo habitual
- . Falta de cansancio a pesar del aumento de la actividad (dos días sin dormir)
- . Hablar más de lo normal y más rápido
- . Sentimiento de euforia
- . Ideas o pensamiento rápido
- . Dificultad de concentración por exceso de euforia y energía
- . Actividades atípicas (gastar mucho dinero, regalos exagerados, etc.)
- . Sentimientos de grandeza
- . Aumento excesivo de la sociabilidad
- . Intranquilidad psicomotora
- . Reacción del ambiente frente a la euforia
- . Edad del episodio/última vez
- . Frecuencia del trastorno
- . Relación del episodio con la ingesta de drogas
- . Consecuencias del episodio: amigos, rendimiento escolar

Distimia

* ¿Te has sentido triste, desanimado o deprimido durante largos períodos de tiempo? (período de tiempo: más de un mes o intervalos más largos).

- . Falta de interés por actividades habituales y preferidas
- . Irritabilidad/mal humor
- . Dificultades para dormirse/despertar precoz
- . Aumento de la necesidad de dormir
- . Pérdida de apetito
- . Cansancio y agotamiento por falta de energía (anergia)
- . Desesperanza y visión pesimista del futuro
- . Dificultades de concentración y de toma de decisiones
- . Edad del episodio/última vez
- . Consecuencias del episodio: familia, amigos, rendimiento escolar

IV.- Trastornos por ansiedad.

a.- Trastorno por ansiedad de separación

* ¿Te preocupas mucho de que le pueda pasar algo malo a tus padres? (preocupación excesiva por la posibilidad de que les ocurra algo malo).

. Preocupación por un posible daño personal

. Preocupación por no ver más a los padres

. Ausencia escolar por temor a que pase algo a los padres en su ausencia

. Necesidad de dormir con la madre o adulto por miedo a estar solo

. Miedo de estar solo en una habitación

. No dormir fuera por miedo a dejar la casa

. Pesadillas con temas angustiosos de daño a padres o familiares

. Síntomas somáticos al alejarse de casa (dolor de cabeza, vómitos, etc)

. Llanto/rabia por miedo a que los padres salgan de casa

. Estando fuera de casa, llamar y preguntar, de manera constante, por preocupación de que ocurra algo malo

. Duración

. Edad de inicio/última vez

. Consecuencias: familia, amigos, rendimiento escolar

b.- Trastorno por evitación

* ¿Te sientes molesto/a ante personas desconocidas hasta el punto de procurar evitarlas (incluidos niños y adultos)?.

. Deseo de hacer amigos pero incapacidad para hacerlos

. Ausencia de amigos íntimos

. Dificultad para conocer a otras personas fuera del entorno familiar

. Dificultad para relacionarse con personas fuera del entorno familiar

. Evitar, de manera clara, conocer a nuevas personas

. Edad de inicio/última vez

. Consecuencias en relación a: familia, amigos, rendimiento escolar

c.- Trastorno por ansiedad excesiva

* ¿Alguna vez te has preocupado por las cosas más que otros chicos/as de tu edad? (¿Eres un

*sufridor"?).

- . Preocupación por las cosas antes de que ocurran (anticipatoria).
- . Preocupación porque sus padres/maestros se mostrasen decepcionados con sus notas
- . Preocupación por no ser capaz de hacer las cosas tan bien como se quiere
- . Molestias somáticas debidas a la preocupación (dolor de cabeza, estómago)
- . Preocupación excesiva por el aspecto, lo que dice o cómo actúa
- . Necesidad de asegurarse, a través del testimonio de padres/maestros, de la bondad y perfección de su trabajo
- . Dificultades para relajarse, tensión, nerviosismo
- . Edad de inicio/última vez
- . Consecuencias: familia, amigos, rendimiento escolar

V.- Fobias.

* ¿Has tenido alguna vez miedo a alguna cosa?.

- . Oscuridad: necesidad de dormir con la luz encendida, más miedo que los niños de su edad; necesidad de evitarla
- . Truenos: más miedo que los niños de su edad
- . Bichos, arañas, ratones o serpientes: más miedo que los niños de su edad; necesidad de evitarlos
- . Perros, gatos u otros animales: más miedo que los niños de su edad; necesidad de evitarlos
- . Lugares altos: más miedo que los niños de su edad; necesidad de evitarlos
- . Puentes, túneles o autopistas: más miedo que los niños de su edad; necesidad de evitarlos
- . Estar solo/a en casa o fuera: más miedo que los niños de su edad; necesidad de evitarlos
- . Mercados, supermercados, grandes almacenes: más miedo que los niños de su edad; necesidad de evitarlos
- . Miedo a estar entre mucha gente: más miedo que los niños de su edad; necesidad de evitarlos
- . Coches, aviones, trenes o ascensores: más miedo que los niños de su edad; necesidad de evitarlos
- . Miedo de ir a la escuela incluso acompañado por padres u otros adultos: más miedo que los niños de su edad; necesidad de evitarlo
- . Hablar delante de otras personas o delante de los compañeros de clase: más miedo que los niños de su edad; necesidad de evitarlos
- . Otros miedos
 - . Edad de inicio/última vez
 - . Consecuencias: familia, amigos, rendimiento escolar

VI.- Trastorno obsesivo-compulsivo.

a.- Obsesiones.

