

Violencia intrafamiliar y trastornos psicológicos en niños y adolescentes del área de salud de Versalles, Matanzas

Intrafamiliar violence and psychological disorders in children and teenagers of the health area of Versalles, Matanzas

**Dra. Melvis Beatriz Martínez Almodóvar,^I Lic. Adelaida E. López Triana,^{II}
Lic. Arián Díaz Montesinos,^{III} Dra. Modesta Mercedes Teseiro Plá^{IV}**

^I Centro Comunitario de Salud Mental. Matanzas, Cuba.

^{II} Policlínico Universitario "Reynold García". Matanzas, Cuba.

^{III} Servicios Médicos del MININT. Matanzas, Cuba.

^{IV} Policlínico Universitario "Carlos Verdugo". Matanzas, Cuba.

RESUMEN

Se realizó una investigación descriptiva transversal, en el área de salud del Policlínico Universitario "Reynold García", de Versalles, Matanzas, en el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de marzo del año 2013, con el objetivo de identificar tipos y manifestaciones de violencia intrafamiliar en los niños y adolescentes entre 5 y 16 años, que asistieron a las consultas de Psiquiatría Infanto-Juvenil y Psicología. A fin de obtener la información necesaria, a la madre le fue aplicada entrevista biosociopsicológica estructurada, mientras que a cada paciente se le realizó examen psiquiátrico y se le aplicó el cuestionario de exposición a la violencia intrafamiliar. Como resultado más notable, el estudio mostró el considerable predominio de pacientes víctimas de de violencia intrafamiliar.

Palabras clave: violencia intrafamiliar, niños, adolescentes.

ABSTRACT

We carried out cross-sectional descriptive research in the health area of the Teaching Polyclinic "Reynold García", of Versalles, Matanzas, in the period January 1st-March 30, 2013, with the aim of identifying the kinds and manifestations of intrafamiliar violence in children and teenagers aged 5-16 years, who assisted the consultations of InfantoJuvenile Psychiatry and Psychology. To obtain the necessary information, a structured biosociopsychologic interview was applied to mothers, while a psychiatric exam was applied to every patient, and they applied the inquiry of intrafamiliar violence exposition. As the most important result, the research showed the considerable predominance of patients who are victims of intrafamiliar violence.

Key words: intrafamiliar violence, children, teenagers.

INTRODUCCIÓN

La violencia intrafamiliar (VIF), se encuentra en todas las clases sociales y provoca un grave y profundo deterioro de la familia y sus miembros; comprende, como toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia, la violación al derecho pleno y al bienestar del otro miembro.⁽¹⁾

La literatura especializada define la violencia intrafamiliar como un acto intencional que tiene lugar en el contexto de las relaciones interpersonales, ocasiona daño físico, psicológico, moral y espiritual, tanto a víctimas como a victimarios, y vulnera los derechos individuales de los integrantes del núcleo familiar (sobre todo, niños, adolescentes, mujeres y ancianos). Según el criterio de los especialistas, existen diferentes tipos de violencia intrafamiliar: según la dimensión vital que afecte en los siguientes tipos: violencia física, psicológica, sexual y económica.⁽²⁾

La violencia física resulta la más evidente, porque el daño producido deja huella, generalmente en el cuerpo de la víctima. Se manifiesta en golpes, heridas, mutilaciones, quemaduras, y otras. La violencia psicológica produce daño en la esfera emocional y vulnera la integridad psíquica del sujeto. Se manifiesta en insultos, sarcasmos, coacción, engaños, intimidación, manipulación, desprecio, y otras.⁽²⁾

Todas las modalidades de VIF son capaces de producir alteraciones graves en el desarrollo de la personalidad de niños y adolescentes.⁽³⁾

Otros autores citan los efectos de la exposición a la violencia en niños y adolescentes, además, realizaron la validación de un instrumento para medir sus diferentes formas.⁽⁴⁻¹¹⁾

En Cuba, Díaz Colina J y colaboradores,⁽¹²⁾ señalaron la morbilidad y los factores de riesgo para el maltrato infantil en niños; Monzón Y⁽¹³⁾ describió el ideal moral y la autovaloración de adolescentes disociales institucionalizados procedentes de hogares violentos; Hernández Fernández L⁽¹⁴⁾ caracterizó el maltrato psicológico

infantil según familia de procedencia y sexo; Torres Triana AE y colaboradores⁽¹⁵⁾ acometieron la investigación del maltrato en escolares entre 7 y 14 años.

