

Violencia y Salud Mental

Ybarra Sagarduy, José Luis *Violencia y salud mental* / José Luis Ybarra Sagarduy, Daniela Romero Reyes ; coordinadora Luz Adriana Orozco Ramírez .—Ciudad de México : Colofón ; Universidad Autónoma de Tamaulipas, 2019.

227 pág. ; 17 x 23 cm.

1. Violencia – Aspectos psicológicos 2. Enfermedades mentales I. Romero Reyes, Daniela, coord. II. Orozco Ramírez, Luz Adriana, coord.

LC: RC569.5V55 Y22

DEWEY: 616.8582 Y22

Consejo de Publicaciones UAT

Tel. (52) 834 3181-800 • extensión: 2948 • www.uat.edu.mx

Centro Universitario Victoria

Centro de Gestión del Conocimiento. Tercer Piso

Cd. Victoria, Tamaulipas, México. C.P. 87149

consejopublicacionesuat@outlook.com

 **Fomento Editorial** Una edición del Departamento de Fomento Editorial de la Universidad Autónoma de Tamaulipas

D. R. © 2019 Universidad Autónoma de Tamaulipas

Matamoros SN, Zona Centro Ciudad Victoria, Tamaulipas C.P. 87000

Edificio Administrativo, planta baja, CU Victoria

Ciudad Victoria, Tamaulipas, México

Libro aprobado por el Consejo de Publicaciones UAT

ISBN: 978-607-8626-46-5

Colofón S.A. de C.V.

Franz Hals núm. 130, Alfonso XIII, C.P. 01460

Delegación Álvaro Obregón C.P. 01460, Ciudad de México, 2019

www.paraleer.com/colofonedicionesacademicas@gmail.com

ISBN: 978-607-8663-55-2

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra incluido el diseño tipográfico y de portada, sea cual fuera el medio, electrónico o mecánico, sin el consentimiento del Consejo de Publicaciones UAT.

Impreso en México • *Printed in Mexico*

El tiraje consta de 300 ejemplares

Publicación financiada con recurso PFCE 2018

Este libro fue dictaminado y aprobado por el Consejo de Publicaciones UAT mediante un especialista en la materia. Asimismo fue recibido por el Comité Interno de Selección de Obras de Colofón Ediciones Académicas para su valoración en la sesión del segundo semestre 2018, se sometió al sistema de dictaminación a “doble ciego” por especialistas en la materia, el resultado de ambos dictámenes fue positivo.

Violencia y Salud Mental

Dra. Luz Adriana Orozco Ramírez
Coordinadora

Dr. José Luis Ybarra Sagarduy
Mtra. Daniela Romero Reyes



UAT



Fomento
Editorial





Ing. José Andrés Suárez Fernández
PRESIDENTE

Dr. Julio Martínez Burnes
VICEPRESIDENTE

Dr. Héctor Manuel Cappello Y García
SECRETARIO TÉCNICO

C.P. Guillermo Mendoza Cavazos
VOCAL

Dra. Rosa Issel Acosta González
VOCAL

Lic. Víctor Hugo Guerra García
VOCAL

Consejo Editorial del Consejo de Publicaciones de la Universidad Autónoma de Tamaulipas

Dra. Lourdes Arizpe Slogher • Universidad Nacional Autónoma de México | **Dr. Amalio Blanco** • Universidad Autónoma de Madrid, España | **Dra. Rosalba Casas Guerrero** • Universidad Nacional Autónoma de México | **Dr. Francisco Díaz Bretones** • Universidad de Granada, España | **Dr. Rolando Díaz Lowing** • Universidad Nacional Autónoma de México | **Dr. Manuel Fernández Ríos** • Universidad Autónoma de Madrid, España | **Dr. Manuel Fernández Navarro** • Universidad Autónoma Metropolitana, México | **Dra. Juana Juárez Romero** • Universidad Autónoma Metropolitana, México | **Dr. Manuel Marín Sánchez** • Universidad de Sevilla, España | **Dr. Cervando Martínez** • University of Texas at San Antonio, E.U.A. | **Dr. Darío Páez** • Universidad del País Vasco, España | **Dra. María Cristina Puga Espinosa** • Universidad Nacional Autónoma de México | **Dr. Luis Arturo Rivas Tovar** • Instituto Politécnico Nacional, México | **Dr. Aroldo Rodríguez** • University of California at Fresno, E.U.A. | **Dr. José Manuel Valenzuela Arce** • Colegio de la Frontera Norte, México | **Dra. Margarita Velázquez Gutiérrez** • Universidad Nacional Autónoma de México | **Dr. José Manuel Sabucedo Cameselle** • Universidad de Santiago de Compostela, España | **Dr. Alessandro Soares da Silva** • Universidad de São Paulo, Brasil | **Dr. Akexandre Dorna** • Universidad de CAEN, Francia | **Dr. Ismael Vidales Delgado** • Universidad Regiomontana, México | **Dr. José Francisco Zúñiga García** • Universidad de Granada, España | **Dr. Bernardo Jiménez** • Universidad de Guadalajara, México | **Dr. Juan Enrique Marcano Medina** • Universidad de Puerto Rico-Humacao | **Dra. Ursula Oswald** • Universidad Nacional Autónoma de México | **Arq. Carlos Mario Yori** • Universidad Nacional de Colombia | **Arq. Walter Debenedetti** • Universidad de Patrimonio, Colonia, Uruguay | **Dr. Andrés Piqueras** • Universitat Jaume I, Valencia, España | **Dr. Yolanda Troyano Rodríguez** • Universidad de Sevilla, España | **Dra. María Lucero Guzmán Jiménez** • Universidad Nacional Autónoma de México | **Dra. Patricia González Aldea** • Universidad Carlos III de Madrid, España | **Dr. Marcelo Urra** • Revista Latinoamericana de Psicología Social | **Dr. Rubén Ardila** • Universidad Nacional de Colombia | **Dr. Jorge Gissi** • Pontificia Universidad Católica de Chile | **Dr. Julio F. Villegas** • Universidad Diego Portales, Chile | **Ángel Bonifaz Ezeta** • Universidad Nacional Autónoma de México

Índice de contenido

Prólogo	11
Capítulo 1. Efectos de la violencia sobre el sistema nervioso y su función	15
<i>Adrián Alberto Andaverde Vega y Luz Adriana Orozco Ramírez</i>	
Resumen	15
1.1 Introducción	16
1.2 Las emociones, el estrés y el sistema nervioso	16
1.3 Control y restablecimiento ante la respuesta de estrés	25
1.4 Estrés crónico y sus efectos	26
1.5 Efectos de la violencia en el neurodesarrollo	30
1.6 Discusión y conclusiones	36
1.7 Lista de referencias	37
Capítulo 2. Regulación emocional y emociones displacenteras en población infantil en contextos de violencia comunitaria	49
<i>José David de la Hoya García y Luz Adriana Orozco Ramírez</i>	
Resumen	49
2.1 Introducción	50
2.2 Metodología	59
2.2.1 Diseño de la investigación	59
2.2.2 Participantes	59
2.2.3 Consideraciones éticas	60
2.2.4 Instrumentos	61
2.2.5 Procedimiento	62
2.2.6 Análisis de datos	63
2.3 Resultados	63
2.4 Discusión y conclusiones	65
2.5 Lista de referencias	68
Capítulo 3. Prevención de la violencia familiar y la promoción de la salud mental en la infancia: Crianza positiva	73
<i>Andrómeda Ivette Valencia Ortiz, José Ángel Castillo Martínez, Azucena Santander Ramírez y Rubén García Cruz</i>	
Resumen	73
3.1 Introducción	74

3.2 Metodología	75
3.3 Violencia, conflictos en la familia y maltrato infantil	75
3.4 Estrés en la crianza y su relación con el maltrato infantil	82
3.5 Crianza positiva: estrategia para la prevención del maltrato infantil	86
3.6 Discusión y conclusiones	92
3.7 Lista de referencias	96
Capítulo 4. Factores psicosociales de adolescentes que han sufrido violencia interpersonal en Tamaulipas	99
<i>José Luis Ybarra Sagarduy, Luz Adriana Orozco Ramírez y Daniela Romero Reyes</i>	
Resumen	99
4.1 Introducción	100
4.2 Metodología	103
4.2.1 Diseño de la investigación	103
4.2.2 Participantes	103
4.2.3 Definición de variables	105
4.2.4 Instrumentos	106
4.2.5 Procedimiento	109
4.2.6 Análisis de datos	110
4.3 Resultados	110
4.4 Discusión y conclusiones	113
4.5 Lista de referencias	115
Capítulo 5. Paternidades adolescentes: Familias, drogas y violencias	119
<i>Elizabeth Aurora Pérez Hernández</i>	
Resumen	119
5.1 Introducción	120
5.2 Paternidades adolescentes y sus familias	122
5.3 Paternidades adolescentes con evidencia de consumo problemático de drogas	126
5.4 Discusión y conclusiones	131
5.5 Lista de referencias	140
5.6 Anexos	147
Capítulo 6. Impacto de la victimización contextual y salud mental en universitarios	165
<i>Gloria Margarita Gurrola-Peña, Patricia Balcázar Nava, Alejandra Moysen-Chimal y Martha Cecilia Villaveces-López</i>	

Resumen	165
6.1 Introducción	166
6.2 Metodología	171
6.2.1 Participantes	171
6.2.2 Instrumentos	171
6.2.3 Análisis de datos	172
6.3 Resultados	172
6.4 Discusión y conclusiones	175
6.5 Lista de referencias	179
Capítulo 7. Victimización y síntomas de salud mental según la escolaridad de los padres en universitarios de Ciudad Juárez <i>María Elena Vidaña Gaytán, María Nieves González Valles, Alberto Castro Valles y Gloria Margarita Gurrola-Peña</i>	185
Resumen	185
7.1 Introducción	186
7.2 Metodología	190
7.2.1 Participantes	190
7.2.2 Instrumentos	190
7.3 Resultados	191
7.4 Discusión y conclusiones	196
7.5 Lista de referencias	199
Capítulo 8. Victimización, exposición a la violencia y estrés postraumático en universitarias de Zacatecas <i>Georgina Lozano Razo, Javier Zavala Rayas, María Dolores García Sánchez y Oliva Eréndira Luis Delgado</i>	201
Resumen	201
8.1 Introducción	202
8.1.1 Violencia comunitaria	202
8.1.2 Exposición a la violencia y su impacto	203
8.1.3 Delitos de alto impacto en números	205
8.1.4 Género y violencia	206
8.1.5 Estrés postraumático y exposición a eventos traumáticos	210
8.1.6 Género y estrés postraumático	213
8.1.7 Estrés postraumático en estudiantes universitarios	213
8.1.8 Violencia y estrés postraumático	214
8.2 Metodología	215

8.2.1 Objetivo	215
8.2.2 Participantes	216
8.2.3 Instrumentos	216
8.2.4 Procedimiento	216
8.3 Resultados	216
8.4 Discusión y conclusiones	220
8.5 Lista de referencias	222

Prólogo

La violencia o las violencias se han convertido en un fenómeno multifactorial que afecta la salud física y mental de los individuos a nivel mundial y es por ello que la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha emitido una serie de recomendaciones a los países para prevenir y disminuir los efectos dañinos de estas problemáticas.

La Encuesta nacional de victimización y percepción sobre seguridad pública [ENVIPE] en el 2017, menciona que durante 2016, el 34.2% de los hogares del país tuvo, al menos, una víctima de delito, siendo respecto al género, los hombres con mayor vulnerabilidad de prevalencia delictiva que las mujeres; además, estima una tasa de 37 017 delitos por cada cien mil habitantes, donde los delitos con mayor prevalencia son el robo o asalto en la calle o en el transporte público (25.9%) y en el 68.1% de los casos, lo robado fue dinero, tarjetas de crédito o cheques, mientras que en 51.5% de los casos fueron teléfonos celulares. El segundo delito con mayor prevalencia es la extorsión (24.2%) en donde en el 95.6% de los casos, la extorsión fue telefónica, mientras que en 4.4% de las ocasiones la extorsión fue pagada. El ENVIPE (2017) además señala que las pérdidas monetarias por victimización, esto es, aquellas pérdidas a consecuencia de haber sido víctima de uno o más delitos, así como los gastos por daños en la salud derivados de los delitos ascendieron a 147.1 mil millones de pesos. Asimismo, la población mexicana de 18 años y más en un 61.1% considera que la inseguridad y delincuencia son los problemas más importantes que aquejan hoy en día a su entidad federativa, seguido del aumento de precios con 36.5% y el desempleo con 36.3%.

Siendo multifactorial el problema de la violencia, no existe un factor que explique por sí solo el porqué una persona se comporta de manera violenta y otra no lo hace, ni el porqué una comunidad se ve desgarrada por la violencia mientras otra comunidad vecina vive en paz. La violencia es un fenómeno sumamente complejo que hunde sus raíces en la interacción de muchos factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos.

Al respecto, el informe mundial sobre la violencia y la salud (2002), publicado por la Organización Mundial de la Salud recurre a un “modelo ecológico” para

intentar comprender la naturaleza polifacética de la violencia, donde identifica en el primer nivel factores de tipo biológico y de la historia personal que influyen en el comportamiento de los individuos y aumentan sus probabilidades de convertirse en víctimas o perpetradores de actos violentos; en el segundo nivel se abordan las relaciones más cercanas, con la familia, los amigos, las parejas y los compañeros, y se investiga cómo aumentan éstas el riesgo de sufrir o perpetrar actos violentos; en el tercer nivel se exploran los contextos comunitarios en los que se desarrollan las relaciones sociales, como las escuelas, los lugares de trabajo y el vecindario, y se intenta identificar las características de estos ámbitos que aumentan el riesgo de actos violentos; el cuarto nivel se interesa por los factores de carácter general relativos a la estructura de la sociedad que contribuyen a crear un clima en el que se alienta o se inhibe la violencia, como la posibilidad de conseguir armas y las normas sociales y culturales que emergen en la sociedad.

La violencia está tan presente, que se la percibe a menudo como un componente ineludible de la condición humana. Una proporción considerable de los costos de la violencia corresponde a su repercusión en la salud de las víctimas y a la carga que impone a las instituciones sanitarias. La violencia contribuye a que la mala salud se prolongue durante toda la vida -especialmente en el caso de las mujeres y los niños- e incluso predispone a una muerte prematura, además el daño que causa la violencia va mucho más allá del daño físico, ya que puede provocar depresión, ansiedad y otros trastornos de salud mental. En cuanto a la salud física contribuye a la aparición de cánceres, enfermedades del corazón, accidentes cerebrovasculares y VIH/sida, pues las víctimas de la violencia a menudo tratan de hacer frente a sus experiencias traumáticas adoptando comportamientos de riesgo, como consumir tabaco, alcohol y drogas, así como con prácticas sexuales de riesgo. En ese sentido también, la violencia puede provocar una muerte temprana o mala salud durante toda la vida. Asimismo, la violencia impone una pesada carga en los sistemas de salud y de justicia penal, los servicios de previsión y asistencia social y el tejido económico de las comunidades (OMS, 2014)

Este libro compuesto de ocho capítulos, refleja una mirada a diferentes contextos donde la violencia está presente y donde se observan las consecuencias hacia la salud, bienestar y calidad de vida de las personas. Es un texto que recoge la experiencia académica de un grupo de psicólogos investigadores de universidades públicas de los estados de Tamaulipas, Estado de México, Chihuahua y Zacatecas, que forman parte de una red sobre “estudios de violencia y salud” abordando de manera empírica las situaciones que aquejan a distintas poblaciones, niños, adolescentes y universitarios.

Se comienza con un primer capítulo sobre los efectos de la violencia sobre el sistema nervioso que identifica los efectos de la violencia en el neurodesarrollo,

seguido de un segundo capítulo que aborda el tema de la regulación emocional y emociones displacenteras en niños que viven en un contexto de violencia comunitaria, donde la ansiedad y la ira en los niños surge ante la exposición de la violencia y esto dificulta la regulación emocional.

En un tercer capítulo se presenta la crianza positiva como propuesta de prevención de la violencia familiar como el maltrato infantil y la promoción de la salud, mostrando ya evidencia empírica de programas parentales basados en psicología positiva implementados en ambientes escolares para reducir la violencia y facilitar el acceso a recursos, ya que la familia se considera una institución imprescindible para la creación de una sociedad, el estilo de crianza es por lo tanto un factor fundamental en la formación de sociedades orientadas a una cultura de paz.

En un cuarto capítulo se estudian los factores psicosociales en los adolescentes que han sufrido violencia interpersonal, donde se ve reflejado que los adolescentes varones presentan mayor vulnerabilidad a ser victimizados que las mujeres; y quienes tienen un mayor riesgo a ser víctimas de violencia son aquellos adolescentes varones que no se perciben capaces de emprender actividades y proyectos, que buscan regular las consecuencias emocionales aversivas derivadas de la presencia de alguna situación estresante y que perciben falta de apoyo de la familia y de otras personas significativas.

Hablando de la etapa adolescente, el quinto capítulo aborda un tema importante de riesgo en la aparición de conductas relacionadas con drogas y violencia como las paternidades adolescentes y sus familias, donde ante el consumo de drogas hay una mayor vulnerabilidad de reproducir estereotipos de riesgo hegemónicos y posterior a la paternidad adolescente el desempleo o empleos poco remunerados derivan a actos delictivos graves o violentos, consumo elevado de sustancias, posible ingreso a actividades del narcotráfico, además que sus hijos sean padres adolescentes y de esta forma se siga perpetuando el ciclo de pobreza-violencias.

En el capítulo seis abordamos a la población universitaria donde observamos la relación entre la victimización contextual y la salud mental, donde la violencia en la comunidad tiene una relación moderada con los síntomas psicopatológicos; sin embargo, el estudio realizado revela que dicho impacto varía según la proximidad de la experiencia de victimización comunitaria donde se reafirma lo que señalan anteriores estudios; el clima social vulnerable y la percepción de vivir altos índices de violencia contribuyen a crear la victimización contextual.

Siguiendo con la población universitaria el capítulo siete, señala la relación de la escolaridad de los padres y la salud mental en un contexto de victimización, siendo importante que entre menor escolaridad de la madre mayor somatización y entre menor escolaridad del padre mayor somatización y hostilidad en estudiantes

universitarios. En el último capítulo se describe cómo la victimización en mujeres universitarias y la exposición a la violencia las hacen más vulnerables a presentar síntomas de estrés postraumático.

Esperamos que este texto aporte una mirada a distintas aristas de la violencia en diferentes tipos de población, los factores de riesgo relacionados desde diferentes contextos poblacionales por edad y por geografía que permitan al lector tener elementos para el diseño de programas de intervención en prevención de la violencia y de los impactos en la salud física y mental que se derivan como consecuencia de la misma; asimismo, esperamos aporte evidencia empírica a la formulación de políticas públicas o creación de leyes o normas hacia una cultura de paz y una sociedad mayormente prosocial.

El informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Oficina de Naciones Unidas para las Drogas y el Delito (UNODC) y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) expusieron en el 2014 datos aportados por 133 países. Este documento refiere siete estrategias básicas en materia de prevención de la violencia dirigidas a que cada país desarrolle acciones al respecto, las cuales son: favorecer relaciones sanas, estables y estimulantes entre los niños y sus padres y cuidadores; fomentar las aptitudes para la vida en niños y adolescentes; reducir la disponibilidad y el consumo nocivo de alcohol; reducir el acceso a las armas de fuego y armas blancas; promocionar la igualdad en materia de género para prevenir la violencia contra la mujer; cambiar las normas sociales y culturales que propician la violencia; establecer programas de detección, atención y apoyo a las víctimas. Este informe muestra que muchos países han empezado a poner en marcha programas de prevención y servicios para las víctimas, y a elaborar los planes de acción, políticas y leyes nacionales necesarios para apoyar los programas de prevención de la violencia y las iniciativas de respuesta. A pesar de ello el informe demuestra que sigue habiendo deficiencias importantes y que es necesario seguir trabajando intensamente para que se materialice todo el potencial del creciente ámbito de la prevención de la violencia. Este libro pretende seguir aportando evidencia empírica para que este objetivo se cumpla y seguir contribuyendo con datos obtenidos de investigaciones en campo para la creación de programas y estrategias que apoyen en la prevención de la violencia y la creación de una cultura de paz en la sociedad.

Dra. Luz Adriana Orozco Ramírez
Dr. José Luis Ybarra Sagarduy
Mtra. Daniela Romero Reyes

Capítulo 1

Efectos de la Violencia sobre el Sistema Nervioso y su Función

Adrián Alberto Andaverde Vega¹
Luz Adriana Orozco Ramírez²

Resumen

Las emociones son patrones de respuesta cuyo valor adaptativo es la preparación del organismo para hacer frente a situaciones relevantes. Comprenden cambios fisiológicos y psicológicos que abarcan periodos breves, y sus efectos pueden extenderse a diversas esferas del individuo y su desarrollo. En ellas, las respuestas de estrés son de especial interés, ya que evidencia acumulada durante los últimos años sugiere que pueden tener efectos importantes sobre distintos aspectos del desarrollo, la funcionalidad, y la salud mental.

¿Cuáles son los efectos que el estrés y la violencia tienen sobre el sistema nervioso y su función; y cuáles son sus mecanismos fisiológicos? El objetivo del capítulo es presentar una revisión general de los mecanismos que comprenden las respuestas emocionales y de estrés, sus efectos sobre el sistema nervioso, su desarrollo y funcionamiento a corto y largo plazo, y sus implicaciones funcionales y de salud mental. Para ello, se realizó una revisión teórica en revistas especializadas, a través de Google Scholar, en español e inglés. Hallazgos: Se incluyeron 156 trabajos publicados entre 1988 y 2018; seis secciones de libro, un meta-análisis, treintaiocho revisiones, y ciento once trabajos experimentales. Concluyendo que la exposición a estresores, bajo diversas condiciones, se ha relacionado a cambios fisiológicos, neuroanatómicos, neuropsicológicos, y de salud mental. En ellos interactúan diversos sistemas fisiológicos, la duración, intensidad y momento de la exposición al estrés. Lo anterior plantea un marco teórico a tomar en cuenta en la elaboración de planes de intervención y prevención en psicología clínica y de la salud, tanto a nivel individual como social.

Palabras clave: estrés, emociones, neurociencia, psicología, revisión

^{1 2} Universidad Autónoma de Tamaulipas

1.2 Introducción

La organización Mundial de la Salud define violencia como:

El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (WHO Global Consultation on Violence and Health, 1996).

En México, según el reporte “Incidencia de los delitos de alto impacto en México 2016” (Observatorio Nacional Ciudadano de Seguridad, Justicia y Legalidad, 2017), hacia 2016 se cumplía una década marcada por la proliferación de diversos hechos delictivos y violentos (homicidios dolosos y culposos, secuestro, extorsión, robo con violencia, y robo de vehículo) sin la garantía efectiva de seguridad y de los derechos humanos para la población. Así, además de las víctimas directas, la ciudadanía en general podría verse afectada por el sentimiento de inseguridad y el estrés que el aumento de éstos y otros delitos implica (Brosschot, Verkuil, & Thayer, 2017).

El presente capítulo revisa (1) los mecanismos fisiológicos y neurales que comprenden las respuestas emocionales y de estrés, comentando las estructuras implicadas, su aportación a dichas respuestas, y las relaciones entre ellas; (2) los efectos del estrés, a corto y largo plazo, sobre dichas estructuras, mecanismos, y relaciones; y (3) las implicaciones funcionales, del desarrollo, y de salud mental del estrés.

Se integraron 156 trabajos publicados entre 1988 y 2018 tras buscar en revistas especializadas a través de Google Scholar, en los idiomas español e inglés. Entre ellos, se encuentran seis secciones de libro, un meta-análisis, treintaiocho revisiones, y ciento once trabajos experimentales que abarcan factores anatómicos, fisiológicos, neuropsicológicos, del desarrollo, y psicológicos relacionados con el estrés, su generación, su control, y sus efectos a corto y largo plazo.

El capítulo plantea un marco teórico que busca facilitar la relación entre distintos campos del conocimiento a los que atañen los efectos de la violencia sobre la sociedad y los individuos que la componen.

1.3 Las emociones, el estrés, y el sistema nervioso

Las emociones pueden ser definidas, en sus aspectos psicofisiológicos y conductuales, como estados o patrones de respuesta que preparan al organismo para hacer frente a diferentes situaciones de relevancia. Actúan organizando distintos sistemas corporales y provocando cambios en la expresión facial, tono muscular somático,

tono de voz, actividad endocrina y del Sistema Nervioso Autónomo o Autonómico (SNA) (Levenson, 2003).

En lo psicológico, pueden activar redes asociativas en la memoria, cambiar el foco de atención y modificar las prioridades en cuanto a conductas de respuesta. Los estados emocionales son de corta duración y pueden impulsar al organismo hacia, o lejos de, distintos estímulos dependiendo de que su valencia sea positiva o negativa (Levenson, 2003).

Sanz-Martín y colaboradores (2008, p. 3) distinguen, en la dimensión psicológica y conductual, tres aspectos de las emociones: el elemento perceptivo, que “se refiere a la capacidad de los individuos para reconocer las emociones de uno mismo y de los demás e incluye la discriminación de las emociones faciales, gestuales, prosódicas y verbales”, el aspecto conductual-expresivo, que comprende las expresiones faciales, y que “es la manera en que cada sujeto reacciona ante una determinada emoción y le comunica a los demás que experimenta la misma, aunque no necesariamente de forma intencional” y, por último, el aspecto subjetivo que “hace referencia al conocimiento consciente de la emoción, es decir, a la manera particular y la intensidad con la que cada uno de nosotros experimenta las emociones en uno mismo”.

Los cambios asociados a las emociones (tanto en el en el sistema nervioso como en el resto del cuerpo) integran a ellos los componentes fisiológicos de la respuesta al estrés, que forman parte de la manera en la que el individuo responde a situaciones en las que “las demandas ambientales, demandas internas, o ambas, consumen o exceden los recursos adaptativos de un individuo, sistema social, o sistema de tejidos” (Monat & Lazarus, 1991).

Entre los cambios transitorios en el SNA asociados a las emociones se encuentran los que ocurren en el sistema cardiovascular (frecuencia cardíaca y presión arterial), la frecuencia respiratoria, el sistema endocrino, la dilatación de las pupilas, la coloración y la sudoración de la piel (Sanz-Martín, Castillo-Parra, Sánchez-Padilla, & Gumá-Díaz, 2008).

Estos cambios se equilibran dinámicamente por la acción de dos divisiones anatómicamente independientes que inervan los órganos del cuerpo (con escasas excepciones): la división Parasimpática, que promueve funciones relacionadas con almacenar o conservar energía metabólica; y la división Simpática, que promueve funciones que se relacionan con el gasto de energía almacenada en el cuerpo. Es esta última división la que, durante un estado emocional intenso, aumenta el flujo sanguíneo a los músculos y estimula la secreción de hormonas relacionadas con el estrés.

Los efectos neuroendocrinos (los relacionados a la liberación de hormonas en respuesta a la estimulación del sistema nervioso) se ven también regulados por

el eje Hipotalámico-Hipofisiario-Adrenal (Eje HHA, también conocido como Hipotalámico-Pituitario-Adrenal). Este eje está integrado por el hipotálamo, que es un conjunto de subestructuras (o núcleos) que organiza conductas como la lucha, la huida, la ingesta, y la reproducción; la hipófisis, que inicia la respuesta neuroendocrina; y las glándulas adrenales, que secretan hormonas mediadoras de la respuesta al estrés en el resto del organismo.

El núcleo paraventricular del hipotálamo (PVN) es una de las estructuras más importantes en este contexto, ya que se relaciona con la regulación e inicio de la producción de hormonas moduladoras de la actividad de glándulas implicadas en la respuesta al estrés, entre las que se encuentra la hipófisis.

La hipófisis (o Pituitaria) es una glándula compuesta de dos partes (Neurohipófisis y Adenohipófisis) que es la principal reguladora de la actividad del sistema endocrino; se encuentra debajo del hipotálamo, y unida a él por haces de axones (Infundíbulo hipofisario) provenientes de distintos núcleos del mismo (incluido el núcleo paraventricular).

Las glándulas adrenales se sitúan mayormente sobre los riñones (por lo que también se les conoce como Suprarrenales) y median la respuesta al estrés mediante la síntesis y secreción al torrente sanguíneo de hormonas. Dichas hormonas se separan en corticosteroides (principalmente cortisol) y catecolaminas (sobre todo adrenalina y noradrenalina).

En conjunto, el hipotálamo, la hipófisis, y las glándulas adrenales, participan en las reacciones de estrés y regulan muchos procesos corporales como la digestión, el sistema inmune, el humor y las emociones, la sexualidad, y el gasto y conservación de energía (Carlson, 2005).

Así, el Sistema Nervioso Autónomo y el eje Hipotalámico Hipofisiario Adrenal son los principales sistemas involucrados en la mantención y restablecimiento de la homeostasis (o estado de equilibrio fisiológico del cuerpo) durante el estrés, y las funciones mediadas por estos sistemas representan la respuesta clásica de 'lucha o huida' frente a situaciones de peligro o alta demanda fisiológica y/o psicológica.

En general, ante el estrés, estos sistemas incrementan los niveles sanguíneos de adrenalina (principalmente desde la médula adrenal, situada sobre los riñones) y noradrenalina (primariamente desde los nervios del sistema simpático), aumentan el ritmo y fuerza de contracción cardíacos, la vasoconstricción periférica, y la movilización energética.

En el eje HHA, la exposición a estresores activa la secreción en cascada (unas promovidas por otras) hormonal que resulta en la liberación de hormonas mediadoras de la respuesta al estrés (Ulrich-Lai & Herman, 2009) (Figura 1)

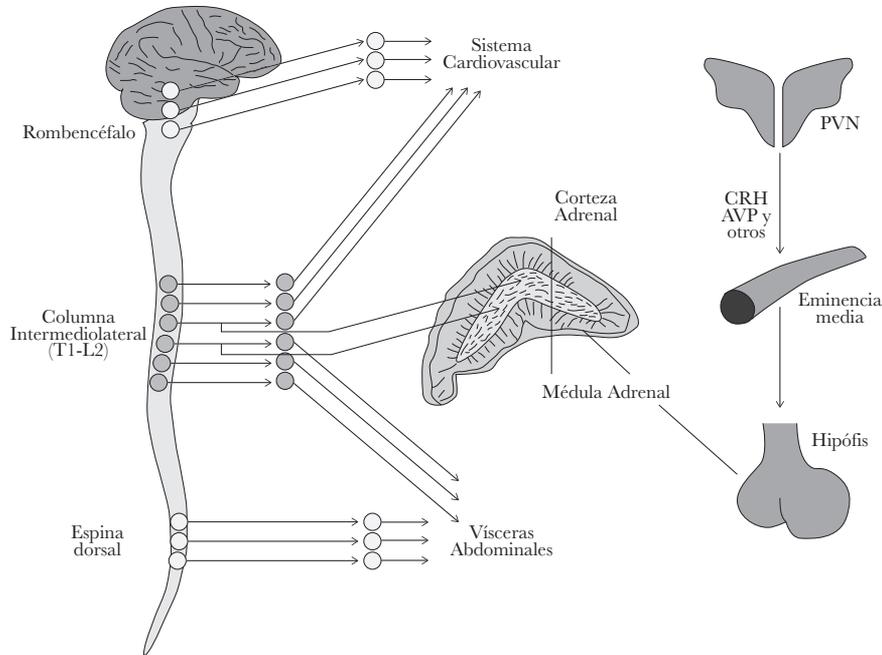


Figura 1. Respuesta al estrés del eje Hipotalámico Hipofisario Adrenal y el Sistema Nervioso Autónómico. En general, la acción conjunta del eje HHA y el SNA sobre el cuerpo da lugar a su respuesta adaptativa ante el estrés. En la figura se muestran las relaciones funcionales entre distintas estructuras de estos sistemas y sus efectores. En la imagen: Rombencéfalo, división posterior del encéfalo; Círculos oscuros: ganglios del SNA Simpático; Círculos blancos: ganglios del SNA Parasimático; Eminencia media, parte del sistema de transporte de hormonas desde el hipotálamo hacia la hipófisis; Como parte de la cascada hormonal que resulta en la liberación de adrenalina y cortisol se encuentran la ACTH: hormona adrenocorticotrópica; PVN: núcleo paraventricular del hipotálamo; CHR: hormona liberadora de corticotropina; AVP: arginina vasopresina; entre otras. Figura adaptada de Ulrich-Lai y Herman (2009).

Además, con la intervención del cerebro anterior (principalmente la corteza prefrontal) y las estructuras que conforman el Sistema Límbico, eventos y cambios a nivel psicológico (como las emociones y su vivencia) pueden originar la activación de los sistemas relacionados al estrés y la liberación de sus hormonas mediadoras con relativa independencia de estresores físicos (pérdida de sangre, infección, o dolor).

El Sistema Límbico es una división neuroanatómica propuesta por Papez en 1937 como un circuito cuya función es la regulación de la motivación y la emoción. Posteriormente, el fisiólogo MacLean señaló que “la evolución de este sistema, que incluye el tipo más primitivo y elemental de corteza cerebral, parece haber coincidido con el desarrollo de las respuestas emocionales” (Carlson, 2005, p. 92).

En el Sistema Nervioso, la evaluación de un evento como estresor depende de la integración de efectos promotores e inhibidores de la respuesta de estrés por parte de distintas estructuras del Sistema Límbico, principalmente la amígdala y el hipocampo (Ulrich-Lai & Herman, 2009; Godoy, Rossignoli, Delfino-Pereira, García-Cirasco, & de Lima Umeoka, 2018).

Además, participan estructuras superiores en la evaluación de eventos y su relevancia emocional y motivacional estructuras superiores (en el sentido anatómico y de jerarquía funcional), como partes de la corteza prefrontal, (Herman, Ostrander, Mueller, & Figueiredo, 2005).

La amígdala es una estructura bilateral compleja situada en el interior de la parte frontal de los lóbulos temporales (debajo del hueso temporal, que está en la parte lateral del cráneo) y, aunque se le reconocen numerosas subdivisiones anatómico-funcionales, su función general se relaciona con el procesamiento de la memoria (sobre todo la relacionada con eventos emotivos), la toma de decisiones, y respuestas emocionales (incluyendo miedo, ansiedad, y agresión) y motivacionales (Amunts, et al., 2005).

Distintos núcleos amigdalinos se han relacionado con respuestas a distintos tipos de estrés. Por ejemplo, el núcleo central de la amígdala ha generado interés como integrador de las respuestas de estrés por su participación en la regulación de la respuesta autonómica y su asociación con respuestas conductuales al estrés (Davis, 1992). Este núcleo parece responder a alteraciones homeostáticas (Sawchenko, et al., 1996) y estresores sistémicos (Sawchenko, Li, & Ericsson, 2000); y su lesión afecta la respuesta cardíaca ante estresores psicológicos (Roozendaal, Koolhaas, & Bohus, 1990).

Otros núcleos, como el medial y el basolateral, tienen respuestas más directamente ligadas con el estrés psicológico (Sawchenko, et al., 1996; Cullinan, Herman, Battaglia, Akil, & Watson, 1995), y lesiones del núcleo medial pueden suprimir respuestas del eje HHA ante estresores psicológicos, pero no homeostáticos (Dayas, Buller, & Day, 1999).

El núcleo basolateral, además, parece estar implicado en la consolidación de memorias aversivas (Roozendaal, McEwen, & Chattarji, 2009), y tiene un rol crítico en el procesamiento de estrés psicológico (Janak & Tye, 2015), sobre todo el anticipatorio (Cullinan, Herman, Battaglia, Akil, & Watson, 1995).

Como parte del Sistema Límbico, la amígdala se relaciona con la identificación de eventos o estímulos como relevantes y participa prominentemente, por ejemplo, en el reconocimiento de emociones en las expresiones faciales (Carvajal, Rubio, Martín, Amarante, & García-Sola, 2007; Pessoa, McKenna, Gutierrez, & Ungerleider, 2002; Sander, Grafman, & Zalla, 2003).

El hipocampo (nombrado por su parecido a los caballitos de mar) es una estructura bilateral alargada, situada a lo largo del interior de los lóbulos temporales, de especial importancia en la consolidación de la memoria de corto plazo hacia la de largo plazo, en la memoria espacial que permite la navegación, y en la toma de decisiones de aproximación-retirada ante estímulos emocionales (Ito & Lee, 2016; Amaral & Lavenex, 2006; Anderson, Morris, Amaral, Bliss, & O'Keefe, 2007).

Esta estructura se ha relacionado a la inhibición del eje HHA (Herman, Ostrander, Mueller, & Figueiredo, 2005) y daño a la misma parece afectar la recuperación o finalización de las respuestas de estrés iniciadas por el mismo eje (Jacobson & Sapolsky, 1991). La lesión del Subículo (parte más inferior del hipocampo) resulta en mayor secreción de corticosterona (hormona mediadora del estrés) ante estresores psicogénicos, pero no sistémicos (Herman & Mueller, Role of the ventral subiculum in stress integration, 2006).

El hipocampo, además, parece modular la función del Sistema Nervioso Autónomo mediante proyecciones hacia la corteza prefrontal medial, disminuyendo el ritmo cardíaco, la presión sanguínea, y la frecuencia respiratoria al ser estimulado (en ratas) (Ruit & Neafsey, 1988).

Entre las estructuras más estrechamente relacionadas con el Sistema Límbico se encuentra la corteza prefrontal. Ésta, comprende la parte más superficial y frontal del encéfalo, está ampliamente relacionada con otras estructuras (motoras, sensoriales, y de asociación) del cerebro y, en general, interviene de manera importante en la elaboración de planes y estrategias (Carlson, 2005). Su sección dorsal se relaciona con funciones atencionales, cognitivas y conductuales (Goldman-Rakic, 1988), y su sección ventral colabora con estructuras relacionadas con el procesamiento emocional (Price, 1999).

Así mismo, la actividad de la corteza prefrontal medial, reduce la respuesta del eje HHA ante estresores psicogénicos (Gerrits, et al., 2003), y regula la duración de la secreción de glucocorticoides (Ulrich-Lai & Herman, 2009). Por otro lado, la sección infralímbica de la corteza prefrontal está relacionada con el inicio de la respuesta autonómica y del eje HHA ante estresores psicogénicos (Sullivan & Gratton, 2002).

Además, estudios de la conducta animal reportan que lesiones en la región dorsal de la corteza prefrontal tiene efectos ansiógenos, mientras que lesiones en

regiones ventrales de la misma estructura, tienen efectos ansiolíticos (Sullivan & Gratton, 2002).

En general, la corteza prefrontal, por sus distintas funciones y su relación con la amígdala y el hipocampo, parece ser el coordinador e iniciador principal de la respuesta fisiológica al estrés (Ulrich-Lai & Herman, 2009) (ver Figura 2).