* ¿Has tenido alguna vez pensamientos o ideas que no te podías quitar de la cabeza a pesar de que lo intentaras con todas tus fuerzas?.

- . Preocupación excesiva por la suciedad o microbios
- . Por coger alguna enfermedad
- . Por utilizar los "baños" públicos
- . Posibilidad de hacer algo malo (p. ej.: herir a alguna persona querida)
- . Hacer algo poco apropiado (p. ej.: gritar en clase, decir palabrotas, etc.)
- . Dificultades para concentrarse cuando esas ideas invaden la mente
- . Tiempo que pasa pensando en ello (suciedad, hacer algo malo, etc.)
- . Intentos para detener las obsesiones
- . Edad de inicio/última vez
- . Consecuencias: familia, amigos, rendimiento escolar

b.- Compulsiones.

* ¿Tienes algún hábito o costumbre que realizas una y otra vez?.

- . Necesidad de hacer las cosas de la misma manera siempre, para no sentirse incómodo/a
- . Necesidad de mantener un orden prefijado para las cosas
- . Percepción por parte del sujeto de que lo que hace no es necesario o razonable
- . Cantidad de tiempo que invierte en los rituales
- . Edad de inicio/última vez
- . Consecuencias: familia, amigos, rendimiento escolar

VII.- Trastorno por estrés postraumático.

* ¿Te ha ocurrido alguna vez algo que te haya producido mucho miedo, que te aterrorizara?. Por ejemplo: ¿Has estado en peligro de ser malherido/a o asesinado/a?.

- . Años en el momento que sucedió
- . Dificultad para dejar de pensar en ello, después de que ocurrió
- . Sueños repetitivos sobre el tema

- . Situaciones que puedan recordar el suceso
- . Esfuerzos por evitar las cosas que recuerdan el suceso
- . Intentos para no pensar en ello
- . Olvido de aspectos relacionados con el suceso (amnesia)
- . Tras el suceso, pérdida de interés por las cosas y las personas que antes le interesaban
- . Tras el suceso, frialdad afectiva
- . Tras el suceso, visión pesimista del futuro
- . Tras el suceso, dificultades para dormirse
- . Tras el suceso, más irritable/furioso/inquieto/nervioso/asustado
- . Lloros cuando algo se lo recordaba
- . Duración de los síntomas
- . Consecuencias: familia, amigos, rendimiento escolar
- . Existía algún problema antes de que sucediera el acontecimiento

VIII.- Trastorno de la conducta alimentaria.

a.- Anorexia nerviosa.

- * ¿Has perdido alguna vez peso por hacer una dieta?
- . Alguien de la familia le reñía porque no comía lo suficiente
- . Peso al empezar la dieta
- . Peso mínimo alcanzado
- . Altura al empezar la dieta
- . Se provoca vómitos para no engordar
- . Piensa que está gordo/a aunque la gente le diga que está delgado/a
- . Miedo a engordar después de perder peso
- . Preocupación excesiva por la dieta y las calorías de los alimentos
- . La familia lo/la lleva a consulta médica
- . Cantidad de ejercicio para mantener el peso
- . Retirada menstruación / tiempo de ausencia
- . Edad de inicio trastorno/última vez

. Consecuencias: familia, amigos, rendimiento escolar

b.- Bulimia nerviosa.

* ¿Alguna vez te has atracado comiendo una gran cantidad de alimentos de una sola vez?.

. Tipo y cantidad de comida y bebida ingerida

. Frecuencia

. Duración del trastorno

. Utilización de laxantes, vómitos, etc para no engordar

. Períodos alternos de bulimia/anorexia

. Preocupación por el peso y aumento del ejercicio físico

. Preocupación por el peso y aspecto

. Edad de inicio trastorno/última vez

. Consecuencias: familia, amigos, rendimiento escolar

IX.- Otros Trastornos

a.- Enuresis

* ¿Alguna vez te has hecho pis en la cama?

. Frecuencia

. Comprobar si pasados los 5 años

. Edad la última vez que mojó la cama

. Hacerse pis encima con necesidad de cambio de ropa

Frecuencia

. Comprobar si pis encima a los 5 años

Frecuencia

. Edad de la última vez

. Consecuencias: en casa, con los amigos, en la escuela

b.- Encopresis

* ¿Alguna vez te has hecho caca encima?.