En el contexto de las consultas de Psiquiatría Infanto–Juvenil y Psicología del área de salud de Versalles, los autores han apreciado manifestaciones de violencia intrafamiliar en hogares de niños que presentaban trastornos psicológicos, circunstancia esta que motiva a los autores a realizar la presente investigación.

El objetivo del presente trabajo es determinar si los niños y adolescentes con trastornos psicológicos atendidos en las consultas de Psiquiatría Infanto-Juvenil y Psicología del área de salud de Versalles han sido expuestos a VIF física o psicológica.

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación es de tipo descriptiva transversal. Se realizó en el área de salud del Policlínico Universitario “Reynold García”, de Versalles, Matanzas, en el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de marzo del año 2013, con el propósito de identificar la presencia de VIF de tipo física o psicológica, y sus manifestaciones en los niños y adolescentes entre 5 y 16 años que asistieron en dicho período a las consultas de Psiquiatría Infanto–Juvenil y Psicología, a los que les fue diagnosticado algún trastorno psicológico, totalizando 79 casos. Los diagnósticos clínicos fueron establecidos por la Clasificación Internacional de Enfermedades Revisión Décima (CIE-10). De este total, quedaron incluidos para estudio aquellos pacientes a los que les fue realizado algún diagnóstico clínico, con excepción de aquellos que presentaban retraso mental, trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje, mutismo selectivo y trastornos generalizados del desarrollo por la dificultad en la comprensión o expresión oral que imposibilitaba la administración de la técnica a emplear. Otros pacientes excluidos carecían de dicho diagnóstico por ser sujetos sanos, cuyos padres requerían de orientación sobre ciertos manejos educativos. De esta forma, el universo quedó conformado por 35 casos: 25 (71,4 %) del sexo masculino y 10 (28,6 %) del sexo femenino; 51,4 % entre 5-9 años y 17 (48,6 %) entre 10 y 16 años.

A la madre le fue aplicada una entrevista biosociopsicológica estructurada, que contenía 12 bloques: datos generales del paciente, motivo de consulta, embarazo, parto, características del niño al nacer, lactancia, antecedentes patológicos personales, antecedentes patológicos familiares, antecedentes del desarrollo, área familiar, historia institucional y patrones educativos familiares. Este instrumento permitió obtener información pormenorizada del paciente en las dimensiones biológica y sociopsicológica. A cada paciente se le realizó un examen psiquiátrico y se le aplicó, a su vez, el cuestionario de exposición a la violencia intrafamiliar, de I. Orúe y E. Calvete. Estas técnicas fueron administradas previo consentimiento informado de la madre y disposición de cooperación de los sujetos.

Las variables de estudio fueron: edad: pacientes entre 5-16 años; sexo: masculino, femenino; “violencia intrafamiliar”: daño sistemático y deliberado que se comete en el hogar contra algún niño o adolescente por alguien de la misma familia —puede ser el tipo físico (daño al cuerpo de la víctima) y psicológico (daño emocional a la víctima)—; y “trastornos psicológicos infantiles y del adolescente”: alteraciones psicológicas que presenta el paciente según CIE-10.

RESULTADOS

La tabla 1 presenta la distribución de los pacientes según su exposición a VIF, apreciándose que 82,8 % había sido víctima de esta, mientras que solo 17,2 % declaró lo contrario.

Tabla 1. Distribución de pacientes según exposición a VIF. Policlínico "Reynold García". Enero-marzo, 2013

| Exposición a VIF | Sí | % |
|---------------------------|----|------|
| Fueron víctimas de VIF | 29 | 82,8 |
| No fueron víctimas de VIF | 6 | 17,2 |
| Total | 35 | 100 |

Respecto a la distribución de los casos de acuerdo al tipo de VIF recibida, en la tabla 2 sobresale el hecho de que entre los pacientes que declararon ser víctimas de la misma, la totalidad (100 %) había sufrido daño psicológico, mientras que 58,6 % también había sido expuesto a daño físico.

Tabla 2. Distribución de pacientes según tipo de VIF recibida. Policlínico "Reynold García". Enero-marzo, 2013

| Tipo de VIF recibida | No. | % |
|-----------------------|-----|-----|
| Violencia física | 17 | 59 |
| Violencia psicológica | 29 | 100 |

En la tabla 3 se muestran las manifestaciones de VIF de que fueron objeto los pacientes, resultando que la violencia física (58,6 % de los casos) se había manifestado exclusivamente en forma de golpes en todos los sujetos. Entre la violencia de tipo psicológico, las amenazas fueron sufridas por 79,3 %, la coacción por 68,9 %, y la intimidación por 62 %. Las burlas y humillaciones obtuvieron un bajo porcentaje (13,7 %) al igual que manifestaciones explícitas de el rechazo (10,3 %). En ningún caso los pacientes fueron víctimas de abandono.