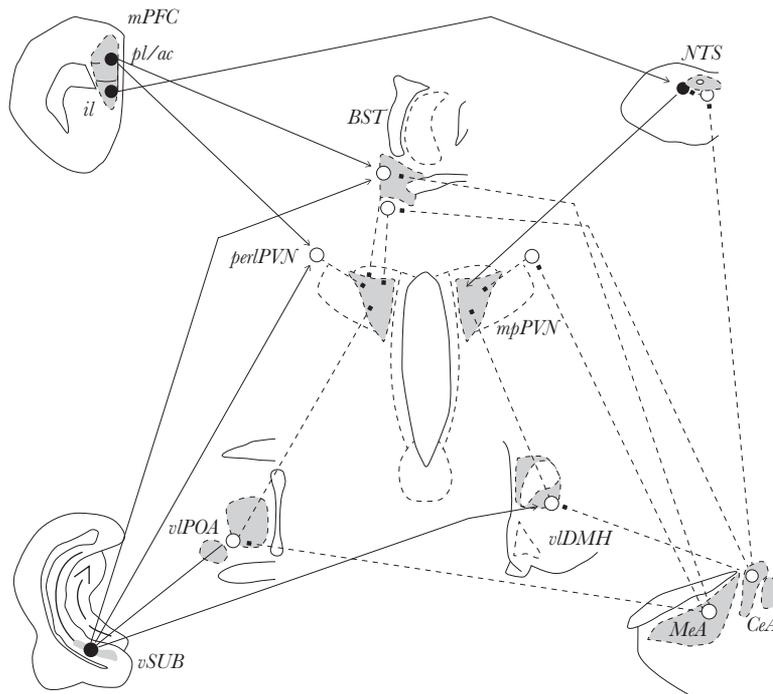


Figura 2. Representación diagramática de las vías límbicas de integración del estrés desde la corteza prefrontal, la amígdala y el hipocampo. La **corteza prefrontal** medial (mPFC) integra neuronas de las cortezas prelímbica (pl), anterior del cíngulo (ac) e infralímbica (il), que parecen tener diferentes efectos sobre la respuesta al estrés del eje HHA. Las cortezas pl/ac envían proyecciones excitatorias (designadas como círculos oscuros y flechas continuas) a regiones como la zona alrededor del Núcleo Paraventricular (PVN) [parte importante del eje HHA] y el núcleo Basal de la Stria Terminalis (BST), las cuales envían proyecciones GABAérgicas [inhibitorias] a la sección medial parvocelular del PVN (representado como círculos claros, y líneas punteadas con terminación en cuadrados). Esta cadena de dos neuronas probablemente tenga un efecto inhibitorio. En contraste, la corteza infralímbica proyecta hacia regiones como el núcleo del tracto solitario (NTS), que envía proyecciones excitatorias al PVN, implicando un medio de excitación del PVN desde esta región cortical. El subículo ventral

(vSUB) [parte más inferior del **hipocampo**] envía proyecciones excitatorias hacia numerosas regiones subcorticales, incluyendo el BST posterior, la región peri-PVN, la región ventrolateral del área medial preóptica (vIPOA) y la región ventrolateral del núcleo hipotalámico dorsomedial (vIDMH), todas éstas enviando proyecciones GABAérgicas al PVN y probablemente ejerciendo inhibición. El núcleo medial de la **amígdala** (MeA) envía proyecciones inhibitorias a poblaciones celulares GABAérgicas, como el BST, vIPOA y peri-PVN, ejerciendo desinhibición. Un arreglo similar probablemente exista para el núcleo central de la amígdala (CeA) que envía proyecciones GABAérgicas al BST ventrolateral y, en menor medida, al vIDMH. El CeA también envía proyecciones a neuronas GABAérgicas en el NTS, que probablemente desinhibe proyecciones ascendentes hacia el PVN.” Imagen y texto tomados, adaptados y traducidos de Herman, Ostrander, Mueller, y Figueiredo (2005, p. 1209). (las palabras resaltadas son del articulista).

En conjunto, estas estructuras permiten que factores como el aprendizaje y la interpretación de los eventos vividos modifiquen la función de los sistemas de respuesta al estrés. Así, aunque estresores físicos suelen más comúnmente provocar respuestas autonómicas, estresores psicológicos y sociales pueden también desencadenar respuestas al estrés tanto físicas como cognitivas y emocionales (Skoluda, et al., 2015).

Así mismo, diversos estudios sugieren que la exposición crónica al estrés puede, a su vez, alterar la estructura y función de regiones involucradas en el control de dicha respuesta (Ulrich-Lai & Herman, 2009; De Kloet, Vreugdenhil, Oitzl, & Joels, 1998; Godoy, Rossignoli, Delfino-Pereira, García-Cirasco, & de Lima Umeoka, 2018). Más abajo se revisarán los cambios que la exposición prolongada al estrés genera en el Sistema Nervioso, pero antes, en la siguiente sección, se revisarán los mecanismos por los que, una vez iniciadas las respuestas de estrés, el organismo normalmente regresa a su estado basal.

Como ilustración del papel que la interacción entre la corteza prefrontal y el Sistema Límbico tiene en el control de los estados y conductas emocionales, cabe mencionar que se ha sugerido que, diferencias en la maduración de estructuras del Sistema Límbico -que maduran primero- con respecto a la corteza prefrontal durante la adolescencia, resultan en un incremento de conductas de riesgo. Se entiende que estas conductas surgen de la combinación de un incremento en la atracción por actividades emocionantes, placenteras, o novedosas (producto de la maduración de sistemas socioemocionales) y una falta de control de impulsos (dada por la relativa inmadurez de estructuras frontales) (Steinberg, 2010; Casey, Jones, & Somerville, 2011).

Como síntesis de la función de los sistemas implicados en la respuesta al estrés, Godoy, et al., (2018) ofrecen el esquema de la Figura 3.

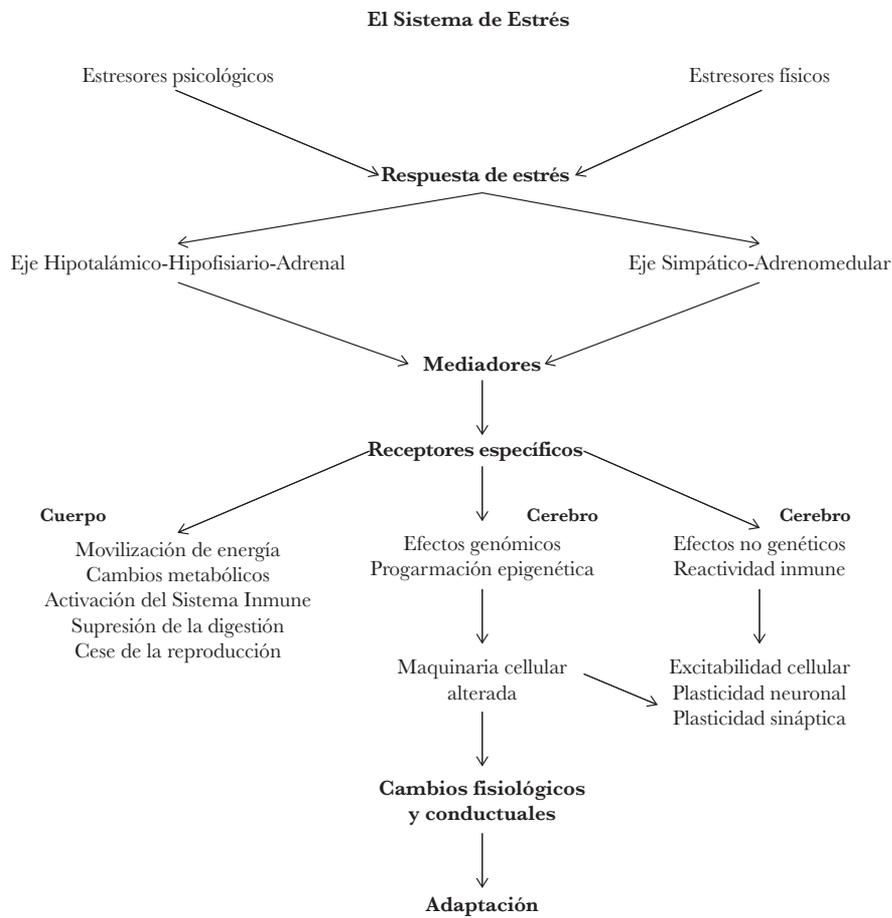


Figura 3. Procesar y lidiar con situaciones estresantes requiere la intervención de mecanismos complejos que integran al cuerpo y el cerebro. La respuesta a estímulos estresores es articulada por una amplia diversidad de estructuras cerebrales que colectivamente son capaces de detectar o interpretar eventos como amenazas reales o potenciales (estresores). La percepción de estos eventos como estresores implica diferentes redes dependiendo de si se trata de un estresor físico o uno psicológico. La identificación de un estresor lleva la activación de dos grandes constituyentes del sistema de estrés, y la liberación de sus moléculas mediadoras finales. El eje Simpático-Adrenomedular secreta noradrenalina y norepinefrina, y el eje Hipotalámico-Hipofisiario-Adrenal secreta glucocorticoides. Una vez que estos ejes son activados como respuesta a un estresor, generaran una respuesta coordinada que comienza en los primeros segundos y podría durar durante días, proveyendo respuestas rápidas y facilitando tanto una estrategia apropiada, como el restablecimiento casi inmediato de la homeostasis. Para lograr esto, la respuesta al estrés promueve sistemáticamente la movilización de energía, cambios metabólicos, activación del sistema inmune, y supresión de los sistemas digestivo y reproductor. Más

específicamente, en el cerebro, la respuesta al estrés produce efectos a corto y largo plazo a través de mecanismos no-genéticos, genéticos, y epigenéticos [aquellos que modifican la transcripción de un gen sin alterar la información codificada en él]. Estos efectos centrales, combinados con señales proinflamatorias, alteran la excitabilidad celular y la plasticidad sináptica y neuronal. En conjunto, estos efectos cuerpo-cerebro median alteraciones a la fisiología y la conducta que permiten la adaptación y la supervivencia.

Imagen, adaptada y traducida, de Godoy, Rossignoli, Delfino-Pereira, García-Cirasco, y de Lima Umeoka (2018), y texto traducido de la misma fuente (p. 3).

1.4 Control y restablecimiento ante la respuesta de estrés

Como otros sistemas homeostáticos, la regulación de la respuesta de estrés se da a través de procesos de retroalimentación negativa (Jacobson & Sapolsky, 1991; Herman, Prewitt, & Cullinan, 1996). Estos procesos consisten en que la señal o producto de un sistema afecta el funcionamiento del mismo, deteniéndolo o disminuyéndolo. En particular, la respuesta de estrés se ve regulada por la acción de las hormonas liberadas por la glándula adrenal sobre distintas estructuras del encéfalo.

Estas hormonas pueden tener efectos relativamente rápidos y lentos. Los lentos se relacionan a modificaciones en la transcripción genética (procesos de síntesis de proteínas con base en la información codificada por los genes) que pueden afectar de manera amplia y duradera la función de las células y, finalmente, los órganos y sistemas (De Kloet, Vreugdenhil, Oitzl, & Joels, 1998). Los efectos rápidos ocurren en el transcurso de minutos y probablemente se relacionan a modificaciones funcionales transitorias en la membrana de la célula receptora (Ulrich-Lai & Herman, 2009).

Para esto, se reconocen dos vías de acción representadas en dos tipos de receptores que se sitúan en las células nerviosas, sin que su presencia sea mutuamente excluyente: los receptores a glucocorticoides (RG) y los receptores a mineralocorticoides (RM). Los RG tienen una afinidad relativamente más baja por su ligando (la molécula que les activa, en este caso glucocorticoides) que los RM, por lo que responden a incrementos mayores de ligando en el torrente sanguíneo. Esto establece respuestas diferenciales a cambios relativamente grandes y pequeños en la concentración de ligando en el torrente sanguíneo. Así, por ejemplo, cuando hay una respuesta aguda de estrés en la que la concentración de ligando aumenta abruptamente, los RG podrían identificar el cambio; mientras que con los cambios menores como los que se dan naturalmente a través de los ciclos circadianos, los RM se ligarían y activarían más extensamente (Ulrich-Lai & Herman, 2009).

Distintas estructuras parecen participar de manera diferente en la regulación del estrés agudo. Por ejemplo, tanto los receptores RG como los RM se encuentran

abundantemente en el hipocampo y, debido a sus diferencias de afinidad por distintas hormonas, esta estructura puede responder a hormonas secretadas por las glándulas adrenales tanto en elevaciones basales como en las relacionadas al estrés (De Kloet, Vreugdenhil, Oitzl, & Joels, 1998).

En la corteza prefrontal medial se pueden encontrar mayormente receptores RG, lo que sugiere una respuesta selectiva a su ligando. Diordo, Viau, y Meaney (1993), reportan que la administración de corticosteroides en esta estructura inhibe la respuesta del eje HHA a estrés psicogénico, pero no de otro tipo.

Tanto el hipocampo como la corteza prefrontal medial reducen los cambios en el ritmo cardiaco y presión sanguínea relacionados a la respuesta de estrés, y Ulrich-Lai y Herman (2009) comentan la posibilidad de que uno o ambos receptores a corticosteroides (RG y RM) influyan sobre la función del Sistema Nervioso Autónomo (además de la del eje HHA).

Estudios en ratas en las que se ha eliminado uno u otro tipo de receptor revelan sutilezas en sus efectos. Por ejemplo, la eliminación de receptores RG en la parte anterior del cerebro, el hipocampo, y otros núcleos, resulta en niveles basales elevados de glucocorticoides y la secreción más prolongada de corticosterona ante estrés psicogénico, pero no sistémico (Boyle, et al., 2004; Furay, Bruestle, & Herman, 2008). En cambio, la eliminación de receptores RM en regiones límbicas anteriores no parece afectar la función basal del eje HHA o la respuesta aguda al estrés psicogénico (Berger, et al., 2006).

Ulrich-Lai y Herman (2009, p. 403) concluyen:

[...] en conjunto, los datos son consistentes con una interface del sistema límbico entre las señales aportadas por los glucocorticoides y una regulación por retroalimentación del eje HHA. La importancia relativa de la intervención límbica como respuesta a los glucocorticoides depende de la modalidad del estrés: regula las respuestas del eje HHA a estrés psicogénico, pero no sistémico, y provee una retroalimentación que modifica la inhibición del eje HHA en dependencia del contexto.

1.5 Estrés crónico y sus efectos

Cuando el individuo se ve sometido repetida o constantemente a estresores, los sistemas asociados a la generación de la respuesta de estrés, y aquellos encargados de regularla, sufren cambios incluso a nivel celular (Lupien, McEwen, Gunnar, & Heim, 2009).

Se ha reportado, por ejemplo, que estresores psicológicos crónicos causan, en el hipocampo y la corteza prefrontal, retracción de las dendritas apicales (proyecciones del cuerpo de las células nerviosas encargadas de recibir impulsos

nerviosos desde otras células) y reducción de la densidad de espinas dendríticas (estructuras especializadas en establecer “contacto” con las otras neuronas) en células piramidales (un tipo de neuronas comunes en estructuras corticales) (Magarinos & McEwen, 1995; Radley, et al., 2008).

Otras estructuras afectadas son el núcleo Basolateral de la amígdala, con mayor ramificación de las dendritas (Vyas, Mitra, Shankaranarayana Rao, & Chattarji, 2002); y el Núcleo Periventricular del hipotálamo, que presenta mayor expresión de RNA mensajero de hormona liberadora de Corticotropina y Vasopresina (implicando mayor producción basal de estas hormonas mediadoras del estrés) (Herman, Adams, & Prewitt, 1995; Makino, Smith, & Gold, 1995), mayor expresión de receptores RG (Herman, Adams, & Prewitt, 1995; Makino, Smith, & Gold, 1995), y alteración de la expresión de diversos componentes de receptores de neurotransmisores (moléculas con las que las neuronas se comunican unas con otras) (Cullinan, 2000; Ziegler, Cullinan, & Herman, 2005).

El incremento en la ramificación dendrítica en células del núcleo Basolateral amigdalino se ha relacionado con alteraciones del aprendizaje asociativo (i.e. agresión y desamparo aprendido) (Vyas, Pillai, & Chattarji, 2004; Bennur, et al., 2007; Wood & Valentino, 2016). Además, ante periodos prolongados de estrés psicológico, anormalidades conductuales asociadas al estrés pueden surgir de la pérdida de la inhibición de este núcleo que normalmente es ejercida por la corteza prefrontal (Wei, Zhong, Qin, Tan, & Yan, 2017).

Así mismo, parece haber mayores niveles del neurotransmisor GABA (neurotransmisor inhibitorio) en el hipotálamo y el núcleo Basal de la Stria Terminalis (implicados por la mayor expresión de la enzima Ácido Glutámico Descarboxilasa -que inhabilita la molécula del GABA-) (Bowers, Cullinan, & Herman, 1998). Estas estructuras proyectan hacia el Núcleo Paraventricular y, como se comentó anteriormente, modulan la función del eje HHA.

Además, se ha reportado que conexiones entre el hipocampo y partes de la corteza prefrontal (cortezas Prelímbica e Infralímbica) pueden ver alterada su función luego de estrés psicológico intenso (Zheng & Zhang, 2015). También, ante una emoción intensa, el hipocampo y el núcleo Basal de la amígdala promueven la aparición de memorias *flashbulb* (definidas por Brown y Kulik en 1977 como una ‘imagen’ excepcionalmente vívida del momento y circunstancias en las que noticias de un evento sorpresivo y emocionalmente activador fueron escuchadas) (Diamond, Campbell, Park, Halonen, & Zoladz, 2007).

Asimismo, Godoy et al., (2018, p. 6) señalan que, ante estresores psicológicos, y “si la actividad de la amígdala y el hipocampo se vuelven más prevalentes, el sistema de estrés puede cambiar [invirtiéndose] a un control *bottom-up* (implicando

que estructuras bajas en la jerarquía anatómico-funcional -en este caso la amígdala y el hipocampo- regulan la función de estructuras altas -en este caso, partes de la corteza prefrontal-) (Arnsten, 2009).

En cuanto a la presencia repetida de estresores de intensidad moderada, se ha reportado que ésta progresivamente disminuye la magnitud de la respuesta de estrés, aunque facilita la activación ante estresores nuevos (Anaka, et al., 1992; Dhabhar, McEwen, & Spencer, 1997).

A manera de resumen sobre las respuestas plásticas al estrés crónico en el Sistema Nervioso, Ulrich-Lai y Herman (2009) ofrece la Tabla 1.

Estructura	Plasticidad asociada a estrés crónico	Efecto
Hipocampo	Atrofia dendrítica y expresión reducida de RG	Disminución de la memoria y de la retroalimentación sobre el eje HHA
Corteza Prefrontal Medial	Atrofia dendrítica y expresión reducida de RG	Disminución de la extinción de memorias y de la retroalimentación sobre el eje HHA, y disminución de los efectos de la recompensa
Amígdala Central	Incremento de la expresión y liberación de Hormona liberadora de Corticotropina	Aumento de la excitabilidad del SNA y el eje HHA, y ansiedad
Amígdala Basolateral	Aumento de la ramificación de las dendritas y excitabilidad ante el estrés	Aumento de la excitabilidad del SNA y el eje HHA, aumento de la memoria emocional, y disminución de los efectos de la recompensa
Núcleo Paraventricular del Tálamo	Aumento de la excitabilidad ante el estrés	Aumento de la excitabilidad del eje HHA ante nuevos estresores, y disminución de la misma ante estresores familiares
Locus coeruleus	Aumento de la liberación de neurotransmisores y aumento de la excitabilidad de proyecciones hacia la corteza y el hipocampo	Aumento de la excitabilidad del eje HHA ante nuevos estresores
Núcleo Paraventricular del hipotálamo	Aumento de la producción de secretagogue, de la respuesta al estrés, y disminución de la expresión de RG	Aumento de la excitabilidad ante nuevos estresores

Tabla 1 RG: receptores de glucocorticoides; HHA: Hipotalámico-Hipofisario-Adrenal; SNA: Sistema Nerviosos Autonomo. Tomada, traducida y adaptada, de Ulrich-Lai y Herman (2009).

Finalmente, la interacción compleja de distintos sistemas en la respuesta al estrés, y los múltiples papeles que los componentes implicados en ella juegan en otras funciones (e.g. regulación del humor y la motivación, respuesta a recompensas, funciones cognitivas, respuestas fisiológicas y endocrinas), revelan importantes vínculos entre la exposición a estresores y el funcionamiento del organismo en general, su desarrollo, y su bienestar.

Así, Ulrich-Lai y Herman (2009) señalan la posibilidad de que alteraciones, resultantes de factores ambientales o genéticos, en los circuitos que permiten la evaluación e integración de los estímulos como estresores, constituyan la base de reacciones de estrés maladaptativas que pueden culminar en afecciones físicas o trastornos afectivos como la depresión, el estrés postraumático, y la ansiedad (Godoy, Rossignoli, Delfino-Pereira, García-Cirasco, & de Lima Umeoka, 2018).

Por ejemplo, un efecto relativamente inesperado de las hormonas mediadoras del estrés sobre el Sistema Nervioso se da a través de su función en la inflamación relacionada al sistema inmune (Dhabhar, Malarkye, Neri, & McEwen, 2012).

Así, el cortisol, una hormona mediadora de la reacción al estrés, se ha relacionado con la inflamación del Sistema Nervioso asociada a la depresión. (O'Donovan, et al., 2013; Audet, McQuaid, Merali, & Anisman, 2014). Esto parece ser porque, aunque inicialmente los glucocorticoides tengan efectos antiinflamatorios, en la recuperación luego del estresor, sensibilizan la respuesta inmunológica (Frank, Watkins, & Maier, 2013).

Además, los efectos de distintos tipos de estrés pueden actuar de diferentes maneras sobre el sistema inmune. Los estresores sociales alteran la función de las células de soporte del Sistema Nervioso que actúan como el sistema inmune del mismo (microglía) en la corteza prefrontal y el hipocampo (Audet, Mangano, & Anisman, 2010; Audet, Jacobson-Pick, Wann, & Anisman, 2011; Tynan, et al., 2010; Wohleb, et al., 2011; Hinwood, Morandini, Day, & Walker, 2012; Winwood, et al., 2013) mientras que estresores físicos afectan al hipocampo (O'Connor, et al., 2003; Deak, et al., 2005; Hueston & Deak, 2014).

El estrés se ha estudiado también como promotor de otros sistemas conductuales. Por ejemplo, una respuesta ante el estrés (agudo) es el incremento de conductas prosociales (confiar, ser confiable, y compartir). Así, von Dawans, Fischbacher, Kirschbaum, Fehr, y Heinrichs (2012), reportan que los participantes sometidos a un estresor social exhibieron sustancialmente más conductas de este tipo que aquellos en una condición control.

También se ha reportado que la exposición a estresores mejora el aprendizaje y la memoria a través de su efecto en distintas estructuras (McGaugh,

2000; Wolf, 2003; Joels, Pu, Wiegert, Oitzl, & Krugers, 2006; Steidl, Mohi-uddin, & Anderson, 2006; Jackson, Payne, Nadel, & Jacobs, 2006; Yuen, et al., 2009; Stauble, Thompson, & Morgan, 2013).

Trabajos sobre el efecto de estímulos recompensantes sobre los sistemas relacionados al estrés (en ratas) sugieren que la exposición crónica a estos estímulos (por ejemplo, drogas de abuso o comida palatable) puede inducir un estado de activación basal similar al estrés, y sensibilizar al SNA y al eje HHA a nuevos estresores (Houshyar, Gómez, Manalo, Bhargava, & Dallman, 2003; Barr, Hofmann, Weinberg, & Phillips, 2002; Borowsky & Kuhn, 2002; Sarnyai, Dhabhar, McEwen, & Kreek, 1998; Patterson-Buckendahl, Kubovcakova, Krizanova, Pohorecky, & Kvetnansky, 2005). Sin embargo, Ulrich-Lai y Herman (2009) señalan que la naturaleza del efecto de la exposición crónica a estímulos recompensantes parece depender, entre otras cosas, de si estos se toman voluntariamente (en contraposición a ser la única opción disponible).

Investigaciones como la de Ell, Cosley, y McCoy (2011) y Keller et al., (2012), señalan la importancia de la manera en la que se conceptualiza el estrés, y los efectos que esto tiene sobre la relación entre la reacción de estrés y el desempeño cognitivo y la salud en general. Por ejemplo, Keller et al., (2012) señalan que la cantidad de estrés, y la percepción de que dicho estrés constituye un riesgo para la salud, interactúan importantemente. Así, reportan que quienes, en su muestra (n=28,753), decían tener mucho estrés y que éste impactó su salud, presentaron un incremento de 43% de probabilidad de padecer muerte prematura.

1.6 Efectos de la violencia en el neurodesarrollo e implicaciones psicológicas

Al evaluar el efecto de la exposición a estresores hay que considerar que, al igual que las emociones, las reacciones de estrés forman parte de complejos sistemas adaptativos que promueven la supervivencia y la funcionalidad del individuo ante el entorno. Y, aunque se sabe que la exposición a estresores puede alterar el funcionamiento de múltiples sistemas fisiológicos y conductuales, es importante tomar en cuenta que los cambios asociados a estas respuestas suelen formar parte de “negociaciones” adaptativas (Bock, Rether, Gröger, Xie, & Braun, 2014; Krugers, et al., 2016).

Entonces, factores genéticos y ambientales pueden interactuar de maneras que, aunque promuevan la adaptación y funcionalidad del individuo a un ambiente temprano, pueden hacerlo susceptible a dificultades y disfunciones en otros ambientes y etapas del desarrollo (Bock, Rether, Gröger, Xie, & Braun, 2014; Bock, Wainstock, Braun, & Segal, 2015). Además, los efectos a largo plazo

de factores ambientales pueden acentuarse cuando estos ocurren en periodos sensibles del desarrollo (Meaney & Ferguson-Smith, 2010; Bock, Rether, Gröger, Xie, & Braun, 2014).

Así, trabajos como los de Pechtel, Lyons-Ruth, Anderson, & Teicher (2014), Marshall (2015), y Dunn, Nishimi, Powers, y Bradley (2017) exploran los distintos efectos que los estresores pueden tener sobre el sistema nervioso y su funcionamiento en función de la etapa del desarrollo en la que se presenten.

La base neuroanatómica y neurofuncional de estos cambios se encuentra en modificaciones a diferentes componentes del Sistema Nervioso, en específico aquellas estructuras implicadas en la regulación de los sistemas emocionales y de respuesta al estrés (sobre todo, el sistema límbico). Por ejemplo, se ha encontrado que la exposición a estresores (trauma o maltrato) durante la infancia impacta la conectividad funcional entre distintas de estas estructuras cerebrales (Teicher & Samson, 2016).

Así, Birn, Patriat, Phillips, Germain, y Herringa (2014) reportan menor conectividad entre la amígdala y la corteza prefrontal ventromedial; Herringa et al., (2013) encontraron menor conectividad funcional en estado de reposo entre el hipocampo y el núcleo subgenual (parte del sistema límbico), y la amígdala y el mismo núcleo (en mujeres); y Pagliaccio et al., (2015) reportan menor conectividad entre la amígdala y la corteza cingulada anterior (otra estructura límbica).

Además, diferencias relacionadas a adversidades tempranas se han encontrado en la anatomía y función de importantes estructuras como la amígdala, el hipocampo, y la corteza prefrontal.

Estrés y maltrato emocional se han relacionado con volúmenes menores de la corteza prefrontal (Hanson, et al., 2012) y, más específicamente, la corteza prefrontal media (Van Harmelen, et al., 2010); Van Harmelen et al., (2014a), encontraron relación entre padecer maltrato emocional y un incremento en la actividad de la corteza prefrontal dorsomedial como respuesta a la exclusión social; y en otro estudio (Van Harmelen, et al., 2014b), una hipoactivación de la corteza prefrontal medial durante la codificación y el reconocimiento de palabras. Además, se ha reportado menor activación en la corteza prefrontal dorsolateral durante el procesamiento de expresiones emocionales faciales en personas con síntomas de ansiedad que habían padecido estrés en etapas tempranas del desarrollo (Fonzo, et al., 2016).

Hanson et al., (2015) reportan volúmenes menores en el hipocampo de niños que sufrieron estrés en etapas tempranas del desarrollo, y otros estudios han encontrado cambios similares relacionados al maltrato (Teicher & Samson, 2016; Teicher, Samson, Anderson, & Ohashi, 2016).

Y, con respecto a la amígdala, Hanson et al., (2015) reportan menores volúmenes en niños criados en condiciones estresantes, y Veer et al., (2015) en pacientes con Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) que habían padecido distintas experiencias traumáticas. Además, mayor actividad de la amígdala (ante expresiones emocionales faciales) se ha relacionado a maltrato emocional (Van Harmelen, et al., 2013), a privación de cuidadores primarios (Maheu, et al., 2010), y a condiciones de violencia intrafamiliar (McCrary, et al., 2011).

En general, los cambios arriba mencionados (y otros), y sus efectos específicos sobre la cognición y conducta, emergen de la interacción entre el tipo, la intensidad, la etapa del desarrollo y la duración de la exposición a un ambiente adverso [para una revisión, ver (Bock, Rether, Gröger, Xie, & Braun, 2014; Teicher, Samson, Anderson, & Ohashi, 2016; Thomason & Marusak, 2017; Brummele, 2017)].

Además, otros trabajos nos revelan nuevas capas de complejidad en estos efectos. Por ejemplo, Hodges et al., (2013) y Orozco-Ramírez, Andaverde-Vega, & Ybarra-Sagarduy (2007) comentan sobre la acumulación de distintos tipos de experiencias traumáticas; Yoo y Huang (2012) resaltan que los efectos de la violencia doméstica varían en relación a factores socioeconómicos familiares como pobreza y estatus marital; Yount, DiGirolamo, y Ramakrishnan (2011), revisan efectos de la violencia doméstica sobre el crecimiento y la nutrición infantil; O'Mahony, Clarke, Dinan, y Cryan (2017) comentan sobre el papel que los microorganismos que viven en nuestro cuerpo (microbioma) pueden tener en la relación entre adversidad temprana y neurodesarrollo; y Brosschot, Verkuil, y Thayer (2017) discuten el papel y las contribuciones que la percepción general de (in)seguridad (en contraposición a los estresores agudos) puede tener como factor de riesgo de distintas alteraciones en el funcionamiento de la respuesta al estrés y otros sistemas.

El desarrollo del cerebro y sus funciones no sólo es determinado por la interacción puntual o continuada de los genes y el ambiente, sino que pueden ocurrir cambios epigenéticos que modifiquen la fisiología (y por ello, en parte, el desarrollo y la estructura) del sistema nervioso por periodos largos (Cao-Lei, et al., 2017; Teicher & Samson, 2016) e, incluso, llegar a afectar la salud y funcionalidad de otras generaciones (Hodes, Walker, Labonté, Nestler, & Russo, 2017; Yesurun & Hannan, 2018; Harker, Carroll, Raza, Kolb, & Gibb, 2018; Wang, Liu, & Zhongsheng, 2017; Pucci, et al., 2018).

Ante los cambios revisados anteriormente, y entendiendo al sistema nervioso como el asiento biológico de la actividad mental y la conducta, cabe esperar que la exposición a adversidades, maltratos, y situaciones estresantes en

general (cuando se dan bajo ciertas condiciones, intensidades, y duraciones) puedan tener repercusiones en el funcionamiento y bienestar de las personas.

Así, por ejemplo, Hanckman, Farah, y Meaney (2010) comentan sobre la asociación entre los estresores relacionados a distintos tipos de maltrato, y diferencias en la cognición, logro académico, y salud mental.

Además, se ha reportado que la ausencia o deficiencia de apoyo social y maternal apropiados en etapas tempranas, puede tener efectos adversos en funciones cognitivas, y aumentar el riesgo de padecer desórdenes psiquiátricos (Rutter, Sonuga-Barke, & Castle, 2010; Bakersmans-Kranenburg, van Ijzendoorn, & Juffer, 2008; Nelson, et al., 2007; Zeanah, et al., 2009; Fonzo, et al., 2016). Y Hanson et al., (2015) reportan problemas conductuales relacionados a exposición a estresores en etapas tempranas.

Varios trabajos de revisión han comentado sobre efectos del estrés en funciones neuropsicológicas (Wilson, Hansen, & Li, 2011), la salud mental (Howell, 2011), y sistemas psiconeuroendocrinos y psiconeuroinmunes (Kuhlman, Chiang, Horn, & Bower, 2017).

Trabajos recientes reportan, asociados a vivencias de violencia, problemas conductuales (Carliner, Gary, McLaughlin, & Keyes, 2017; Li & Godinet, 2014; Godinet, Li, & Berg, 2014; Milot, Éthier, St-Laurent, & Provost, 2010; Hanson, et al., 2015), consumo problemático de sustancias (Carliner, Gary, McLaughlin, & Keyes, 2017; Carliner, et al., 2016), alteraciones en funciones cognitivas (Bücker, et al., 2012; Dunn, et al., 2016; Marshall, et al., 2016; DePrince, Weinzierl, & Combs, 2009; Üçok, et al., 2015; Thompson & Tabone, 2013), menor calidad de sueño (Wang, Raffeld, Slopen, Hale, & Dunn, 2016; Gelaye, et al., 2015), alteraciones en el procesamiento emocional (Corbo, Amick, Milberg, McGlinchey, & Salat, 2016; Young & Widom, 2014), y menor salud mental (Nuttman-Shwartz, 2017; Campbell, et al., 2016; Marshall A. D., 2015; Fowler, Allen, Oldham, & Frueh, 2013; Thompson, Hannan, & Miron, 2014; Cecil, Viding, Fearon, Glaser, & McCrory, 2017; Thompson & Tabone, 2013) (ver tabla 2).

McChesney, Adamson, & Shevlin (2015) señalan que el tipo de experiencia traumática vivida puede afectar el tipo de servicios de apoyo que se busca; Schartz, Lansford, Dodge, y Pettit, (2018) reportan una disminución de la probabilidad de ser arrestado en la adultez cuando se padeció victimización por pares durante la infancia; y Elzinga, van der Werff, Smit, y van der Wee (2017) reportan que policías resilientes ante estrés traumático presentan una mayor conectividad estructural en el sistema nervioso, lo que se asocia con el uso de estrategias de regulación emocional de orden mayor (que implican mayor participación de la cognición).

Exposición a	Diferencias con respecto a controles	Dimensión afectada	Cita
Abuso físico y sexual infantil	Aumento de disturbios del sueño relacionados a estrés, y de pobre calidad del sueño durante el embarazo temprano	Calidad del sueño	(Gelaye, et al., 2015)
Abuso físico, negligencia temprana, bajo estatus socioeconómico, en etapas tempranas	Mayor incidencia de problemas conductuales	Conducta	(Hanson, et al., 2015)
Abuso sexual	Menores puntuaciones en pruebas de memoria	Funciones cognitivas	(Dunn, et al., 2016)
Adversidades durante la infancia, especialmente violencia interpersonal	Mayor incidencia de síntomas de insomnio durante la adolescencia	Calidad del sueño	(Wang, Raffeld, Slopen, Hale, & Dunn, 2016)
Eventos traumáticos	Mayor probabilidad de desórdenes en el uso de sustancias, y desórdenes de conducta (ante violencia interpersonal)	Conducta y Uso de sustancias	(Carliner, Gary, McLaughlin, & Keyes, 2017)
Eventos traumáticos	Mayor probabilidad de presentar conductas de agresión interpersonal, y síntomas de	Salud mental y Conducta	(Nuttman-Shwartz, 2017)
Eventos traumáticos	Mayor riesgo de padecer problemas de salud socioemocional	Salud mental	(Campbell, et al., 2016)
Eventos traumáticos tempranos	Menores puntuaciones en pruebas de inhibición	Funciones cognitivas	(Marshall, et al., 2016)
Eventos traumáticos tempranos	Peor procesamiento emocional	Procesamiento emocional	(Corbo, Amick, Milberg, McGlinchey, & Salat, 2016)
Eventos traumáticos tempranos, especialmente violencia interpersonal	Mayor riesgo de consumo de marihuana, cocaína, drogas de prescripción, otras drogas, múltiples drogas.	Uso de sustancias	(Carliner, et al., 2016)
Eventos traumáticos durante la pubertad	Mayor riesgo de padecer trastornos de ansiedad	Salud mental	(Marshall A. D., 2015)
Eventos traumáticos	Menor rendimiento cognitivo, en especial atención	Funciones cognitivas	(Bücker, et al., 2012)

Exposición a	Diferencias con respecto a controles	Dimensión afectada	Cita
Eventos traumáticos	Menor rendimiento en pruebas de memoria de trabajo, inhibición, atención auditiva, y velocidad de procesamiento.	Funciones cognitivas	(DePrince, Weinzierl, & Combs, 2009)
Maltrato crónico infantil	Mayor desregulación emocional y sensibilidad a estresores	Salud mental	(Thompson, Hannan, & Miron, 2014)
Maltrato infantil	Menor salud mental	Salud mental	(Cecil, Viding, Fearon, Glaser, & McCrory, 2017)
Maltrato Infantil	Mayor probabilidad de problemas conductuales (conductas internalizantes y externalizantes)	Conducta	(Li & Godinet, 2014)
Maltrato infantil	Mayor probabilidad de problemas conductuales (conductas internalizantes y externalizantes)	Conducta	(Godinet, Li, & Berg, 2014)
Maltrato infantil	Peor procesamiento emocional (ante expresiones emocionales faciales)	Procesamiento emocional	(Young & Widom, 2014)
Maltrato infantil	Mayor probabilidad de síntomas de ansiedad/depresión y problemas de atención	Salud mental y Funciones cognitivas	(Thompson & Tabone, 2013)
Maltrato infantil	Mediación de problemas conductuales (conductas internalizantes y externalizantes)	Conducta	(Milot, Éthier, St-Laurent, & Provost, 2010)
Trauma interpersonal	Mayor severidad de síntomas depresivos	Salud mental	(Fowler, Allen, Oldham, & Frueh, 2013)
Violencia física infantil en individuos con riesgo ultra alto de psicosis	Menor rendimiento cognitivo	Funciones cognitivas	(Üçok, et al., 2015)

Tabla 2. Integración de investigaciones recientes sobre el efecto de la exposición a estresores relacionados a la violencia sobre distintas dimensiones psicológicas.

1.7 Discusión y conclusiones

En el capítulo se planteó una revisión general de:

- (i) Los mecanismos que comprenden las respuestas emocionales y de estrés. Así, se comentaron las estructuras, sistemas, y mediadores de las respuestas de estrés asociadas a las emociones; las relaciones entre ellos, la regulación de sus efectos, y las maneras en las que contribuyen a enfrentar situaciones relevantes para el individuo.
- (ii) Los efectos que éstas tienen sobre el sistema nervioso y su funcionamiento a corto y largo plazo. Al respecto, se revisaron los cambios que la exposición a estresores agudos y crónicos producen en la fisiología y estructura de distintos componentes de los sistemas de respuesta al estrés, desde el nivel celular hasta estos sistemas en su conjunto.
- (iii) Las implicaciones neuropsicológicas y psicológicas de la exposición a estresores, trauma, y violencia, durante el neurodesarrollo. Por último, se presentaron distintos trabajos que muestran los efectos que la violencia puede tener sobre la conducta, el consumo de sustancias, las funciones cognitivas, la calidad del sueño, el procesamiento emocional y la salud mental.

A partir de lo anterior, podemos decir:

- (1) las respuestas a eventos estresores forman parte de complejos sistemas que preparan cuerpo y mente para hacer frente a las dificultades presentadas por un ambiente cambiante en el que interactúan factores físicos, sociales, históricos y del mismo organismo (biológicos y psicológicos).
- (2) los cambios promovidos por estos sistemas encarnan “negociaciones” evolutivas, con pros y contras diversos para la especie y el individuo respecto a la adaptación y funcionalidad en distintos contextos y momentos filogenéticos y ontogénicos.
- (3) las maneras en las que estos mecanismos interactúan con los entornos actuales, e impactan la vida de las personas, pueden implicar distintos grados y fluctuaciones de funcionalidad y bienestar: por un lado, las emociones y sus sistemas asociados contribuyen a sentar las bases de la organización de nuestra conducta y, por otro y bajo ciertas condiciones, producen cambios asociados a patologías y malestares físicos y psicológicos.