. Comprobar si sucedía a los 4 años, sin estar enfermo

- . Frecuencia
- . Edad de la primera vez/última vez
- . Consecuencias: con familiares, amigos, en la escuela

c.- Menstruación

* ¿Tienes la regla?

- . Faltas a la escuela por dolores
- . Frecuencia de estos dolores
- . Problemas: dolores fuertes, períodos irregulares, flujo excesivo de sangre, flujo vaginal o picor, otros
- . Visitas al médico: opinión del médico
- . Consecuencias en casa, amigos, escuela



d.-Identidad sexual

* ¿Has deseado alguna vez ser un chico/a en vez de una chica/o?

- . Vestir ropa masculina/femenina y usar maquillaje
- . Jugar con chicos/chicas
- . Cambiar de sexo al llegar a mayor
- . Consecuencias de este problema: en casa, amigos, escuela



X.- SOMATIZACIÓN

* ¿Crees que eres de las personas que se ponen enfermas muchas veces (más que la mayoría)?

- . Frecuencia de visitas al médico
- . Vómitos
- . Nauseas
- . Gases en el estómago
- . Diarrea
- . Alimentos que sientan mal
- . Dolores: en piernas o brazos, de espalda, articulaciones, otros dolores...
- . Al hacer pis
- . Falta de respiración, palpitaciones, dolor en pecho, mareos, debilidad



- . Amnesia
- . Dificultades para tragar
- . Pérdida de la voz (no salían las palabras de la boca)
- . Sordera
- . Visión doble; visión borrosa
- . Ceguera
- . Pérdida de conciencia
- . Convulsiones
- . Problemas al andar
- . Parálisis o debilidad muscular
- . Retención o dificultades al orinar
- . Edad al inicio de los síntomas/Edad última vez
- . Consecuencias: en casa, con los amigos, en la escuela

XI.- SÍNTOMAS PSICÓTICOS Y ESQUIZOFRENIA

* ¿Has visto alguna vez cosas que otras personas no podían ver? (visión, apariciones).

. Descripción de lo visto

. Frecuencias

. Visión antes de quedarte dormido o despierto por la mañana.

* ¿Has oído voces hablando, voces que sólo tú podías oír?

* ¿Has percibido olores extraños que los demás no podían oler?

* Otras sensaciones:

. Visión única

. Descripción de lo que oyó.

. Frecuencia

. Número de voces

. Comunicación entre las voces

. Decían las voces cosas malas/hablaban mal de ti

. Órdenes dadas por las voces

. Ruidos o sonidos extraños distintos de las voces

. Descripción de lo que olió.

- . La gente habla a su espalda
- . Alguien le manda mensajes especiales a través de la radio, la TV
- . En la TV o radio se burlan o dicen cosas de él/ella.
- . Podían controlar su mente y obligarle a hacer determinadas cosas
- . Podían leer sus pensamientos
- . Podía leer la mente de los demás
- . Edad de inicio trastorno/última vez.
- . Consecuencias: familia, amigos, rendimiento escolar

XII.- Estresores psicosociales.

* Relacionados con la vida familiar:

- . alguna cosa que le preocupa de su familia
- . Discusiones o peleas en casa que le preocupan
- . Separación o divorcio de los padres: edad del sujeto
- . Problemas económicos graves
- . Muerte de alguna persona importante de la familia: quién y edad del sujeto
- . Cómo se siente todavía por esa muerte
- . Alguien de la familia tiene problemas con la bebida: quién
- . Alguien de la familia tiene problemas con la policía: quién
- . Miedo de que alguien le pueda golpear o herir
- . Alguien le ha maltratado: quién y edad primera/última vez
- . Alguien de la familia ha sido herido/golpeado por otra persona: quién
- . Hay algún problema para el que necesite ayuda: información sobre el problema
- . Se ha sentido molesto/a por alguna pregunta durante la entrevista

XIV.- Observaciones.

- . Aspecto general del sujeto:
- . Actúa de forma adecuada a su edad
- . Viste
- . Actitud general

ANEXO #4

Yo....., con Cl..... Padre de familia, beneficiario de la Fundación Salesiana PACES doy mi consentimiento para participar en la aplicación de diversas pruebas psicológicas que conduce Andrea Maldonado González; practicante de Psicología Clínica en el Centro Organizativo COS 9 de Octubre. Recibí una explicación clara y completa de la naturaleza general y los propósitos de las pruebas y las razones específicas por las que se me aplicarán, y la forma en que se utilizarán los resultados.

Estoy consciente de que quizá no es posible que se me expliquen todos los aspectos de las pruebas, hasta que haya terminado. También entiendo que puedo dar por terminada mi participación en la aplicación de las pruebas en cualquier momento sin recibir ningún llamado de atención. Además se respetará la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada, así como mi seguridad física y psicológica.