Tabla 3. Distribución de pacientes según manifestaciones de VIF. Policlínico "Reynold García". Enero-marzo, 2013

| Manifestaciones de VIF recibida | No. | % |
|---------------------------------|-----|------|
| Golpes | 17 | 58,6 |
| Amenazas | 23 | 79,3 |
| Insultos | 10 | 34,4 |
| Burlas y humillaciones | 4 | 13,7 |
| Rechazo | 3 | 10,3 |
| Coacción (imposición) | 20 | 68,9 |
| Engaño | 9 | 31,0 |
| Intimidación (inspirar temor) | 18 | 62,0 |

Respecto al sexo y edad de los casos víctimas de VIF, en la tabla 4 se aprecia que el sexo masculino en las edades inferiores (5-9 años) resultó la condición más

proclive a la VIF (55,5 %), mientras que el sexo femenino, en las edades superiores la condición menos proclive (45,5 %).

Tabla 4. Distribución de pacientes expuestos a VIF según edad y sexo. Policlínico "Reynold García". Enero-marzo, 2013

| Edad | Sexo | | | |
|-------|-----------|------|----------|------|
| | Masculino | | Femenino | |
| | No. | % | No. | % |
| 5-9 | 10 | 55,5 | 6 | 54,5 |
| 10-16 | 8 | 44,5 | 5 | 45,5 |
| Total | 18 | 100 | 11 | 100 |

En relación con el diagnóstico de los pacientes, la tabla 5 señala como el más recurrente el trastorno de adaptación (29,0 %), seguido del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (24,1 %) y las fobias específicas (13,7 %).

Tabla 5. Distribución de pacientes expuestos a VIF según el Diagnóstico. Policlínico "Reynold García". Enero-marzo, 2013

| Diagnóstico | No. | % |
|--|-----|------|
| Trastorno disocial | 1 | 3,4 |
| Trastorno de identidad de género | 3 | 10,3 |
| Trastorno por déficit de atención e hiperactividad | 7 | 24,1 |
| Trastorno de adaptación | 9 | 31,0 |
| Fobia específica | 4 | 13,7 |
| Enuresis nocturna secundaria | 2 | 6,8 |
| Trastorno de tics | 2 | 6,8 |
| Trastorno obsesivo-compulsivo | 1 | 3,4 |

DISCUSIÓN

Como resultado más notable, el estudio mostró el considerable predominio de pacientes víctimas de VIF, con supremacía, a su vez, de la violencia de tipo psicológica sobre la física, cuestión comprensible si se considera la amplia gama de manejos educativos erróneos que se identificaron y que vulneran la integridad emocional en la infancia, por sobre manifestaciones de daño físico.

El golpe con las manos resultó la manifestación violencia física más reiterada, resultado que debe vincularse con el modelo de crianza establecido por los padres para tratar de educar a sus hijos, patrón que preconiza el uso de la fuerza de todo tipo, el cual puede ser consecuencia de la reproducción del mismo de generación en generación.⁽⁸⁾

En otros trabajos realizados sobre el tema se ha hallado que los golpes resultan frecuentes,⁽¹³⁻¹⁵⁾ sin embargo, desde hace muchos años la perspectiva cognitivo conductual indicó que el castigo físico no tiene poder para establecer una disciplina

consistente en niños y adolescentes. Este tipo de castigo no se asocia a la larga con mejor conducta, contrariamente, pierde su efectividad con el tiempo y tiende a incrementar la rebeldía, la desobediencia y la agresión. Lo único que se obtiene es suprimir ciertas conductas, sin que se enseñen otras adecuadas, de aquí que el comportamiento desaprobado tenderá a repetirse una vez que desaparezca la consecuencia negativa o la amenaza de esta. Además, puesto que el golpe va acompañado de emociones desagradables, fundamentalmente confusión y miedo, entorpece el aprendizaje de las conductas deseables, al tiempo que legitima la idea de que es justificado el provocar daño o dolor a otros, si es por "su bien".

El golpe denota impotencia, carencia de opciones educativas y de autocontrol de quienes lo emplean, prescindiendo del ejemplo positivo, el diálogo y la persuasión como métodos formativos por excelencia.