Todas son consideraciones importantes cuando se trata de evaluar el papel que el estrés juega en el desarrollo, la salud, y el bienestar de las personas; y en la elaboración de planes de intervención y prevención en psicología clínica y de la salud tanto a nivel individual como social.

1.8. Lista de referencias

- Amaral, D., & Lavenex, P. (2006). Ch 3. Hippocampal Neuroanatomy. En P. Andersen, R. Morris, D. Amaral, T. Bliss, & J. O'Keefe, *The Hippocampus Book*. Oxford: Oxford University Press.
- WHO Global Consultation on Violence and Health. (1996). *Violence: a public health priority*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Aboitiz, F., Morales, D., & Montiel, J. (2003). The evolutionary origin of the mammalian isocortex: towards an integrated developmental and functional approach. *The behavioral and brain sciences*, 535-552.
- Amunts, K., Kedo, O., Kindler, M., Pieperhoff, P., Mohlberg, H., Shah, N., ... Zilles, K. (2005). Cytoarchitectonic mapping of the human amygdala, hippocampal region and entorhinal cortex: intersubject variability and probability maps. *Anat Embryol*, 343-352.
- Anagnostaras, S. G., Gale, G. D., & Fanselow, M. S. (2002). The hippocampus and Pavlovian fear conditioning: Reply to Bast et al., *Hippocampus*, 561-565.
- Anaka, S. F., Dallman, M. F., Bradbury, M. J., Scribner, K. A., Strack, A. M., & Walker, C. D. (1992). Feedback and facilitation in the adrenocortical system: unmasking facilitation by partial inhibition of the glucocorticoid response to prior stress. *Endocrinology*, 57-68.
- Anderson, P., Morris, R., Amaral, D., Bliss, T., & O'Keefe, J. (2007). The hippocampal formation. En P. Andersen, R. Morris, D. Amaral, T. Bliss, & J. O'Keefe, *The hippocampus book* (pág. 3). New York: Oxford University Press.
- Arnsten, A. F. (2009). Stress signaling pathways that impair prefrontal cortex structure and function. *Nat. Rev. Neurosci.*, 410-422.
- Audet, M. C., Jacobson-Pick, S., Wann, B. P., & Anisman, H. (2011). Social defeat promotes specific cytokine variations within the prefrontal cortex upon subsequent aggressive or endotoxin challenges. *Brain Behav. Immun.*, 1197-1205.
- Audet, M. C., Mangano, E. N., & Anisman, H. (2010). Behavior and pro-inflammatory cytokine variations among submissive and dominant mice engaged in aggressive encounters: moderation by corticosterone reactivity. *Front. Behav. Neurosci.*
- Audet, M.-C., McQuaid, R. J., Merali, Z., & Anisman, H. (2014). Cytokine variations and mood disorders: influence of social stressors and social support. *Front. Neurosci.*
- Bakersmans-Kranenburg, M. J., van Ijzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2008). Earlier is better: a meta-analysis of 70 years of intervention improving cognitive development in institutionalized children. *Mongr. Soc. Res. Child. Dev.*, 279-293.
- Barr, A. M., Hofmann, C. E., Weinberg, J., & Phillips, A. G. (2002). Exposure to repeated, intermittent d-amphetamine induces sensitization of HPA axis to a subsequent stressor. *Neuropsychopharmacology*, 286-294.

- Bennur, S., Shankaranarayana Rao, B. S., Pawlak, R., Strickland, S., McEwen, B. S., & Chattarji, S. (2007). Stress-induced spine loss in the medial amygdala is mediated by tissue-plasminogen activator. *Neuroscience*, 8-16.
- Berger, S., Wolfer, D. P., Selbach, O., Alter, H., Erdmann, G., Reichardt, H. M., . . . Schütz, G. (2006). Loss of the limbic mineralocorticoid receptor impairs behavioral plasticity. *Proc Natl Acad Sci U.S.A.*, 195-200.
- Birn, R. M., Patriat, R., Phillips, M. L., Germain, A., & Herringa, R. J. (2014). Childhood maltreatment and combat posttraumatic stress differentially predict fear-related fronto-subcortical connectivity. *Depress. Anxiety* 31, 880-892.
- Bock, J., Rether, K., Gröger, N., Xie, L., & Braun, K. (2014). Perinatal programming of emotional brain circuits: an integrative view from systems to molecules. *Front. in Neurosci.*
- Bock, J., Wainstock, T., Braun, K., & Segal, M. (2015). Stress in utero: prenatal programming of brain plasticity and cognition. *Biol. Psychiatry*, 315-326.
- Borowsky, B., & Kuhn, C. M. (2002). Chronic cocaine administration sensitizes behavioral but not neuroendocrine responses. *Brain Res.*, 286-294.
- Bowers, G., Cullinan, W. E., & Herman, J. P. (1998). Region specific regulation of glutamic acid decarboxylase (GAD) mRNA expression in central stress circuits. *J. Neurosci.*, 5938-5947.
- Boyle, M. P., Brewer, J. A., Funatsu, M., Wozniak, D. F., Tsien, J. Z., Izumi, Y., & Muglia, L. J. (2004). Acquired deficit of forebrain glucocorticoid receptor produces depression-like changes in adrenal axis regulation and behavior. *Proc Natl Acad Sci U.S.A.*, 473-478.
- Brosschot, J. F., Verkuil, B., & Thayer, J. F. (2017). Exposed to events that never happen: Generalized unsafety, the default stress response an prolonged autonomic response. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 287-296.
- Brummele, S. (2017). Editorial, Introduction: Early adversity and brain development. *Neuroscience*, 1-3.
- Bücker, J., Kapczinski, F., Post, R., Ceresér, K. M., Szobot, C., Yatham, L. N., & Krauer-Sant'Anna, M. (2012). Cognitive impairment in school-aged children with early trauma. *Comprehensive Psychiatry*, 758-764.
- Campbell, C., Roberts, Y., Snyder, F., Papp, J., Strambler, M., & Crusto, C. (2016). The assessment of early trauma exposure on social-emotional health of young children. *Children and Youth Services Review*, 308-314.
- Cao-Lei, L., de Rooij, S. R., King, S., Matthews, S. G., Metz, G. A., Roseboom, T. J., & Szyf, M. (2017). Prenatal stress and epigenetics. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*.
- Carliner, H., Gary, D., McLaughlin, K. A., & Keyes, K. M. (2017). Trauma Exposure and Externalizing Disorders in Adolescents: Results From the National Comorbidity Survey Adolescent Supplement. *Child & Adolescent Psychiatry*.

- Carliner, H., Keyes, K. M., McLaughlin, K. A., Meyers, J. L., Dunn, E. C., & Martins, S. S. (2016). Childhood Trauma and Illicit Drug Use in Adolescence: A Population-Based National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement Study. *Child & Adolescent Psychiatry*.
- Carlson, N. R. (2005). *Fisiología de la Conducta*. Madrid: Pearson Educación, S.A.
- Carroll, J. E., Gruenewald, T. L., Taylor, S. E., Janicki-Deverts, D., Matthews, K. A., & Seeman, T. E. (2013). Childhood abuse, parental warmth, and adult multisystem biological risk in the coronary artery risk development in young adults study. *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.*, 17149-17153.
- Carvajal, F., Rubio, S., Martín, P., Amarante, C., & García-Sola, R. (2007). The role of the amygdala in facial emotional expression during a discrimination task. *Psicothema* 19, 23-29.
- Casey, B. J., Jones, R. M., & Somerville, L. H. (2011). Braking and Accelerating of the Adolescent Brain. *Journal of research on adolescence*, 21-33.
- Cecil, C. A., Viding, E., Fearon, P., Glaser, D., & McCrory, E. J. (2017). Disentangling the mental health impact of childhood abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 106-119.
- Corbo, V., Amick, M. A., Milberg, W. P., McGlinchey, R. E., & Salat, D. H. (2016). Early life trauma is associated with altered white matter integrity and affective control. *Journal of Psychiatric Research*, 70-77.
- Cullinan, W. E. (2000). GABA_A receptor subunit expression within hypophysiotropic CRH neurons: a dual hybridization histochemical study. *J. Comp. Neurol.*, 344-351.
- Cullinan, W. E., Herman, J. P., Battaglia, D. F., Akil, H., & Watson, S. J. (1995). Pattern and time course of immediate early gene expression in rat brain following acute stress. *Neuroscience*, 477-505.
- Cullinan, W. E., Herman, J. P., Battaglia, D. F., Akil, H., & Watson, S. J. (1995). Pattern and time course of immediate early gene expression in rat brain following acute stress. *Neuroscience*, 477-505.
- Davis, M. (1992). The role of the amygdala in fear and anxiety. *Annu. Rev. Neurosci.*, 353-375.
- Dayas, C. V., Buller, K. M., & Day, T. A. (1999). Neuroendocrine responses to an emotional stressor: evidence for involvement of the medial but not the central amygdala. *Eur. J. Neurosci.*, 2312-2322.
- De Kloet, E. R., Vreugdenhil, E., Oitzl, M. S., & Joels, M. (1998). Brain corticosteroid receptor balance in health and disease. *Endocr. Rev.*, 269-301.
- Deak, T., Bordonar, K. A., McElderry, N. K., Barnum, C. J., Blandino, P., Deak, M. M., & Tammariello, S. P. (2005). Stress-induced increases in hypothalamic IL-1: a systematic analysis of multiple stressor paradigms. *Brain Res. Bull.*, 541-556.
- DePrince, A., Weinzierl, K. M., & Combs, M. D. (2009). Executive function performance and trauma exposure in a community sample of children. *Child Abuse & Neglect*, 353-361.

- Dhabhar, F. S., Malarkye, W. B., Neri, E., & McEwen, B. S. (2012). Stress-induced redistribution of immune cells -from barracks to boulevards to battlefields: a tale of three hormones - curt ritcher award winner. *Psychoneuroendocrinology*, 1345-1368.
- Dhabhar, F. S., McEwen, B. S., & Spencer, R. L. (1997). Adaptation to prolonged or repeated stress- comparison between rat strains showing intrinsic differences in reactivity to acute stress. *Neuroendocrinology*, 360-368.
- Diamond, D. M., Campbell, A. M., Park, C. R., Halonen, J., & Zoladz, P. R. (2007). The temporal dynamics model of emotional memory processing: a synthesis on the neurobiological basis of stress-induced amnesia, flashbulb and traumatic memories and the yerkes-dodson law. *Neural. Plast.*
- Diordo, D., Viau, V., & Meaney, M. J. (1993). The role of medial prefrontal cortex (cingulate gyrus) in the regulation of hypothalamo-pituitary-adrenal responses to stress. *J. Neurosci.*, 3893-3847.
- Dunn, E. C., Busso, D. S., Raffeld, M. R., Smoller, J. W., Charles, A. N., Doyle, A. E., & Luk, G. (2016). Does developmental timing of exposure to child maltreatment predict memory performance in adulthood? Results from a large, population-based sample. *Child Abuse & Neglect*, 181-191.
- Dunn, E. C., Nishimi, K., Powers, A., & Bradley, B. (2017). Is developmental timing of trauma exposure associated with depressive and post-traumatic stress disorder symptoms in adulthood? *Journal of Psychiatric Research*, 119-127.
- Ell, S. W., Cosley, B., & McCoy, S. K. (2011). When bad stress goes good: increased threat reactivity predicts improved category learning performance. *Psychonomic Bulletin & Review*, 96-102.
- Elzinga, B. M., van der Werff, S. J., Smit, A. S., & van der Wee, N. J. (2017). Structural brain correlates of resilience to traumatic stress in Dutch police officers. *Psychoneuroendocrinology*, 172-178.
- Fonzo, G. A., Ramsawh, H. J., Flagan, T. M., Simmons, A. N., Sullivan, S. G., Allard, C. B., ... Stein, M. B. (2016). Early life stress and the anxious brain, evidence for a neural mechanism linking childhood emotional maltreatment to anxiety in adulthood. *Psychol. Med.*, 1037-1054.
- Fowler, J. C., Allen, J. G., Oldham, J. M., & Frueh, B. C. (2013). Exposure to interpersonal trauma, attachment insecurity, and depression severity. *Journal of Affective Disorders*, 313-318.
- Frank, M. G., Watkins, L. R., & Maier, S. F. (2013). Stress-induced glucocorticoids as a neuroendocrine alarm signal of danger. *Brain Behav. Immun.*, 1-6.
- Furay, A. R., Bruestle, A. E., & Herman, J. P. (2008). The role of the forebrain glucocorticoid receptor in acute and chronic stress. *Endocrinology*, 5482-5490.

- Gelaye, B., Kajeepta, S., Zhong, Q.-Y., Borba, C. P., Rondon, M. B., Sánchez, S. E., ... Williams, M. A. (2015). Childhood abuse is associated with stress-related sleep disturbance and poor sleep quality in pregnancy. *Sleep medicine*, 1274-1280.
- Gerrits, M., Westenbroek, C., Fokkema, D., Jongasma, M., Den Boer, J., & Ter Horst, G. (2003). Increased stress vulnerability after a prefrontal cortex lesion in female rats. *Brain Res. Bull.*, 627-635.
- Godinet, M. T., Li, F., & Berg, T. (2014). Early childhood maltreatment and trajectories of behavioral problems: exploring gender and racial differences. *Child Abuse & Neglect*, 544-556.
- Godoy, L. D., Rossignoli, M. T., Delfino-Pereira, P., García-Cirasco, N., & de Lima Umeoka, E. H. (2018). A comprehensive overview on stress neurobiology: basic concepts and clinical implications. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 1-23.
- Goldman-Rakic, P. S. (1988). Topography of cognition: parallel distributed networks in primate association cortex. *Annual Review of Neuroscience*, 137-156.
- Hanckman, D. A., Farah, M. J., & Meaney, M. J. (2010). Socioeconomic status and the brain: mechanistic insights from human and animal research. *Nat Rev Neurosci*, 651-659.
- Hanson, J. L., Chung, M. K., Avants, B. B., Rudolph, K. D., Shirtcliff, E. A., Gee, J. C., ... Pollak, S. D. (2012). Structural variations in prefrontal cortex mediate the relationship between early childhood stress and spatial working memory. *The Journal of Neuroscience*, 7917-7925.
- Hanson, J. L., Nacewicz, B. M., Sutterer, M. J., Cayo, A. A., Shaefer, S. M., Rudolph, K. D., ... Davidson, R. J. (2015). Behavioral problems after early life stress, contributions of the hippocampus and amygdala. *Biol. Psychiatry*, 3144-323.
- Hanson, J. L., Nacewicz, B. M., Sutterer, M. J., Cayo, A. A., Shaefer, S. M., Rudolph, K. D., ... Davidson, R. J. (2015). Behavioral Problems After Early Life Stress: Contributions of the Hippocampus and Amygdala. *Biol. Psychiatry*, 314-324.
- Harker, A., Carroll, C., Raza, S., Kolb, B., & Gibb, R. (2018). Preconception Paternal Stress in Rats Alters Brain and Behavior in Offspring. *Neuroscience*, <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2018.06.034>.
- Herman, J. P., & Mueller, N. K. (2006). Role of the ventral subiculum in stress integration. *Behav. Brain Res.*, 215-224.
- Herman, J. P., Adams, D., & Prewitt, C. M. (1995). Regulatory changes in neuroendocrine stress-integrative circuitry produced by a variable stress paradigm. *Neuroendocrinology*, 180-190.
- Herman, J. P., Ostrander, M. M., Mueller, N. K., & Figueiredo, H. (2005). Limbic system mechanisms of stress regulation: Hypothalamo-pituitary-adrenocortical axis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 1201-1213.

- Herman, J. P., Prewitt, C. M., & Cullinan, W. E. (1996). Neuronal circuit regulation of the hypothalamo-pituitary-adrenocortical stress axis. *Crit. Rev. Neurobiol.*, 371-394.
- Herringa, R. J., Birn, R. M., Ruttle, P. L., Burghy, C. A., Stodola, D. E., Davidson, R. J., & Essex, M. J. (2013). Childhood maltreatment is associated with altered fear circuitry and increased internalizing symptoms by late adolescence. *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* 110, 19119-19924.
- Hinwood, M., Morandini, J., Day, T. A., & Walker, F. R. (2012). Evidence that microglia mediate the neurobiological effects of chronic psychological stress on the medial prefrontal cortex. *Cereb. Cortex*, 1442-1454.
- Hodes, G. E., Walker, D. M., Labonté, B., Nestler, E. J., & Russo, S. J. (2017). Understanding the epigenetic basis of sex differences in depression. *Journal of Neuroscience Research*, 692-702.
- Hodges, M., Godbout, N., Briere, J., Lanktree, C., Gilbert, A., & Klenza, N. T. (2013). Cumulative trauma and symptom complexity in children: a path analysis. *Child Abuse & Neglect*, 891-898.
- Houshyar, H., Gómez, F., Manalo, S., Bhargava, A., & Dallman, M. F. (2003). Intermittent morphine administration induces dependence and is a chronic stressor in rats. *Neuropsychopharmacology*, 1960-1972.
- Howell, K. H. (2011). Resilience and psychopathology in children exposed to family violence. *Aggression and Violent Behavior*, 562-569.
- Hueston, C. M., & Deak, T. (2014). The inflamed axis: the interaction between stress, hormones, and the expression of inflammatory-related genes within key structures comprising the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. *Physiol. Behav.*, 77-91.
- Ito, R., & Lee, A. C. (2016). The role of the hippocampus in approach-avoidance conflict decision-making: Evidence from rodent and human studies. *Behavioural Brain Research*, 345-357.
- Jackson, E. D., Payne, J. D., Nadel, L., & Jacobs, W. J. (2006). Stress differentially modulates fear conditioning in healthy men and women. *Biol. Psychiatry*, 516-522.
- Jacobson, L., & Sapolsky, R. M. (1991). The role of the hippocampus in feedback regulation of the hypothalamo-pituitary-adrenocortical axis. *Endocr. Rev.*, 118-134.
- Janak, P. H., & Tye, K. M. (2015). From circuits to behaviour in the amygdala. *Nature*, 284-292.
- Joels, M., Pu, Z., Wiegert, O., Oitzl, M. S., & Krugers, H. J. (2006). Learning under stress: How does it work? *Trends Cogn. Sci.*, 152-158.
- Keller, A., Litzelman, K., Wisk, L. E., Maddox, T., Cheng, E. R., Creswell, P. D., & Witt, W. P. (2012). Does the Perception that Stress Affects Health Matter? The Association with Health and Mortality. *Health Psychol.*, 677-684.
- Krugers, H. J., Arp, J. M., Xiong, H., Kanatsou, S., Lesuis, S. L., Korosi, A., ... Lucassen, P. J. (2016). Early life adversity: Lasting consequences for emotional learning. *Neurobiology of Stress*.

- Kuhlman, K. R., Chiang, J. J., Horn, S., & Bower, J. E. (2017). Developmental psychoneuroendocrine and psychoneuroimmune pathways from childhood adversity to disease. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 166-184.
- Levenson, R. W. (2003). Blood, sweat, and fears. The autonomic architecture of emotion. *Ann. N Y Acad Sci.*, 348-366.
- Li, F., & Godinet, M. T. (2014). The impact of repeated maltreatment on behavioral trajectories from early childhood to early adolescence. *Children and Youth Services Review*, 22-30.
- Lupien, S.J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R., & Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nat. Rev. Neurosci.*, 434-445.
- Magarinos, A. M., & McEwen, B. S. (1995). Stress-induced atrophy of apical dendrites of hippocampal CA3c neurons: involvement of glucocorticoid secretion and excitatory amino acid receptors. *Neuroscience*, 89-98.
- Maheu, F. S., Dozier, M., Guyer, A. E., Mandell, D., Peloso, E., Poeth, K., Ernst, M. (2010). A preliminary study of medial temporal lobe function in youths with a history of caregiver deprivation and emotional neglect. *Cogn. Affect. Behav. Neurosci.*, 34-49.
- Makino, S., Smith, M. A., & Gold, P. W. (1995). Increased expression of corticotropin-releasing hormone and vasopressin messenger ribonucleic acid (mRNA) in the hypothalamic paraventricular nucleus during repeated stress: association with reduction in glucocorticoid receptor mRNA levels. *Endocrinology*, 3299-3309.
- Marshall, A. D. (2015). Developmental Timing of Trauma Exposure Relative to Puberty and the Nature of Psychopathology Among Adolescent Girls. *Child & Adolescent Psychiatry*.
- Marshall, D. F., Passarotti, A. M., Ryan, K. A., Kamali, M., Saunders, E. F., Pester, B., . . . Langenecker, S. A. (2016). Deficient inhibitory control as an outcome of childhood trauma. *Psychiatry Research*, 7-12.
- McChesney, G. C., Adamson, G., & Shevlin, M. (2015). Service use patterns and mental health symptoms among adolescents exposed to multiple types of trauma. *Journal of Adolescence*, 1-10.
- McCrory, E. J., De Brito, S. A., Sebastian, C. L., Mechelli, A., Bird, G., Kelly, P. A., & Viding, E. (2011). Heightened neural reactivity to threat in child victims of family violence. *Curr. Biol.*, R947-R948.
- McGaugh, J. L. (2000). Memory- a century of consolidation. *Science*, 248-251.
- Meaney, M. J., & Ferguson-Smith, A. C. (2010). Epigenetic regulation of the neural transcriptome, the meaning of the marks. *Nat. Neurosci.*, 1313-1318.
- Milot, T., Éthier, L. S., St-Laurent, D., & Provost, M. A. (2010). The role of trauma symptoms in the development of behavioral problems in maltreated preschoolers. *Child Abuse & Neglect*, 225-234.

- Monat, A., & Lazarus, R. S. (1991). *Stress and coping: an anthology*. New York: NY: Columbia University Press.
- Nelson, C., Zeanah, C., Fox, N., Marshall, P., Smyke, A., & Guthrie, D. (2007). Cognitive recovery in socially deprived young children, the Bucharest early intervention project. *Science*, 1937-1940.
- Nuttman-Shwartz, O. (2017). Children and adolescents facing a continuous security threat: Aggressive behavior and post-traumatic stress symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 29-39.
- Observatorio Nacional Ciudadano de Seguridad, Justicia y Legalidad. (2017). *Incidencia de los delitos de alto impacto en México 2016*. México, D.F.: Observatorio Nacional Ciudadano de Seguridad, Justicia y Legalidad.
- O'Connor, K. A., Johnson, J. D., Hansen, M. K., Wieseler Frank, J. L., Maksimova, E., Watkins, L. R., & Maier, S. F. (2003). Peripheral and central proinflammatory cytokine response to a severe acute stressor. *Brain Res.*, 123-132.
- O'Donovan, A., Rush, G., Hoatam, G., Hughes, B. M., McCrohan, A., Kelleher, C., ...Malone, K. M. (2013). Suicidal ideation is associated with elevated inflammation in patients with major depressive disorder. *Depress Anxiety*, 307-314.
- O'Mahony, S. M., Clarke, G., Dinan, T. G., & Cryan, J. F. (2017). Early-life adversity and brain development: is the microbiome a missing piece of the puzzle? *Neuroscience*, 37-54.
- Orozco-Ramírez, L. A., Andaverde-Vega, A. A., & Ybarra-Sagarduy, J. L. (2007). Experiencias traumáticas provocadas por padres a jóvenes universitarios. *Ciencia UAT*.
- Pagliaccio, D., Luby, J. L., Bogdan, R., Agrawal, A., Gaffrey, M. S., Belden, A. C., ... Barch, D. M. (2015). Amygdala functional connectivity, HPA axis genetic variation, and life stress in children an relations to anxiety and emotion regulation. *J. Abnorm. Psychol.*, 817-833.
- Patterson-Buckendahl, P., Kubovcakova, L., Krizanova, O., Pohorecky, L. A., & Kvetnansky, R. (2005). Ethanol consumption increases rat stress hormones and adrenomedullary gene expression. *Alcohol*, 157-166.
- Pechtel, P., Lyons-Ruth, K., Anderson, C. M., & Teicher, M. H. (2014). Sensitive periods of amygdala development: The role of maltreatment in preadolescence. *Neuroimage*, 236-244.
- Pessoa, L., McKenna, M., Gutierrez, E., & Ungerleider, L. G. (2002). Neural processing of emotional faces requires attention. *Proceedings of the National Academy of Sciences U S A*, 11458-11463.
- Price, J. L. (1999). Prefrontal cortical networks related to visceral function and mood. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 383-396.

- Pucci, M., Micioni Di Bonaventura, M. V., Wille-Bille, A., Fernández, M. S., Maccarrone, M., Pautassi, R. M., ... D'Addario, C. (2018). Environmental stressors and alcoholism development: Focus on molecular targets and their epigenetic regulation. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*.
- Radley, J. J., Rocher, A. B., Rodriguez, A., Ehlenberger, D. B., Dammann, M., McEwen, B. S., . . . Hof, P. R. (2008). Repeated stress alters dendritic spine morphology in the rat medial prefrontal cortex. *Comp Neurol*, 1141-1150.
- Roozendaal, B., Koolhaas, J. M., & Bohus, B. (1990). Differential effect of lesioning of the central amygdala on the bradycardiac and behavioral response of the rat in relation to conditioned social and solitary stress. *Behav. Brain Res.*, 39-48.
- Roozendaal, B., McEwen, B. S., & Chattarji, S. (2009). Stress, memory and the amygdala. *Nat. Rev. Neurosci.*, 423-433.
- Ruit, K. G., & Neafsey, E. J. (1988). Cardiovascular and respiratory responses to electrical and chemical stimulation of the hippocampus in anesthetized and awake rats. *Brain Res.*, 310-321.
- Rutter, M., Sonuga-Barke, E. J., & Castle, J. (2010). Investigating the impact of early institutional deprivation on development, background and research strategy of the English and Romanian Adoptees (ERA) study. *Monogr. Soc. Res. Child Dev.*, 1-20.
- Sander, D., Grafman, J., & Zalla, T. (2003). The human amygdala: an evolved system for relevance detection. *Reviews in the neurosciences 14*, 303-316.
- Sanz-Martín, A., Castillo-Parra, G., Sánchez-Padilla, E., & Gumá-Díaz, E. (2008). Las emociones desde el punto de vista de la psicobiología. En M. A. Guevara-Pérez, L. Chacón-Gutiérrez, M. Hernández-González, & J. A. Barradas-Bribiesca, *Aproximaciones al estudio de la psicobiología del comportamiento*. Guanajuato: Universidad de Guanajuato.
- Sarnyai, Z., Dhabhar, F. S., McEwen, B. S., & Kreek, M. J. (1998). Neuroendocrine-related effects of long-term, 'binge' cocaine administration: diminished individual differences in stress-induced corticosterone response. *Neuroendocrinology*, 334-344.
- Sawchenko, P. E., Brown, E. R., Chan, R. K., Ericsson, A., Li, H.-Y., Roland, B. L., & Kovács, K. J. (1996). Chapter 12 The paraventricular nucleus of the hypothalamus and the functional neuroanatomy of visceromotor responses to stress. *Progress in Brain Research*, 201-222.
- Sawchenko, P. E., Li, H. Y., & Ericsson, A. (2000). Circuits and mechanisms governing hypothalamic responses to stress: a tale of two paradigms. *Progress in Brain Research*, 61-78.
- Schartz, D., Lansford, J. E., Dodge, K. A., & Pettit, G. S. (2018). Peer Victimization during Middle Childhood as a Marker of Attenuated Risk for Adult Arrest. *J Abnorm Child Psychol*, 57-65.

- Skoluda, N., Strahler, J., Scholtz, W., Niederberger, L., Marques, S., Fischer, S., ... Nater, U. M. (2015). Intra-individual psychological and physiological responses to acute laboratory stressors of different intensity. *Psychoneuroendocrinology*, 227-236.
- Stauble, M. R., Thompson, L. A., & Morgan, G. (2013). Increases in cortisol are positively associated with gains in encoding and maintenance working memory performance in young men. *Stress*, 402-410.
- Steidl, S., Mohi-uddin, S., & Anderson, A. K. (2006). Effects of emotional arousal on multiple memory systems: Evidence from declarative and procedural learning. *Learn. Mem.*, 650-658.
- Steinberg, L. (2010). A dual systems model of adolescent risk-taking. *Developmental Psychobiology*, 216-224.
- Sullivan, R. M., & Gratton, A. (2002). Behavioral effects of excitotoxic lesions of ventral medial prefrontal cortex in the rat are hemisphere-dependent. *Brain Res.*, 69-79.
- Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual Research Review, Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *J. Child Psychol. Psychiatry* 57, 241-266.
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Anderson, C. M., & Ohashi, K. (2016). The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nat. Rev. Neurosci.* 17, 652-666.
- Thomason, M. E., & Marusak, H. A. (2017). Toward understanding the impact of trauma on the early developing human brain. *Neuroscience*, 55-67.
- Thompson, K. L., Hannan, S. M., & Miron, L. R. (2014). Fight, flight, and freeze: Threat sensitivity and emotion dysregulation in survivors of chronic childhood maltreatment. *Personality and Individual Differences*, 28-32.
- Thompson, R., & Tabone, J. K. (2013). The impact of early alleged maltreatment on behavioral trajectories. *Child Abuse & Neglect*, 907-916.
- Tynan, R. J., Naicker, S., Hinwood, M., Nalivaiko, E., Buller, K. M., Pow, D. V., ... Walker, F. R. (2010). Chronic stress alters the density and morphology of microglia in a subset of stress-responsive brain regions. *Brain Behav. Immun.*, 1058-1068.
- Üçok, A., Kaya, H., Uğurpala, C., Ergül, C., Yokuşoğlu, Ç., Bülbül, Ö., & Direk, N. (2015). History of childhood physical trauma is related to cognitive decline in individuals with ultra-high risk for psychosis. *Schizophrenia Research*, 199-203.
- Ulrich-Lai, Y. M., & Herman, J. P. (2009). Neural regulation of endocrine and autonomic stress responses. *Nature Reviews*, 397-409.
- Van Harmelen, A. L., Hauber, K., Gunter Moor, B., Spinhoven, P., Boon, A. E., Crone, E. A., & Elzinga, B. M. (2014a). Childhood emotional maltreatment severity is associated with dorsal medial prefrontal cortex responsivity to social exclusion in young adults. *PLoS ONE* 9, e85107.

- Van Harmelen, A. L., van Tol, M. J., Dalgleish, T., van der Wee, N. J., Veltman, D. J., Aleman, A., ... Elzinga, B. M. (2014b). Hypoactive medial prefrontal cortex functioning in adults reporting childhood emotional maltreatment. *Soc. Cogn. Affect. Neurosci.*, 2026-2033.
- Van Harmelen, A. L., van Tol, M. J., Demenescu, L. R., van der Wee, N. J., Veltman, D. J., Aleman, A., ... Elzinga, B. M. (2013). Enhanced amygdala reactivity to emotional faces in adults reporting childhood emotional maltreatment. *Soc. Cogn. Affect. Neurosci.*, 362-369.
- Van Harmelen, A. L., van Tol, M. J., van der Wee, N. J., Veltman, D. J., Aleman, A., Spinhoven, P., ... Elzinga, B. M. (2010). Reduced medial prefrontal cortex volume in adults reporting childhood emotional maltreatment. *Biol. Psychiatry* 68, 832-838.
- Veer, I. M., Onei, N. Y., van Buchem, M. A., Spinhoven, P., Elzinga, B. M., & Romboust, S. A. (2015). Evidence for smaller right amygdala volumes in posttraumatic stress disorder following childhood trauma. *Psychiatry Res.*, 436-442.
- von Dawans, B., Fischbacher, U., Kirschbaum, C., Fehr, E., & Heinrichs, M. (2012). The social dimension of stress reactivity: acute stress increases prosocial behavior in humans. *Psychological science*, 651-660.
- Vyas, A., Mitra, R., Shankaranarayana Rao, B. S., & Chattarji, S. (2002). Chronic stress induces contrasting patterns of dendritic remodeling in hippocampal and amygdaloid neurons. *J. Neurosci.*, 6810-6818.
- Vyas, A., Pillai, A. G., & Chattarji, S. (2004). Recovery after chronic stress fails to reverse amygdaloid neuronal hypertrophy and enhanced anxiety-like behavior. *Neuroscience*, 667-673.
- Wang, Y., Liu, H., & Zhongsheng, S. (2017). Lamarck rises from his grave: parental environment-induced epigenetic inheritance in model organisms and humans. *Biological Reviews*, 2084-2111.
- Wang, Y., Raffeld, M. R., Slopen, N., Hale, L., & Dunn, E. C. (2016). Childhood adversity and insomnia in adolescence. *Sleep Medicine*, 12-18.
- Wei, J., Zhong, P., Qin, L., Tan, T., & Yan, Z. (2017). Chemicogenetic restoration of the prefrontal cortex to amygdala pathway ameliorates stress-induced deficits. *Cereb. Cortex*, 1980-1990.
- Wilson, K. R., Hansen, D. J., & Li, M. (2011). The traumatic stress response in child maltreatment and resultant neuropsychological effects. *Aggression and Violent Behavior*, 87-97.
- Winwood, M., Tynan, R. J., Charnley, J. L., Beynon, S. B., Day, T. A., & Walker, F. R. (2013). Chronic stress induced remodeling of the prefrontal cortex: structural reorganization of microglia and the inhibitory effect of minocycline. *Cereb Cortex*, 1784-1797.

- Wohleb, E. S., Hanke, M. L., Corona, A. W., Powell, N. D., Stiner, L. M., Bailey, M. T., ... Sheridan, J. F. (2011). β -Adrenergic receptor antagonism prevents anxiety-like behavior and microglial reactivity induced by repeated social defeat. *J. Neurosci.*, 6277-6288.
- Wolf, O. T. (2003). HPA axis and memory. *Best. Pract. Res. Clin. Endocrinol. Metab.*, 287-299.
- Wood, S. K., & Valentino, R. J. (2016). The brain norepinephrine system, stress and cardiovascular vulnerability. *Neurosci. Biobehav. Rev.*, 393-400.
- Yesurun, S., & Hannan, A. J. (2018). Transgenerational epigenetic influences of paternal environmental exposures on brain function and predisposition to psychiatric disorders. *Molecular Psychiatry*.
- Yoo, J. A., & Huang, C.-C. (2012). The effects of domestic violence on children's behavior problems: Assessing the moderating roles of poverty and marital status. *Children and Youth Services Review*, 2464-2473.
- Young, J. C., & Widom, C. S. (2014). Neglect Long-term effects of child abuse and neglect on emotion processing in adulthood. *Child Abuse & Neglect*.
- Yount, K. M., DiGirolamo, A. M., & Ramakrishnan, U. (2011). Impacts of domestic violence on child growth and nutrition: A conceptual review of the pathways of influence. *Soc. Sci. Med.*, 1534-1554.
- Yuen, E. Y., Liu, W., Karatsoreos, I. N., Feng, J., McEwen, B. S., & Yan, Z. (2009). Acute stress enhances glutamatergic transmission in prefrontal cortex and facilitates working memory. *PNAS USA*, 14075-14079.
- Zeanah, C. H., Egger, H. L., Smyke, A. T., Nelson, C. A., Fox, N. A., Marshall, P. J., & Guthrie, D. (2009). Institutional rearing and psychiatric disorders in Romanian preschool children. *Am. J. Psychiatry*, 777-785.
- Zheng, C., & Zhang, T. (2015). Synaptic plasticity-related neural oscillations on hippocampus-prefrontal cortex pathway in depression. *Neuroscience*, 170-180.
- Ziegler, D. R., Cullinan, W. E., & Herman, J. P. (2005). Organization and regulation of paraventricular nucleus glutamate signaling systems N-methyl-D-aspartate receptors. *J. Comp. Neurol.*, 43-56.

Capítulo 2

Regulación emocional y emociones displacenteras en población infantil en contexto de violencia comunitaria en Tamaulipas

José David de la Hoya García¹
Luz Adriana Orozco Ramírez²

Resumen

La infancia es una etapa crucial en la vida de un ser humano, incluso las diversas problemáticas desarrolladas en ese periodo están consideradas como un problema de salud pública. El incremento de la violencia en los estados de norte de México, ha hecho que los niños estén expuestos a ser víctimas directas o indirectas de la violencia comunitaria, por lo tanto sus emociones han sido afectadas, el presente capítulo muestra los resultados de un estudio cuyo objetivo es conocer las características de la regulación emocional en niños en edad escolar que viven en una comunidad de violencia, así como sus condiciones emocionales, específicamente ira y ansiedad. En una muestra de 152 participantes de una escuela considerada por su ubicación en una zona de riesgo de violencia ya que se han llevado a cabo balaceras y persecuciones enfrente de la institución, con el consentimiento de sus padres, se aplicaron a niños de 9 a 12 años la *“Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada”* (CMAS-R2), el *“Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo para Niños y Adolescentes”* (STAXI-NA) y el instrumento *“Estrategias de Regulación Emocional para niños”* (EREn). Los resultados obtenidos indican que los niños muestran una adecuada regulación emocional ya que muestran índices bajos de ansiedad e ira. Es importante destacar que en el estudio no se preguntó si son o han sido víctimas o testigos de algún tipo de violencia, y al no haber cuestionado la exposición a la misma aún queda la interrogante de si los niños tienen buena regulación a pesar de la violencia o tienen adecuada regulación debido a no haber interactuado con algún hecho violento. Cabe destacar las diferencias de género en donde los niños presentan mayores estrategias de regulación emocional, las niñas mayor frecuencia de conductas de ansiedad repercutiendo en su regulación emocional y los niños tuvieron mayor

¹ Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

² Universidad Autónoma de Tamaulipas

prevalencia en ira, tanto en estado como en rasgo, y las niñas mayor control de este, posiblemente por los mismos estereotipos de género, lo cual abre más líneas de investigación para un futuro.

Palabras clave: Infancia, emociones, regulación emocional, ira, ansiedad, violencia.

5.1 Introducción

La infancia es formulada como una etapa del desarrollo humano vulnerable, ya que es en esta fase donde se comienzan a formar los aspectos psicoafectivos de las personas (Tenorio, Jacobo, Vázquez & Manzo, 2015). De esta manera, Tenorio y et al., (2015), agregan la importancia que posee el ambiente y el contexto en el que se desarrolla el niño para un adecuado crecimiento, tanto físico como emocional, por lo tanto el desenvolverse en un contexto violento puede tener consecuencias en su desarrollo.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como violencia “el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte”.