.....
Firma

Yo....., con Cl..... Padre de familia, beneficiario de la Fundación Salesiana PACES doy mi consentimiento para que mi hijo/a participe en la aplicación de diversas pruebas psicológicas que conduce Andrea Maldonado González; practicante de Psicología Clínica en el Centro Organizativo COS 9 de Octubre. Recibí una explicación clara y completa de la naturaleza general, los propósitos y las razones específicas por las que se le aplicarán las pruebas, y la forma en que se utilizarán los resultados.

Estoy consciente de que quizá no es posible que se me expliquen todos los aspectos de las pruebas, hasta que haya terminado. También entiendo que puedo dar por terminada la participación de mi hijo/a en la aplicación de las pruebas en cualquier momento sin recibir ningún llamado de atención. Además se respetará la confiabilidad e intimidad de la información suministrada por mi hijo/a, así como su seguridad física y psicológica.

.....
Firma

PERFIL DE PROBLEMAS CONDUCTUALES. NIÑOS 6-11 AÑOS

Internalizado					Externalizado			
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
18	34	16	32	18	16	22	46	24
17	33		31	17		21	45	23
16	32	15	30	16	15		44	22
15	31	14	29	15		20	43	21
14	30		28	14	14	19	42	20
13	29	13	27	13	13		41	19
12	28		26	12		18	40	18
11	27	12	25	11	12		39	17
10	26		24	10		17	38	16
9	25	11	23	9	11	16	37	15
8	24	10	22	8	10	15	36	14
7	23	9	21	7	9	14	35	13
6	22		20	6		13	34	12
5	21	8	19	5	8	12	33	11
4	20	7	18	4	7	11	32	10
3	19		17	3		10	31	9
2	18	6	16	2	6	9	30	8
1	17	5	15	1	5	8	29	7
0	16	4	14	0	4	7	28	6
98	15	3	13	98	3	6	27	98
93	14		12	93	2	5	26	93
84	13	5	11	84	1	4	25	84
69	12	4	10	69	0	3	24	69
	11	3	9			2	23	
	10	2	8			1	22	
	9	1	7			0	21	
	8		6				20	
	7		5				19	
	6		4				18	
	5		3				17	
	4		2				16	
	3		1				15	
	2		0				14	
	1						13	
	0						12	
							11	
							10	
							9	
							8	
							7	
							6	
							5	
							4	
							3	
							2	
							1	
							0	

I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
ISQUIZQUIE- ANSIOSO	DEPRESION	INCOMUNI- CACION	OBSESION- COMPULSION	QUEJAS SOMATICAS	RETRAIMIENTO SOCIAL	HIPERACTIVIDAD	AGRESIVIDAD	DEINFLUENCIA
11 Dependencia de adultos.	12 Se siente solo.	13 Se descom- vierta.	9. Obsesiones.	49. Estreñi- miento.	25. Mala rela- ción con compañeros.	1. Se com- porta como mucho más preocupado.	3. Discute sus cosas fácilmente.	20. Destruye sus cosas.
29 Miedo a ir al colegio.	14. Mucha nerviosidad.	65. No quiere hablar.	71. Se descom- vierta.	51. Mareos y vértigos.	34. Pierde que le han da- ñado.	8. No puede concentrarse.	16. Presumido, burlándose de los demás.	71. Destruye cosas de los demás.
30. Miedo a ir a casa no presente.	18. Se daña expresamente.	69. Reservado frente a los demás.	17. Sueño deprimido.	54. Demasiado cansado.	38. Se burla de él.	19. Hiper- actividad.	19. Falso alegría.	23. Destruye lo que le pertenece.
40. Miedo a ir a casa no presente.	31. Miedo de sus impulsos.	75. Vagabundo, timido.	47. Pesadillas.	56a. Dolores cuerpo.	42. Le gusta estar solo.	10. Hiper- actividad.	22. Desobedece en casa.	39. Miedo a ir a casa.
43. Pesadillas.	32. Necesita ser perfecto.	80. Se queda abrazado.	50. Angustiado, cansado.	56b. Dolores cabeza.	48. No cree bien a los niños.	13. Se descom- vierta.	23. Desobedece en el colegio.	43. Miedo a ir a casa.
50. Angustiado largo con su sexo, lo loja en publico.	33. Se siente no queriendo.	86. Lozudo, irritable.	54. Demasiado cansado.	56c. Náuseas, vómitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	17. Buena despunta sus cosas.	25. Mala rela- ción con compañeros.	67. Miedo a ir a casa.
70. Ver cosas no presen- tes.	34. Piensa que le han da- ñado.	103. Inste- bilidad.	76. Duerme poco.	56d. Vómitos.	102. Gento de mu- chitos.	20. Destruye sus cosas.	27. Cuchos, tristes.	72. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	35. Se cree intelectual.	103. Inste- bilidad.	80. Se queda abrazado.	77. Duerme mucho.	102. Gento de mu- chitos.	41. Involuntario habla res- puesta.	37. Se mete en pelos.	72. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	45. Nerviosismo.	103. Inste- bilidad.	83. Almacena muchas cosas.	84. Comidas extrañas.	102. Gento de mu- chitos.	61. Involuntario habla res- puesta.	43. Venturas, tristes.	81. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	50. Angustiado.	103. Inste- bilidad.	84. Comidas extrañas.	85. Ideas extrañas.	102. Gento de mu- chitos.	62. Se muestra torpemente con mala coordinación.	48. No cree bien a los niños.	82. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	52. Se siente culpable.	103. Inste- bilidad.	85. Ideas extrañas.	92. Habla en exceso.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	90. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	71. Le gusta el trabajo.	103. Inste- bilidad.	92. Habla en exceso.	93. Habla demasiado.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	101. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	88. Se enfada fácilmente.	103. Inste- bilidad.	93. Habla demasiado.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	89. Se descom- vierta.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	91. Dice que se quiere mucho.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	103. Inste- bilidad.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75. Ver cosas no presen- tes.	112. Pasa apuro.	103. Inste- bilidad.	100. No duerme bien.	100. No duerme bien.	102. Gento de mu- chitos.	64. Prefiere ju- gar con compañeros menores.	57. Miedo a ir a casa.	106. Miedo a ir a casa.
75.								