Según Sampers, Anderson, Hartung, y Scambler (2001) la mayoría de las intervenciones conductuales se basan en los principios de aprendizaje social. Entre los objetivos generales de los programas revisados se encuentran: mejorar la actitud de los padres ante la mala conducta, romper el ciclo de coerción instruyendo a los padres en modos de respuesta más eficaces ante la conducta problema y promoción del comportamiento prosocial a través del refuerzo conductual. Todos los programas revisados informan de resultados positivos a corto plazo.⁽¹⁶⁾

Las manifestaciones de violencia psicológica más reiteradas fueron las amenazas y la coacción. Ambas resultan un intento de control del comportamiento con el propósito de extinguir conductas no deseadas, expresado en la advertencia o anticipación del castigo ante la desobediencia. Representan un estilo educativo basado en el chantaje y la intimidación, además de que pueden volverse totalmente ineficaces en ciertas circunstancias.

Una investigación sobre las manifestaciones de la violencia intrafamiliar realizada en Pinar de Río por Díaz Tenorio M y colaboradores,⁽³⁾ con 1923 niños y adolescentes, reflejó que la forma de violencia sufrida más frecuentemente era la física. El golpe con las manos fue la modalidad de violencia física habitual, mientras que los gritos, las amenazas y los insultos predominaron en la psicológica, obteniéndose valores porcentuales similares a otros estudios (73,3 % para los golpes y 90 % para los gritos, que se tomaron como manifestaciones de coacción).

Otro trabajo reciente realizado por L. Hernández sobre maltrato psicológico infantil, indicó que prevalecían el regaño en público (46 %) y las peleas, gritos y golpes (22 %), mientras que diferentes tipos de amenazas representaron 68 %, resultados compatibles con los del presente estudio.⁽¹⁴⁾

Estudios realizados por Albert Bandura con niños que muestran pautas de respuesta agresivamente antisociales, señalan que la preferencia paterna por el castigo físico como técnica disciplinaria fue un antecedente de la conducta desviada y hostil, mientras que el uso de la reprensión razonada fomentó una conducta socialmente positiva.^(4,5)

Tanto la violencia psicológica como la física pueden ser aprendidas por las víctimas. La imitación o aprendizaje vicario, constituye una de las formas de aprendizaje más importante en los humanos. Particularmente para niños y adolescentes, una parte sustancial del aprendizaje está basado en observar e imitar a los otros, dado el mimetismo presente en las personas.^(4,5)

Este modelo, al ser interiorizado, sirve como guía para la acción; los patrones de conducta observacionalmente aprendidos son posteriormente "refinados" basados en la retroalimentación informativa de la ejecución.

En la investigación se apreció que entre los pacientes estudiados, el pertenecer al sexo masculino constituyó la condición más frecuente asociada a la VIF. Es posible que comportamientos habituales del género masculino en la primera infancia, tales como la preferencia por los intercambios físicos rudos, los juegos bruscos y activos, tanto en el hogar como en la escuela, así como diversas situaciones de su manejo educativo, puedan condicionar respuestas de violencia en el hogar. También estos resultados son compatibles con los estereotipos de género prevalecientes a nivel social y familiar, en los que se valora a la hembra como un ser más frágil, necesitada de cuidados especiales y al varón como más fuerte, capaz de tolerar y necesitar medidas y conductas enérgicas del adulto para su disciplina y control, y en el cual la tolerancia será menor que para la hembra.

Estos resultados se avienen a los indicados por Díaz Colina J y colaboradores,⁽¹²⁾ sin embargo, no concuerdan con los obtenidos por otros autores como Y. Loret de Mola, citado por Torres Triana AE y colaboradores,⁽¹⁵⁾ quien encontró que el sexo femenino en su investigación era el más maltratado (53,3 %).

Entre los diagnósticos de los casos ocupó el primer lugar el trastorno de adaptación, el cual mostró sujetos particularmente vulnerables y con escasos recursos en el enfrentamiento a situaciones vitales de cambio que devienen estresantes, con manifestaciones sintomáticas ansioso-depresivas.