Para conceptualizar la violencia comunitaria es importante diferenciarla de otros tipos de violencia existentes. Espín y et al., (2008), describen los diferentes tipos de violencia entre los que destacan: la violencia autoinfligida, la violencia interpersonal y la violencia colectiva. En primer lugar, los autores exponen que la violencia autoinfligida es provocada por uno mismo, como por ejemplo: intentos de suicidio o autolesiones; en segundo lugar, definen a la violencia interpersonal como la ejercida a otras personas, es aquí donde incluyen la violencia intrafamiliar y la violencia comunitaria, manifestando como diferencia que, la violencia comunitaria se presenta entre personas que no poseen un lazo familiar, por el contrario, la violencia intrafamiliar necesariamente se da entre miembros de una familia o pareja; en tercer lugar se describe la violencia colectiva, practicada por grupos Estatales o grupos mayores como terroristas, grupos organizados o en masa. En efecto, este estudio se enfoca en la violencia comunitaria, definida como la violencia generada o vivida en diversos puntos de un lugar, afectando a las personas que presencian el hecho violento, como tráfico de drogas, uso de armas, observar personas muertas, tiroteos, robos o asesinatos; en la actualidad los niños son víctimas directa o indirectamente de estos hechos (Furtado, Gonçalves, de Oliveira & Quintes, 2013). Asimismo, Furtado y et al., (2013) afirman que este tipo de violencia se puede suscitar en casa, colonia, escuela o en las mismas calles de la ciudad; además trae

consigo diversas problemáticas de tipo emocional, conductual y académica en los niños (Furtado, Gonçalves, de Oliveira & Quintes, 2013; Margolin & Gordis, 2000). Las diversas problemáticas desarrolladas en la infancia están consideradas como un problema de Salud Pública, por lo que presentan diversas necesidades de intervenir; entre estos se destacan los problemas de conducta, agresividad, depresión, ansiedad, trastorno por estrés postraumático, etcétera (Margolin & Gordis, 2000). Asimismo, Chau y et al., (2012) exponen la relación que existe entre la presencia de algún tipo de violencia, como testigo o como víctima, y la manifestación de conductas agresivas. Otras manifestaciones que se dan a partir de hechos violentos son fallas en su atención y concentración, así como en su autotestima, rendimiento académico y habilidades sociales (Tenorio, Jacobo, Vázquez, & Manzo, 2015). Melzak en 1995, menciona algunos elementos que ponen en riesgo a los niños de desarrollar ciertos síntomas físicos y psicológicos como la violencia directa, es decir, la vivida por ellos mismos, la observada, la dirigida contra un extraño o de la que se oyó hablar (citado en Varma, 2012). Los niños que se ven implicados en algún tipo de violencia manifiestan diversas emociones displacenteras como enojo, miedo, frustración, impotencia y exaltación (Margolin & Gordis, 2000), además de una inestabilidad emocional (Tenorio, Jacobo, Vázquez, & Manzo, 2015).

Estudios destacan los efectos negativos que tiene la violencia en los niños. En Colombia, en 2016, Cuevas y Castro realizaron un estudio descriptivo, en el cual se pretendía encontrar la relación entre la exposición a la violencia y situaciones emocionales o conductuales negativas en los niños. Este estudio fue aplicado en niños de 7 a 14 años de edad, a quienes se les administraron el “Cuestionario sobre violencia en Colombia” (CEVC) para medir la exposición a la violencia, “Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Versión Revisada” (CMAS-R) para determinar la ansiedad en los niños, así como, el “Inventario de Depresión Infantil” (CDI) para medir la depresión, además se aplicó el “Listado de síntomas de trauma para niños forma A” (TSCC-A) y finalmente el “Listado de comportamientos infantiles” (CBCL). Entre los resultados se encontró que existieron diferencias significativas entre la exposición a la violencia y los problemas emocionales como estrés postraumático, ansiedad, depresión y conductas delictivas, resultando con mayores puntuaciones en el estrato socioeconómico bajo.

Las investigaciones se tornan en intervenciones ante violencia de género (Martín, 2010; (Zabala & Manriquez, 2007; Barrantes, 2006) o escolar (Durán, 2011; Cid, Díaz, Pérez, Torruella & Valderrama, 2008; Olweus, 1993) las cuales a su vez pueden detonar en una violencia comunitaria, sin embargo, las intervenciones en la comunidad aún requieren esfuerzos, específicamente en las emociones displacenteras y la regulación emocional.

Cuando se habla de regulación emocional, es referida por Gross (2014) como el manejo de la emoción y de cómo la emoción maneja alguna situación. Así mismo, Ato et al., (2004) exponen la regulación emocional como un nivel adaptativo en el ser humano, es decir, no se conceptualizan como buenas o malas sino adaptativas o desadaptativas. En los niños, la capacidad de identificar, comprender e integrar sus experiencias emocionales y simultáneamente controlar su comportamiento tanto individual como social (Zeman, Cassano, Perry-Parrish & Stegall, 2006). Por lo contrario, Marín et al., (2012) refieren la desregulación de la emoción como un factor que conlleva a la desorientación de la conducta y de la emoción; por lo cual se producen algunas problemáticas como niños con expresiones de enojo, gritando, empujando, o por el contrario niños que se aíslan o que evitan el contacto con otros niños (Macklem, 2008), provocando emociones displacenteras.

De esta manera, dentro del desarrollo del niño(a), las emociones forman un importante rol, ya que estas pueden ser un apoyo o un obstáculo en la manera en que el/la niño(a) se desenvuelve en su vida (Esquivel, 2010). Los/as niños(as) requieren una regulación en sus emociones para poder adaptarse a las situaciones que se tendrán que enfrentar en cualquier contexto de desarrollo. Tomphson define la regulación emocional como “el proceso de iniciar, mantener, modular o cambiar la ocurrencia, intensidad o duración de los estados afectivos internos y los procesos fisiológicos, a menudo con el objetivo de alcanzar una meta” (citado en Garrido-Rojas, 2006, p. 499), y además como “un proceso que implica el monitoreo, la evaluación y modificación de las reacciones emocionales con la finalidad de acceder a las propias metas” (citado en Marín, Robles, González-Forteza y Andrade, 2012, p. 522). Por otra parte, Gross conceptualiza la regulación emocional como el proceso sobre el cual las personas influyen y manejan las emociones, además del modo en que se pueden expresar y experimentar (Hervás y Vázquez, 2006). Marín et al., (2012) manifiestan la importancia de investigar el tema, esto debido a la gran cantidad de estudios que explican que la falta de regulación emocional tiene incidencia en los trastornos emocionales y comportamentales. Para Linehan, estas disfunciones en la regulación emocional tienden a algunas problemáticas, como la falta de identificación emocional, dificultad en la regulación fisiológica, falta de tolerancia hacia el malestar y desconfianza ante las respuestas emocionales a partir de cualquier experiencia (citado en Marín et al., 2012). Las experiencias y situaciones que se presentan en función de la regulación emocional conllevan a analizar otras perspectivas teóricas. Una de estas perspectivas es el enfoque cognitivo-conductual; de acuerdo con Ribero-Marulanda y Vargas (2013) la regulación emocional “como un proceso interno que permite modular la conducta”; dentro de este enfoque, la regulación emocional procede a dar respuesta adecuada, utilizando las herramientas

personales de la persona, manifestando así bienestar y control dentro del contexto y ambiente determinado ante las respuestas apropiadas (Ribero-Marulanda y Vargas, 2013); estas respuestas, de acuerdo con Cabello (1991), se pueden dirigir en dos vertientes: las respuestas estratégicas y las respuestas emocionales; las estratégicas están encaminadas hacia el autocontrol planificado, la acción dirigida a una consecuencia, en tanto, las emocionales pueden provocar malestar ya que son respuestas inesperadas e instantáneas (citado en Velásquez y Guillén, 2007). Por lo tanto, se puede observar la gran contribución que tiene el modelo cognitivo-conductual en la regulación de las emociones; más adelante se presentarán las características de dicho modelo.

La regulación emocional implica en el individuo un manejo adecuado de las competencias cognitivas, emocionales y sociales, necesarias para la transición en la educación básica; siendo la competencia emocional la influencia en el éxito académico y social (Machado et al., 2008). La competencia emocional tiene entre sus dimensiones a la regulación emocional, en la cual se requiere el enfoque de ciertas habilidades en el niño/a, como el reconocimiento emocional, tanto en uno mismo como en los demás, además de tratar de una manera segura las emociones y las relaciones sociales utilizando las estrategias adecuadas de regulación emocional (Velásquez y Guillén, 2007). Hay una gran diversidad de estrategias de regulación emocional encontradas en la literatura científica, entre las cuales se encuentran: reestructuración cognitiva, ejecución de actividades de placer, actividades sociales y deportivas, distracción, auto instrucciones, asertividad, relajación muscular, evaluación de pensamiento, mantenimiento de un estado de bienestar y satisfacción, entre otros (Cruvinel y Boruchovitch, 2010). Hervás y Vázquez, en el 2006, han propuesto algunas características comprometidas en el proceso de regulación emocional para apoyar dicho proceso de una manera adecuada y oportuna, estas son: conocer las estrategias de regulación emocional, atención en el estado emocional, percepción afectiva, costumbre a cierto estado de ánimo regular, motivación, apego, autoestima y rasgos de personalidad. Otro aspecto es el afrontamiento, el cual, beneficia al uso adecuado de la regulación emocional, ya que la interacción entre el ser humano y el contexto indica la necesidad de utilizar estrategias de regulación emocional (Reynoso y Seligson, 2005).

Diversas investigaciones a nivel mundial han estudiado la importancia de la regulación emocional en varios factores psicológicos y educativos. En el 2007, Hannesdottir y Ollendick realizaron una revisión sistemática de algunos programas e intervenciones comúnmente utilizadas para manejar la regulación emocional en niños y adolescentes, entre las estrategias que exponen se encuentran: educación de la emoción, en la cual se le enseña al niño/a a identificar sus emociones a través

de sus pensamientos, sensaciones físicas o su comportamiento, poniendo como ejemplo diversas situaciones específicas que provoquen alguna emoción particular; otra estrategia es la nombrada como pensamientos fríos y calientes, que se utiliza de manera recurrente en niños/as con ansiedad, donde tienen que pensar en diversas soluciones para afrontar la problemática que estén presentando, sin embargo, como mencionan los autores, su pensamiento debe estar frío, es decir, claro y tranquilo, para poder controlar esa ansiedad; otra estrategia encontrada en la revisión es reformular experiencias emocionales, en la que, como su nombre lo dice, se tiene que dar otro significado a las situaciones que se vive de manera emocional, para que cada vez que recuerde la experiencia se modifique la emoción; sin embargo, estas intervenciones solo se describen de manera superficial y no se detalla efectividad de estas de manera específica, solo que han funcionado de manera global en emociones displacenteras.

En efecto, las emociones displacenteras que se abordan en este capítulo son la ira y ansiedad. La ira, es una emoción con connotaciones de disgusto o molestia, con componentes cognitivos, sentimientos, activación fisiológica y neuroquímica, causando así cierta forma de afrontar o expresar (Oliva, Hernández, & Calleja, 2010), la ira en muchas ocasiones es expresada mediante agresividad.

La agresividad, ha tenido diferentes conceptualizaciones a lo largo del tiempo, considerada como un “comportamiento básico y primario en la actividad de los seres vivos, que está presente en la totalidad del reino animal” (Carrasco y González, 2006, p. 8), asimismo Anderson y Buschman (2002) indican que la agresividad es la acción de causar algún daño a una persona, siendo motivado por la intención de causar el daño, de igual manera Dollard et al., la definen de una manera similar, como la conducta que tiene el propósito de provocar un daño a una persona u objeto. Bandura (1972; citado en Carrasco y González, 2006), menciona que dicha conducta es adquirida y además controlada por ciertos reforzadores, siendo esta perjudicial y destructiva. Así pues, se han determinado algunas tipologías en cuanto al término de ansiedad, entre los cuales están, la física, moral, psicológica, material, ofensiva o de intimidación (Ramírez-López y Arcila-Rodríguez, 2013); de la misma manera, Ortega y Monks (2005; citado de Ramírez-López y Arcila-Rodríguez, 2013) exponen otras clasificaciones, como: agresión directa relacional, agresión física directa, agresión relacional indirecta, agresión verbal directa; así pues, son varias las manifestaciones y clasificaciones que se tienen ante conductas de agresividad, además se destaca que la agresividad se puede presentar de manera impulsiva o premeditada, la primera sin un control, y la segunda con una planeación, donde la base de ambas es la ira que se pudiera provocar (Arias y Ostrosky-Solís, 2008). La ira, es un factor fundamental en las conductas de agresión y de regulación

emocional, esto es debido a que es una emoción con connotaciones de disgusto o molestia, con componentes en pensamiento, sentimientos, activación fisiológica y neuroquímica, causando así cierta forma de afrontar o expresar (Oliva, Hernández, y Calleja, 2010). Además, Spielberg et al., (1985; citado en Oliva et al., 2010) refieren a la ira en dos maneras, en estado y en rasgo; la ira estado indica respuestas fisiológicas, sentimientos de furia, tensión, etcétera, de manera momentánea, en cambio, en la ira rasgo hay una predisposición a presentar con frecuencias estos síntomas de ira, antes mencionados.

De acuerdo a diversos autores, durante la etapa de la niñez se presentan diversas conductas de agresividad, muchas de ellas, sobre todo en varones, son aprendidas y otorgadas por el rol de género que implica (Papalia, Feldman y Martorell, 2012), además durante la evolución del desarrollo infantil la conducta agresiva se da de manera natural y espontánea, alrededor de los dos años de edad, siendo a los cuatro y cinco años la disminución de dichas conductas (Serrano, 2006), sin embargo, se pueden instaurar de forma inadecuada dichas conductas agresivas, posiblemente provenientes de culturas, padres, atmósfera estresante o no estimulante, contacto con personas agresivas o falta de apego o apoyo social (Papalia et al., 2012). Otra conceptualización de la variable de agresividad es referida por Kassinove y Sukhodolsky (citados en Kassinove y Tafrate, 2005, p. 33) “como un estado emocional subjetivo [...] varía en intensidad y duración, así como en frecuencia, y está asociado con ciertas distorsiones cognitivas, conductas verbales y motrices, y determinadas pautas de activación física”. Además, dichos autores, basados en la Ley de Yerkes-Dodson, sugieren que las personas agresivas, podrán tener mejores estilos de afrontamiento cuando sus niveles de estrés se encuentren en un nivel de bajo a moderado, en lugar de niveles extremos.

Diversas teorías han llevado a comprender cómo se desarrolla la agresividad. Como ejemplo está la teoría AHA o el también nombrado síndrome AHA (Ira, Hostilidad y Agresión) propuesto por Spielberg, en esta teoría, la ira y la hostilidad se refieren a sentimientos, mientras la agresión se refiere a la conducta causada por los sentimientos antecesores (Spielberger, Jacobs, Russell, y Crane, 1983). Al respecto Johnson (1990; citado en Pérez y Redondo, 2008) considera que la ira es el “estado emocional formado por sentimientos de irritación, enojo, furia y rabia acompañado de una alta activación del sistema nervioso autónomo y del sistema endocrino y tensión muscular”, siendo este concepto implementado en el campo de la psicología de la salud, junto con el síndrome AHA (Pérez y Redondo, 2008). Siendo este modelo un conjunto sistemático de emociones y conductas, es decir, la ira se genera a través de la hostilidad y esto conlleva a una conducta violenta (Carrasco y González, 2006). Otra teoría implicada en la agresividad es la de frustración-

agresión, en ocasiones cuando el individuo no maneja alguna forma de control de la frustración puede desembocar una agresión (Carrasco y González, 2006), sin embargo, en ocasiones por miedo a alguna consecuencia negativa se reprime la frustración y puede desencadenar algún tipo de ansiedad. La importancia de este modelo surge al relacionar la ansiedad que conlleva la frustración al mismo tiempo de una agresividad. Esta teoría fue propuesta por Dollard, Doob, Miller Mowrer y Sears en 1939.

Otra de las emociones displacenteras mencionadas es la ansiedad, una problemática comúnmente encontrada en la niñez, tanto de manera normativa como inadecuada al punto de requerir atención especializada, encontrándose una prevalencia del 10 al 20% de niños en edad escolar que presentan algún tipo de manifestación de ansiedad (Barret, 1998). González (1993), la define como “un modelo complejo y variable de conductas, en el que quedan incluidas tanto respuestas objetivas, motoras y fisiológicas, como estados emotivos y subjetivo-cognitivos de preocupación, temor y desasosiego” (p.17). De la misma manera, Clark y Beck (2012), exponen los componentes conductual, afectivo, fisiológico y cognitivo como respuestas de ansiedad ante eventos o situaciones con amenaza real o irreal.

En cuanto a la etiología, se ha propuesto que las crisis de angustia se originan por la existencia de una «red del miedo» extremadamente sensible, que se centra en la amígdala y sus interacciones con el hipocampo y la corteza prefrontal medial. La alteración en esta red del miedo podría tomar diversas formas, incluyendo la hiperactivación autonómica o una alteración neurocognitiva que propicia la interpretación inapropiada de las respuestas somáticas, así como la retroalimentación incorrecta para inhibir las respuestas de ansiedad y pánico.

Se considera que la ansiedad es problema que se ha observado desde la antigüedad, sin embargo, actualmente ha ganado mucha importancia en los diversos estudios multidisciplinarios (González, 1993). Además, en España, estudios han analizado que la ansiedad es la problemática psicológica más frecuente en los niños y adolescentes, teniendo una prevalencia del 15 al 20% (Orgilés, Méndez, Espada, Carballo, y Piqueras, 2012). Barret (1998), señala que en la niñez es común que se presenten síntomas de ansiedad y temores, sin embargo, en ocasiones estos llegan a paralizar al niño y alejarlo de sus actividades cotidianas, al punto de hacerlo disfuncional y requerir atención clínica, aunado a esto, la autora anteriormente citada, indica que algunos adultos con trastorno de ansiedad iniciaron con los síntomas desde la niñez.

Las características que se encuentran en las escuelas en los niños con ansiedad son falta de retención, de concentración, afectación en el rendimiento académico, además presentan desorganización e inatención (Jadue, 2001). Otras

manifestaciones de ansiedad en niños escolarizados son preocupación por exámenes, calificaciones, sentirse incapaces de realizar alguna tarea (Moreno, Escobar, Vera, Beltrán, & Castañeda, 2009). Asimismo, Jadue (2001) expone que los niveles de ansiedad generan frustración en momentos de fracaso y competitividad conllevando así a manifestar cierto grado de ira, hostilidad y agresividad.

Para el estudio de la regulación emocional y las emociones displacenteras mencionadas en párrafos anteriores, es necesario identificar los antecedentes y estudios previos referentes a dichas variables, entre estos antecedentes se encontró un estudio de regulación emocional donde Andrés, Canet, Castañeiras y Richaud (2016), en Buenos Aires, Argentina, llevaron a cabo una investigación correlacional mediante análisis multivariados para conocer la relación entre las estrategias de regulación emocional, siendo esta reevaluación cognitiva y supresión de la expresión emocional, con la ansiedad y depresión en niños de 9 a 12 años. Se obtuvo una muestra de 230 niños y niñas de primaria y secundaria. Los instrumentos utilizados fueron un Cuestionario Argentino de Personalidad Infantil, el Cuestionario de Regulación Cognitiva de la Emoción para Niños, además del Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en Niños, también la Escala de Expresividad Emocional Infantil, así como la Escala de Autoinforme de Sintomatología Depresiva para Niños y Adolescentes y finalmente una encuesta semiestructurada para los padres.

Se procedió a presentar el consentimiento informado y continuaron con la aplicación de los instrumentos a los niños. Se hicieron grupos de 5 niños por momentos de 30 minutos para hacer las aplicaciones necesarias de los instrumentos. El análisis estadístico se realizó mediante un Path Analysis, el cual es un análisis multivariado para ajustar modelos causales e identificar la variabilidad de las variables dependientes, utilizando el programa AMOS. En los resultados a través del modelo de ecuaciones estructurales se observa que ambos modelos (el de reevaluación cognitiva y supresión de la expresión emocional) demuestran una relación con los rasgos de ansiedad, obteniendo una correlación significativa de $p < 0.000$, sin embargo, en reevaluación cognitiva la correlación es baja, obteniendo -0.13 y en supresión de la expresión emocional la correlación es mediana con 0.35 ; de esta manera se concluye que dichas estrategias pueden influir en el manejo de la ansiedad.

De la misma forma, Martínez (2015), en Buenos Aires, Argentina estudió la relación de estrategias de regulación emocional, basadas en las mismas variables del estudio anterior, supresión de expresión emocional y reevaluación cognitiva, sin embargo ahora hace la relación con la edad y el género; seleccionando una muestra de 109 niños, de una edad promedio de 11 años, mediante un diseño de tipo

descriptivo, aplicaron como instrumento el Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ-CA) para medir la supresión de expresión emocional y la reevaluación cognitiva. Los análisis estadísticos se realizaron mediante el análisis de varianza (ANOVA), para conocer los factores de edad y género. Los hallazgos indicaron que, en la supresión de expresión emocional, el género sí tiene influencia significativa infiriendo que los hombres tienden más a la supresión de la expresión emocional; en cuanto a la reevaluación cognitiva y la edad no se encontraron diferencias significativas.

En América del Norte, también se han realizado diversos estudios sobre la regulación emocional, por ejemplo, en Maine, Estados Unidos, Suveg & Zeman (2004), indagaron en las habilidades de manejo emocional, la autoeficacia en la regulación emocional, y el rol de la intensidad en la emoción en niños con trastornos de ansiedad. A una muestra de 26 niños de edades entre 8 y 12 años, se les aplicaron varios instrumentos como la Escala de Manejo Emocional para niños (CEMS), la Entrevista de Regulación Emocional (ERI) y el Checklist de Regulación Emocional (ERC). Entre los resultados se encontró que los niños que presentan ansiedad tienen dificultad en el manejo de sus emociones, además de tener poca confianza en su capacidad de manejar las emociones y presentar emociones de alta intensidad. De acuerdo con los autores, se infiere la necesidad de continuar trabajando la regulación emocional en estas poblaciones.

Bohnert, Crnic, & Lim, en el 2003 realizaron un estudio descriptivo en la región de Atlántico Medio en Estados Unidos para analizar los altos niveles de agresividad en los niños cuando hay disminución en la competencia emocional. En este participó una muestra de 90 niños, de edades de 7 a 10 años que presentaran conductas de agresividad, excluyendo a niños con alguna discapacidad o trastorno del desarrollo.

Las madres de los menores respondieron el cuestionario Child Behavior Checklist (CBCL), además del Cuestionario de Expresión Afectiva, así como algunos instrumentos sociodemográficos; para la observación de la competencia emocional, algunas sesiones fueron videograbadas. Entre los resultados se encontró que la evaluación emocional no tiene relación con las conductas agresivas, es decir, el hecho de aceptar la ira no provoca algún tipo de agresividad, sin embargo, en cuanto a la expresión emocional, se obtuvo que sí hay relación, es decir, si hay poco manejo de la ira, aumentan los síntomas externalizados y mayor comportamiento agresivo se tendrá en los menores; asimismo se indicó la relación entre el lenguaje verbal y la comprensión emocional, en este apartado resultó que las niñas tenían mayor expresión verbal emocional que los niños, por lo tanto ellas manejan una mayor comprensión emocional.

Los anteriores antecedentes abren paso al propósito del presente capítulo, conocer las características y la relación de la regulación emocional y las emociones displacenteras como ansiedad e ira en niños y niñas de 10 a 12 años localizados en Ciudad Victoria, Tamaulipas, además de conocer las características de dichas variables por género. Para los alcances del propósito del estudio se realizó un estudio en una población que actualmente es considerada como una de las más violentas en México, Ciudad Victoria, Tamaulipas (Gutierrez & Hernández, 2004). Esta zona ha tenido, desde el 2003, una serie de eventos violentos como ejecuciones, secuestros, crimen organizado, desapariciones forzadas, sin embargo, también se viven actos de violencia de género (de la O & Flores, 2012; Gutierrez & Hernández, 2004). Surge la necesidad de realizar estudios en niños debido a las características del desarrollo del niño en cuanto a los factores protectores y de riesgo que pudieran atravesar en etapas tempranas, además de la falta de programas dirigidos a esta población, sin embargo, se observa que poco a poco se van creando foros y programas para niños en contexto de violencia comunitaria, para prevenir la violencia (Zarate & López-León, 2016).

Dentro de la literatura científica se ha observado un vacío en el estudio de la regulación emocional y las emociones displacenteras, así como su relación en condiciones de violencia comunitaria. De esta manera, el objetivo que se pretende alcanzar es conocer las características de la regulación emocional en niños en edad escolar que viven en una comunidad de violencia, así como sus condiciones emocionales, específicamente ira y ansiedad.

2.2 Metodología

2.2.1 Diseño de investigación

Para la elaboración de este estudio se eligió un diseño de tipo cuantitativo, con alcance correlacional, ya que el objetivo del estudio es conocer las características de regulación emocional y emociones displacenteras en los niños dentro del contexto de violencia comunitaria, así como su asociación entre las diferentes variables de estudio.

2.2.2 Participantes

La población del estudio está limitada a una escuela pública de Ciudad Victoria Tamaulipas, contando con el apoyo del director del plantel para el ingreso a ella. Se seleccionó una muestra no probabilística por conveniencia, obtenida por participación voluntaria de los estudiantes con permiso del director y maestros del plantel. El tamaño muestral fue de 152 niños de educación primaria (Tabla 1).

Características	Frecuencia	Porcentaje	Media
Sexo			
Masculino	90	59.2	
Femenino	62	40.8	
Edad			10.37
9 años	28	18.4	
10 años	59	38.8	
11 años	46	30.3	
12 años	19	12.5	

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra

Los criterios de inclusión tomados en cuenta para el estudio fueron la participación de niños y niñas de 9 a 12 años, cursando los grados escolares 4to, 5to y 6to, con lectoescritura instaurada, del turno matutino, estos criterios de inclusión son justificados con las teorías del desarrollo del niño, donde se menciona que durante la niñez media, entre 7 y 12 años de edad es cuando los niños comienzan a tener autoconciencia de sus emociones y el manejo de ellas, así como el entendimiento de la emoción del otro (Papalia, Feldman y Martorell, 2012), de igual manera entrando a la preadolescencia o adolescencia temprana, de los 10 a los 12 años de edad, presentan varias dificultades que conllevan a provocar ciertos sentimientos de ansiedad y agresividad, entre las que destacan los cambios físicos, reestructuración del esquema e imagen corporal, fluctuaciones del ánimo, autoconciencia de necesidades, capacidad de evaluar méritos y habilidades, oposición, exploración y abandono de la dependencia (Krauskopof, 1999) y los criterios de exclusión son niños(as) con alguna discapacidad o trastorno del neurodesarrollo.

2.2.3 Consideraciones éticas

Las implicaciones éticas de este estudio están apoyadas por medio de un consentimiento informado, el cual, de acuerdo con la Real Academia de la Lengua Española (citado en Chirino-Barceló y Álvarez, 2015), manifiesta voluntad, expresa o implícita, a una vinculación jurídica. Este consentimiento presenta entre las características principales la libre decisión y la información adecuada, además de dar sustento a la dignidad humana, así como sus derechos, autonomía, incluyendo riesgos y beneficios de participación en la intervención (Chirino-Barceló & Álvarez, 2015).

Entre los aspectos bioéticos a considerar dentro del estudio se encuentran la autonomía de participación, la no maleficencia, la beneficencia y la justicia ante la intervención.

2.2.4 Instrumentos

La batería de pruebas se elaboró a partir de la búsqueda de instrumentos validados en población mexicana y específicamente en las edades que se esperaba realizar el estudio. Al final se tomó la decisión de realizar una batería donde se incluyeran los instrumentos que se describen a continuación.

Para medir la ansiedad se utilizó la “*Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada*” (CMAS-R2), elaborada por Reynolds y Richmond, partiendo de una revisión de la versión anterior, el CMASR; este instrumento fue elaborado en Estados Unidos en el 2008, con el fin de evaluar el nivel y la naturaleza de la ansiedad, el cual es aplicado en niños y adolescentes de 6 a 19 años, con una duración de 10 a 15 minutos en su aplicación. Este instrumento se estandarizó para México, en una muestra de 2490 niños y jóvenes de todo el país y de los dos tipos de escuela, pública y privada. En el análisis psicométrico de validez para población mexicana se obtuvo un alfa de Cronbach de .868, lo cual muestra la confiabilidad del instrumento (Reynolds & Richmond, 2012). Este test contiene 49 ítems, el cual se mide mediante una escala de tipo Likert con respuestas dicotómicas de *sí o no*. Los factores implicados en este instrumento son, defensividad, el cual aborda, que tanto el niño admite las imperfecciones personales o quiere mostrar una imagen positiva de sí mismo, anteriormente era conocido como el factor de mentira, la ansiedad fisiológica, la cual refiere a los aspectos somáticos de la ansiedad, la inquietud implica preocupaciones obsesivas poco claras o imprecisas, ansiedad social que abarca las respuestas de ansiedad ante situaciones sociales o contacto con otras personas y la ansiedad total que refleja el nivel general de ansiedad en el niño.

Para la medición de la emoción de la ira, se utilizó el “*Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo para Niños y Adolescentes*” (STAXI-NA). El instrumento fue elaborado por Spielberg, Del Barrio y Moscoso en Estados Unidos, iniciando el proceso de elaboración en 1998 y publicándose en el 2005, con el propósito de contar con un instrumento que mida la ira en niños y adolescentes de manera objetiva. Esta prueba mide los niveles de ira, a través de la experiencia, el control y la expresión, además de sus manifestaciones, en estado rasgo, la consistencia interna para la validez y la confiabilidad de las subescalas oscilan entre .52 y .87 (Spielberger, del Barrio, & Aluja, Inventario de expresión ira estado-rasgo en niños y adolescentes, 2009), el instrumento está dirigido a niños(as) de 8 a 17 años y tiene una duración de 15 a 30 minutos en su aplicación, el test contiene 32 ítems que se presentan mediante una escala de tipo likert con tres tipos de respuestas; en la primer parte indica cómo se siente ahora, donde las opciones de respuesta son *poco, bastante o mucho*, en la segunda cómo se siente habitualmente se puntúa con *casi nunca, a veces o casi siempre* y la tercera cómo reacciona habitualmente cuando me enfado, puntuando con *casi nunca, a veces*

o casi siempre. El instrumento está dividido en tres subescalas, la primera parte refiere al estado de la ira, la cual se da en algún momento determinado, teniendo como subescalas el sentimiento, la expresión física y la expresión verbal; la segunda parte abarca el rasgo de la ira, donde indica la tendencia a reaccionar con ira de manera intensa y con frecuencia; y finalmente la tercera parte indica las formas de expresión y control de la ira, dividiéndose así en expresión interna y externa, así como control interno y externo. Este instrumento está elaborado para ser aplicado en países de habla hispana, ya que los autores refieren que se piloteó en diferentes países de Hispanoamérica, entre los que se incluyó a México.

La regulación emocional se midió con el instrumento “*Estrategias de Regulación Emocional para niños*” (EREn), elaborada por Ortiz, 2014 como resultado de una tesis de pregrado de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Este instrumento fue elaborado para niños de entre 8 y 12 años. Se elaboraron los reactivos 165 niños y una revisión entre jueces. Esta prueba se estandarizó para México, en una muestra de 395 niños de escuelas públicas de la zona metropolitana mediante un análisis factorial. Para los análisis psicométricos de validez y confiabilidad se obtuvo un alfa de Cronbach de .86 en el primer factor, el cual se refiere a las estrategias que facilitan la regulación emocional y .78 en el segundo factor, que implica las estrategias que dificultan la regulación emocional, lo cual muestra la confiabilidad del instrumento. Este test contiene 33 ítems, el cual se mide mediante una escala de tipo Likert con respuestas de *siempre, casi siempre, casi nunca y nunca*. Finalmente, al responder el instrumento se obtiene como resultado los dos factores mencionados anteriormente de regulación emocional.

2.2.5 Procedimiento

El procedimiento fue diseñado en tres fases descritas a continuación:

FASE 1

En esta primera fase se elaboró el paquete de batería de pruebas y consentimiento informado. Eligiendo las pruebas pertinentes para la medición de las características de la población que se pretende conocer, en base a la validez y confiabilidad de cada una de las pruebas.

FASE 2

Se creó el contacto con el director de la escuela primaria Himno Nacional, para otorgar el consentimiento informado, así como plantear el objetivo del estudio.

FASE 3

Se realizó la aplicación del instrumento con el apoyo de alumnos de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, los cuales fueron capacitados en la

aplicación del instrumento para evitar la invalidez interna del proyecto. Las pruebas fueron aplicadas en una sesión de aproximadamente 45 minutos por grupo. Se incluyó a dos grupos por grado escolar.

2.2.6 Análisis de los datos

El análisis se llevó a cabo mediante el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22. En este programa se obtuvieron análisis descriptivos y correlacionales para conocer las características de las variables de estudio.

2.3 Resultados

Finalmente, se realizaron dos tipos de análisis. Primero, se realizaron unos análisis descriptivos del estudio a través de los cuales se pudieron conocer las características de la regulación emocional que utilizan los niños de 9 a 12 años de la escuela Himno Nacional. Además, se conocen las implicaciones emocionales que esta tiene en las emociones displacenteras.

Se obtuvo una puntuación promedio de 31.59 en el factor de estrategias que facilitan la regulación emocional, con una desviación estándar de 13.696 y las estrategias que dificultan la regulación emocional se encontró una media de 8.34 y una desviación estándar de 6.214 (ver Tabla 2).

Características de la regulación emocional	N	M	DE
Usan estrategias que facilitan la regulación emocional	152	31.59	13.696
Usan estrategias que dificultan la regulación emocional	152	8.34	6.214

Tabla 2. Características de la regulación emocional

Las emociones displacenteras que se evaluaron fueron la ira y la ansiedad. La ira se analizó en sus diferentes factores, estado, rasgo y control. Entre los resultados se obtuvo que en la ira como estado hay una media de 8.53 y una desviación estándar de 1.805, en la ira como rasgo se obtuvo una media de 12.06 y una desviación estándar de 3.061 y finalmente en el control de la ira se obtuvo una media de 27.96 y una desviación estándar de 5.309. Por otro lado, la ansiedad presentada en los alumnos fue de 20.03 como media y 8.578 como desviación estándar. Por lo que se infiere que muestran niveles bajos de ira tanto estado como rasgo, un nivel alto de control, y niveles bajos de ansiedad (ver tabla 3).

Características de las emociones displacenteras	N	M	DE
Ira	152	8.53	1.805
Estado		12.06	3.061
Rasgo		27.96	5.309
Control			
Ansiedad	152	20.03	8.578

Tabla 3. Características de las emociones displacenteras.

En el análisis por género, se observa que en las variables de ansiedad y control de la ira resultan con mayor promedio las mujeres, y en las variables de ira como estado, ira como rasgo y las estrategias que facilitan y dificultan la regulación emocional resultaron con mayor promedio los hombres (ver tabla 4).

Características por género	Género	M	DE
Ansiedad	F	21.69	8.910
	M	18.88	8.194
Ira-Estado	F	8.40	1.454
	M	8.62	2.014
Ira-Rasgo	F	11.34	2.919
	M	12.56	3.073
Ira-Control	F	28.23	5.186
	M	27.78	5.413
Estrategias que facilitan la regulación emocional	F	30.40	13.705
	M	32.41	13.706
Estrategias que dificultan la regulación emocional	F	7.60	6.208
	M	8.86	6.200

Tabla 4. Características por género

En segundo lugar, se hicieron análisis de correlación para constatar si hay una influencia en las estrategias de regulación emocional y las emociones displacenteras en la muestra. Se observa una correlación positiva entre ansiedad e ira como rasgo, sin embargo, muestra una relación baja ($r=.253$, $p<.002$); así mismo la ansiedad se relaciona con las estrategias que dificultan la regulación emocional, siendo esta una relación baja ($r=.222$, $p<.006$), otra relación encontrada es ira como rasgo e

ira como estado, mostrando una relación mediana ($r=.428, p<.000$), también entre ira como estado y estrategias que facilitan la regulación emocional se encontró una relación baja ($r= -.179, p<.027$) e ira como estado, a su vez también se relaciona con las estrategias que dificultan la regulación emocional ($r=.252, p<.002$); por otro lado, la ira como rasgo también se relacionó con el control de la ira, siendo baja ($r=.199, p<.014$), la ira como rasgo se relaciona de igual manera con las estrategias que dificultan su regulación emocional, con una correlación mediana ($r=.439, p<.000$), y finalmente el control se relaciona con las estrategias que dificultan la regulación emocional ($r=.189, p<.020$) (ver Tabla 5).

VARIABLES	r	p
Ansiedad - Estado	-.009	.908
Ansiedad - Rasgo	.253**	.002
Ansiedad - Control	.139	.089
Ansiedad - Estrategias que dificultan la regulación emocional	.222**	.006
Estado - Rasgo	.428**	.000
Estado - Control	.050	.542
Estado - Estrategias que facilitan la regulación emocional	-.179**	.027
Estado - Estrategias que dificultan la regulación emocional	.252**	.002
Rasgo - Control	.199*	.014
Rasgo - Estrategias que facilitan la regulación emocional	-.025	.760
Rasgo - Estrategias que dificultan la regulación emocional	.439**	.000
Control - Estrategias que facilitan la regulación emocional	.154	.057
Control - Estrategias que dificultan la regulación emocional	.189*	.020

La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).**

La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).*

Tabla 5. Matriz de correlaciones

2.4 Discusión y conclusiones

Para concluir el presente capítulo, los datos presentados anteriormente cumplen con el objetivo de la presente investigación, los cuales muestran una población donde la regulación emocional es adecuada, probablemente, debido a esto, muestran bajos

niveles de ansiedad e ira. Esto se confirma con diversos estudios sobre regulación emocional, como el realizado por Andrés et al., 2014, en donde inferen a través de un modelo de ecuaciones estructurales la relación entre la regulación emocional y el bienestar infantil, esto a través del estudio de factores de la personalidad, como extraversión y neuroticismo, siendo esta última donde incluyen ansiedad e ira, y estrategias de regulación emocional como reevaluación cognitiva (RC) y supresión de la expresión emocional (SEE). Además, confirma los estudios que se han realizado en diversos contextos educativos para prevenir la violencia y regular emociones en los niños (Bisquerra, 2011).

Es importante destacar la necesidad de continuar con esta investigación y sobrellevarla a muestras más grandes, así como para determinar también si los niños participantes del estudio son o han sido víctimas o testigos de algún tipo de violencia, ya que al no haber cuestionado la exposición a la misma aún queda la interrogante de si los niños tienen buena regulación a pesar de la violencia o tienen adecuada regulación debido a no haber interactuado con algún hecho violento. Además, es importante continuar el estudio para conocer también si los niños no se han habituado o normalizado en la violencia, ya que como diversos autores mencionan pueden llegar a esta situación de normalización de la violencia.

Los datos nos aportan grandes propuestas de intervención e investigación en este campo, ya que esta área es de gran importancia y podemos observar que, si los niños cuentan con una adecuada regulación de sus emociones, éstas ya no se volverán displacenteras.

En efecto, las teorías sobre regulación emocional tienen relación con los factores de resignación a la violencia que menciona Varma, en el 2012: Saber solucionar problemas, saber procesar duelos, capacidad de integrar y entender experiencias pasadas y presentes, tener apoyo y contacto social y contar con el apoyo de los padres para disminuir la ansiedad.