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
	30	20	30	14	18	28	26	44	20
	29	19	29		17	27	25	43	
	28			13		26	24	42	19
	27	18	28					41	
	26		27		16	25	23	40	18
		17		12		24	22		
	25		26					39	
	24	16			15	23	21	38	17
	23		25	11		22	20	37	
	22	15			14			36	
			24			21	19		16
	21	14	23	10	13			35	
	20					20	18	34	
	19	13	22			19	17	33	15
		12	21	9	12	18	16	32	14
	18					17	15	31	
	17	11	20	8	11			30	
	16		19			16	14		13
		10	18	7	10			29	
	15					15	13	28	
	14	9	17		9	14	12	27	12
	13							26	
	12								
		8	16	6		13	11		
	11		15		8	12	10	25	11
	10	7						24	
	9		14	5		11	9	23	10
		6			7	10	8		
% 98	7	5	13		6	9		22	
	6		12	4			7	21	9
		4	11			8	6	20	8
	5			3				18-19	
93			10		5	7	5	16-17	
	4	3	9			6		15	7
					4	5		14	
	3		8				4	13	
			7	2		4		12	6
84		2	6				3	11	
						3	2	10	5
	2								
			5	1	3			9	4
						2	1	8	
69	0-1	0	0-3	0	1	0-1	0	6-7 0-5	0-3