Los autores consideran que el período de tiempo breve en la ejecución de este estudio hace sus resultados de un alcance aún preliminar, debiéndose ampliar la casuística para informes posteriores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- León Martínez CA, Gómez Mendoza C, González Ferrer LT. Caracterización de la violencia intrafamiliar en la edad escolar. Acta Médica del Centro [Internet]. 2012 [12 Abr 2014];6(4). Disponible en: http://www.actamedica.sld.cu/r4_12/intrafamiliar.htm
- 2- Dueñas Becerra J. Violencia intrafamiliar: un análisis desde la psicología humanista. Rev Hosp Psiquiátrico de la Habana [Internet]. 2013 [12 Abr 2014];10(1). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0113/hphrev2-1-13.html>
- 3- Díaz Tenorio M, Durán Gondar A, Chávez Negrín E, Valdés Jiménez Y, Gazmuri Núñez P, Padrón Durán S. Violencia intrafamiliar en Cuba. Aproximaciones a su caracterización y recomendaciones a la política social. La Habana: Grupo de Estudios sobre Familia. Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas. Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente; 2009.
- 4- Boeree G, Bandura A. Teorías de la Personalidad. Psicología Online [Internet]. 1998 [9 May 2014]. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/bandura.htm>

- 5- Ibarra Saiz MS, Rodríguez Gómez G. Aproximación al discurso dominante sobre la evaluación del aprendizaje en la universidad. Rev de educación [Internet]. 2010 [12 Abr 2014]; (351). Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3123719>
- 6- Ruiz Y. Aprendizaje vicario: implicaciones educativas en el aula. Rev digital para profesionales de la enseñanza [Internet]. 2010 Sep [12 Abr 2014]; (10). Disponible en: <http://www2.fe.ccoo.es/andalucia/docu/p5sd7465.pdf>, retrieved: June, 2011
- 7- Cohen E, Walthall B. Realidades ocultas. Washington, DC: The National Child Welfare Resource Center for Family-Centered Practice; 2009.
- 8- Reuters Health [Internet]. Nueva York: Reuters Health, c2009 [citado 12 Abr 2014]. Disponible en: <http://www.blackwell-synergy.com/rd.asp?code=JGS&goto=journal>
- 9- Salvador del Barrio A. Modelos educativos y violencia en el seno de las familias. En: La violencia en las familias. Origen, causas, consecuencias y recursos para erradicarla. Madrid: Unión Nacional de Asociaciones Familiares (UNAF); 2009.
- 10- Toquero de la Torre F, Lorente Acosta M. Guía de Buena Práctica Clínica. Abordaje en situaciones de violencia de género. España: Organización Médica Colegial; 2011.
- 11- Rodríguez Ramírez R, González Tuero JH. Métodos alternativos para el tratamiento de pacientes con heridas infectadas. Medisan [Internet]. 2011 Abr [citado 12 Abr 2014]; 15(4): 503-14. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000400015&lng=es
- 12- Díaz Colina J, Díaz Colina M, Socorro Ávila Y, Bravo Málaga V. Morbimortalidad y factores de riesgo para el maltrato infantil en niños atendidos en el Policlínico "José Agustín Mas". Mediciogo [Internet]. 2011 [citado 12 Abr 2014]; 17(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/Vol17_01_%202011/articulos/t-5.html
- 13- Monzón Y. Autovaloración e ideal moral en adolescentes con trastornos de la conducta [tesis en opción al título de Licenciatura en Psicología]. Matanzas: Universidad de Matanzas "Camilo Cienfuegos"; 2010.
- 14- Hernández Fernández L. Caracterización del maltrato psicológico infantil en el área de salud del Policlínico "Reynold García" de Versalles. [tesis en opción al título de Licenciatura en Psicología]. Matanzas: Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas; 2011.
- 15- Torres Triana AE, Teseiro Plá MM, Herrera Perdomo D, Denis Pérez T. Caracterización del maltrato psicológico infantil en el área de salud del Policlínico "Reynold García" de Versalles. Rev Méd Electrón [Internet]. 2013 Nov-Dic [citado 12 Abr 2014]; 35(6). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol6%202013/tema04.htm>

16- Sampers J, Anderson KG, Hartung CM, Scambler DJ. Parent training programs for young children with behavior problems. *Infant Toddler Intervention* [Internet]. 2001 [citado 12 Abr 2014]; 11(2):91-110. Disponible en: <http://eric.ed.gov/?id=EJ629405>

Recibido: 2 de marzo de 2015.
Aceptado: 20 de abril de 2015.

Dra. Melvis Beatriz Martínez Almodóvar. Centro Comunitario de Salud Mental. Calle B e/ 3ra. y 4ta. Playa. Matanzas, Cuba. Correo electrónico: melvismartinez.mtz@infomed.sld.cu