Respecto a los resultados encontrados por género, se demuestra lo que mencionan Arenas y Puigcerver, en el 2009, donde implica que existen diferencias en género donde mayormente las mujeres presentan ansiedad, debido a posibles factores bioquímicos, hormonales o sociales, además las autoras exponen también las diferencias entre los recuerdos o procesos experienciales, donde las mujeres presentan mayor implicación emocional que los hombres, es por eso que también se constata que en los análisis los hombres hayan presentado mayores estrategias de regulación emocional, tomando en cuenta también en otro estudio Sánchez et al., (2008) mencionan “que las mujeres se infravaloran y los hombres se sobrevaloran en relación con sus habilidades emocionales” lo que hace suponer una explicación acerca de porqué los hombres pueden presentar mayor estrategias de regulación

emocional, además de la cultura y educación, donde a la mujer se le es permitido expresar la parte emocional, por el contrario del hombre, a quien no se le permite expresar lo emocional, que forman parte de los estereotipos de género y pueden influir al momento de responder los auto reportes (Etxebarria, Apodaca, Eceiza, Fuentes, & Ortiz, 2003). Por otra parte, en cuestión de la ira, las diferencias de género demuestran lo manifestado por Etxebarria et al., la respuesta de las madres ante la expresión emocional de los niños promueven el mayor desarrollo de estas emociones de acuerdo al género, como la tristeza en las niñas y la ira en los niños, lo cual hace más propensos a los niños a manifestar la ira, concordando con los datos obtenidos en el presente estudio, donde los niños tuvieron mayor prevalencia en ira, tanto en estado como en rasgo, y las niñas mayor control de este, posiblemente por los mismos estereotipos de género, lo cual abre más líneas de investigación para un futuro.

Referente a las correlaciones encontradas se concluye lo que diversos estudios han demostrado, la ansiedad puede estar relacionada con la ira (Castrillón & Borrero, 2005; (Zeman, Shipman, & Suveg, 2002), en este caso con la ira como rasgo, el cual es manejado como una tendencia a la ira, así mismo en los estudios de Zeman et al., también se observa que el presentar ansiedad es un factor para tener dificultad de afrontar y regular las emociones por lo que la relación entre la ansiedad y las estrategias que dificultan la relación emocional se valida en estos estudios. En cuanto a la ira como estado y como rasgo se relacionan entre sí, ya que la primera como experiencia temporal puede conllevar a la predisposición de experimentar ira (Oliva, Hernández, & Calleja, 2010). Así mismo la ira como estado influye en las estrategias de regulación emocional, tanto en facilitarlas cuando no está presente la ira, o dificultarlas cuando la ira sí esta manifiesta, al igual que la ira en rasgo dificulta dichas estrategias de regulación emocional.

En futuras investigaciones se tiene previsto hacer estudios experimentales y cuasi experimentales respecto a intervenciones en regulación emocional para poder intervenir y prevenir en la violencia, así mismo, es preciso conocer y realizar investigaciones con niños que hayan presenciado algún tipo de violencia.

2.5 Lista de referencias

- Anderson, C., Sakamoto, A., Gentile, D., Ihori, N., Shibuya, A., Yukawa, S., . . . Kobayashi, K. (2008). Longitudinal Effects of Violent Video Games on Aggression in Japan and the United States. *Pediatrics*, *122*(5), 1067-1072.
- Andrés, M., Canet, L., Castañeiras, C., & Richaud, M. (2016). Relaciones de la regulación emocional y la personalidad con la ansiedad y depresión en niños. *Avances en Psicología Latinoamericana*, *34*(1), 99-115.
- Andrés, M., Castañeiras, C., & Richaud, M. (2014). Relaciones entre la personalidad y el bienestar emocional en niños. El rol de la regulación emocional. *Cuadernos de Neuropsicología*, *8*(2), 217-241.
- Arenas, M., & Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, *3*(1), 20-29.
- Arias, N., & Ostrosky-Solís, F. (2008). Neuropsicología de la violencia y sus clasificaciones. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, *8*(1), 95-114.
- Ato, E. L., González, C., & Carranza, J. (2004). Aspectos evolutivos de la autorregulación emocional en la infancia. *Anales de psicología*, *20*(1), 69-79.
- Barrantes, M. (2006). Género, vejez y salud. *Acta bioethica*, *12*(2), 193-197.
- Barret, P. (1998). Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, *27*(4), 459-468.
- Bisquerra, R. (2011). *Educación Emocional. Propuestas para educadores y familias*. España: Desclée De Brouwer.
- Bohnert, A., Crnic, K., & Lim, K. (2003). Emotional Competence and Aggressive Behavior in School-Age Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *31*(1), 79-91.
- Carrasco, M., & González, M. J. (2006). Aspectos conceptuales de la agresión: Definición y modelos explicativos. *Acción Psicológica*, *4*(2), 7-38.
- Castrillón, D., & Borrero, P. (2005). Validación del inventario de ansiedad estado-rasgo (STAIC) en niños escolarizados entre los 8 y 15 años. *Acta Colombiana de Psicología*, *13*, 79-90.
- Chaux, E., Arboleda, J., & Rincón, C. (2012). Community Violence and Reactive and Proactive Aggression: The Mediating Role of Cognitive and Emotional Variables. *Revista Colombiana de Psicología*, *21*(2), 233-251.
- Chirino-Barceló, Y., & Álvarez, I. (2015). Consentimiento Informado. En J. Chuck, *Bioética en pediatría* (págs. 73-81). México, DF: Manual Moderno.
- Cid, P., Díaz, A., Pérez, M., Torruella, M., & Valderrama, M. (2008). Agresión y violencia en la escuela como factor de riesgo del aprendizaje escolar. *Ciencia y enfermería*, *14*(2), 21-30.
- Clark, D., & Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para los Trastornos de Ansiedad*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Cruvinel, M., & Boruchovitch, E. (2010). Regulação Emocional: A Construção De Um Instrumento E Resultados Iniciais. *Psicologia em Estudo*, 15(3), 537-545.
- Cruz-Morales, S. E., González-Reyes, M., Gómez-Romero, J., & Arriaga, P. (2003). Modelos de Ansiedad. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 29(1), 93-105.
- Cuevas, M., & Castro, L. (2009). Efectos Emocionales de la Exposición a Violencia en Niños y Adolescentes en Colombia. *Behavioral Psychology*, 17(2), 277-297.
- de la O, M., & Flores, A. (2012). Violencia, jóvenes y vulnerabilidad en la frontera noreste de México. *Saberes y Razones*, 11-28.
- Durán, J. (2011). Criterios que deben guiar las intervenciones en el fomento de la deportividad y la prevención de la violencia en el deporte escolar. *Vitoria-Gasteiz*, 19-32.
- Espín, J., Valladares, A., Abad, J., Presno, C., & Gener, N. (2008). La violencia, un problema de salud. *Trabajo de revisión*, 1-6.
- Esquivel, F. (2010). *Psicoterapia infantil con juego: Casos Clínicos*. México: Manual Moderno.
- Etxebarria, I., Apodaca, P., Eceiza, A., Fuentes, M., & Ortiz, M. (2003). Diferencias de género en emociones y en conducta social en la edad escolar. *Infancia y Aprendizaje*, 26(2), 147-161.
- Furtado, L., Gonçalves, S., de Oliveira, T., & Quintes, J. (2013). Violência Comunitária e Transtorno de Estresse Pós-Traumático em Crianças e Adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(3), 443-450.
- Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 493-507.
- González, M. T. (1993). Aproximación al concepto de ansiedad en psicología: su carácter complejo y multidimensional. *Aula. Revista de Enseñanza e Investigación Educativa*, 5, 9-21.
- Gross, J. (2014). *Handbook of Emotion Regulation*. Nueva York: The Guilford Press.
- Gutierrez, A., & Hernández, G. (2004). Tamaulipas, el reino de la violencia. *CISA Comunicacion e Informacion, S.A. de C.V*
- Hannesdottir, D., & Ollendick, T. (2007). The Role of Emotion Regulation in the Treatment of Child Anxiety Disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10, 275–293.
- Hervás, G., & Vázquez, C. (2006). La regulación afectiva: Modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 59(1-2), 9-36.
- Jadue, G. (2001). Algunos efectos de la ansiedad en el rendimiento escolar. *Estudios Pedagógicos*, 111-118.
- Kassinove, H., & Tafrate, R. (2005). *El manejo de la agresividad. Manual de tratamiento completo para profesionales*. California: Desclée De Brouwer.
- Krauskopof, D. (1999). El desarrollo psicológico en la adolescencia. *Adolescencia y salud*, 1(2), 23-31.

- Machado, P., Veríssimo, M., Torres, N., Peceguina, I., Santos, A., & Rolão, T. (2008). Relações entre o conhecimento das emoções, as competências académicas, as competências sociais e a aceitação entre pares. *Análise Psicológica*, 26(3), 463-478.
- Macklem, G. (2008). *Practitioner's Guide to Emotion Regulation in School-Aged Children*. Massachusetts, USA: Springer.
- Margolin, G., & Gordis, E. (2000). The Effects of Family and Community Violence on Children. *Annual Review of Psychology*, 51, 445-479.
- Marín, M., Robles, R., González-Forteza, C., & Andrade, P. (2012). Propiedades psicométricas de la escala "Dificultades en la Regulación Emocional" en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 35, 521-526.
- Martín, B. (2010). *Violencias (in) visibles: intervenciones feministas frente a la violencia patriarcal*. Barcelona: Icaria Editorial.
- Martínez, M. (2015). Estrategias De Regulación Emocional En Niños Escolarizados: Diferencias según género y edad.
- Moreno, J. M., Escobar, A. A., Vera, A. M., Beltrán, D. S., & Castañeda, I. M. (2009). Asociación entre ansiedad y rendimiento académico en un grupo de escolares. *Psicología: Avances de la disciplina*, 109-130.
- Oliva, F., Hernández, M. d., & Calleja, N. (2010). Validación de la versión mexicana del inventario de expresión de ira estado-rasgo (STAXI-2). *Acta Colombiana de Psicología*, 13(2), 107-117.
- Olweus, D. (1993). Acoso escolar, "bullying", en las escuelas: hechos e intervenciones. *Centro de investigación para la Promoción de la Salud*, 2.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 31 de 08 de 2018, de <http://www.who.int/topics/violence/es/>
- Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J. P., Carballo, J. L., & Piqueras, J. A. (2012). Anxiety disorders symptoms in children and adolescents: Differences by age and gender in a community sample. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(2), 115-120.
- Ortíz, E. (2014). Elaboración y Validación de una Escala de Estrategias de Regulación Emocional para Niños (EREn). *Tesis de Pregrado*, 1-102.
- Palomares, E., Campos, P., Ostrosky, F., Tirado, E., & Mendieta, D. (2010). Evaluación de funciones cognitivas: atención y memoria en pacientes con trastorno de pánico. *Salud Mental*, 33, 481-488.
- Papalia, D., Feldman, R., & Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano*. México, DF: Mc Graw Hill.
- Peña, A. Y., & Ramos, L. A. (2009). *Ansiedad Infantil: Presentación de un caso y su tratamiento*. Universidad Nacional Autónoma de México: Tesis de Licenciatura.
- Pérez, M. Á., & Redondo, M. M. (2008). Aproximaciones a la emoción de ira: de la conceptualización a la intervención psicológica. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 11(28).

- Ramírez-López, C., & Arcila-Rodríguez, W. (2013). Violencia, conflicto y agresividad en el escenario escolar. *Educación y Educadores*, 16(3), 411-429.
- Reynolds, C., & Richmond, B. (2012). *Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada CMASR-2*. México, D.F.: Manual Moderno.
- Reynoso, L., & Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual*. México, DF: Manual Moderno.
- Ribero-Marulanda, S., & Vargas, R. (2013). Análisis bibliométrico sobre el concepto de regulación emocional desde la aproximación cognitivo-conductual: una mirada desde las fuentes y los autores más representativos. *Psicología desde el Caribe*, 30(3), 495-595.
- Sánchez, M., Fernández-Berrocal, P., Montañés, J., & Latorre, J. (2008). ¿Es la inteligencia emocional una cuestión de género? Socialización de las competencias emocionales en hombres y mujeres y sus implicaciones. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 6(15), 455-474.
- Serrano, I. (2006). *Agresividad Infantil*. Piramide.
- Spielberger, C., del Barrio, V., & Aluja, A. (2009). *Inventario de expresión ira estado- rasgo en niños y adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.
- Spielberger, C., Jacobs, G., Russell, S., & Crane, R. (1983). Assessment of Anger: The State-Trait Anger Scale. *Advances in Personality Assessment*, 2, 161-186.
- Suveg, C., & Zeman, J. (2004). Emotion Regulation in Children With Anxiety Disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(4), 750-759.
- Tenorio, B., Jacobo, M., Vázquez, I., & Manzo, M. (2015). Efectos de la Violencia en la Subjetividad Infantil. En M. Murueta, & M. Orozco, *Psicología de la Violencia. Causas, Prevención y Afrontamiento Tomo I* (págs. 133-143). México, DF: Manual Moderno.
- Varma, V. (2012). *La violencia en niños y adolescentes. Guía para estudiantes, psiquiatras, psicólogos, orientadores y educadores*. México, DF: Trillas.
- Velásquez, M. T., & Guillén, N. (2007). Regulación emocional en nadadores en proceso de formación deportiva, categoría infantil. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 112-125.
- Zabala, A., & Manríquez, I. (2007). *Caracterización teórico-metodológica de las intervenciones grupales en mujeres víctimas de violencia en la pareja (Tesis Pregrado)*. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Zarate, A., & López-León, A. (2016). Estudio sobre la violencia en Tamaulipas: diagnóstico y acciones de respuesta. *Seminario sobre violencia y paz. Conferencia Mexicana sobre Violencia y Paz desde lo local*, (págs. 1-57).
- Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parrish, C., & Stegall, S. (2006). Emotion Regulation in Children and Adolescents. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27(2), 155-168. doi:10.1097/00004703-200604000-00014

Zeman, J., Shipman, K., & Suveg, C. (2002). Anger and sadness regulation: Predictions to internalizing and externalizing symptoms in children. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 31(3), 393-398.

Capítulo 3

Prevención de la violencia familiar y la promoción de la salud mental en la infancia: Crianza positiva

Andrómeda Ivette Valencia Ortiz⁵

José Ángel Castillo Martínez⁶

Rubén García Cruz⁷

Consuelo Azucena Santander Ramírez⁸

Resumen

En relación con el incremento de la violencia que se vive a nivel mundial y específicamente en nuestro país, se hace necesaria una mejor comprensión de los factores que desde el interior de la familia incrementan la vulnerabilidad a vivir en ambientes de riesgo para la salud mental. Debido a la relevancia que tiene la familia en el desarrollo de las habilidades y la interacción social, cumple con un papel fundamental en la construcción de recursos psicológicos para la regulación de las emociones y del comportamiento, que impacta directamente en la sociedad. El objetivo del presente trabajo fue realizar una revisión bibliográfica con fines integrativos sobre la descripción, clasificación y caracterización de la violencia familiar, así como su origen y consecuencias. De igual forma se aborda el papel que tiene la crianza positiva como herramienta para que los padres prevengan cualquier tipo de maltrato hacia sus hijos, con el objetivo de mejorar la interacción al interior de la familia, brindar recursos a los niños y niñas que se encuentran en desarrollo y de manera general potenciar la regulación emocional y la salud mental. A lo largo del capítulo se enfatiza a través de un sistema de conocimiento que el papel del estrés en la crianza y su estrecha relación con el maltrato infantil, así como las actitudes de los padres que pueden afectar el desarrollo socioemocional del infante. Se revisan también algunos de los principales componentes de las intervenciones sociales que favorecen cambios positivos en las estrategias de crianza que utilizan los padres y los beneficios que estas muestran en el hogar y también en ambientes escolares. Por lo que los beneficios del trabajo con los padres influye en otras áreas de la vida de

^{5, 6, 7} Instituto de Ciencias de la Salud-Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

⁸ Servicios Psicológicos Integrales de México, SEPIMEX.

los menores. A modo de conclusión se muestran los principales componentes de la parentalidad positiva y sus beneficios en la salud mental y la dinámica familiar.

Palabras clave: violencia, familia, maltrato infantil, prevención y salud mental infantil.

3.1 Introducción

Es indudable que la violencia se ha incrementado en nuestra sociedad a lo largo de los años al punto en que está presente en nuestra vida cotidiana (revistas, programas, películas, música, videojuegos, noticias, etcétera) y por supuesto en las interacciones personales en todos los ambientes (familiar, escolar, laboral, institucional). Las conductas violentas han sido explicadas por diversos modelos teóricos; entre ellos la teoría del aprendizaje social, la cual postula que las personas que llevan a cabo conductas agresivas, tienen en su ambiente modelos inadecuados a través de los cuales han observado, imitado y por lo tanto replicado estas conductas. En este sentido, la violencia que se vive y se expresa en las familias y en las escuelas, parece tan solo el reflejo de nuestro entorno (Ballesteros & Pedreira, 2004; Heise, 2018; Mendoza, Pedroza, & Martínez, 2014).

La violencia familiar o intrafamiliar hace referencia a las conductas u omisiones que son ejercidas por algún integrante de la familia, que alteran o perjudican el derecho al bienestar del otro y que normalmente se realizan al interior del hogar (Consejo de Europa, 1986; Martínez, 2001). De acuerdo con González (2014), existen algunas características dentro de las familias que pueden facilitar que se desarrolle la violencia familiar, dentro de las cuales destaca cuatro aspectos. El primero de ellos es la existencia de lazos demasiado fuertes entre los integrantes, en donde existen relaciones simbióticas y dependientes entre los miembros. La segunda, la diferencia de poder, en donde no existe un equilibrio entre los integrantes, en particular los padres. La tercera, los estereotipos de género, pues en muchas culturas la violencia puede ser “aceptada” hacia ciertas figuras o género como en el caso de las mujeres; y finalmente la transmisión de la violencia a través de generaciones anteriores, es decir “heredar” la violencia de abuelos.

En este sentido, algunos estudios enfatizan que las consecuencias de la violencia hacia los niños tienden a repetirse cuando ellos crecen ya que replican esas conductas en sus hijos, por lo que la violencia pasa de generación en generación (Amar & Berdugo, 2006). Otros estudios destacan el efecto de los patrones culturales que se establecen dentro de las familias como pautas que mantienen y alimentan la desigualdad, la violencia y el maltrato (que se incrementan por la desigualdad que genera la edad y el género), y que también es sistemática a lo largo del tiempo ya que fácilmente se ejerce de un miembro de la familia hacia cualquiera de sus integrantes, sean adultos mayores, mujeres, hombres, niños o niñas (Rodríguez, 2004). Sin duda,

los modelos de aprendizaje más significativos para los niños y adolescentes son sus padres y los pares, por lo que desde esta visión los hijos aprenden que la agresión es un método viable para solucionar sus problemas, con lo que aprenden a “justificar” el uso de la agresión y la consideran como el medio legítimo para resolver conflictos (Ballesteros & Pedreira, 2004).

Desde la teoría ecológica de Bronfenbrenner (1987 como se citó en Frías, López & Díaz, 2003) se ha intentado comprender este fenómeno, llegando a la conclusión de que la violencia y las conductas de agresión se construyen a partir de variables personales (incluso biológicas), y sociales que están en constante interacción en cuatro sistemas llamados microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema. Las investigaciones en donde se ha aplicado el modelo ecológico han puntualizado que la cultura, las instituciones, las creencias y las interacciones que generan una actitud favorable hacia la agresión son puntos clave como antecedente para la conducta delictiva en las personas, en particular los adolescentes.

Por lo tanto es necesario conocer las principales características de la violencia dentro de la familia, sus consecuencias en el desarrollo socioafectivo de los hijos y el papel que juega la crianza en la prevención de este tipo de maltrato.

3.2 Metodología

El objetivo del presente trabajo fue presentar una revisión bibliográfica (Pérez, Serrano, & López, 2012) realizada en ResearchGate, SciELO, Dialnet, Google Académico al ser buscadores que cuentan con publicaciones científicas indexadas y arbitradas realizadas en México y América Latina. Las principales palabras clave fueron violencia familiar, maltrato infantil y crianza positiva. De las publicaciones seleccionadas producto de la primer búsqueda se revisaron aquellas que presentaban una descripción, clasificación o caracterización de la violencia familiar, su origen y consecuencias y quedaron descartadas aquellas que no contaban con resultados o marco teórico no estaban basados en evidencia. Con respecto a la crianza positiva se identificaron aquellas publicaciones que describían sus principales características y los beneficios para los infantes y familia.

Los resultados se muestran agrupados en ejes temáticos que faciliten al lector la comprensión de que es la violencia en la familia, sus tipos y características, estrés en la crianza y su relación con el maltrato infantil, para cerrar con el papel de la crianza positiva como elemento fundamental para la salud mental en la infancia.

3.3 Violencia, conflictos en la familia y maltrato infantil

Dentro de las manifestaciones más dañinas de la violencia y los conflictos en la familia, se encuentran el maltrato y el abandono de los niños. Cuando se habla de

maltrato infantil, es indispensable considerar que se hace referencia a un patrón de interacción, en el que un miembro o familiar de mayor rango (padre, tutor), produce daño físico y/o emocional, descuido o negligencia, sobre un miembro de menor jerarquía (hijos), de una manera intencionada y ejerciendo el poder que le da su status, mientras que el niño o adolescente se encuentra bajo su responsabilidad (Loredo, 1994 como se citó en Barcelata & Álvarez, 2005).

Vincent Fontana publicó en 1973 una obra llamada *En defensa del niño maltratado*, donde expone de forma clara y contundente la necesidad de actuar para cambiar la situación grave de vulnerabilidad que presentan miles de niños a causa de malas estrategias parentales o de la presencia de psicopatologías que enfermaban a la familia. En cada una de las subsecuentes ediciones de dicha obra, se podía leer una serie de casos y ejemplos de maltrato y crueldad a la que niños de diferentes edades y clases económicas estaban sometidos, destacando que en algunos casos estas condiciones eran resultado de generaciones de pobreza, ignorancia y de valores distorsionados, mientras que en otras familias es producto de la repetición cíclica de conductas patológicas independientemente de su condición social o económica (Fontana, 2003).

De acuerdo con Martínez (2001) la violencia dentro de la familia da pie a la presencia de maltrato infantil, el cual puede clasificarse según su tipo en maltrato físico, negligencia, abuso sexual, síndrome de Munchausen, y el maltrato psicológico (ver Figura 1).



Figura 1. Tipos de violencia que se pueden generar en el interior de la familia (Martínez, 2001)

• **Maltrato físico**

El maltrato físico ocurre cuando en la interacción cotidiana entre una persona adulta y un niño (menor de 18 años), existen conductas implicadas como golpes, zarandeos, lanzamiento de objetos, puñetazos, etcétera; empleados como medida disciplinaria o meramente como pautas de convivencia. Dichas conductas generalmente exceden los límites culturalmente aceptados o transgreden los derechos del niño; permitiendo establecer una predicción de que estos comportamientos del adulto generarán un daño al desarrollo potencial, físico e intelectual del menor, en cierto nivel de severidad (Aracena et. al., 2000; Clark, Clark & Adamec, 2007).

Algunos factores de riesgo para el maltrato físico, son un hogar monoparental (ya sea por abandono o divorcio), bajos niveles de ingreso y factores que incrementen el estrés familiar, por ejemplo: algún miembro con discapacidad o enfermedades médicas complejas en la familia; hijos no deseados, demandantes o hiperactivos; crianza autoritaria o expectativas poco realistas de sus hijos y padres que atraviesan situaciones difíciles como el desempleo, por citar un ejemplo (Perry, Mann, Palker & Ludy, 2002).

La consecuencia inmediata del maltrato físico es el dolor; sin embargo se reconocen también consecuencias a mediano y largo plazo, como: rasguños, heridas, cortes, quemaduras, fracturas y heridas internas, hasta lesiones graves, e incluso la muerte. Además de esto, cuando el maltrato físico se ejerce a edades muy tempranas, los niños pequeños están más expuestos a sufrir daños neurológicos a largo plazo incluyendo: letargia, temblores y vómitos, sordera o ceguera permanentes, parálisis y coma, hasta la muerte (Ibidem, 2002 citado en Azaola 2006).

En cuanto a los efectos psicológicos, varios estudios han mostrado que los niños que sufren maltrato físico presentan dificultades escolares y disminuye su desempeño académico, además muestran problemas de autocontrol y la valoración de su propia imagen tiende a ser negativa. Perry, Mann, Palker y Ludy (2002) refieren que los niños maltratados experimentan muchos conflictos no solo en casa, también en la escuela, con los pares (dificultades para establecer vínculos sociales y afectivos) y en la comunidad en general. Se ha demostrado además que estos niños tienen mayor riesgo que otros de generar adicciones al alcohol y otras sustancias; generan desconfianza, buscan ser complacientes de forma excesiva con figuras de autoridad o bien se vuelven desafiantes y tienden a resolver problemas interpersonales a través de la violencia.

• **Maltrato por descuido o negligencia**

La negligencia es la forma de maltrato más frecuente aunque suele ser el menos evidente y sobre el que menos se habla. Mesa y Moya (2011) lo describen como el

fracaso reiterado por parte de los padres, cuidadores o de las personas responsables del cuidado de un niño/a en la satisfacción de necesidades básicas, tanto físicas como emocionales y educativas. Pueden constituir negligencia física: abandonar al niño en casa o expulsarlo de la misma; la ausencia de supervisión; el fracaso en otorgar los cuidados necesarios a su salud; las condiciones de insalubridad severas en el hogar o de higiene personal en el niño; la alimentación/nutrición y no brindar la vestimenta adecuada.

La negligencia emocional puede ser observada por la desatención a las necesidades emocionales del niño; la violencia en el hogar; y permitir o propiciar el consumo de alcohol y otras drogas por el menor, llegando a otras esferas como en el caso de la negligencia educativa se muestra a través de ausencias constantes e inexplicables del niño a la escuela; la falta de interés por inscribirlo al colegio o incluso ignorar sus necesidades educativas y el cumplimiento de su derecho a la educación, lo que limita que adquiera y/o desarrolle habilidades básicas, abandone la escuela o presente comportamientos disruptivos con frecuencia.

Azaola (2006) a través de la revisión de algunos estudios longitudinales concluyó que la negligencia puede ocasionar afectaciones emocionales más severas y duraderas que el maltrato físico. Además comenta que los niños que han sido víctimas de negligencia o abandono, presentan mayores problemas de salud que los niños que han padecido maltratos físicos o abuso sexual. Y agrega que dentro de las observaciones más importantes se encuentra el hecho de que mientras los abusos físicos pueden estar dirigidos hacia un miembro de la familia, la negligencia, por su parte, suele afectar a todos.

Dentro de los factores de riesgo para el maltrato por descuido o negligencia, se encuentra indudablemente que la pobreza puede repercutir en la capacidad de los padres para satisfacer las necesidades físicas de sus hijos. No obstante, la pobreza por sí misma no es una razón suficiente que indique la negligencia de los padres, pues existe evidencia que indica que una gran cantidad de los niños que forman parte de familias en condición de pobreza no sufren negligencia (Ireland, 2002). Frecuentemente las condiciones deficientes de los niños mejoran con la existencia de programas que pueden brindar la ayuda que requieren.

Entre las consecuencias de la negligencia infantil se observa que en muchos casos suelen subestimarse los daños que provoca este tipo de maltrato en comparación con otros más visibles. Sin embargo Perry, Colwell y Schick (2002) indican que la negligencia desde etapas tempranas puede ocasionar daños severos, crónicos e irreversibles. Cuando existe negligencia, el desarrollo se ve perturbado y a menos que se busque remediar, estas deficiencias se acumulan y continúan influenciando de forma negativa el desarrollo subsecuente del niño; dando como

resultado una cadena de problemas, que son más severos si la negligencia se presentó cuando el cerebro del niño es aún inmaduro y debe desarrollarse más rápidamente. Los resultados específicos dependen de la duración, el momento y la naturaleza de la negligencia, así como de la duración de las medidas correctivas que se adopten.

• **Abuso sexual**

El abuso sexual ocurre cuando un adulto, ya sea el padre, cuidador o responsable del niño/a niño busca una gratificación o estímulo sexual a través del menor. El abuso sexual puede comprender un extenso rango de comportamientos que pueden incluir o no contactos de naturaleza sexual. De acuerdo con Ireland (2002) los actos que no involucran dicho contacto, pueden ser: algunos comentarios de índole sexual; el exhibicionismo y la masturbación; el voyeurismo y la exposición a material pornográfico. Los actos de contacto directo por su parte, incluyen: el contacto sexual, tocamientos, la penetración digital o con objetos y el intercambio de conductas sexuadas.

Los abusos sexuales ocurren primeramente dentro de la familia, sin importar el grupo étnico al que pertenece o la clase social (Clark, Clark & Adamec, 2007; González, 2014). La mayoría de las definiciones de abuso sexual infantil establecen dos criterios principales para identificar el abuso: 1) la coerción, a través de la cual el agresor utiliza su situación de poder para interactuar sexualmente con el menor; y 2) la diferencia de edad, ya que el agresor suele ser significativamente mayor que la víctima, aunque no necesariamente mayor de edad.

La diferencia en la edad generalmente determina otras diferencias, por ejemplo: la diferencia anatómica; discrepancias en el desarrollo y deseo sexual (que se define y fortalece hasta la adolescencia); las diferencias en el significado que se atribuye al intercambio de afectos (en los niños existe una menor connotación sexual); las diferencias en el desarrollo de las habilidades sociales y las experiencias sexuales. Por todo lo anterior y teniendo como factor principal la diferencia de edades, en muchos casos bastante significativa, no se puede garantizar la verdadera libertad de decisión, lo que nos lleva al factor de coerción, cuya presencia estará implícita en esta clase de abuso (Horno & Santos, 2001).

Es importante considerar que el componente sexual de esta forma de maltrato hace que coexistan aspectos sumamente difíciles, como la detección, la revelación e incluso la persecución de esta situación como un tipo de delito. De la misma forma podemos considerar que su dificultad radica en que se trata de aspectos íntimos de las personas que prefieren mantener en privado. Además Horno y Santos (2001) hablan de un conjunto de falsas creencias que subsisten en torno a los abusos sexuales, a pesar de que hoy en día podemos observar lo contrario;

algunos ejemplos de estas creencias son: a) que sólo las niñas son vulnerables a sufrir abuso sexual; b) que hoy en día la incidencia de estos casos es mayor; c) que quienes cometen abuso sexual son enfermos psiquiátricos; d) que no se presentan casos en todos los niveles sociales; e) que los niños pueden mentir, exagerar o no decir la verdad; f) que los agresores son casi siempre desconocidos; g) que los efectos del abuso sexual son insuperables y, h) que son poco frecuentes.

Se han identificado algunos factores de riesgo asociados con el abuso sexual infantil, entre los cuales se encuentran: que los padres, cuidadores o familiares que ejercen el abuso tengan alguna discapacidad psíquica grave; sean consumidores de alcohol y/o drogas; historia previa de abusos; deficiencias en el vínculo emocional generado hacia el niño/a; falta de redes de apoyo psicosocial; aislamiento de la familia extensa; familias fragmentadas o disfuncionales; desempleo o pobreza y la ignorancia de los derechos del niño como persona (Horno & Santos, 2001).

Dentro de las consecuencias del abuso sexual infantil, Domínguez, Nelke y Perry, (2002, citados en Azaola 2006) señalan la existencia de un gran número de efectos que alteran el funcionamiento del niño/a. El efecto más comúnmente experimentado a corto plazo es el síndrome de estrés postraumático; cuyos síntomas característicos pueden dividirse en tres aspectos principales: 1) revivir el evento traumático; 2) negación del acontecimiento o de los hechos asociados a él y, 3) hiperactividad psicológica (inquietud, ansiedad, irritabilidad, etcétera). Si el abuso no es enfrentado adecuadamente, podrá sobrevenir dicho síndrome, que al no ser tratado puede desembocar en un problema crónico, comprometiendo severamente el bienestar del menor.

• **Síndrome de Munchausen (maltrato por poder)**

El síndrome de Munchausen también se conoce como “maltrato por poder”, y por lo general es ejercido por las madres, quien ejerce el maltrato de forma indirecta a través de un tercero, que por lo general es alguien del equipo médico. El maltratador simula y reporta sintomatología, señales o signos falsos o provocados, dando como resultado la necesidad de hospitalizar al menor o bien de exponerlo a evaluaciones, procedimientos médicos invasivos o tratamientos innecesarios, que pueden incluso poner en peligro la integridad, bienestar o la vida del niño (Martínez, 2001).

Es un tipo de maltrato muy elaborado que puede pasar desapercibido por un tiempo, se ha observado que muestra comorbilidad con trastornos psiquiátricos en los padres (principalmente en la madre) y debe sospecharse de su presencia cuando no se puede explicar el cuadro clínico del menor a pesar de los estudios y observaciones realizadas, ya que los maltratadores tienden a sabotear los procedimientos o resultados (Garrote et al., 2008).

Muchos de los expertos consideran al Síndrome de Munchausen como un maltrato intencional, pues si bien en muchos de los casos los síntomas que la madre crea en su hijo son ficticios, se ha observado también que en contadas ocasiones son capaces de provocar los síntomas o las enfermedades de forma real con la firme intención de recibir atención médica, para lo cual leen mucho información científica sobre las enfermedades o incluso pueden tener estudios en ello (Gomes, Germano, Kegler & Kother, 2014).

• **Maltrato psicológico infantil**

El maltrato psicológico o emocional, es descrito como el conjunto de conductas cuyo objetivo es atemorizar, humillar o rechazar a los niños y generalmente es llevado a cabo por algún familiar. Para ello es común que se recurra al uso de ofensas verbales como insultos, críticas y rechazo, aunque también se suele recurrir a la amenaza o chantaje en particular asociadas al abandono (Mesa & Moya, 2011).

El maltrato psicológico ocurre cuando los padres, cuidadores o tutores, por acción o desatención, generan en el niño alteraciones emocionales significativas o serios trastornos comportamentales, cognitivos, mentales o afectivos. En este tipo de maltrato es muy común que no exista evidencia de daño físico; basta con vivir en condiciones constantes de violencia en el ambiente familiar o experimentar abandono, rechazo o explotación. Ante cualquiera de estas circunstancias se considera que el niño ha estado expuesto a comportamientos que constituyen abuso o maltrato psicológico (Ireland, 2002). La mayoría de los expertos concuerdan en que el maltrato psicológico debe implicar un patrón de comportamiento destructivo por parte de un adulto, no un evento aislado.

Clark, Clark y Adamec (2007) proponen cinco categorías comportamentales que se pueden reconocer en personas que ejercen maltrato psicológico: rechazo, aislar a los otros, atemorizar, ignorar o menospreciar y corromper. Este tipo de abuso puede pasar desapercibido y a menudo puede confundirse con disturbios emocionales o psicológicos propios del niño. No obstante, cuando las perturbaciones de un niño no son debidas al maltrato psicológico, los padres pueden identificarlo como algo insano y generalmente buscar ayuda para que su hijo se recupere; en cambio, los padres que ejercen algún tipo de abuso o maltrato psicológico a menudo buscan minimizar el problema, restándole atención, incluso culpan a los niños del problema. Entre las consecuencias del maltrato psicológico encontramos afectaciones que pueden llegar a inhibir, coartar, limitar y, en casos graves, paralizar completamente el desarrollo de los niños. Aunado al sufrimiento constante que indudablemente producirá un efecto limitante en el desarrollo pleno del niño (Azaola, 2006).

3.4 Estrés en la crianza y su relación con el maltrato infantil

La familia, a través del tiempo, posee una serie de rasgos comportamentales determinados, que se van presentando de generación en generación; entre ellos podemos encontrar comportamientos negativos, antisociales, deficiencias en la resolución de conflictos desde el seno familiar, conflictos en las relaciones con figuras de autoridad y respeto mutuo. Estos rasgos configuran el desarrollo social de cada individuo; así como la susceptibilidad a estresores vitales. Entre los múltiples aspectos que determinan el comportamiento de los padres podemos encontrar: características demográficas familiares, el nivel educativo, estatus socioeconómico, la cultura, el contexto social del hogar familiar y estresores ambientales, entre otras cosas (Pedreira, 2004).

Sin embargo, las reacciones psicológicas y fisiológicas aversivas, debido a una incapacidad de los padres para adaptarse a la paternidad y su rol, genera en ellos estrés en la crianza (Deater, 2004 citado en Arimura 2008).

De acuerdo con Lahey y Loeber (1994 citado en Pedreira, 2004), entre algunos de los aspectos que funcionan como estresores en el funcionamiento familiar, se pueden identificar por ejemplo, la situación de desempleo de una o ambas figuras parentales, la presencia de conflictos en las relaciones familiares y/o violencia familiar, situaciones de divorcio o conflictos en la pareja. En conjunto dichas variables están relacionados con comportamientos antisociales en la niñez y etapas posteriores. De igual forma, los padres jóvenes, solteros y los que sufren de insatisfacción marital son más propensos a mostrar estrés en la crianza además de índices elevados de depresión en particular en las madres (Reyno & McGrath, 2006).

Abidin publicó en 1996 un manual en el que describen características de los padres, así como algunas variables contextuales (estresores de su vida cotidiana), que en conjunto conforman indicadores de estrés en la crianza, que pueden afectar la efectividad de los padres para reaccionar ante la conducta de sus hijos. Entre las características más relevantes de los padres se encuentra su propia percepción sobre sus competencias para ejercer la paternidad, su nivel de aislamiento social derivado de su rol de padre o madre, su nivel de depresión y la percepción que tienen sobre el apoyo de su pareja para la crianza de los hijos, de igual forma reporta que la percepción que tienen los padres sobre las características de sus hijos también genera estrés, en particular qué tan demandante es su hijo o bien si lo perciben más activo o diferente a otros niños de su misma edad.

Otros estudios muestran, que la crianza puede interferir en la intimidad dentro de la pareja, por lo que es importante evaluar los cambios ocurridos en la relación de pareja de los padres. Aunado a esto es relevante conocer los recursos con

los que cuentan los padres, en particular el apoyo social percibido. Cuando estas dos variables están presentes, los padres acostumbran a tener creencias erróneas sobre su competencia como padres, pues piensan no son aptos para ejercer su rol. Consideran las adversidades son excesivas a sus estrategias de afrontamiento, facilitando la aparición del estrés (Arimura, 2008).

Cuando los padres se aíslan, cuando existen problemas de pareja y cuando tienen problemas en sus relaciones sociales, tienden a incrementar sus niveles de estrés en la crianza, por lo que llevan a cabo conductas explosivas en el momento de intentar corregir a sus hijos (Wahler, 1980; Patterson, 1982, 1996; Farrington, 1995, citados en Ayala et al., 2002).

Destacando diversas actitudes que se pueden incluso superponer entre sí, generando múltiples combinaciones que afectan el desarrollo socioemocional e incluso físico del niño (como se muestra en la Figura 2).

» **Sobreprotección:** se presenta cuando los padres o cuidadores muestran un excesivo afecto y devoción, exagerando dentro de la familia los atributos o cualidades del menor, que al ser expuestas en otros entornos (como la escuela) se develan como características normales o incluso inferiores al promedio. También se observa que esta condición propicia relaciones de competencia entre los adultos para intentar mostrar quién de ellos tiene más afecto por el niño. El cuidador muestra emociones de culpa (por falta de tiempo, descuido o situaciones de su contexto personal) que intenta reponer a través del cuidado y atención excesiva, en otros casos la compensación viene de brindar recursos materiales al menor incluso si este no los necesita. Los efectos psicológicos de la desmedida sobreprotección pueden incluso afectar el funcionamiento del sistema inmunológico, aumentando la vulnerabilidad a enfermedades agudas y crónicas como el asma bronquial (Espina, 2014).