I QUEJAS SOMÁTICAS	II ESQUIZOIDES	III INCOMUNICACION	IV INMADURO	V OBSESION- COMPULSION	VI RETRAIMIENTO- HOSTILIDAD	VII DELINCUENCIA	VIII AGRESIVIDAD	IX HIPER- ACTIVIDAD
16. Tiene accidentes.	5. Actúa como sexo contrario.	13. Se desconcierta.	1. Se comporta como más pequeño.	7. Presumido, fanfarronea.	1. Se comporta como más pequeño.	20. Destroza sus cosas.	3. Discute.	1. Se comporta como más pro-
49. Estreñimiento.	11. Dependiente de adultos.	42. Le gusta estar solo.	11. Dependiente de adultos.	9. Obsesiones.	21. Destroza cosas de los demás.	21. Destroza cosas de los demás.	10. Hiperactividad.	8. No puede concentrarse.
50. Angustiado.	30. Miedo a ir al colegio.	65. No quiere hablar.	14. Grita mucho.	17. Sueña despierto.	12. Se siente solo.	23. Desobediente en el colegio.	16. Cruel con los demás.	10. Hiperactividad.
51. Miedos irracionales.	31. Miedo de ser perseguido.	69. Reservado.	19. Exige atención.	31. Miedo de sus impulsos.	20. Destroza sus cosas.	39. Malas compañías.	19. Exige atención.	23. Desobediente en casa.
54. Demasiado cansado.	32. Necesita impulsos.	71. Teme hacer el ridículo.	64. Prefiere jugar con compañeros menores.	66. Compulsiones.	21. Destroza cosas de los demás.	43. Mentiras.	22. Desobediente en casa.	27. Celos.
56a. Dolores cuerpo.	33. Necesita ser perfecta.	75. Vergonzoso, tímido.	64. Prefiere jugar con compañeros menores.	83. Alimacena, acumula cosas.	25. Mala relación con compañeros.	61. Trabajo escolar deficiente.	27. Celos.	34. Piensa que le harán daño.
56b. Dolores cabeza.	40. Oye cosas no presentes.	80. Se queda absorto.	108. Enuresis nocturna.	84. Conductas extrañas.	33. Se siente no querido.	67. Se escapa fugaz de casa.	37. Se mete en peleas.	41. Impulsivo.
56c. Náuseas.	51. Mareos irracionales.	86. Tozudo, irritable.	109. Se queja de todo.	85. Ideas extrañas.	34. Piensa que le harán daño.	47. Ataca a otras personas.	45. Nervioso.	44. Se mueve las uñas.
56d. Problemas en los ojos.	52. Se siente culpable.	87. Cambios de humor bruscos.	Total:	104. Escandaloso.	34. Piensa que le harán daño.	57. Ataca a otras personas.	57. Ataca a otras personas.	62. Torpe.
56e. Rinchos piel.	59. Preocupado por el orden y limpieza.	88. Se enfada fácilmente.	89. Desconfiado.	Total.	35. Se cree inferior.	72. Enciende fuegos.	68. Grita mucho.	74. Le gusta llamar la atención.
56f. Dolores de barriga.	112. Preocupado.	102. Lento de movimientos.	102. Lento de movimientos.	37. Se mete en peleas.	37. Se mete en peleas.	81. Roba en casa.	86. Tozudo, irritable.	87. Cambios de humor bruscos.
56g. Vómitos.	Total.	103. Triste.	103. Triste.	38. Se burlan de él.	38. Se burlan de él.	82. Roba fuera de casa.	88. Se enfada fácilmente.	89. Desconfiado.
80. Se queda absorto.	111. Total.	111. Total.	111. Total.	48. No cae bien a los niños.	48. No cae bien a los niños.	101. Falta al colegio.	90. Dice palabretas.	93. Habla en exceso.
102. Lento de movimientos.	112. Preocupado.	112. Preocupado.	112. Preocupado.	62. Torpe.	62. Torpe.	105. Drogas, alcohol.	94. Se burla de los demás.	95. Rabietas, mal genio.
112. Preocupado.	Total.	Total.	Total.	64. Prefiere jugar con compañeros menores.	64. Prefiere jugar con compañeros menores.	106. Vandalismo, gamberrismo.	97. Amenaza a otras personas.	104. Escandaloso.
Total.	Total.	Total.	Total.	111. Retraído.	111. Retraído.	Total.	104. Escandaloso.	Total.