» **Permisividad:** Esta actitud de los adultos dificulta que puedan establecer límites, normas, actitudes y valores. En algunos casos se relaciona con carencias afectivas o económicas durante la infancia de los cuidadores, por lo que intentan dar todo lo que el niño demanda, sin identificar que afectan el desarrollo emocional del menor al no enseñarles a regular sus necesidades y emociones. Este contexto hace que el niño dependa de su cuidador para satisfacer sus demandas, por lo que se vuelven vulnerables cuando no cuentan con el apoyo del otro, además de tener poca tolerancia a la frustración y ser demandantes en todas las esferas. En la adolescencia estas actitudes aumentan el riesgo de consumo de alcohol y otras sustancias ya que los padres no marcan límites. Cuando los padres intentan establecer reglas pueden llegar a emplear la agresión sin éxito, por otra parte (Cano & Florez, 2013).

» **Exceso de ansiedad:** La ansiedad materna se asocia al desarrollo de problemas cognitivos y emocionales en los hijos (Pereira, Barros, Mendonça & Muris, 2014). De igual forma la sintomatología ansiosa aumenta la vulnerabilidad a que los niños desde edades tempranas tengan afectaciones en su salud, como dermatitis nerviosa, polihidrosis, cefaleas tensionales, gastritis, entre otros. En ambientes familiares con adultos ansiosos se aumenta el control y se limita la independencia y las actividades del niño por temor a que les suceda algo desagradable, como efecto secundario se disminuye el desarrollo de las habilidades sociales en los niños, ya que ellos tenderán a reaccionar con miedo, culpa, vergüenza e inseguridad (Messer & Beidel, 1994).

» **Rechazo:** los padres que se muestran emocionalmente distantes y no responden ante las necesidades de los niños (ya sea por las características de sus hijos, sus expectativas o su falta de habilidades para la crianza), generan sentimientos de abandono y aversión, afectando la autoestima de los menores y su autoeficacia. Las conductas de los padres se caracterizan por castigos excesivos, el uso del sarcasmo y la suspicacia, limitación en gastos ante las necesidades del niño, comparaciones con otros niños y con sus hermanos o simplemente ante la falta de atención. Estas condiciones se incrementan si los niños tienen capacidades cognitivas o físicas diferentes. Además de influir en las respuestas para la regulación del estrés, propiciando mayor riesgo físico y social (Repetti, Taylor, & Seeman, 2002).

» **Exceso de autoridad:** estas actitudes se presentan principalmente en padres con estilos de crianza autoritarios, que son poco flexibles o desconocen los procesos de desarrollo del niño, por lo que tienen expectativas diferentes a la capacidad o realidad de sus hijos. En algunos casos, estos padres presentan baja autoestima y percepciones inadecuadas de sí mismos, por lo que tienden a mostrarse autoritarios para no ser cuestionados o como una estrategia para mantener el control y generar sumisión en su familia (Alarcón, 2012).

» **Identificación:** Se presenta cuando los padres muestran un fuerte deseo de vivir a través de sus hijos, por lo que llegan a imponer sus motivos, intereses y necesidades sobre las de los demás, generando frustración, incompreensión e incomodidad ya que las actividades que se espera que hagan los niños no tienen como objetivo su bienestar si no la realización de los padres (Martínez, 2001).

» **Perfeccionismo:** Esta actitud está fuertemente ligada a los estilos cognitivos, que para algunos autores pueden verse reflejados en distorsiones cognitivas, donde el adulto cuidador piensa que las cosas deben hacerse de una manera específica para lograr el éxito, generando inflexibilidad, autoexigencias como padres y también para sus hijos, deseando que sobresalgan de una manera y menospreciando cualquier otra conducta, interés o reacción de sus hijos por no

considerarla suficientemente buena. Este estilo cognitivo se asocia con trastornos de ansiedad y depresión, ya que su sustento es la rumiación (Oros, 2012).

» **Exceso de Crítica:** Se caracteriza por juzgar de forma constante las acciones o características del niño, provocando malestar y humillación y un constante sentimiento de ineficacia, lo que resulta en cambios y alteraciones en el comportamiento del menor que puede reaccionar con timidez y baja autoestima o bien con conductas agresivas (Forward, 2013).

» **Inconsistencia:** Los padres que no pueden ponerse de acuerdo o bien cambian las reglas de la casa dependiendo de su estado de ánimo, de las personas presentes o del contexto, generan en sus hijos confusión y alteran la capacidad de los niños para tomar decisiones y poder prever las conductas que deben realizar en distintos contextos (Newman, Harrison, Dashiff, & Davies, 2008).



Figura 2. Actitudes de los padres que pueden afectar el desarrollo socioemocional de los niños (Elaboración propia).

A través de sus investigaciones Hill (1992 citado en Pedreira, 2004), identificó la existencia de un círculo vicioso dentro de la relación familia-adolescentes que explica la repetición frecuente de conductas disruptivas, el cual también ha sido utilizado para la generación de intervenciones encaminadas a disminuir dichas conductas. De acuerdo con el modelo explicativo del círculo vicioso, los padres critican y/o descalifican a sus hijos e hijas, donde es común que hagan uso de amenazas, castigos e insultos. Esto provoca una disminución en el autoestima de los adolescentes, por lo que les genera sentimientos de inadecuación e inseguridad, y en

un intento para reafirmar su identidad eligen llevar a cabo conductas oposicionistas, con lo que el ciclo se repite al facilitar que los padres continúen con las conductas de descalificación (Figura 3).



Figura 3. Círculo vicioso en la relación familiar.

Fuente: Adaptado de Hill (1992, citado en Pedreira, 2004), *El círculo vicioso*.

Gran parte de los niños que han sido víctimas de algún tipo de violencia, tienen una probabilidad alta de ser violentos en la adolescencia, en donde incluso llegan a exhibir conductas antisociales. Esto debido a que los factores protectores disminuyen mientras que los factores de riesgo aumentan (Ayala, Pedroza, Morales, Caso & Barragán, 2002). De acuerdo con reportes maternos, entre el 5% y el 13% de los preescolares presentan problemas de conducta de moderados a severos, y el porcentaje tiende a aumentar en familias de estrato socio-económico bajo (Reyno & McGrath, 2006). Algunas estadísticas hechas en México en el 2000 afirmaban que entre el 15% y el 30% de los adolescentes se ha visto involucrados en actividades delictivas (Frías, López & Díaz, 2003).

3.5 Crianza positiva: estrategia para la prevención del maltrato infantil

Es indudable que la violencia intrafamiliar y el maltrato a los hijos en cualquiera de sus expresiones deja secuelas dolorosas en los niños que exacerbaban los problemas de salud mental y que permanecen por generaciones. Por lo tanto, se requieren medidas urgentes para la prevención de este problema de salud pública y la crianza positiva puede ayudar a disminuir los daños que el maltrato genera.

Por lo tanto, una de las principales metas de los padres de familia es aplicar las pautas de disciplina que ayuden a sus hijos a conocer los límites y las reglas de convivencia dentro y fuera de la familia, con el reto de lograrlo sin afectar los lazos afectivos y relacionales existentes entre ellos (Gamboa & Sosa, 2015), estas acciones dan lugar a los estilos de crianza o estilos parentales. Para Baumrind (1966) se

distinguen tres tipos de estilos educativos parentales, que dependen del tipo, grado de control y estilo de interacción que los padres ejercen sobre sus hijos: 1) el estilo autoritario, 2) el permisivo y 3) el democrático.

Los estilos de crianza suelen evaluarse de acuerdo con la percepción que tienen los niños del comportamiento de sus padres ante diversas situaciones respecto a ellos (p.ej., su conducta, normas/disciplina familiar, socialización, pautas de educación, comunicación y afecto, entre otros). Estos comportamientos representan diversos patrones en la crianza, que son transmitidos de padres a hijos durante el proceso de crecimiento de estos, y pueden influir en su desarrollo y equilibrio psicológico (Valiente, Magaz, Chorot & Sandín, 2016).

En las últimas décadas se ha identificado que es prioritario que la conducta de los padres esté fundamentada en el interés superior del niño de acuerdo a lo establecido en la Asamblea General de las Naciones Unidas (1989), dando prioridad a promover la atención y el desarrollo de las capacidades de los menores, así como el ejercicio de la no violencia hacia ellos, con la posibilidad de dar reconocimiento y guía a los menores sin dejar de lado el establecer límites que permitan el pleno desarrollo de los niños y adolescentes (Rodrigo, Máiquez, & Martín, 2010).

Pedreira (2004) refiere que la paternidad y las relaciones familiares jugarán un papel fundamental en la configuración comportamental de los hijos desde etapas tempranas, al pasar por la adolescencia y hasta llegar a la edad adulta. Por lo que habla de tres conceptos en el proceso de enseñanza parental, que denomina “Las tres Ces” (coherencia, consistencia y continuidad). Estos aspectos no solo deben estar presentes, sino que además deben darse de forma sumatoria, fortaleciéndose mutuamente.

En primera instancia habla de la *Coherencia*, se describe como la muestra del respeto hacia los demás, ya sea del hijo a cualquiera de los padres, del padre/madre al hijo o entre los propios padres, sobre todo en presencia de los hijos. Se expresa como la ausencia de contradicciones entre lo que los padres enseñan a través de palabras (considerando el tono y el significado) y lo que muestran en los hechos (Pedreira, 2004).

La *Consistencia* está relacionada con la forma de transmitir la demanda en el cumplimiento de las normas. Para la consistencia es importante hacer un análisis en los aspectos cotidianos, considerando aspectos importantes como la confianza y la comunicación. De acuerdo con este aspecto, el no es no, aunque exista resistencia para intentar modificar ese criterio. En este sentido, la presencia de una rabieta o de otras figuras cercanas o importantes para el niño, como familiares extensos, no debe modificar un criterio pensado como adecuado en ese momento (Pedreira, 2004). Si alguno de estos factores genera la declinación del criterio, entonces se pierde el

valor consistente de la norma y abriendo una brecha que permita posteriormente la fractura no solo de ésta, sino de otras normas.

Finalmente *Continuidad*, cuya propuesta está ligada a la comprensión dinámica de las etapas del desarrollo, específicamente a la etapa evolutiva descrita por Piaget como de “las operaciones concretas”, la cual describe que el aprendizaje se desarrolla por la repetición ordenada de estímulos y situaciones. La continuidad se consigue evitando cambios bruscos de dirección en el proceso de enseñanza y orientación a cargo de los padres. Por lo tanto implica la consolidación de la coherencia y consistencia a través del tiempo (Pedreira, 2004).

Debido a los cambios en la sociedad actual, el ejercicio de la paternidad no se acota únicamente a la visión tradicional de la crianza donde los hijos se percibían como agentes pasivos, sin derechos y atados a vínculos que en algunos casos resultaban más bien patológicos. Los padres y madres ahora deben enfrentar nuevos retos y desafíos, entre los que destacan el establecer límites y valores en la era de la globalización y del internet, donde las pautas para socializar se encuentran en constante cambio ante la presencia de distintos tipos de crisis (social, económica, política, educativa) afectando directa e indirectamente la capacidad de los padres para establecer límites y marcar pautas de comportamiento o de regulación de emociones, considerando además los padres y madres son los principales facilitadores de la socialización de sus hijos (Rodrigo, Máiquez, Martín, & Rodríguez, 2015).

De acuerdo con Rodrigo, Máiquez y Martín (2010) se deben contar con algunos componentes que faciliten el trabajo de los padres en el proceso de la educación y crianza de sus hijos, que den soporte a un ambiente emocionalmente saludable y que además cuenten con la estructura necesaria para enfrentar las actividades cotidianas de una familia (ver Figura 4).

Independientemente de las estrategias a emplear, las revisiones sobre la eficacia de los programas de taller a padres indican como predictor de éxito que estos deben estar dirigidos principalmente al mejoramiento de la crianza de los padres basados en estrategias de crianza positiva y que la estructura de dichos programas se base en tratamientos multicomponente (Figura 4), en donde se les entrene con ayuda de *role-playing* y retroalimentación para que puedan observar y aprender a través de la práctica y modelos cómo implementar mejoras dentro de la crianza (Reyno & McGrath, 2006; DeRosier & Gilliom, 2007). A través del modelado se motiva e incentiva a los padres de tal forma que se perciben más autoeficaces en sus capacidades como “jefes de la familia” para sentirse seguros de poder ser un buen ejemplo a sus hijos. Además al mejorar la relación y comunicación con sus hijos son capaces de identificar los escenarios en donde sus hijos puedan explotar sus habilidades (DeRosier & Gilliom, 2007).

De la mano de estas investigaciones, en países desarrollados como Canadá y Estados Unidos se ha promovido la creación de programas dirigidos a mejorar la crianza en los padres. Ello se considera como una situación apremiante, razón por la cual se ha buscado incluir dichos programas dentro de leyes en salud pública, esto con el fin de poder tener un mayor alcance y de establecer una continuidad entre la promoción, prevención y el tratamiento (Sanders, 2010).

Componente	Beneficios
Vínculos afectivos calidos	Factor de protección ya que promueve la aceptación y sentimientos positivos.
Entorno estructurado	Facilita el aprendizaje de normas y valores. Se desarrolla con la presencia de hábitos y rutinas relacionados con actividades diarias. Brinda sensación de seguridad en los infantes por la presencia de rutinas predecibles y el establecimiento de límites.
Estimulación y apoyo	Facilita que los niños tengan alta motivación, lo que se ve reflejado en procesos de aprendizaje en el entorno familiar y educativo. Incluye de manera implícita el conocimiento sobre sus hijos y la importancia de compartir tiempo de calidad para brindar ese apoyo.
Reconocimiento	Refiere el escucharlos y valorarlos en sus experiencias, actividades y relaciones personales, en sus gustos e intereses y en sus preocupaciones y necesidades.
Capacitación	Permite aumentar la autoeficacia de los hijos al sentirse protagonistas, competentes y capaces.
Educación sin violencia	Descartar los castigos físicos o psicológicos: Evita que los hijos imiten conductas agresivas y facilita el fomento del elogio y la presencia de consecuencias naturales ante el mal comportamiento.

Tabla 1. *Principios de parentalidad Positiva adaptado de Rodrigo, Máiquez y Martín (2010), que pueden ser entrenados en Talleres a padres.*

De las revisiones e intervenciones sociales para el apoyo parental que han resultado eficaces (Sanders, 2010; Gross & Grady, 2002; Arimura, 2008), se han rescatado algunos aspectos importantes que deben considerarse para obtener cambios positivos dentro de la crianza:

- *Identificar problemas:* a pesar de que las estadísticas puntualicen cuales son los trastornos o problemas de conducta más comunes, es conveniente hacer un sondeo en la población donde se pretenda implementar programas de esta naturaleza, para conocer los problemas reales por los cuales se atraviesa en ese momento en particular.

- *Programas basados en evidencia:* es importante hacer una revisión constante de los ensayos experimentales para conocer las estrategias que han comprobado ser eficaces para la reducción de problemas de conducta y el mejoramiento de la crianza positiva.

- *Cultura:* todo programa debe estar adaptado a la cultura en donde se aplicará, esto por las creencias, tradiciones y costumbres dentro de la localidad. Este conocimiento debe plasmarse en el material que se use como apoyo (folletos, diapositivas, material didáctico entre otros).

- *Necesidades de los padres:* es necesario saber qué nivel de conocimientos tienen los padres y cuáles necesitan adquirir. Esto puede modular incluso el número de sesiones que necesiten los padres y los objetivos del programa.

- *Auto-aprendizaje en los padres:* aunque los padres desean recibir información, NO les gusta que les digan cómo educar a sus hijos. Debido a esto se debe permitir que los padres a través de su autoeficacia y auto-aprendizaje decida qué quieren aprender o qué necesitan aprender.

- *Opinión de los padres:* los resultados de muchos programas eficaces encuentran algo en común. El testimonio de los padres dentro de las sesiones es indispensable, con ello no solo pueden sentirse más en confianza sino que son más flexibles al aprendizaje al ver que ellos también son “expertos”. Pueden darse cuenta que no han hecho todo mal y mejorar su disposición al cambio.

Para poder contar con información confiable acerca de los puntos mencionados anteriormente, además de realizar una entrevista, de observar el comportamiento del menor y su entorno, de la elaboración de registros de conducta y de listas de cotejo, se recomienda la aplicación de instrumentos psicométricos. De los más empleados hasta el momento se encuentran el Índice de estrés en la crianza y la Escala de sucesos vitales y de reajuste social de Abidin y de Holmes y Rahe (1995, 1967, citados en Arimura, 2008). El primero de ellos permite conocer las características tanto del niño como de los padres susceptibles de generar estrés dentro de la crianza, mientras que el segundo brinda información acerca de los eventos de vida que han producido estrés con la posibilidad de ahondar en cómo las familias e individuos se han adaptado a tales circunstancias.

En una investigación realizada por Mendoza (2017), donde se analizó la relación entre los estilos de crianza y las conductas violentas en una muestra de 557

alumnos entre los 8 y los 16 años de edad, se encontró que los niños y adolescentes que eran agredidos en la escuela y que a su vez eran agresores, habían sido educados bajo un patrón ambivalente por parte de los padres, pues por un lado exhibían conductas de maltrato, así como de castigo psicológico y físico, aunque por otro lado también mostraban conductas sobreprotectoras hacia sus hijos. De forma contraria, los niños que exhibían conductas agresivas en un menor grado, habían sido educados por sus padres con un estilo de crianza positiva y tenían relaciones más afectivas con sus padres y hermanos. Varios son los estudios que evidencian el papel protector que tiene el autoestima como factor para prevenir la aparición de problemas de salud mental desde la infancia hasta la etapa adulta (Rodríguez & Caño, 2012, como se citó en Caso, Díaz & Caso, 2018).

Jordanova y Tozija (2018) realizaron un estudio en donde evaluaron la capacidad de resiliencia de 622 adolescentes, además de identificar las variables capaces de predecir mejores niveles de adaptación. Los resultados indicaron que los adolescentes más resilientes, tenían tres características en común, tenían mejor autoestima, habían mostrado conductas resilientes desde la infancia y sus padres mostraban buenos índices de resiliencia, lo que deja entrever que la capacidad de resiliencia es una capacidad individual pero con influencia ambiental.

Por lo tanto es importante conocer los factores de protección ante la aparición de problemas de conducta, siendo uno de los más importantes la autoestima en los adolescentes. Quienes cuentan con una buena autoestima tienen metas y anhelos de superarse, lo que permite que sean más tolerantes y que resuelvan de mejor forma las adversidades que se le presenten. Cuando una buena autoestima se lleva de la mano con una adecuada supervisión de los padres los factores protectores se potencian (Pedreira, 2004).

Teniendo en cuenta que la escuela es un ambiente de aprendizaje y socialización en donde los niños y adolescentes pueden aprender y llevar a cabo conductas violentas, es que muchos investigadores han hecho énfasis en la importancia de implementar programas de intervención en ambientes educativos. Cuenca y Mendoza (2017), señalan que el éxito de estos programas debe incluir estrategias como el moldeamiento, reforzamiento, coste de respuesta, manejo de contingencias, monitoreo de los maestros, asertividad y trabajo en equipo.

La evidencia de los programas parentales basados en psicología positiva implementados en las escuelas, afirman que su empleo, reduce la estigmatización hacia la violencia y facilita el acceso a los recursos. Además de que estos programas producen cambios en el comportamiento de los niños y adolescentes, se ha visto que promueven la comunicación y redes de apoyo dentro de las escuelas pues los padres a través de la plática y convivencia con otros padres, son capaces de conocer

aspectos importantes de la vida de sus hijos, tales como intereses, gustos, amistades y dificultades dentro de la escuela (Arimura, 2008).

Sabiendo que la violencia y los comportamientos agresivos son multicausales, es que muchos autores afirman que la eficacia de los programas de intervención tendrán un mayor impacto entre más actores se incluyan en el mismo. Morelato (2011) realizó una intervención basada en psicología positiva en donde utilizó como referencia el modelo ecológico de Bronfenbrenner y constató que las fortalezas de los niños tales como el autoestima, habilidades cognitivas, habilidades de solución de problemas y la creatividad aumentaban mientras que la agresividad disminuía al promover cambios en las 4 áreas que indica el modelo. Su propuesta incluía entre otras cosas generar vínculos entre la familia, mejorar los vínculos padres-escuela, niños-maestros, y la participación de líderes comunitarios, además de leyes de salud pública. Asimismo todo programa debe favorecer los modelos basados en integración a través de conductas prosociales. El incremento de conductas prosociales dentro del aula favorece que el rechazo entre pares sea menor, además de fortalecer el autoestima de los alumnos y disminuir sus comportamientos violentos (Cuenca & Mendoza, 2017).

3.6 Discusión y conclusiones

El incremento en los índices de violencia a nivel internacional y dentro de nuestro país son alarmantes. Tan solo el año pasado los reportes de asaltos, robo y violencia sexual incrementaron un 15%, lo cual genera un deterioro en nuestra sociedad. Sin embargo es importante resaltar que la violencia no solo ha escalado en nuestro entorno, sino también dentro de las familias. De acuerdo con un informe elaborado en México por The Institute for economics and peace (2018), la violencia intrafamiliar aumentó un 32% en los últimos 3 años.

Los tipos de violencia intrafamiliar son diversos, aunque el más común, de acuerdo con las investigaciones es el maltrato infantil, definido como un patrón de interacción, en donde algún miembro de la familia, produce algún daño emocional, físico o negligencia de forma intencionada (Loredo, 1994 como se citó en Barcelata & Álvarez, 2005).

Existen diversos modelos a través de los cuales se ha estudiado al problema, entre los que destacan el modelo ecológico de Bronfenbrenner y el modelo del aprendizaje social (Frías, López & Díaz, 2003; Ballesteros & Pedreira, 2004). Los hallazgos de las investigaciones resaltan a la violencia intrafamiliar y el maltrato infantil como un problema multicausal y dinámico generado desde casa y alimentado por nuestra sociedad.

Los resultados de diversos estudios han permitido identificar algunos factores de riesgo que facilitan la aparición del maltrato infantil, encontrando

como un factor en común niveles elevados de estrés dentro de las familias. En la gran mayoría de estas situaciones la dinámica familiar se ve afectada, generando problemas emocionales y conductuales en sus integrantes.

Las familias monoparentales, familias con dificultades económicas, la presencia de un trastorno psicológico en alguno de los integrantes y el desempleo son algunos de los factores de riesgo más comunes para el maltrato infantil (Perry et al., 2002).

Los estudios sobre el estrés en la crianza resaltan características propias de los padres que afectan el estado emocional y comportamental de los hijos. Dos son las características de los padres más comunes en familias con altos índices de estrés: la percepción negativa sobre la competencia de los padres para ejercer su rol y las expectativas que tienen sobre sus hijos, las cuales generalmente son sobreestimadas o demasiado pobres (Abidin, 1996).

La prevalencia de problemas emocionales y conductuales en los hijos, es mayor entre más estrés exista dentro de la crianza. Estas problemáticas son diversas y varían en cuanto a gravedad e intensidad, aunque en la mayoría de los estudios se observa que los hijos tienden a replicar la violencia que sufren en casa, es decir, si el menor sufre humillaciones o abandono dentro de su casa, es probable que haga lo mismo en sus relaciones interpersonales, lo que a largo plazo puede generar algún trastorno del desarrollo, o psicológico, siendo los más comunes, los trastornos de comunicación (reflejado por un bajo desempeño académico), ansiedad, depresión, trastornos de conducta disruptiva, negativista desafiante y déficit de atención con y sin hiperactividad (Azaola, 2006; Ayala et al., 2002).

Por lo anterior la mayoría de las intervenciones eficaces se han centrado en la crianza positiva, en donde se busca mejorar la percepción de competencia de los padres acerca de su rol, en mejorar la dinámica familiar a través de una educación centrada en valores, comunicación y un equilibrio entre el afecto y el establecimiento de límites en el hogar (Sanders, 2010; Gross & Grady, 2002; Arimura, 2008).

El análisis de la eficacia de las intervenciones basadas en crianza positiva sugiere que todo programa debe contemplar las siguientes variables para optimizar sus resultados: identificar la problemática presente en la población, adaptarlo a la cultura de la población, identificar las necesidades de las familias y promover el auto aprendizaje de tal forma que las metas son establecidas por los usuarios, la promoción de la resiliencia, el autoestima y la comunicación (Jordanova & Tozija, 2018; Sanders, 2010; Gross & Grady, 2002; Arimura, 2008; Morelato, 2011).

Tomando en cuenta que desde hace tiempo, la familia ha sido considerada como una de las instituciones imprescindibles para el bien de la sociedad. Es por ello que los expertos recomiendan ciertas habilidades con las que deben de contar los

padres para efectuar una crianza positiva. De acuerdo con Martínez (2008), es importante que los padres sean capaces de desarrollar habilidades de autocontrol emocional, donde sepan llevar a cabo estrategias de relajación, que cuenten con una buena autoestima y sean capaces de ser asertivos al momento de comunicarse con sus hijos. Además es importante que cuenten con buenas habilidades de negociación, así como establecer límites y reglas, para que puedan resolver conflictos de forma eficiente.

El hecho de que los padres se involucren de forma activa en la crianza de los hijos, puede convertirse en un factor protector que promueva una salud mental desde la infancia. Entre las características identificadas de los padres, se ha encontrado que los que cuentan con un buen nivel cultural, pueden fortalecer habilidades de aprendizaje en sus hijos pues contribuyen a transmitir los conocimientos a través de la plática y convivencia. De igual forma se ha visto que los hijos e hijas que se sienten más motivados y con más metas y logros hacia la escuela, son aquellos cuyos padres tienen expectativas altas sobre sus hijos (Caso, Díaz & Caso, 2018).

Asimismo se ha comprobado que los padres que promueven la unión familiar, aquellos que tienen buenas expectativas sobre sus hijos, los que fomentan un trabajo en equipo con la construcción de horarios y normas y además refuerzan comportamientos prosociales contribuyen de forma significativa a reducir el índice de conductas agresivas en sus hijos (Ayala et al., 2002; Cuenca & Mendoza, 2017).

La revisión elaborada en esta investigación ha permitido tener una visión más integral de la violencia intrafamiliar y el maltrato infantil, lo cual puede brindar a los psicólogos y profesionistas de la salud mental un panorama más amplio y claro sobre los factores de riesgo a considerar dentro de la evaluación, diagnóstico e intervención.

Ha permitido conocer algunas de las limitaciones a considerar para futuras investigaciones junto con una mejor comprensión sobre esta problemática en nuestro contexto. En muchas de las intervenciones revisadas, se encontró que la participación de ambos padres es escasa, por lo que se tendría que conocer los motivos por los cuales no se puede contar con su apoyo, ya que esto puede llegar a afectar el impacto de los resultados inmediatos y a largo plazo.

Asimismo se encontraron escasas investigaciones e intervenciones preventivas. Generalmente, el problema es identificado cuando los hijos manifiestan en la escuela o vecindario algún problema interpersonal o de conducta que evidencia la posible presencia de un trastorno, sin embargo hasta el momento no se ha contemplado el análisis geográfico de zonas con alto riesgo en donde el maltrato sería más común, como en lugares donde hay pobreza y escasez de recursos.

También sería importante analizar la evolución de esta problemática, por lo que sería relevante contar con estudios longitudinales sobre el análisis del problema, como de la eficacia a largo plazo de las intervenciones.

Finalmente aunque se han realizado estudios con familias monoparentales, son escasos los estudios en donde se han hecho análisis comparativos entre las familias monoparentales y con ambos padres, además de que también son pocos los estudios en donde se ha realizado un análisis en los nuevos sistemas de familia como los hijos adoptivos y familias con parejas homosexuales, lo cual podría limitar o sesgar los resultados.

3.7 Lista de referencias

- Abidin, R. (1996) *Parenting Stress Index: Manual*. Pediatric Psychology Press: Charlottesville.
- Alarcón, C. A. (2012). *Estilos parentales de socialización y ajuste psicosocial de los adolescentes: un análisis de las influencias contextuales en el proceso de socialización*. Tesis Doctorado. Universidad de Valencia.
- Amar, J., & Berdugo, M. (2006) Vínculos de apego en niños víctimas de la violencia intrafamiliar. *Psicología desde el Caribe*, 18, 1-22.
- Arimura, T. (2008). *Daily routines, parenting hassles, and social support: the role that early childhood services play in parents' and children's daily life* (Tesis de maestría). Universidad de Toronto, Canada.
- Asamblea General de las Naciones Unidas (1989) *Convención Sobre los Derechos del Niño*. Recuperado de <http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
- Ayala H., Pedraza, F., Morales S., Caso, A. & Barragán, N. (2002). Factores de riesgo, factores de protección y generalización del comportamiento agresivo en una muestra de niños en edad escolar. *Salud mental*, 25 (3), 27-40.
- Azaola, E. (2006). Maltrato, abuso y negligencia contra menores de edad. *Secretaría de Salud. Informe Nacional sobre Violencia y Salud. México, DF SSA*.
- Barcelata, B. E. & Álvarez Antillón, I. (2005). Patrones de interacción familiar de madres y padres generadores de violencia y maltrato infantil. *Acta colombiana de psicología*, 8 (1), 35-46.
- Ballesteros, A. C., & Prederira, M.J. (2004). Trastornos del comportamiento en la adolescencia: Evaluación, clínica, individual y familiar. *Monografías de psiquiatría*, 21-31.
- Cano, Á. M. T., & Flórez, I. A. (2013). Consumo de Alcohol en los Adolescentes de Chía y su Percepción del Consumo y de la Permisividad Parental frente al Uso de Sustancias. *Revista Colombiana de Psicología*, 22(1), 41-57.
- Caso, A. A., Díaz, K. M., & Caso, J. (2014). Factores familiares, autoestima, estrategias de estudio y orientación al logro académico en estudiantes de secundaria. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/325273105_Factores_familiares_autoestima_estrategias_de_estudio_y_orientacion_al_logro_academico_en_estudiantes_de_secundaria?enrichId=rgreq-80db883b7a1c6c6390f9ea7624ed830eXXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzMzMzEwNTtBUzo2MzM4NjY3ODQxMDg1NDhAMTUyODEzNzAyNjk2OQ%3D%3D&el=1_x_2&esc=publicationCoverPdf
- Clark, R. E., Clark, J. & Adamec, C. (2007). *The Encyclopedia of Child Abuse* (3rd Edition). New York: Facts On File, Inc.
- Consejo de Europa (1986). *Violencia en la familia*. Recomendación núm. R(85)4 adoptada por el Comité de Ministros el 26 de marzo de 1985. Estrasburgo.
- Cuenca, V. & Mendoza, B. (2017). Comportamiento prosocial y agresivo en niños: tratamiento conductual dirigido a padres y profesores. *Acta de Investigación Psicológica*, 7, 2691–2703

- DeRosier, M. & Gilliom, M. (2007). Effectiveness of a Parent Training Program for Improving Children's Social Behavior. *J Child Fam Stud*, 16, 660–670.
- Espina, M. E. C. (2014). La sobreprotección parental como factor asociado en el asma bronquial en niños. *Psicología y salud*, 16(1), 33-39.
- Forward, S. (2013). *Padres que odian*. Debolsillo.
- Frías, M., López, A. E. & Díaz, S. G. (2003). Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico. *Estudios de Psicología*, 8(1), 15-24.
- Fontana, V. (2003). *En defensa del niño maltratado* (2nda Edición). Editorial Pax México: México.
- Gamboa, M., & Sosa, M. (2015) El reto de ser padres: Vivir en familia. El Manual Moderno: México.
- Garrote, N., Indart, J., Puentes, A., Smith, M., del Bagge, P., & Pérez, M. (2008) Síndrome de Munchausen por poder y manifestaciones de supuesto evento de aparente amenaza a la vida. *Arch Argent Pediatr*, 106(1), 47-53.
- Gomes, T., Germano, M. E., Kegler, P. & Kother, M. M. (2014). Síndrome de Munchausen by proxy: definición, contextualización y factores psíquicos involucrados. *Revista de Psicología*, 32 (1), 1-18.
- González, L. (2014). *Violencia familiar. El niño como víctima* (Tesis de Maestría). Universidad de Cantabria, España.
- Gross, D. & Grady, J. (2002). Group-based parent training for preventing mental health disorders in children. *Issues in Mental Health Nursing*, 23, 367-383.
- Heise, L. (2018). Violence against women: the missing agenda. In *The health of women*. Routledge. pp. 171-196.
- Horno, G. P. & Santos, A. (2001). *Abuso Sexual Infantil: Manual de formación para profesionales*. Madrid: Save the Children.
- Ireland, T. O. (2002). Child Maltreatment. En D. Levinson (Ed.). *Encyclopedia Crime & Punishment, vol. 1* (185-191). United States of America: SAGE Publications.
- Jordanova, D., & Tozija, F. (2018). Are Resilient Factors Increasing the Risk for Childhood Psychological Victimization?. *Open Access Maced J Med Sci*, 6 (6).
- Martínez, C. (2001) *Salud Familiar*. Editorial Científico-Técnica: La Habana.
- Martínez, R. (14 de Febrero de 2008). Parentalidad positiva: Educación emocional y en valores desde el ámbito familiar. *Red Latinoamericana de Convivencia escolar*. Ponencia en la Jornada sobre Familia, escuela y sociedad.
- Mendoza, B., Pedroza, F., & Martínez, K. (2014). Prácticas de Crianza Positiva: Entrenamiento a padres para reducir Bullying. *Acta de Investigación Psicológica*, 4(3), 1794-1809.
- Mendoza, G. B. (2017) Prácticas de crianza y acoso escolar: descripción en alumnado de educación básica. *Innovación educativa*, 17 (34), 125-142.
- Mesa, P. & Moya, L. (2011). Neurobiología del maltrato infantil: “el ciclo de la violencia”. *Rev Neurol*, 52 (8), 489-503.

- Messer, S. C. y Beidel, D. C. (1994). Psychosocial correlates of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 975-983.
- Morelato, G. (2011). Resiliencia en el maltrato infantil: aportes para la comprensión de factores desde un modelo ecológico. *Revista de Psicología*, 29 (2), 1-22.
- Newman, K., Harrison, L., Dashiff, C., & Davies, S. (2008). Relaciones entre los tipos de padres y comportamientos de riesgo en la salud del adolescente: una revisión bibliográfica integrada. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 16(1), 142-150.
- Oros, L. B. (2005). Implicaciones del perfeccionismo infantil sobre el bienestar psicológico: orientaciones para el diagnóstico y la práctica clínica. *Anales de Psicología*, 21(2).
- Pérez, M. , Serrano, A., & López, C. (2012). *El análisis Bibliométrico como herramienta para la contextualización de un campo de investigación*. Universidad de Cantabria
- Pereira, A. I., Barros, L., Mendonça, D. y Muris, P. (2014). The relationships among parental anxiety, parenting and children's anxiety: The mediating effects of children's cognitive vulnerabilities. *Journal of Child and Family Studies*, 23(2), 399- 409.
- Perry, B. D. Mann, D., Corell, A. P. & Ludy, C. (2002). Child Physical Abuse. En D. Levinson (Ed.). *Encyclopedia of Crime and Punishment, vol. 1* (197-201). United States of America: SAGE Publications.
- Predeira, M. J. (2004). Agresión y comportamiento en la adolescencia. *Monografías de Psiquiatría*, 1-20.
- Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological bulletin*, 128(2), 330.
- Reyno, S. & McGrath, P. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems -a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47 (1), 99-111.
- Rodríguez, A. (2004) *Redes para la democracia familiar*. Alcaldía Mayor de Bogotá.
- Rodrigo, M.J., Máiquez, M.L., & Martín, J. (2010). *Parentalidad positiva y políticas locales de apoyo a las familias. Orientaciones para favorecer el ejercicio de las responsabilidades parentales desde las corporaciones locales*. Madrid: FEMP.
- Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., Martín, J. C., Byrne, S., & Rodríguez, B. (2015). *La parentalidad positiva desde la prevención y la promoción. Manual práctico de parentalidad positiva*. Madrid: Síntesis.
- Sanders, M. (2010). *Adopting a Public Health Approach to the Delivery of Evidence-Based Parenting Interventions*. *Canadian Psychology*, 51 (1) 17-23.
- The Institute for economics and peace, (2018, 10 de Septiembre). Índice de paz México. Recuperado de: <http://indexdepazmexico.org/>
- Valiente, R., Magaz, A., Chorot, P. & Sandin, B. (2016). Estructura factorial del cuestionario de percepción de estilos de crianza CRPBI-Abreviado. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3 (2), 69-78.

Capítulo 4

Factores psicosociales de adolescentes que han sufrido violencia interpersonal en Tamaulipas

José Luis Ybarra Sagarduy⁹
Luz Adriana Orozco Ramírez¹⁰
Daniela Romero Reyes¹¹

Resumen

México se encuentra entre los países del mundo donde más se ejerce violencia contra los adolescentes lo que puede dañar severamente su desarrollo psicológico, emocional o cognitivo ya que la violencia es un factor de riesgo de desórdenes como trastornos de hiperactividad, impulsividad, irritabilidad, estrés postraumático y depresión. La OMS establece una clasificación de la violencia y define la violencia interpersonal como el uso deliberado de la fuerza física o el poder contra otra persona, incluyendo la amenaza. La prevención de la violencia interpersonal en estas edades se torna en un asunto prioritario en el diseño de las políticas públicas. El presente estudio tiene como objetivo identificar el porcentaje de adolescentes que sufren violencia interpersonal (amenazas y/o ser asaltados) en un estado del noreste de México y analizar aquellas variables psicosociales, tanto recursos personales como recursos interpersonales, que puedan ser predictores de padecer este tipo de violencia. Se llevó a cabo un estudio ex post facto de tipo retrospectivo, con un solo grupo y medidas múltiples en el que participaron 2008 adolescentes de un estado del noreste de México. Se aplicó a esta muestra una batería de instrumentos conformada por una Lista de conductas y factores de riesgo, la Escala de Afectividad (PANAS) y diversas escalas que median afrontamiento, autoeficacia, locus de control, autoconcepto, sentido del humor habilidades sociales, conducta prosocial y apoyo percibido de la familia, del grupo de pares y de otros significativos. Los resultados muestran que un 16% de los participantes sufrieron violencia interpersonal en el último año y los adolescentes con más riesgo para ser víctimas son aquellos adolescentes varones que no se perciben capaces de emprender actividades y proyectos, que buscan regular las consecuencias emocionales aversivas derivadas

^{9, 10, 11} Universidad Autónoma de Tamaulipas.

de la presencia de alguna situación estresante y que perciben falta de apoyo de la familia y de otras personas significativas. Estos resultados pueden ser útiles para el diseño de programas de prevención de la violencia interpersonal en adolescentes.

Palabras clave: adolescencia, violencia interpersonal, afrontamiento, autoeficacia, apoyo familiar

4.1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es la etapa comprendida entre los 10 y los 19 años. Para fines operativos ha sido caracterizada en dos grupos: adolescencia temprana de 10 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años (Rodríguez, 2003). La etapa de la adolescencia se caracteriza por cambios drásticos y rápidos en el desarrollo físico, mental, emocional y social, que provocan ambivalencias y contradicciones en el proceso de búsqueda del equilibrio consigo mismo y con la sociedad a la que el adolescente desea incorporarse. Por ello, la adolescencia es una etapa de la vida muy abierta a las influencias de los modelos sociales y de los entornos de vida que frecuentan. La adolescencia es una etapa decisiva en la adquisición de los estilos de vida, ya que se consolidan algunas tendencias comportamentales adquiridas en la infancia y se incorporan otras nuevas provenientes de dichos entornos de influencia (Rodrigo et al., 2004).