CBCL/6-18 PERFIL DE MUJERES - PROBLEMAS CONDUCTUALES

Internalizado

Externalizado

Subtotal	6-7	8-9	10-11	12-13	14-15	16-17	18-19	20-21	22-23	24-25	26-27	28-29	30-31	32-33	34-35	36-37	38-39	40-41	42-43	44-45	46-47	48-49	50-51	52-53	54-55	56-57	58-59	60-61	62-63	64-65	66-67	68-69	70-71	72-73	74-75	76-77	78-79	80-81	82-83	84-85	86-87	88-89	90-91	92-93	94-95	96-97	98-99	100-101	102-103	104-105	106-107	108-109	110-111	112-113	114-115	116-117	118-119	120-121	122-123	124-125	126-127	128-129	130-131	132-133	134-135	136-137	138-139	140-141	142-143	144-145	146-147	148-149	150-151	152-153	154-155	156-157	158-159	160-161	162-163	164-165	166-167	168-169	170-171	172-173	174-175	176-177	178-179	180-181	182-183	184-185	186-187	188-189	190-191	192-193	194-195	196-197	198-199	200-201	202-203	204-205	206-207	208-209	210-211	212-213	214-215	216-217	218-219	220-221	222-223	224-225	226-227	228-229	230-231	232-233	234-235	236-237	238-239	240-241	242-243	244-245	246-247	248-249	250-251	252-253	254-255	256-257	258-259	260-261	262-263	264-265	266-267	268-269	270-271	272-273	274-275	276-277	278-279	280-281	282-283	284-285	286-287	288-289	290-291	292-293	294-295	296-297	298-299	300-301	302-303	304-305	306-307	308-309	310-311	312-313	314-315	316-317	318-319	320-321	322-323	324-325	326-327	328-329	330-331	332-333	334-335	336-337	338-339	340-341	342-343	344-345	346-347	348-349	350-351	352-353	354-355	356-357	358-359	360-361	362-363	364-365	366-367	368-369	370-371	372-373	374-375	376-377	378-379	380-381	382-383	384-385	386-387	388-389	390-391	392-393	394-395	396-397	398-399	400-401	402-403	404-405	406-407	408-409	410-411	412-413	414-415	416-417	418-419	420-421	422-423	424-425	426-427	428-429	430-431	432-433	434-435	436-437	438-439	440-441	442-443	444-445	446-447	448-449	450-451	452-453	454-455	456-457	458-459	460-461	462-463	464-465	466-467	468-469	470-471	472-473	474-475	476-477	478-479	480-481	482-483	484-485	486-487	488-489	490-491	492-493	494-495	496-497	498-499	500-501	502-503	504-505	506-507	508-509	510-511	512-513	514-515	516-517	518-519	520-521	522-523	524-525	526-527	528-529	530-531	532-533	534-535	536-537	538-539	540-541	542-543	544-545	546-547	548-549	550-551	552-553	554-555	556-557	558-559	560-561	562-563	564-565	566-567	568-569	570-571	572-573	574-575	576-577	578-579	580-581	582-583	584-585	586-587	588-589	590-591	592-593	594-595	596-597	598-599	600-601	602-603	604-605	606-607	608-609	610-611	612-613	614-615	616-617	618-619	620-621	622-623	624-625	626-627	628-629	630-631	632-633	634-635	636-637	638-639	640-641	642-643	644-645	646-647	648-649	650-651	652-653	654-655	656-657	658-659	660-661	662-663	664-665	666-667	668-669	670-671	672-673	674-675	676-677	678-679	680-681	682-683	684-685	686-687	688-689	690-691	692-693	694-695	696-697	698-699	700-701	702-703	704-705	706-707	708-709	710-711	712-713	714-715	716-717	718-719	720-721	722-723	724-725	726-727	728-729	730-731	732-733	734-735	736-737	738-739	740-741	742-743	744-745	746-747	748-749	750-751	752-753	754-755	756-757	758-759	760-761	762-763	764-765	766-767	768-769	770-771	772-773	774-775	776-777	778-779	780-781	782-783	784-785	786-787	788-789	790-791	792-793	794-795	796-797	798-799	800-801	802-803	804-805	806-807	808-809	810-811	812-813	814-815	816-817	818-819	820-821	822-823	824-825	826-827	828-829	830-831	832-833	834-835	836-837	838-839	840-841	842-843	844-845	846-847	848-849	850-851	852-853	854-855	856-857	858-859	860-861	862-863	864-865	866-867	868-869	870-871	872-873	874-875	876-877	878-879	880-881	882-883	884-885	886-887	888-889	890-891	892-893	894-895	896-897	898-899	900-901	902-903	904-905	906-907	908-909	910-911	912-913	914-915	916-917	918-919	920-921	922-923	924-925	926-927	928-929	930-931	932-933	934-935	936-937	938-939	940-941	942-943	944-945	946-947	948-949	950-951	952-953	954-955	956-957	958-959	960-961	962-963	964-965	966-967	968-969	970-971	972-973	974-975	976-977	978-979	980-981	982-983	984-985	986-987	988-989	990-991	992-993	994-995	996-997	998-999	1000-1001	1002-1003	1004-1005	1006-1007	1008-1009	1010-1011	1012-1013	1014-1015	1016-1017	1018-1019	1020-1021	1022-1023	1024-1025	1026-1027	1028-1029	1030-1031	1032-1033	1034-1035	1036-1037	1038-1039	1040-1041	1042-1043	1044-1045	1046-1047	1048-1049	1050-1051	1052-1053	1054-1055	1056-1057	1058-1059	1060-1061	1062-1063	1064-1065	1066-1067	1068-1069	1070-1071	1072-1073	1074-1075	1076-1077	1078-1079	1080-1081	1082-1083	1084-1085	1086-1087	1088-1089	1090-1091	1092-1093	1094-1095	1096-1097	1098-1099	1100-1101	1102-1103	1104-1105	1106-1107	1108-1109	1110-1111	1112-1113	1114-1115	1116-1117	1118-1119	1120-1121	1122-1123	1124-1125	1126-1127	1128-1129	1130-1131	1132-1133	1134-1135	1136-1137	1138-1139	1140-1141	1142-1143	1144-1145	1146-1147	1148-1149	1150-1151	1152-1153	1154-1155	1156-1157	1158-1159	1160-1161	1162-1163	1164-1165	1166-1167	1168-1169	1170-1171	1172-1173	1174-1175	1176-1177	1178-1179	1180-1181	1182-1183	1184-1185	1186-1187	1188-1189	1190-1191	1192-1193	1194-1195	1196-1197	1198-1199	1200-1201	1202-1203	1204-1205	1206-1207	1208-1209	1210-1211	1212-1213	1214-1215	1216-1217	1218-1219	1220-1221	1222-1223	1224-1225	1226-1227	1228-1229	1230-1231	1232-1233	1234-1235	1236-1237	1238-1239	1240-1241	1242-1243	1244-1245	1246-1247	1248-1249	1250-1251	1252-1253	1254-1255	1256-1257	1258-1259	1260-1261	1262-1263	1264-1265	1266-1267	1268-1269	1270-1271	1272-1273	1274-1275	1276-1277	1278-1279	1280-1281	1282-1283	1284-1285	1286-1287	1288-1289	1290-1291	1292-1293	1294-1295	1296-1297	1298-1299	1300-1301	1302-1303	1304-1305	1306-1307	1308-1309	1310-1311	1312-1313	1314-1315	1316-1317	1318-1319	1320-1321	1322-1323	1324-1325	1326-1327	1328-1329	1330-1331	1332-1333	1334-1335	1336-1337	1338-1339	1340-1341	1342-1343	1344-1345	1346-1347	1348-1349	1350-1351	1352-1353	1354-1355	1356-1357	1358-1359	1360-1361	1362-1363	1364-1365	1366-1367	1368-1369	1370-1371	1372-1373	1374-1375	1376-1377	1378-1379	1380-1381	1382-1383	1384-1385	1386-1387	1388-1389	1390-1391	1392-1393	1394-1395	1396-1397	1398-1399	1400-1401	1402-1403	1404-1405	1406-1407	1408-1409	1410-1411	1412-1413	1414-1415	1416-1417	1418-1419	1420-1421	1422-1423	1424-1425	1426-1427	1428-1429	1430-1431	1432-1433	1434-1435	1436-1437	1438-1439	1440-1441	1442-1443	1444-1445	1446-1447	1448-1449	1450-1451	1452-1453	1454-1455	1456-1457	1458-1459	1460-1461	1462-1463	1464-1465	1466-1467	1468-1469	1470-1471	1472-1473	1474-1475	1476-1477	1478-1479	1480-1481	1482-1483	1484-1485	1486-1487	1488-1489	1490-1491	1492-1493	1494-1495	1496-1497	1498-1499	1500-1501	1502-1503	1504-1505	1506-1507	1508-1509	1510-1511	1512-1513	1514-1515	1516-1517	1518-1519	1520-1521	1522-1523	1524-1525	1526-1527	1528-1529	1530-1531	1532-1533	1534-1535	1536-1537	1538-1539	1540-1541	1542-1543	1544-1545	1546-1547	1548-1549	1550-1551	1552-1553	1554-1555	1556-1557	1558-1559	1560-1561	1562-1563	1564-1565	1566-1567	1568-1569	1570-1571	1572-1573	1574-1575	1576-1577	1578-1579	1580-1581	1582-1583	1584-1585	1586-1587	1588-1589	1590-1591	1592-1593	1594-1595	1596-1597	1598-1599	1600-1601	1602-1603	1604-1605	1606-1607	1608-1609	1610-1611	1612-1613	1614-1615	1616-1617	1618-1619	1620-1621	1622-1623	1624-1625	1626-1627	1628-1629	1630-1631	1632-1633	1634-1635	1636-1637	1638-1639	1640-1641	1642-1643	1644-1645	1646-1647	1648-1649	1650-1651	1652-1653	1654-1655	1656-1657	1658-1659	1660-1661	1662-1663	1664-1665	1666-1667	1668-1669	1670-1671	1672-1673	1674-1675	1676-1677	1678-1679	1680-1681	1682-1683	1684-1685	1686-1687	1688-1689	1690-1691	1692-1693	1694-1695	1696-1697	1698-1699	1700-1701	1702-1703	1704-1705	1706-1707	1708-1709	1710-1711	1712-1713	1714-1715	1716-1717	1718-1719	1720-1721	1722-1723	1724-1725	1726-1727	1728-1729	1730-1731	1732-1733	1734-1735	1736-1737	1738-1739	1740-1741	1742-1743	1744-1745	1746-1747	1748-1749	1750-1751	1752-1753	1754-1755	1756-1757	1758-1759	1760-1761	1762-1763	1764-1765	1766-1767	1768-1769	1770-1771	1772-1773	1774-1775	1776-1777	1778-1779	1780-1781	1782-1783	1784-1785	1786-1787	1788-1789	1790-1791	1792-1793	1794-1795	1796-1797	1798-1799	1800-1801	1802-1803	1804-1805	1806-1807	1808-1809	1810-1811	1812-1813	1814-1815	1816-1817	1818-1819	1820-1821	1822-1823	1824-1825	1826-1827	1828-1829	1830-1831	1832-1833	1834-1835	1836-1837	1838-1839	1840-1841	1842-1843	1844-1845	1846-1847	1848-1849	1850-1851	1852-1853	1854-1855	1856-1857	1858-1859	1860-1861	1862-1863	1864-1865	1866-1867	1868-1869	1870-1871	1872-1873	1874-1875	1876-1877	1878-1879	1880-1881	1882-1883	1884-1885	1886-1887	1888-1889	1890-1891	1892-1893	1894-1895	1896-1897	1898-1899	1900-1901	1902
----------	-----	-----	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	------