México en la actualidad ocupa los primeros lugares a nivel mundial en cuanto a violencia ejercida contra adolescentes (Red por los Derechos de la Infancia en México, 2010). Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012¹², muestran que durante los últimos 12 meses previos a la entrevista, 3.9% de los adolescentes entre 10 y 19 años de edad sufrió algún robo, agresión o violencia, y se muestra mayor frecuencia en hombres (4.4%) que en mujeres (3.4%), porcentajes que superan lo reportado en la ENSANUT del 2006 (hombres 3.3% y mujeres 1.3%) (INSP, 2012). De acuerdo con el tipo de agresión y

¹² Se ha realizado una Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino (ENSANUT MC) en el 2016 ante el acelerado incremento en el número de niños, adolescentes y adultos, tanto mujeres como hombres, con sobrepeso y obesidad, y de la aparición de enfermedades relacionadas con la nutrición, como diabetes, anemia e hipertensión. Esta encuesta se centró en obtener información sobre el estado de salud y nutrición, como consumo de alimentos y bebidas, comprensión del etiquetado de alimentos, enfermedades de larga duración, actividad física, vacunación, servicios de salud y programas sociales de ayuda alimentaria a los que se tiene acceso. Sin embargo, no se realizaron preguntas sobre posibles eventos de violencia sufridos como se había hecho en la encuesta de 2012. Por otra parte, en el desarrollo de este capítulo aún se estaban obteniendo los datos de la ENSANUT 2018.

el sexo de las víctimas, sobresale que 66.6% de los hombres sufrió golpes, patadas y puñetazos, mientras que 36.4% de las mujeres sufrió agresión de esta misma forma. En segundo término aparecen las agresiones verbales tanto en hombres como en mujeres con 33.0 y 36.8%, respectivamente. Por otra parte, 10.3% de las mujeres sufre de agresión sexual a diferencia de los hombres, donde no se reportó ningún caso. Con respecto al lugar donde ocurrió la agresión, 46.0% de las agresiones ocurrieron en la vía pública, seguido por la escuela y el hogar con 29.8 y 11.3%, respectivamente. Los resultados señalan que las mujeres fueron agredidas o violentadas con mayor frecuencia en su hogar que los hombres, pues 18.6% de ellas así lo declaró. En el caso de los hombres, 54.0% sufre mayor violencia en la vía pública (INSP, 2012).

En promedio 3 niños, niñas y adolescentes fueron asesinados diariamente entre 2011 y 2016 en México, de los cuales 8 de cada 10 fueron niños y adolescentes varones. Los homicidios de adolescentes entre los 15 y 17 años se incrementaron un 3.8% de 2014 a 2016 (INEGI, 2016b). En 2014, del 83% de las víctimas entre 12 y 17 años, el victimario fue una persona conocida (integrantes del hogar, pareja, compañeros de escuela, trabajo, familiares, amigos cercanos o conocidos de vista) (INEGI, 2016a). Además, según estimaciones con base en el Registro Nacional de Personas Extraviadas o Desaparecidas en noviembre de 2017, alrededor del 18% de las personas desaparecidas en México tienen entre 1 y 17 años y de estos un 80% son adolescentes entre 12 y 17 años, de los cuales 6 de cada 10 casos corresponden a niñas y mujeres adolescentes (UNICEF, 2017).

Como se indica en el documento “La violencia juvenil en México. Reporte de la situación, el marco legal y los programas gubernamentales” (Banco Mundial, 2012) hay un acuerdo implícito entre expertos en utilizar la definición de violencia de la OMS y aplicarlo al ámbito de los adolescentes: consistiría en el involucramiento de adolescentes (entre 10 a 19 años), como víctimas o agresores, en el uso intencional de la fuerza física o el poder, como amenaza o acción efectiva, contra sí mismo, contra otra persona o en contra de un grupo o comunidad, ya sea que produzca o tenga una alta probabilidad de producir una lesión (daño), la muerte, daño psicológico, mal desarrollo o la privación de la(s) persona(s) agredida(s) (OMS, 2002).

La OMS a su vez propone una clasificación de la violencia en la que hay cuatro categorías generales (OMS, 2002), según las características de los que cometen el acto de violencia: la violencia autoinfligida, la violencia interpersonal, violencia comunitaria y la violencia colectiva. Esta categorización inicial distingue entre la violencia que una persona se inflige a sí misma, la violencia impuesta por otro individuo o un número pequeño de individuos y la violencia infligida por

grupos más grandes, como el Estado, contingentes políticos organizados, tropas irregulares y organizaciones terroristas. En la presente investigación se tratará la violencia interpersonal.

La violencia interpersonal se divide en dos subcategorías: violencia familiar o de pareja, esto es, la violencia que se produce sobre todo entre los miembros de la familia o de la pareja, y que por lo general, aunque no siempre, sucede en el hogar; violencia comunitaria que es la que se produce entre personas que no guardan parentesco y que pueden conocerse o no, y sucede por lo general fuera del hogar. La violencia colectiva se refiere al uso de la violencia entre dos bandos contrarios con una finalidad social, económica o política. En el primer grupo se incluyen formas de violencia, como el maltrato de los menores o la violencia contra la pareja. El segundo abarca la violencia juvenil, los actos fortuitos de violencia, la violación o ataque sexual por parte de extraños y la violencia en establecimientos como las escuelas y el tercer grupo incluye conflictos armados, terrorismo, crimen organizado (OMS, 2002).

Los actos de violencia pueden ser de índole física, sexual o psicológica y se hace muy difícil conocer la verdadera magnitud de la violencia contra los adolescentes en México, puesto que la mayoría de estos hechos ocurren en secreto y no se denuncian (UNICEF, 2011). Además de soportar la violencia de los adultos, en la adolescencia hay muchas más probabilidades de padecer la violencia de los propios pares que en otras etapas de la vida. Los episodios de violencia física llegan a su máximo nivel durante la segunda década de vida, y algunos adolescentes recurren a ella para obtener el respeto de los demás jóvenes o para afirmar su independencia. La mayoría de estos abusos tienden a dirigirse hacia otros adolescentes (UNICEF, 2011).

Los factores de riesgo de la violencia interpersonal contra adolescentes provienen principalmente del entorno social y familiar, ya que constituyen los lugares donde los adolescentes adquieren los patrones de comportamiento (OMS, 2002). Entre los factores de riesgo que reporta la bibliografía respecto al entorno social, destacan la pobreza, desempleo y marginación. En el caso de los factores asociados con el ámbito familiar destacan algunos hogares monoparentales, hogares con cohabitantes, familias grandes, uso y abuso de alcohol, mujeres que han sido anteriormente violentadas, padres jóvenes, rezago educativo, falta de supervisión, enfermedades mentales, funcionamiento familiar tóxico, depresión, victimización en el hogar, entre otros (Abad, 2006; Daigle, 2013; Farrington, 2007; Garbarino & Bradshaw, 2003; Guerrero, 2008).

La violencia durante la infancia y adolescencia puede dañar severamente el desarrollo psicológico, emocional o cognitivo ya que es un factor de riesgo de

desórdenes como trastornos de hiperactividad, impulsividad, irritabilidad, estrés postraumático y depresión así como un factor que puede llevar a un pobre funcionamiento cognitivo y manejo de emociones y limitación en habilidades de interacción personal (Cuevas, Finkelhor, Shattuck, Turner, & Hamby, 2013; Daigle, 2013). También, se ha encontrado que los menores víctimas de violencia tienden a desconfiar más; aprenden que la violencia es un medio eficaz para obtener lo que desean; internalizan una baja autoestima y adoptan actitudes defensivas (UNICEF, 2014). Por lo tanto, la prevención de la violencia durante la infancia y adolescencia en México es un asunto prioritario (INEGI, 2016a). Como indican Valdez, Hidalgo, Mojarro, Rivera, y Ramos (2013), la violencia interpersonal en la adolescencia se debe prevenir tanto para cuidar la salud y calidad de vida durante la adolescencia y la vida adulta como para prevenir la tendencia hacia la perpetuación de las relaciones violentas en el futuro. Dicha prevención debe buscar incidir en etapas tempranas, así como lograr disminuir la frecuencia y prevenir las consecuencias más graves, con participación de múltiples sectores de gobierno, así como de la sociedad civil organizada y el desarrollo de programas o intervenciones integrales.

Aunque en México se cuentan con estadísticas sobre los adolescentes que son víctimas de violencia interpersonal, son muy escasos los estudios sobre posibles factores de riesgo de violencia interpersonal que sufren los adolescentes y que puedan ser útiles al diseñar programas de prevención. El propósito del presente estudio es identificar el porcentaje de adolescentes que sufren violencia interpersonal en un estado del noreste de México, específicamente, recibir amenazas y/o ser asaltados por otros y analizar aquellas variables psicosociales, tanto recursos personales (afectividad, autoeficacia, afrontamiento, locus de control, autoconcepto, sentido del humor, habilidades sociales, conducta prosocial), como recursos sociales (apoyo percibido de la familia, del grupo de pares y de otros significativos) que puedan ser predictores de que adolescentes sean víctimas de este tipo de violencia interpersonal (amenazas y/o ser asaltados).

4.2 Metodología

4.2.1 Diseño de la investigación

La presente investigación es un estudio empírico con metodología cuantitativa; concretamente, se trata de un estudio *ex post facto* de tipo retrospectivo, con un solo grupo y medidas múltiples (Montero y León, 2007).

4.2.2 Participantes

La población del estudio está conformada por adolescentes del estado de Tamaulipas, en el noreste de México, con edades comprendidas entre los 10 y 19

años. Se seleccionaron alumnos de educación media y media superior de las doce jurisdicciones sanitarias en las que se divide el estado de manera probabilística obteniéndose una muestra final de 2008 adolescentes.

	%	Media	D.T.
Género			
Hombres	47.4		
Mujeres	52.6		
Edad		15.04	1.75
Rangos edades			
Ad. Inicial	24.3		
Ad. Media	55.3		
Ad. Tardía	20.4		
Grado de escolaridad			
Secundaria	52.6		
Preparatoria	47.0		
Tipo de población			
Rural	43.3		
Urbana	56.7		
Tipo de familia			
Uniparental	10.9		
Nuclear	58.7		
Extensa	25.2		
Otros	5.2		
Práctica de alguna religión			
No	43.0		
Sí	57.0		
Religión			
Católica	68.7		
Cristiana	22.0		
Testigos de Jehová	3.0		
Mormones	0.8		
Otros	0.3		
No específica	5.1		
Nivel educativo del padre			
Primaria incompleta	16.5		
Primaria completa	10.0		
Secundaria incompleta	10.8		
Secundaria completa	18.7		
Preparatoria incompleta	7.0		

	%	Media	D.T.
Preparatoria completa	13.2		
Universidad incompleta	4.9		
Universidad completa	14.2		
Estudios técnicos	3.5		
Otros	1.3		
Nivel Educativo de la madre			
Primaria incompleta	15.1		
Primaria completa	11.0		
Secundaria incompleta	13.4		
Secundaria completa	22.9		
Preparatoria incompleta	8.3		
Preparatoria completa	11.6		
Universidad incompleta	3.5		
Universidad completa	10.7		
Estudios técnicos	2.6		
Otros	0.8		
Tener algún padecimiento médico			
No	92.1		
Sí	7.9		
Haber recibido tratamiento psicológico			
No	88.0		
Sí	12.0		

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra.

La muestra cuenta con un 47.4% de hombres y un 52.6% de mujeres, con una edad media de 15.04 (DT=1.75) (Tabla 1). Por rangos de edades, hay un 24.3% de la muestra en la adolescencia inicial, un 55.3% en la adolescencia media y un 20.4% en la adolescencia tardía. El 52.6% de la muestra cursa la secundaria y el 47.0% la preparatoria. Es predominante la población urbana (56.7%) y que vive en una familia de tipo nuclear (58.7%). Sólo un 57% de los adolescentes indica que practica alguna religión, siendo predominante la religión católica (68.7%). En referencia al nivel educativo de los padres, es mayoritario el porcentaje de padres y de madres que presentan secundaria completa (18.7% y 22.9%, respectivamente). Finalmente, un 7.9% indica tener algún padecimiento médico y un 12.0% ha recibido tratamiento psicológico.

4.2.3 Definición de las variables

La variable dependiente del estudio será la variable dicotómica “haber sufrido violencia interpersonal (haber recibido amenazas y/o ser víctima de un asalto)”

con dos posibles valores: haberla sufrido o no. Como posibles variables predictoras se tendrán en cuenta tanto recursos personales como sociales:

- Afectividad: corresponde a la dimensión de motivación y afecto y permite conocer el estado emocional en el que se encuentra el adolescente.

- Autoeficacia: se refiere a qué tan capaz se autopercibe el adolescente para emprender actividades y proyectos.

- Afrontamiento: es el estilo cognitivo y conductual con el cual el adolescente se enfrenta a los conflictos.

- Locus de control: se refiere a si la conducta del adolescente está mediada por su propio criterio o si es fácilmente influenciable por la opinión de otros.

- Autoconcepto: se refiere a la imagen (positiva o negativa) que el adolescente tiene de sí mismo.

- Sentido del humor: se refiere a la sensibilidad del adolescente para percibir el lado humorístico de las situaciones.

- Habilidades sociales: es la capacidad para diferenciar entre los estados afectivos de los demás y la habilidad para tomar una perspectiva tanto cognitiva como afectiva respecto a los demás.

- Conducta prosocial: es aquella conducta del adolescente orientada al beneficio de otras personas.

- Apoyo familiar percibido: se refiere a la percepción que el adolescente tiene del apoyo que recibe de su grupo familiar.

- Apoyo percibido del grupo de pares: es la percepción que el adolescente tiene del apoyo que recibe de su grupo de pares.

- Apoyo percibido de otros significativos: es la percepción que el adolescente tiene del apoyo que recibe de otras figuras significativas.

4.2.4 Instrumentos

El instrumento que se aplicó a la muestra se adaptó a partir de la batería desarrollada por Valverde, Solano, Alfaro, Rigioni, y Vega (2001) y presenta las siguientes partes:

1. *Datos sociodemográficos*. Se preguntan al adolescente diversos datos como género, edad, nivel escolar, tipo de familia y población en la que reside, religión, nivel educativo de los padres y si tiene algún tipo de padecimiento médico o recibe tratamiento psicológico.
2. *Lista de conductas y factores de riesgo elaborado a partir de las investigaciones de Valverde, Solano, Alfaro, Rigioni y Vega (2001)*. Es un instrumento que consta de una lista de 39 conductas y factores de riesgo en las áreas de situación académica y laboral (p.e., “dejar la escuela”), uso del tiempo libre, recreación y deporte (p.e., “no hacer deporte”), imagen personal y sentimientos (p.e., “nunca sentirse a

gusto consigo mismo”), consumo de sustancias ilegales y legales (p.e., “haber probado bebidas alcohólicas”), sexualidad y salud sexual y reproductiva (p.e., “nunca haber utilizado condón en caso de haber tenido relaciones sexuales”), violencia y problemas con la ley (p.e., “involucrarse en una pelea a puñetazos”) y seguridad (p.e., “no usar cinturón de seguridad al ir de acompañante en un automóvil”). El adolescente debe indicar si ha realizado o presentado algunas de las conductas o factores de la lista contestando verdadero en caso afirmativo y falso en caso negativo. Para el presente estudio sólo se tuvieron en cuenta dos factores de riesgo: “haber sido amenazado/a por alguien en el último año” y “haber sido asaltado/a en el último año”

3. *Escala de afectividad (PANAS) (Watson, Clark & Tellegen, 1988)*: se compone de dos factores de 10 ítems diseñados para medir el afecto positivo y negativo. Los ítems poseen un formato tipo Likert con un rango de 4 puntos, variando de 0 (muy ligeramente o nada en absoluto) a 4 (extremadamente). Las estimaciones de la consistencia interna varían de 0.86 a 0.90 para la escala del Afecto Positivo; y de 0.84 a 0.87 para la del Negativo (Watson et al., 1988). Moral (2017) realizó una adaptación y validación de este instrumento para población mexicana obteniendo dos factores: Afecto Positivo con una consistencia interna de 0.88 y Afecto Negativo con una consistencia interna de 0.84.
4. *Escala de Afrontamiento. Se construyó con ítems extraídos del Inventario de estrategias de afrontamiento de Cano, Rodríguez y García (2007) y del instrumento Estilos de afrontamiento CSQ de Guarino, Sojo y Bethelmy (2007)*. La escala está compuesta de 15 ítems tipo Likert de cuatro puntos. Se pide al adolescente que piense en alguna situación o acontecimiento que fuera muy estresante y que le haya preocupado mucho y que haya sucedido en el último año. Esta situación pudo haber ocurrido con su familia, sus amigos, en la escuela o en un grupo al que asista. Se le presentan diferentes formas posibles de enfrentar esa situación (p.e., “me esforcé en resolver la situación”, “me puse a llorar”) y el adolescente debía indicar si se acercaba a la forma en que enfrentó esa situación: mucho, bastante, poco o nada.
5. *Escala de autoeficacia. Se construyó con ítems extraídos de la escala RSA de Hjemdal (2007), del Cuestionario de Salud Mental Positiva de Lluch (2002) y el Cuestionario de Autoeficacia de Soto y validado en población mexicana por González y Valdez (2004)*. Esta escala mide qué tan capaz se autopercebe el adolescente para emprender actividades y proyectos y está compuesta de 15 ítems tipo Likert de cuatro puntos (p.e., “hay cosas en las que soy muy bueno en lo que hago”, “no me creo capaz de superar los obstáculos que se me presentan”). Se pide al adolescente que piense en él mismo, y responda el grado en que está de acuerdo o en desacuerdo con el enunciado que se le presenta.

6. *Escala de locus de control*. Se construyó con ítems extraídos del *Cuestionario de Salud Mental Positiva de Lluich (2002)* y el *inventario de creencias irracionales de Cardeñoso y Calvete (2004)*. La escala mide si la conducta del adolescente está mediada por su propio criterio o si es fácilmente influenciable por la opinión de otros y está compuesta de 15 ítems tipo Likert de cuatro puntos. Se presenta al adolescente una serie de enunciados (p.e., “las opiniones de los demás influyen mucho cuando tengo que tomar una decisión”, “tengo opiniones propias”) y debe elegir si se parece a su forma de ser: mucho, bastante, poco o nada.
7. *Escala de autoconcepto*. Se construyó con ítems extraídos del *Cuestionario de Salud Mental positiva de Lluich (2002)* e *inventario de creencias irracionales de Cardeñoso y Calvete (2004)*. La escala está compuesta de 15 ítems tipo Likert de cuatro puntos. El adolescente debe indicar su grado de acuerdo con diversos enunciados sobre la opinión que tiene de sí mismo y lo satisfecho o no que se sienta con lo que ha sido tu vida hasta ahora (p.e., “me considero una persona menos importante que los demás”, “me siento orgulloso de lo que soy”).
8. *Escala de habilidades sociales*. Se elaboró la escala con ítems extraídos de la *Escala RSA de Hjemdal, 2007*, *Cuestionario de Salud Mental Positiva de Lluich, 2002* y el *cuestionario de reflexión sobre la vida socio moral de Tapia, Castro y Monestel (2007)*. La escala presenta 10 ítems de escala tipo Likert de cuatro puntos. Se presentan diversos enunciados al adolescente sobre las relaciones con otros (p.e., “encuentro dificultades para hablar con la gente”) y debían indicar el grado de acuerdo.
9. *Escala de conducta prosocial*. Se construyó con ítems del *cuestionario de Reflexión sobre la vida sociomoral de Tapia, Castro y Monestel (2007)* y sólo quedaron validados 8 ítems tipo Likert de cuatro puntos. Se presentan diversos enunciados sobre la conducta del adolescente orientada o no al beneficio de otras personas (p.e., “me gusta trabajar con otros en equipo”) y los adolescentes debían indicar el grado de acuerdo.
10. *Escala de apoyo familiar percibido*. Se elaboró con ítems extraídos de las *escalas RSA de Hjemdal (2007)* y la *Escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar de Olson (faces III) (Olson, Portner y Lavee, 1985)* y quedó constituida por 15 ítems tipo Likert de cuatro puntos que miden la percepción que el adolescente tiene del apoyo que recibe de su grupo familiar. Se presentan diversos enunciados sobre las relaciones con la familia (p.e., “En mi familia nos ayudamos unos a otros”) y el adolescente debe indicar el grado de acuerdo.
11. *Escala de apoyo percibido del grupo de pares*. Se elaboró con ítems extraídos del *Inventario de creencias irracionales de Cardeñoso y Calvete (2004)* y consta de 15 ítems tipo Likert de cuatro puntos que miden la percepción que el adolescente tiene del apoyo que recibe de su grupo de pares. Se presentan diversos enunciados sobre las

relaciones con los amigos y compañeros (p.e., “Cuando tengo un problema, puedo contárselo a mis amigos”) y el adolescente debe indicar el grado de acuerdo.

12. *Escala de apoyo social percibido de otros significativos*. Se elaboró con ítems de la *Escala RSA de Hjemdal (2007)* y está constituida por 15 ítems de cuatro puntos y mide la percepción que el adolescente tiene del apoyo que recibe de otras figuras significativas. Se presentan diversos enunciados sobre las relaciones con otros significativos (p.e., “Mis maestros o profesores han dicho que no ven un buen futuro en mí”) y el adolescente debe indicar el grado de acuerdo.

Se realizó un análisis factorial con cada una de las escalas y en todas se obtuvo un único factor excepto en las escalas de locus de control y de afrontamiento. En la escala de estrategias de afrontamiento se obtuvieron dos factores, uno formado por 8 ítems que corresponderían al afrontamiento centrado en la emoción y 7 ítems que estarían relacionados con el afrontamiento centrado en el problema y que explicarían un 35.8% de la varianza. La escala de locus de control presenta también dos factores: uno de 8 ítems relacionados con el locus de control interno y 7 ítems sobre locus de control externo y que explicarían un 41.2% de la varianza. La consistencia interna obtenida reflejó una buena confiabilidad al estar el alfa de Cronbach de todas las escalas por encima de 0.70 excepto la subescala de afrontamiento centrado en el problema donde se obtuvo un alfa de 0.67.

4.2.5 Procedimiento

Se solicitó el permiso a la Secretaría de Salud del estado para realizar el estudio y se obtuvo la aprobación por el Comité de Ética en Investigación de esta Secretaría. Posteriormente los investigadores se reunieron con los responsables de los Programas de Salud Integral de Adolescentes de las doce jurisdicciones sanitarias del estado, todos con licenciatura en Psicología, y se les capacitó para la aplicación del instrumento a la muestra en cada jurisdicción.

El instrumento se aplicó de manera grupal en el horario de clase y sin la presencia del profesor. El responsable del programa leía las instrucciones a los participantes donde se les indicaba que la información obtenida sería tratada confidencialmente y utilizada única y exclusivamente para fines de investigación; que llenar el cuestionario no significaba para ellos ningún riesgo, ni físico, ni psicológico, ni legal; y que la participación era totalmente voluntaria por lo que tenían el derecho a negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento. El llenado de los instrumentos tuvo una duración promedio de 40 minutos.

4.2.6 Análisis de datos

En un primer momento, se obtuvieron los estadísticos descriptivos de los datos sociodemográficos así como de las variables de interés en el estudio. Posteriormente, se realizaron los análisis inferenciales sobre la relación de la variable dependiente “haber sufrido violencia interpersonal” con los datos sociodemográficos y con las variables. Finalmente, se realizó un análisis de regresión logística para identificar las posibles variables predictoras de la variable dependiente del estudio (haber sido objeto de amenaza y/o asalto).

4.3 Resultados

En la muestra de adolescentes un 16% (n=321) informan haber sufrido violencia interpersonal en el último año (haber recibido amenazas y/o ser víctima de un asalto).

En un primer momento se analizó la relación de las variables sociodemográficas con haber sufrido violencia interpersonal. Se observa que esta violencia la sufren más:

- los hombres (18.1%) que las mujeres (13.6%) ($X^2=7.494$, $p=.006$).
- quienes tienen más edad ($t=-3.293$, $p=.001$).
- adolescentes con padecimientos médicos (22.7%) que aquellos que no lo presentan (15.1%) ($X^2=6.195$, $p=.013$).
- adolescentes que han recibido tratamiento psicológico (27.2%) que aquellos que no (14.2%) ($X^2=25.888$, $p=.000$).
- adolescentes que han repetido curso (25.7%) que aquellos que no (14.8%) ($X^2=14.266$, $p=.000$).

En la Tabla 2 se muestran los estadísticos descriptivos de las variables de interés en el estudio, tanto recursos personales como externos.

En la Tabla 3 se aplica la prueba t-Student para observar si existen diferencias entre aquellos adolescentes que han sufrido violencia interpersonal y quienes no en las diferentes variables de interés del estudio (recursos personales y externos). Se observa de manera significativa que aquellos que han sufrido violencia interpersonal presentan medias mayores en las variables afecto negativo ($t=-7.030$, $p<.000$), afrontamiento centrado en la emoción ($t=-8.545$, $p<.000$), locus externo ($t=-6.562$, $p<.000$). Sin embargo, aquellos que no han sufrido violencia interpersonal presentan medias mayores en autoeficacia ($t=3.819$, $p<.000$), autoconcepto ($t=5.904$, $p<.000$), habilidades sociales ($t=4.804$, $p<.000$), conducta prosocial ($t=4.851$, $p<.000$), apoyo de familia ($t=8.636$, $p<.000$), apoyo de amigos ($t=7.182$, $p<.000$) y apoyos de otros ($t=8.031$, $p<.000$).

			Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
	Afecto	Positivo				
		Negativo				
Recursos personales	Autoeficacia		46.75	6.359	25	60
	Estilos de afrontamiento	Centrado en problema	19.62	4.117	7	28
		Centrado en emoción	13.16	4.091	8	31
	Locus de control	Interno	24.13	4.623	10	32
		Externo	11.46	3.647	7	28
	Autoconcepto		48.52	7.125	21	60
	Habilidades sociales		29.12	4.966	11	40
	Conducta prosocial		27.14	3.735	8	32
Recursos sociales	Apoyo familiar		48.20	8.973	15	60
	Apoyo de amigos		49.98	7.593	15	60
	Apoyo otras personas		48.91	7.092	21	60

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de las variables del estudio

En la tabla 4 se muestra un modelo de regresión logística donde la variable dependiente es haber sufrido o no violencia interpersonal y como variables independientes se introdujeron las variables de interés del estudio. En un primer paso, se introdujeron las variables sociodemográficas para posteriormente introducir las variables de recursos personales y externos. Se observa como predictores de padecer violencia interpersonal el género (Exp (B)=.675, IC del 95% [.464, .981], $p < .05$), autoeficacia (Exp (B)=1.044, IC del 95% [1.006, 1.084], $p < .05$), afrontamiento centrado en la emoción (Exp (B)=1.070, IC del 95% [1.016, 1.127], $p < .05$), apoyo de la familia (Exp (B)=.973, IC del 95% [.950, .997], $p < .05$) y apoyo de otros (Exp (B)=.959, IC del 95% [.926, .993], $p < .05$). Respecto al ajuste de este modelo, el cambio significativo en la desviación muestra un ajuste global ($\chi^2=97.879$, $p < .000$), confirmado con el Test de Hosmer-Lemeshow ($\chi^2=4.033$, $p=0.854$) y permite hacer una estimación correcta del 86.1% de los casos. Por otro lado, el coeficiente R^2 de Nagelkerke indica que un 14.1% de la variabilidad en la variable dependiente viene explicada por el modelo de regresión logística.

Variables	Han sufrido violencia interpersonal		t	sig
	SI	NO		
Afecto Positivo	2.40	2.44	-.828	.408
Afecto Negativo	1.53	1.18	-7.030	.000**
Autoeficacia	3.03	3.14	3.819	.000**
Afrontamiento centrado en el problema	2.82	2.80	-.507	.612
Afrontamiento centrado en la emoción	1.91	1.59	-8.545	.000**
Locus Interno	2.97	3.03	1.294	.196
Locus Externo	1.85	1.59	-6.562	.000**
Autoconcepto	3.07	3.27	5.904	.000**
Habilidades Sociales	2.79	2.93	4.804	.000**
Conducta Prosocial	3.25	3.41	4.851	.000**
Apoyo Familia	2.94	3.27	8.636	.000**
Apoyo Amigos	3.12	3.37	7.182	.000**
Apoyo Otros	3.06	3.30	8.031	.000**

Tabla 3. Diferencias en las variables entre quienes han sufrido violencia interpersonal y quienes no

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% I.C.	
							INF	SUP
Género	-.394	.191	4.237	1	.040	.675	.464	.981
Edad	.087	.053	2.677	1	.102	1.091	.983	1.211
Tener padecimiento médico	-.324	.291	1.237	1	.266	.723	.408	1.280
Haber recibido terapia psicológica	-.443	.251	3.120	1	.077	.642	.393	1.050
Haber repetido año	-.250	.310	.652	1	.419	.779	.424	1.429
Afecto Negativo	.024	.014	3.036	1	.081	1.024	.997	1.052
Autoeficacia	.043	.019	5.150	1	.023	1.044	1.006	1.084
Afrontamiento centrado en la emoción	.068	.026	6.666	1	.010	1.070	1.016	1.127
Locus Externo	.015	.028	.299	1	.585	1.015	.961	1.073
Autoconcepto	-.002	.017	.008	1	.929	.998	.966	1.032
Habilidades sociales	-.013	.019	.450	1	.503	.987	.951	1.025
Conducta Prosocial	-.024	.030	.661	1	.416	.976	.920	1.035
Apoyo de la Familia	-.027	.012	4.811	1	.028	.973	.950	.997
Apoyo de Amigos	-.009	.015	.337	1	.562	.991	.962	1.021
Apoyo de otras Personas	-.042	.018	5.437	1	.020	.959	.926	.993

Tabla 4. Modelo de regresión logística de haber sufrido violencia interpersonal

4.4 Discusión y conclusiones

El presente estudio tiene como objetivo conocer el porcentaje de adolescentes de un estado del noreste de México (Tamaulipas) que han sido víctimas, en los 12 meses previos al estudio, de sufrir eventos de violencia interpersonal, más específicamente, haber sido amenazados/as y/o haber sido asaltados/as. Un segundo objetivo es encontrar variables, tanto sociodemográficas como psicosociales (recursos personales y sociales), que puedan ser factores de riesgo de haber sufrido este tipo de eventos.

Los resultados muestran que un 16% de los participantes del estudio han padecido en el último año algún episodio de violencia interpersonal (haber sido amenazado/a y/o asaltado/a). Este dato es mayor al obtenido en la ENSANUT 2012 (INSP, 2012) donde solo un 4% reportaba haber sufrido algún robo, agresión o violencia. La razón de esta diferencia en los resultados puede deberse a que en la presente investigación también se tuvo en cuenta como violencia interpersonal haber sufrido amenazas lo que sería un posible paso previo a sufrir alguna agresión (verbal o física), lo que no se tuvo en cuenta en la ENSANUT 2012. Este dato puede ser de gran interés a la hora de conocer el riesgo de adolescentes a sufrir violencia interpersonal y, por tanto, al diseñar los programas de prevención.

Se observa en esta investigación, al igual que los datos de estudios previos (INEGI, 2016b; INSP, 2012), que los adolescentes varones sufren de violencia interpersonal en mayor medida en comparación a las adolescentes mujeres. Además, este estudio aporta información sobre otras posibles variables sociodemográficas relacionadas con haber sufrido mayor violencia interpersonal como presentar algún padecimiento médico, haber recibido atención psicológica o haber repetido curso, lo cual deja entrever que los adolescentes presentan cierta vulnerabilidad que los predispone a la victimización; en un estudio realizado en Chile en el contexto escolar (Berger, 2010), se encontró que las víctimas poseen un perfil de bajo estatus social, dificultades psicosociales y bajo rendimiento escolar, lo cual indica la necesidad de incrementar medidas preventivas en dichos grupos de riesgo.

En relación a las variables psicosociales relacionadas con haber sufrido violencia interpersonal se observa que los adolescentes que han recibido este tipo de violencia presentan mayor afecto negativo, afrontamiento centrado en la emoción y locus externo y menor autoeficacia, autoconcepto, habilidades sociales, conducta prosocial, apoyo familiar, apoyo de amigos y apoyos de otros. Por tanto, estos datos vienen a reflejar que el adolescente que ha sufrido violencia interpersonal presenta un estado afectivo que se caracteriza por la existencia de sensaciones de estados emocionales aversivos, como nerviosismo, miedo, disgusto, culpa o ira; busca la regulación de las consecuencias emocionales que se activan ante la presencia de alguna situación estresante; percibe que los eventos ocurren como resultado del

azar, el destino, la suerte o el poder y decisiones de otros; no se percibe como capaz de emprender actividades y proyectos; presenta una imagen negativa de sí mismo; tiene poca capacidad para diferenciar entre los estados afectivos de los demás y poca habilidad para tomar una perspectiva tanto cognitiva como afectiva respecto a los demás; muestra pocas conductas orientadas al beneficio de otras personas; tiene percepción de recibir poco apoyo de su grupo familiar, grupo de pares o de otras figuras significativas. Estos resultados son semejantes a lo encontrado en otros estudios, al respecto Cuevas y Castro (2009) reportaron que los niños y adolescentes expuestos a violencia comunitaria presentaron manifestaciones de ansiedad, sintomatología depresiva, síntomas de estrés postraumático, agresión. Otro estudio realizado en Uruguay por Mels y Fernández (2015) quienes encontraron que el 84.2% de los adolescentes de su muestra fueron expuestos a la violencia comunitaria, donde el impacto de la violencia fue predictor de síntomas internalizantes (síntomas de ansiedad y depresión).

Finalmente, este estudio muestra como posibles factores de riesgo de ser víctima de violencia interpersonal el ser adolescente de sexo masculino, presentar un afrontamiento centrado en la emoción, una baja autoeficacia y bajo apoyo familiar y de otras personas significativas. Por tanto, los adolescentes con más riesgo para ser víctimas de violencia interpersonal son aquellos adolescentes varones que no se perciben capaces de emprender actividades y proyectos, que buscan regular las consecuencias emocionales aversivas derivadas de la presencia de alguna situación estresante y que perciben falta de apoyo de la familia y de otras personas significativas. Esta información es relevante ya que como mencionan Valdéz et al., (2013) es fundamental contar con datos detallados sobre los tipos de violencia que se ejercen en los jóvenes y la repercusión que tienen en su salud mental, dichos datos deben provenir de los diferentes contextos sociales de cada región del país. Ante el panorama encontrado en el estado de Tamaulipas es notable la necesidad de realizar la promoción de una cultura de paz y la implementación de programas preventivos en adolescentes y sus familias que busquen desarrollar factores de protección de amplio espectro como desarrollo de la autoestima, proyecto de vida, locus de control interno, sentido de vida (Páramo, 2011).

Una importante limitación de este estudio es que se basa en un diseño transversal y no se puede concluir si estas variables asociadas a sufrir violencia interpersonal no son una consecuencia misma de haber sido víctimas de estos eventos. Se requerirían hacer estudios longitudinales con los que realizar seguimientos de adolescentes con estos perfiles para concluir que esas características hacen más vulnerables a los adolescentes a ser víctimas de violencia interpersonal en comparación a los adolescentes que no las muestran.

4.5 Lista de referencias

- Abad, J.M. (2006). *Estado del arte de los programas de prevención de la violencia en jóvenes, basados en el trabajo con la comunidad y la familia, con enfoque de género*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Banco Mundial (2012). La violencia juvenil en México. Reporte de la situación, el marco legal y los programas gubernamentales. Documento preparado por el Equipo para la Prevención de la Violencia (Departamento de Desarrollo Social) y el Equipo de Seguridad Ciudadana para Latino América y el Caribe del Banco Mundial. Disponible en: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2012/1V29/000356161_20121129060725/Rendered/PDF/NonAsciiFileName0.pdf [consultado el 25 de abril de 2015].
- Berger S. C. (2012). Trayectorias de victimización escolar: características y factores de riesgo en adolescentes chilenos. *Universitas Psychologica*, 11(1), 103-118.
- Cano, F.J., Rodríguez, L. y García, J. (2007). Adaptación española del Inventario de estrategias de afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35, 29-39.
- Cardenoso, O., & Calvete, E. (2004). Desarrollo de un inventario de creencias irracionales para adolescentes. *Psicología Conductual Revista Internacional de Psicología Clínica de la Salud*, 12(2), 289-304.
- Cuevas, M., & Castro, L. (2009). Efectos emocionales y conductuales de la exposición a violencia en niños y adolescentes en Colombia. *Behavioral Psychology*, 17(2), 277-297.
- Cuevas, C.A., Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H., & Hamby, S. (Octubre de 2013). Children's Exposure to Violence and the Intersection Between Delinquency and Victimization. Rockville: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. Obtenido de Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention: <http://www.ojjdp.gov/pubs/240555.pdf>
- Daigle, L. E. (2013). *Victimology the Essentials*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Farrington, D. P. (2007). "Childhood Risk Factors and Risk-focused Prevention". En M. Maguire, R. Morgan, & R. Reiner (Edits.), *The Oxford Handbook of Criminology* (págs. 602-640). Oxford: Oxford University Press.
- Garbarino, J., & Bradshaw, C. P. (2003). "Violence against Children". En W. Heitmeyer, & J. Hagan (Edits.), *International Handbook of Violence Research* (págs. 719-735). Kluwer Academic Publishers.
- González, N. y Valdez, J. (2004). Un estudio sobre la autoeficacia en jóvenes mexicanos. *Psicología Conductual*, 12(1), 167-178.
- Guarino, L., Sojo, V. y Bethelmy, L. (2007). Adaptación y validación preliminar de la versión hispana del CSQ (Coping Style Questionnaire). *Psicología Conductual*, 15, 173-189.

- Guerrero, R. (2008) ¿Qué sirve en la prevención de la violencia juvenil? *Salud Publica México*, 50(supl I), S86-S92.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4 ed.). México: McGraw-Hill.
- Hjemdal, O. (2007). Measuring Protective Factors: The Development of Two Resilience Scales in Norway. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 16(2), 303-321.
- INEGI (2016a) Violencia contra niñas, niños y adolescentes: consideraciones conceptuales, metodológicas y empíricas para el caso de México. Documentos de análisis y estadísticas. 2016. INEGI.
- INEGI (2016b). Estadísticas de Mortalidad. INEGI.
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2012) *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. México: Programa Nacional de Salud.
- Lluch, M. (2002). Evaluación empírica de un modelo conceptual de un modelo de Salud Mental Positiva. *Salud Mental*, 25(4), 42-55.
- Montero, I. y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3) 847-862.
- Moral de la Rubia, J. (2017). La escala de afecto positivo y negativo (PANAS) en parejas casadas mexicanas. *CIENCIA Ergo-Sum*, 18(2), 117-125. Consultado de <https://cienciaergosum.uaemex.mx/article/view/7409>
- Olson, D.H., Portner, J. y Lavee, Y. (1985). Manual de la Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III Manual). Minneapolis: Life Innovation.
- OMS (2002), World Report on Violence and Health: Summary, Washington, D.C., OMS.
- Páramo, M. D. L. Á. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia psicológica*, 29(1), 85-95.
- Red por los Derechos de la Infancia en México (2010). La violencia contra niños, niñas y adolescentes en México: Miradas regionales.
- Rodrigo, M.J., Maíquez, M.L., García, M., Mendoza, R., Rubio, A., Martínez, A., Martín, J.C. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema*, 16(2), 203-210.
- Rodríguez, M (2003). Mesa redonda: Adolescencia - Necesidad de creación de unidades de adolescencia. *Anales de Pediatría*, 58,104-106.
- Rodríguez, E. (Jóvenes y violencia en las escuelas medias: aprendizajes y desafíos desde las políticas públicas en América Latina [monografía en internet]. México: Universidad Pedagógica Nacional. [Consultado 4 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://upn.sems.gob.mx/recursos/documentos/ponenciasviolencia/ErnestoRodriguez.pdf>.

- Tapia, N., Castro, R. y Monestel, N. (2007). El desarrollo sociomoral de adolescentes de Costa Rica según el modelo de Gibbs. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(3), 449-471.
- UNICEF (2011). *Estado Mundial de la Infancia 2011: La Adolescencia, una época de oportunidades*. Nueva York: UNICEF.
- UNICEF (2014). *Hidden in plain sight: A statistical analysis of violence against children*. Nueva York: UNICEF. Obtenido de http://files.unicef.org/publications/files/Hidden_in_plain_sight_statistical_analysis_EN_3_Sept_2014.pdf
- UNICEF (2017). *Informe Anual México, 2017*. Ciudad de México, México: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) México.
- Valdez, R., Hidalgo, E., Mojarro, M., Rivera, L., & Ramos, L. (2013). Violencia interpersonal en jóvenes mexicanos y oportunidades de prevención. *Salud Pública de México*, 55(Supl. 2), S259-S266. Recuperado en 05 de agosto de 2018, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800024&lng=es&tlng=es.
- Valverde, O.A., Solano, A.C., Alfaro, J., Rigioni, M.E. y Vega, M. (2001). *Adolescencia. Protección y riesgo en Costa Rica*. San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.
- Watson, D., Clark, L. & Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6). 1063-1070.

Capítulo 5

Paternidades adolescentes: familias, drogas y violencias

D.C.S.P. Elizabeth Aurora Pérez Hernández¹³

Resumen

Las paternidades adolescentes se consideran una irrupción en el desarrollo, el aumento en los índices de natalidad en menores un problema de salud pública. El estereotipo de género masculino de asumir actitudes riesgosas se desarrolla en el espacio exterior a la casa: la calle. Con los pares se viven las primeras experiencias con el alcohol, drogas y encuentros sexuales, generalmente sin protección; todos ellos elementos recurrentes en las anécdotas del barrio. ¿Qué temáticas aborda la evidencia empírica en torno a las paternidades adolescentes y sus familias? El objetivo del capítulo es describir las temáticas abordadas por la evidencia empírica sobre las paternidades adolescentes y sus familias. Para ello se realizó una revisión de literatura en revistas especializadas. La búsqueda se efectuó en: Ebsco, Emerald, Jstor, Sage, Science Direct, y Google Scholar. En los idiomas inglés, español y portugués; los criterios de búsqueda fueron: adolescente; paternidad; familia. Se incluyeron 57 trabajos publicados entre 1985 y 2016. 28 artículos cuantitativos, 22 cualitativos, 1 mixto y 6 revisiones. Emergieron 13 temáticas que sugieren antecedentes de abandono familiar, pero apoyo ante la paternidad. Sentimientos contradictorios (orgullo/satisfacción versus vacío afectivo/descalificación), exacerbados por exclusión familiar, social y sanitaria. Proyecto de vida idealizado como “jefe de familia”. Ante la evidencia de consumo de drogas se identificaron importantes diferencias: antecedentes personales y familiares de alcohol, drogas y delincuencia (delitos reincidentes más graves y violentos), posibles ingresos por narcotráfico. Distancia afectiva protectora ante la violencia, desasosiego y angustia que los perturba y confirma incapacidad de ser buenos padres. Se concluye que prevalecen los diseños cuantitativos, sin ocuparse de experiencias y significados, que favorecen su “invisibilidad”, ya recrudescida ante familiares y servicios sanitarios, función delimitada a proveedor. Ante el consumo de drogas una mayor

¹³ CONACyT - Universidad Autónoma de Tamaulipas.

vulnerabilidad, mayor posibilidad de tener conductas de riesgo sexual y posterior a la paternidad, desempleo o empleos poco remunerados a lo largo de su vida, que los llevaría a cometer actos delictivos reincidentes, un aumento en el consumo de drogas, posibles ingresos por narcotráfico, que sus hijos sean padres adolescentes, y de esta manera que se siga perpetuando el ciclo de pobreza y violencias.

Palabras clave: Paternidades, adolescentes, familia, violencia, revisión.

5.1 Introducción

La prevención de embarazos en adolescentes ha tenido un carácter prioritario en la agenda de salud nacional (Instituto Nacional de la Mujeres, 2017), con especial énfasis en la educación sexual y reproductiva (Rojas et al., 2017), pero conocer métodos anticonceptivos y su eficacia poco sirve cuando no es posible acceder a ellos por falta de recursos (Olivelia, Rodríguez y Barraza, 2016).

Significados culturales sobre el estereotipo de género masculino influye en las prácticas sexuales de los adolescentes (Montaño & Tovar, 2016), quienes a pesar de tener una actitud positiva hacia el uso del condón (Casique, 2016) y saber usarlo en los encuentros sexuales (Rodríguez, 2016), dicho estereotipo como “incontrolable” influye en desistir de su uso en las parejas formales por la confianza, y en las informales debido al influjo del alcohol en el contexto de las fiestas (Velazquez, et al., 2017).

Las prácticas culturales dejan vulnerables a los adolescentes (Castillo et al., 2017), la identidad de género en hombres de estrato popular alude al ejercicio sexual temprano, intensivo y evidente, mandato que reafirma la hombría (Vergara, 2006), dicha contradicción consiste en percibir el riesgo y aun así asumir actitudes riesgosas, a ello se vinculan el bajo nivel socioeconómico, las condiciones de vida, disfuncionalidad familiar, bajos niveles educativos, presiones de los pares y el consumo de sustancias (Capote et al., 2016).

La adolescencia masculina se caracteriza por demostrar mediante conductas, actitudes, ritos de iniciación y pruebas sobre qué es ser hombre; internalizarlo y manifestarlo a los demás (Chacón, 2001).

Comprender las prácticas emergentes de la paternidad en el seno de la familia puede aportar a la formación de futuras generaciones más sensibles a la igualdad de género y expresión de la hombría (Bermúdez, 2016), la relevancia del tema consiste en construir otros discursos sobre las paternidades, nuevas modalidades de ser adulto, padre y referente (Carmona, 2013), con el objetivo de contribuir en una comprensión más profunda de dicho fenómeno.

El objetivo de esta revisión se centra en describir la producción empírica y conceptual sobre las paternidades adolescentes a partir de referencias empíricas y

documentos académicos para proporcionar una visión sobre el tema y aportar una herramienta para futuras investigaciones.

La revisión se desarrolló a partir de trabajos empíricos, revisiones y tesis en torno al tema. La revisión sigue la propuesta de Poppay (2006) que consiste en: 1) búsqueda en bases de datos, 2) recuperación de la literatura, 3) sistematización en matrices; 4) síntesis narrativa y la organización en pequeños grupos de los hallazgos de la literatura; 5) análisis temático, que finalmente serán presentados mediante un cuadro de hallazgos extraídos de los estudios de manera individual. En la primera etapa mediante los DeCS se definieron las palabras clave: Adolescente (adolescence; childhood; adolescência), Paternidad(es) (padre; father; paternidade), familia (family; familia), en los idiomas español, inglés y portugués. Conforme se avanzó en la búsqueda se encontraron otros criterios como: padre precoz; fathering; fatherhood; que también fueron utilizados. La búsqueda se realizó en las bases de datos Ebsco, Emerald, Jstor, Sage, Science Direct, y Google Scholar. Los límites temporales comprendieron publicaciones hasta el 2016, los criterios de inclusión fueron: publicaciones que trataran el tema de la paternidad adolescente entre hombres de 12 a 19 años de edad, que hayan tenido por lo menos un hijo nacido al momento de realizar el estudio, y que se abordara la relación del adolescente con la familia de origen.

En un primer momento se identificaron 2 220 referencias, de manera que la selección inicial se realizó con la lectura de los títulos, y aquellos en los que hubo duda sobre la pertinencia del tema se prosiguió a la lectura de los resúmenes. Solamente se eligieron aquellos en los que era evidente el estudio de las paternidades adolescentes. Finalmente se concentraron los estudios en una matriz, conformada por cincuenta y siete trabajos.

Los criterios de exclusión consistieron en publicaciones que contemplaran participantes sin experiencia de paternidad (por ejemplo, estudios sobre actitudes o representaciones sociales del embarazo en estudiantes no padres), adolescentes con parejas en fase de embarazo, o estudios que exploraban la paternidad en hombres no adolescentes. Finalmente se agregaron estudios donde se incluyó a las madres; sin embargo, solo se tomaron en cuenta los resultados de los padres adolescentes.

La recuperación de los textos se realizó en las bases de datos (n=45), mediante las revistas (n=12), documentos técnicos (n=2), tesis doctoral (n=1). Para la selección se siguió el proceso desarrollado por Mendieta, Ramírez Rodríguez & Pérez (2015) (ver anexos, figura 1).

La selección inicial se realizó con la lectura de los títulos y sus resúmenes, se recuperaron los textos completos en las bases de datos, la sistematización de la información fue realizada siguiendo la propuesta de Popay (2006), que consiste en la agrupación de documentos, la síntesis de los hallazgos de cada autor, la exploración

de las relaciones entre los estudios, la robustez de la evidencia, y la descripción de la síntesis, mediante su agrupación en tablas en matrices. Entonces se incluyeron cincuenta y siete trabajos publicados entre 1985 y 2016.

5.2 Paternidades adolescentes y sus familias

Veintiocho trabajos tuvieron diseño cuantitativo, veintidós cualitativo, uno mixto y seis revisiones. Emergieron trece temáticas, las cuales se describen a continuación (ver anexos, cuadro 1).

a) Antecedentes de un ambiente de crianza estresante. Hallazgos sobre la historia familiar sugieren abandono, maltratos físicos y psicológicos (Venegas, 2015), un ambiente estresante de crianza y un historial de problemas de conducta estuvieron relacionados a altas probabilidades de convertirse en padres a una edad temprana, hallazgos sugieren que los adolescentes fueron padres que convivieron poco tiempo con sus hijos (Jaffee et al., 2001; Sipsma et al., 2010).

b) Pobreza relativa y tensión doméstica. El estrato social de la mayoría de las familias fue pobreza relativa con una estabilidad laboral aportada por el padre del adolescente, (Berger & Langton, 2011; Gonzalez, 2009; Venegas, 2015), los hogares se caracterizaron por padres que desempeñaban un papel mínimo en el manejo de los niños, o estaban marcados por la tensión doméstica (Dearden & Blankson, 1994).

c) Viven con la familia de origen, cohabiten o no con el hijo y la pareja, solo pocos viven con la familia de la pareja. Los padres adolescentes pueden vivir en casa con su familia de origen con sus padres, hijos y parejas (Gonzalez, 2009b), o bien en la casa de los padres de sus parejas, con sus hijos, en ese caso, la relación era desde una posición de cierta distancia (Molina, 2011).

d) La paternidad como medio de protección. Los resultados sugieren que la paternidad podría evitar que el joven se involucre en actividades de riesgo centrandolo su atención en el rol de padre, con el hijo y la pareja (Arteaga, 2011).

e) Paternidades adolescentes marcadas por el desempleo. Los participantes manifestaron tener pocas oportunidades laborales (Arteaga, 2011), la experiencia de ser padre adolescente está marcada por el desempleo (Sheppard et al., 2004), a pesar de que prevalece la idea de su función económica y laboral (Cruzat & Aracena, 2006), dependen del apoyo económico familiar para mantenerse en la vida estudiantil y trabajar al mismo tiempo (González, 2009); sin embargo, se espera que reciban ingresos bajos por la tendencia a involucrarse en trabajos de baja calidad (Jara & Urdinola, 2016; Bermúdez, 2016).

f) Problemas en la escuela y el hogar, propensos a demostrar conductas agresivas. Existe un mayor riesgo de experimentar problemas en el hogar, la escuela,

a demostrar conductas agresivas, de lucha y romper la ley en adolescentes que han sido padres (Dearden, Hale & Woolley, 1995).

g) Relaciones de pareja problemáticas. Hallazgos sugieren que la relación de pareja se ve afectada a causa del embarazo adolescente, sobre todo por la relación problemática con la familia de origen de la madre que repercute en la pareja (Luz & Berni, 2010; Botero & Osorio, 2015).

h) Interés versus desconocimiento sobre prácticas de crianza. Diversos autores afirman que los padres participantes asistieron a los controles de embarazo y el parto. Sin embargo, manifestaron poca capacidad, destreza práctica sobre aspectos de la crianza y desconocimiento sobre aspectos del desarrollo infantil (Venegas, 2015c; Redmond, 1985; Botero & Osorio, 2015b; Dallas & Chen, 1998; Cruzat & Aracena, 2006b). Aunado a este hecho, las madres solían citar como desinterés paterno, la falta de tiempo, dinero y conocimientos sobre cuidado (Rhein et al., 1997).

i) Desconocimiento sobre prácticas de planificación y anticoncepción. Hallazgos sugieren que los adolescentes participantes consideran no poseer información adecuada sobre salud sexual y reproductiva (López, 2012), la responsabilidad reproductiva comúnmente se dirige a las mujeres (Luz, & Berni, 2010b; Almeida & Hardy, 2007). Sin embargo también hay casos en los que el adolescente tomó la iniciativa en las relaciones sexuales y el uso de anticonceptivos, aunque dicha evidencia mostró que se mantuvieron relaciones sin planificación (Venegas, 2015), esto fue coincidente con hallazgos que sugieren que la decisión de tener hijos fue claramente consciente, no se trató de accidentes por desconocimiento sobre métodos anticonceptivos, sino de llevar a la práctica un interés consciente (Cohn, 2010).

j) Fuerte apoyo familiar en contraste a un débil apoyo social. Los padres adolescentes tuvieron una mayor percepción de seguridad en las relaciones familiares, de respeto mutuo entre los miembros de la familia y que recibieron apoyo sobre todo de su familia (Dei Schiro et al., 2012; Fagan, Bernd & Whiteman, 2007; Tellez et al., 2016; Botero & Osorio, 2015). El apoyo de la familia tiene un efecto positivo, sin embargo, encontraron que el padre adolescente es a menudo excluido de la atención sanitaria, y no es tomado en cuenta (Luz & Berni, 2010). Esto es coincidente con Anabalón y colaboradores (2011) quienes afirman que los adolescentes entrevistados observaban la paternidad de los compañeros asistentes a un grupo de apoyo como algo lejano y externo a lo que ellos vivían. Incluso la mayoría de los entrevistados identificaba en los amigos que ya habían sido padres un modelo de padre que ellos no querían replicar; siendo incapaces de hablarlo con sus compañeros. Parecía que entre los “hombres” no resultó pertinente conversar sobre cuestiones más profundas

o relacionadas con ámbitos más íntimos y afectivos (Anabalón et al., 2011). Entonces los adolescentes acudían principalmente a sus parejas y familias de origen; mientras que en menor cantidad a los padres de sus parejas (Barahona, Jayo & Puertas, 2015). En lo que respecta al apoyo social hallazgos indican que los adolescentes consideran tener poco apoyo (Sheppard et al., 2004).

Cruzat & Aracena (2006) afirman que en relación a las dificultades e impedimentos, los adolescentes reportaron escaso apoyo de quienes los rodean. Los rechazos y prohibiciones familiares constituyen un importante obstáculo para el ejercicio de la paternidad adolescente, principalmente la familia de la joven madre, ante este escenario los autores sugieren el término: “Paternidad condicionada”, que describe la situación de apoyo hacia el adolescente.

k) Tendencia a idealizar el rol de padre proveedor. Prevalece la figura de padre proveedor (Benatuil, 2004), mientras que el rol cuidador fue rechazado (Almeid & Hardy, 2007; Toneli, 2010; Venegas, 2015). Para el adolescente la paternidad significa responder económicamente e idealiza, al mismo tiempo que imita la figura tradicional de padre proveedor, esto hace que cobre un significado importante desde el rol de guía y amigo donde la expresión del afecto, el juego y cuidado salen a relucir (Tellez et al., 2016; Luz & Berni, 2010; Christmon, 1990).

La experiencia de la paternidad se asoció a la idea de responsabilidad y ruptura; la responsabilidad como construcción social, tiene que ver con el desempeño de actividades de un buen padre, imaginariamente con la protección económica, el cuidado, la atención de los hijos y de la pareja; mientras que la ruptura, hace referencia a una escisión de su adolescencia, donde la paternidad le permite al varón transitar y reconocerse simbólicamente como adulto (De Jesús Reyes & Cabello Garza, 2011). Ser padre adolescente se convierte en una experiencia ambivalente: aunque el adolescente lo relaciona imaginariamente con la hombría adulta, esta experiencia se contrapone al ideal adolescente de libertad, conquista y competencia (Botero & Castrillón, 2015).

Por otra parte, los adolescentes están experimentando una transición desde el rol tradicional y hegemónico de padre proveedor, hacia un padre con necesidades de acercamiento más afectivo al hijo/a (Cruzat & Aracena, 2006), que existe una nueva paternidad caracterizada por un mayor compromiso emocional y afectivo, más presencia en la crianza y en el desarrollo de los hijos, elementos que van más allá del ser sostén económico (Anabalón et al., 2011), sin embargo reconocen la influencia de eventos en el transcurso de la vida considerado como desfavorables, como el haber convivido con padres desinvolucrados (Sheppard et al., 2004).

l) Satisfacción y emociones positivas versus descalificación y exclusión. Diversos autores han mostrado que para los adolescentes el ser padres es en general

una experiencia positiva (Redmond, 1985) y de satisfacción (Luz & Berni, 2010), de manera general los sentimientos positivos se superpusieron a los negativos, siendo ellos: el afecto, el cariño, el apoyo, la alegría, la felicidad y el orgullo; y cuando se refieren a los sentimientos negativos, fueron más fuertes el miedo y la preocupación (Meinke & Carraro, 2009). Otros autores identificaron un estado emocional de estrés (Almeid & Hardy, 2007), sensación de desamparo y soledad ante la paternidad (Cruzat & Aracena, 2006). Esto es coincidente con hallazgos de otro estudio que sugiere una posición de cierta distancia emocional, física y social, debido a que la gran mayoría de estos padres no conviven con su pareja y su hijo/a (Molina, 2011). Entonces se deduce la existencia de un sentimiento de compromiso con los hijos, ya que el adolescente manifiesta una preocupación y un deseo de mantener una relación constante y presente con su hijo a lo largo del tiempo (Anabalón et al., 2011). Mientras que Arteaga (2011) sugiere que esa necesidad de relación cercana y de intercambio de afectos con el hijo podría llenar un vacío afectivo (Arteaga, 2011).

Los padres adolescentes reportan sacrificio, renuncia y postergación en torno a la experiencia de la paternidad asociada a la provisión. Las pocas oportunidades laborales, el contexto de carencia afectiva y material agravan la situación. Los padres adolescentes con frecuencia enfrentan la reacción negativa de la familia de su pareja y la de sus propios padres, entre las que se destaca la exclusión, que en el varón provoca sentimientos de aislamiento, agravados por juicios descalificatorios por parte de su familia. Esta situación se caracteriza por un impacto psicológico, para él y su familia, relacionado con la búsqueda de afecto y comprensión. Surge el sentimiento de responsabilidad paternal y protector para con su hijo y la pareja (Gonzalez, 2009). Finalmente se identificó que la paternidad masculina ha estado marcada por la exclusión masculina (Hecker & Luz, 2010).

m) Proyecto de vida y futuro idealizado. Fuerte impacto, en un escenario de asumir el nuevo rol, reconstrucción de la identidad y proyecto de vida (Venegas, 2015). El futuro se concibe idealizado y está asociado a las laborales como padre y jefe de familia. La paternidad podría evitar que el joven se involucre en actividades de riesgo centrando su atención en su hijo y pareja (Marcos Arteaga, 2011). Percibida como algo negativo debido a los cambios, los proyectos serán modificados, retrasados o abandonados (Venturini & Piccinini, 2014). La situación de ser padre puede ser vivenciada como un freno a los planes futuros, o bien, como un incentivo para formular o reformular un proyecto de vida. Por lo tanto, el embarazo adolescente puede ser conceptualizado como un problema, pero también como una solución alternativa al proyecto de vida. Por ende el embarazo adolescente puede tener una visión sesgada de parte de la sociedad, sin aludir al verdadero significado otorgado por los adolescentes (Cruzat & Aracena, 2006).

5.3 paternidades adolescentes con evidencia de consumo problemático de drogas

La evidencia de consumo problemático por parte de los padres adolescentes reveló algunas diferencias en historias y dinámicas familiares, condiciones de vida y emociones expresadas. Emergieron doce temas, los cuales se describen a continuación (ver anexos cuadro 2).

a) Estilo familiar permisivo, historial familiar de abuso, negligencia y paternidades adolescentes. Hallazgos indican un estilo parental permisivo (Perelló del Río et al., 2008). La mayoría de los padres tenían recuerdos dolorosos de su niñez, y muchos describieron las relaciones con sus propios padres con decepción y resentimiento (Herland Hauge & Helgeland, 2014). Hallazgos sugieren padres abusivos, negligentes y ausentes, que fueron descritos como la causa de muchas de las dolorosas experiencias infantiles de los participantes (Shade et al., 2013). Los autores afirman que los factores contextuales y familiares que pueden contribuir al desarrollo del comportamiento antisocial y los correlatos comunes de dicho comportamiento, incluyendo el fracaso académico, el uso de sustancias y el inicio temprano de conductas sexuales, todos ellos conducen directa e indirectamente a una transición temprana a la paternidad. Tener una madre que era muy joven en el primer parto, un bajo nivel socioeconómico familiar, malas habilidades académicas, falta de uso de condones y estar en una relación de cohabitación o conyugal, predijo la entrada a la paternidad (Pears et al., 2005). Hallazgos sugieren que la paternidad adolescente se asocia a una familia de origen con bajo nivel socioeconómico, poca escolaridad, y un historial familiar de paternidades adolescentes (Acevedo, 2011). Los autores identificaron seis variables predictoras de la paternidad adolescente: (i) ser miembro de una pandilla, (ii) residir con un padre no biológico como cuidador primario, (iii) haber tenido un bajo puntaje de desempeño académico, (iv) ser hijo de un padre con alcoholismo, (v) una madre con baja escolaridad, (vi) historial de un miembro de la familia declarado culpable de un delito grave (Unruh, Bullis, & Yovanoff, 2004).

b) Pobreza, falta de vivienda, exposición a violencia extrema en sus familias y la comunidad. Hallazgos sugieren que la estructura social de los adolescentes de este contexto estuvo marcada por la deserción escolar, pues la totalidad de ellos dejaron la escuela, como promedio, un año y medio antes de embarazar. En este contexto, los varones conciben la maternidad y la paternidad mucho tiempo antes de iniciar su vida sexual, pues el contexto en que viven y se desarrollan los envuelve en un rol cuya única alternativa de vida es ser madres-esposas y/o padres-esposos (De Jesús Reyes & Garza, 2014). Se trató de adolescentes afectados por la pobreza, que describieron la consecuente destrucción de la vida familiar que ocurrió con el

desempleo, el encarcelamiento, el trauma psicológico no tratado, las enfermedades psiquiátricas y el abuso de sustancias. Muchos participantes hablaron sobre la falta de vivienda, los arreglos de vida caóticos e inestables y la exposición a la violencia extrema en sus familias y en la comunidad (Shade et al., 2013).

c) Arreglos diversos, mudarse o ser movidos por sus madres o abuelas, principales protectoras contra violencia en barrios y comunidades. Los padres adolescentes hacen varios arreglos, desde vivir juntos en una misma casa, de vivir en casas separadas o vivir con los parientes. Si el niño continúa en la casa de la madre, el padre permanece con el compromiso de buscar y proveer a ambos (ToneLi et al., 2015). Los participantes se describieron como muy involucrados o capaces de obtener ingresos significativos de las ventas de drogas en la calle; sin embargo, tenían más probabilidades de temer el daño a su hijo y considerar distanciarse como un mecanismo de protección. Aunque muchos de los jóvenes veían la paternidad como transformadora, proporcionándoles la oportunidad de cambiar para que tuvieran una influencia positiva en su hijo, pocos podían imaginar cómo superar los obstáculos a la situación que enfrentaban. Los entrevistados hablaron de mudarse o ser movidos por sus madres o abuelas de barrios y comunidades infestadas de pandillas con la esperanza de protegerse a sí mismos y a sus hijos de la violencia y represalias (Shade et al., 2013).

d) Desempleo, abandono escolar, posibles ingresos por narcotráfico. Shade y colaboradores (2013) identificaron que los participantes de su estudio se auto-describieron como muy involucrados o capaces de obtener ingresos económicos significativos de las ventas de drogas en la calle; sin embargo, mencionaron temer el daño a su hijo y considerar distanciarse como un mecanismo de protección. De ciento veintiocho padres adolescentes que participaron en una evaluación de las conductas de riesgo y necesidades de servicio antes de ingresar a un programa para padres jóvenes, el 73% estaba desempleado, el 69% había abandonado la escuela (Weinman, Smith & Buzi, 2002).

e) Convertirse en un padre adolescente puede a su vez estimular una mayor delincuencia. Más del doble de los padres adolescentes fueron susceptibles a cometer actos delictivos que los adolescentes no padres. Los resultados indican que una sola teoría del comportamiento problemático no puede explicar adecuadamente la asociación entre la paternidad juvenil y la delincuencia (Stouthamer-Loeber & Wei, 1998). Se encontró que en el periodo de los 12 meses de haber salido del sistema correccional los delincuentes juveniles que eran padres regresaron al sistema correccional juvenil a una tasa más alta que los no padres (Unruh, Bullis & Yovanoff, 2003). Los autores afirmaron que la delincuencia y el uso de drogas son factores de riesgo para la paternidad adolescente, incluyendo la crueldad con las

personas. Las conclusiones también indicaron que el impacto de convertirse en un padre adolescente puede a su vez estimular una mayor delincuencia (Thornberry et al., 2000). Hallazgos sugieren que existe una relación significativa entre las lesiones por armas de fuego, la participación continua en actividades ilegales, estar constantemente en la correccional juvenil, se asoció con una mayor prevalencia de padres adolescentes (McLaughlin et al., 1999). Los autores manifestaron que la criminalidad puede deberse a la necesidad de manutención del hijo, o simplemente como una expresión de rebeldía en los grupos de padres adolescentes (Acevedo, 2011). Hallazgos sugieren que desistir de cometer delitos es un proceso largo y complejo, de tal manera que muchos de ellos continúan cometiendo delitos, mucho tiempo después del nacimiento de su hijo (Helyar-Cardwell, 2012). La paternidad se asoció con una mayor exposición al riesgo entre los delincuentes juveniles graves. Simplemente el cambio al estado de la paternidad se asoció con niveles delictivos más altos (Tremblay, Sutherland & Day, 2016). Los adolescentes que reportaron una mayor exposición a situaciones traumáticas en su historia de vida y antecedentes de delitos cometidos en el pasado; tuvieron probabilidades significativamente mayores de haber engendrado un hijo (Khurana & Gavazzi, 2011).

f) Historia familiar con antecedentes de consumo de alcohol y drogas problemático, un sistema familiar en tensión y fracturado. Hallazgos sugieren una historia familiar con antecedentes de consumo de drogas, alcohol y cannabis, por uno o ambos padres del adolescente (Perelló del Río, et al., 2008). Los autores encontraron una figura parental con problemas de alcoholismo, drogadicción y/o pandillerismo, lo que provocaba fuertes tensiones, desestabilidad y finalmente la fractura de la estructura familiar del adolescente (De Jesús Reyes & Garza, 2014). En el estudio en hombres afroamericanos que asisten a una clínica para adolescentes, la probabilidad de probar positivo para el uso de fármacos fue tres veces más alta en aquellos sin antecedentes de embarazo (Guagliardo, Huang & D'Angelo, 1999). En una investigación realizada con ciento veintiocho padres adolescentes que asistían a un programa de apoyo para padres adolescentes y sus hijos, cerca del 30% había cometido un delito grave, consumían drogas; pero a pesar de sus comportamientos de riesgo, los padres jóvenes no querían consejería sobre el abuso de sustancias. Muchos padres jóvenes creían que el empleo sería la panacea para todos sus problemas (Weinman, Smith, & Buzi, 2002). Los participantes afirmaron utilizar sustancias para para controlar el estrés asociado a ser padres adolescentes (Acevedo, 2011).

g) La paternidad es una opción para cambiar de vida. Hallazgos sugieren que las madres de sus bebés pueden motivar a los padres criminales y pandilleros a terminar sus asociaciones y a cambiar sus cursos de vida. Las mujeres

jóvenes podían hacer esto ofreciéndoles un nuevo comienzo, supervisando sus comportamientos, proporcionando actividades en el hogar que competían con actividades en las calles (Shade et al., 2013).

h) Antecedentes de paternidad y evidencia de uso problemático de drogas, aumenta la probabilidad de desistir del uso de preservativos. Los autores exploraron dos muestras de hombres afroamericanos adolescentes con y sin antecedentes de un hijo o embarazo. Quienes habían reportado un hijo o embarazo eran aproximadamente 14 veces más propensos a reportar tres o más parejas sexuales en el último año, más de cinco veces probabilidades de reportar una historia de enfermedad de transmisión sexual, más de 2,5 veces de ser inconsistentes o no usar condones en comparación con los hombres sin antecedentes de embarazo (Guagliardo, Huang & D'Angelo, 1999). La delincuencia y el uso de drogas son factores de riesgo para la paternidad adolescente (Thornberry et al., 2000).

i) Se destaca el rol de la mujer como elemento esencial de la vida familiar. Los participantes pusieron en evidencia que hubo ausencia de la familia en momentos importantes de su vida (Saenz & Medici, 2010). Hallazgos sugieren que sobre todo se destaca el papel de la abuela paterna como guía y baluarte con sus consejos; la relación con la madre del bebé, y con la familia de la madre. Mientras que también han sido beneficiarios de programas de apoyo social (Acevedo, 2011). Un elemento esencial es el compartir la responsabilidad, los adolescentes enfatizaron la importancia del apoyo de la madre de sus hijos (Herland, Hauge & Helgeland, 2015).

j) Identidad de género hegemónica, influenciada por eventos traumáticos. Hallazgos consistentes con el modelo de masculinidad, que consiste en ser proveedor, responsable y participativo en la vida de los hijos, es parte constituyente de ser hombre (Toneli et al., 2015). Para los padres adolescentes entrevistados la construcción de la identidad de género y padre estaba fuertemente influenciada por sus ideales culturalmente favorecidos de la masculinidad. La cultura de las pandillas y las calles afectó el desarrollo de la identidad, al igual que las representaciones populares de los medios de comunicación de “los malos”. Los jóvenes de este estudio hicieron referencia a películas, relataron sus vidas a la versión de Hollywood del peligroso estilo de vida. Sus visiones de un padre involucrado a menudo se contradecían con las imágenes “malas” de la masculinidad. El desarrollo de una identidad como padre adolescente fue influenciado no sólo por el género, sino por eventos traumáticos y amenazas en el transcurso de su vida y el respeto de sí mismo (Shade et al., 2013). Hallazgos sugieren que los participantes pensaron en el futuro de su hijo, teniendo en cuenta las amenazas que ellos mismos habían experimentado en el transcurso de su vida, de tal manera que consideraron preparar de a su propio niño para defenderse

de posibles peligros. Hablaron sobre de la necesidad de que su hijo fuera un hombre de calle, inteligente, atlético, fuerte y socialmente conectado con personas en las que podría confiar, por si surgiera la necesidad de tomar represalias por un acto ofensivo. Al criar a un niño con estas cualidades, esperaban asegurar que su hijo mostrara comportamientos masculinos hegemónicos y no ser marginado por sus compañeros debido a acciones o apariencias que eran ostensiblemente femeninas (Shade et al., 2013).

k) Necesidad de distanciarse, sensación de desasosiego, causando angustia que perturba su vida y confirma que no eran capaces de ser padres. Los participantes expresaron una sensación negativa sobre la relación con su familia de origen (Saenz, & Medici, 2010). Hallazgos indican que las emociones expresadas entre los participantes ante la experiencia de la paternidad fueron negación, miedo, deseo de escapar (Acevedo, 2011). Los autores afirman que la necesidad de los participantes de distanciarse de sus hijos podría verse como una solución en la práctica, debido a las dificultades en la propia infancia, lo cual se relaciona a la distancia emocional que ha vivido con sus propios padres. Sensación de desasosiego, causando angustia que perturba su vida y confirma que no eran capaces de ser padres; en las maneras que pueden ser reconocidas como ‘bueno’ (Herland, Hauge & Helgeland, 2015). Hallazgos de la investigación ponen en evidencia sentimientos de pérdida y dolor presentes en todas las entrevistas (Shade et al., 2013). En un estudio longitudinal se exploró la conducta agresiva en menores entre los grados 3° a 5°, se encontró que los menores particularmente agresivos tenían un riesgo más alto de reportar el embarazo de una mujer. Estos resultados ponen de relieve que los precursores de los informes de embarazo de los hombres adolescentes pueden ser identificados desde que tienen la edad de ocho años (Miller-Johnson et al., 2004).

l) Proyecto de vida: Intentos por hacer una ruptura con el pasado y la historia de su propia infancia. Los participantes expresaron una fuerte necesidad por ser diferentes, de cómo sus padres fueron con ellos (Saenz & Medici, 2010). Los adolescentes entrevistados mostraron un discurso ambiguo en relación con el deseo de ser padres, que oscilaba entre querer y planear tener el hijo, teniendo relaciones sexuales intencionalmente desprotegidas. La paternidad fue vista como una alternativa “línea de fuga” a la participación en la red organizada del tráfico de drogas, de tal manera que buscaron adecuarse a los modelos de matrimonios (Toneli et al., 2015). Hallazgos sugieren que el proyecto y el sentido de vida, consistió en la resignificación de ser padre, enfocado en el trabajo y la escuela (Acevedo, 2011). Intentos por hacer una ruptura con el pasado y la historia de su propia infancia. Hallazgos sugieren que muchos de los padres adolescentes describen sus relaciones con sus propios hijos como difíciles y tensas. Mencionaron que intentaban hacer

una ruptura con el pasado y la historia de su propia infancia. A diferencia de las relaciones con sus padres, intentan desarrollar fuertes lazos emocionales con sus hijos (Herland et al., 2014). Las malas relaciones padre-hijo contribuyeron significativamente a la motivación de los participantes para ser una persona positiva en la vida de su hijo. Las malas relaciones padre-hijo también ofrecían modelos de desconexión (Shade et al., 2013).

5.4 Discusión y conclusiones

Los trabajos analizados sugieren paternidades adolescentes y familias enmarcadas en un ambiente estresante y un historial de problemas de conducta; quienes provienen de hogares con menos recursos son los más propensos a iniciar vida sexual tempranamente, y de modo consecuente tener hijos, lo cual es coincidente con estadísticas a nivel nacional, la proporción de población de 12 a 19 años de edad que ha iniciado su vida sexual pasó de 15% en 2006 a 23% en 2012 (Senado de la República, 2017).

Los adolescentes que experimentaron un ambiente estresante de crianza y un historial de problemas de conducta tuvieron más probabilidades de convertirse en padres a una edad temprana, lo cual fue coincidente con estadísticas a nivel nacional, la proporción de población de 12 a 19 años de edad que ha iniciado su vida sexual pasó de 15% en 2006 a 23% en 2012 (Senado de la República, 2017); sin lugar a dudas los adolescentes que provienen de hogares con menos recursos son los más propensos a iniciar vida sexual tempranamente, y de modo consecuente tener hijos.

El apoyo familiar fue fundamental ante la paternidad, se observó que las familias brindaron apoyo de vivienda para el adolescente y su nueva familia, incluso aquellos que no cohabitaron con sus parejas e hijos, siempre tuvieron la posibilidad de vivir con su familia de origen (Gonzalez 2009; Molina 2011; Shade et al., 2013); fue más común que las mujeres se mudaran a casa de él que viceversa, lo cual sugiere la apertura de las familias ante la paternidad, en contraste con la maternidad; los hombres reciben más apoyo en temas de vivienda que las mujeres adolescentes (Rojas, Guerrero & Vargas, 2017).

Se trató de textos que mostraron adolescentes y familias que han vivido en hogares marcados por la tensión doméstica y dificultades financieras, que los han llevado a vivir situaciones de riesgo psicosocial. Esto consiste en un gran número de sucesos estresantes afrontados de alto impacto emocional, entre ellos los problemas económicos, adicción, reprobación escolar, divorcio parental, violencia intrafamiliar (Venegas, 2015).

La paternidad adolescente suele exacerbar las condiciones de vulnerabilidad social; es decir, el conjunto de riesgos que han experimentado estas familias, ante los

eventos y cambios en su composición, que pueden llevarlos a la pobreza o a profundizarla; y los pocos recursos y estrategias para enfrentarlos (Ullmann, et al., 2014).

La identidad de género en hombres de estrato popular alude al ejercicio sexual temprano, intensivo y evidente, mandato que reafirma la hombría (Vergara, 2006), dicha contradicción consiste en percibir el riesgo y aun así asumir actitudes riesgosas, entonces el bajo nivel socioeconómico, las condiciones de vida, la disfuncionalidad familiar, los bajos niveles educativos, las presiones de los pares y el consumo de sustancias (Capote et al., 2016) son prácticas culturales que favorecen su vulnerabilidad (Castillo et al., 2017).

La identidad y los comportamientos de género no son simplemente impuestos a los individuos a través de la socialización, sino que todos los individuos participamos activamente en dicha construcción, estas relaciones están situadas en contextos y momentos históricos específicos, de manera que las definiciones culturales de masculinidad y de femineidad emergen históricamente, son construcciones dinámicas, a través de las cuales los individuos y los grupos interpretan y construyen sus comportamientos y relaciones cotidianas (Jiménez, 2003).

La masculinidad como categoría social, está constituida por presupuestos socioculturales sobre ideales y estereotipos de género y de relacionamiento intergenérico, que contribuyen a la construcción del imaginario subjetivo, la representación social, la manera de ser y la manera de relacionarse de hombres y de mujeres; la ideología hegemónica de la masculinidad es una visión construida por los hombres, mediante el curso de la historia (Villaseñor, 2003).

En una descripción exhaustiva sobre sexualidad, reproducción y paternidad en varones mexicanos, Jiménez Guzmán (2003) exploró la manera en que las familias sitúan a sus hijos, como agentes de ubicación de clase, creación y transmisión de desigualdad de género, de manera que la familia, reproduce y recrea un sistema jerárquico de género de la sociedad en su conjunto. Afirmó que la familia juega un papel importante en la formación de la ideología de la sociedad, a la vez que el sistema socioeconómico forma y recrea un cierto tipo de familia. La masculinidad se arraiga antes de los seis años y se refuerza en la adolescencia, periodo en el cual se necesita afirmar la masculinidad, que implica en parte negar los rasgos femeninos, es un periodo de fuerte desfeminización; la autora señala que consiste en un periodo claramente machista, que se irá atenuando en la adultez, que el modelo ideal del joven es el agresivo, abusivo, diestro en los deportes, que desafía a las autoridades, que fomenta la violencia y la competitividad entre los pares, lo cual significa demostrar hombría en todo momento (Jimenez, 2003).

En los trabajos revisados se encontró que ha prevalecido la imagen de padre proveedor, con poca capacidad, destreza y práctica sobre aspectos de la

crianza y desarrollo infantil, que desearían tener una mayor participación desde la decisión del embarazo. Sin embargo, prevaleció su “invisibilidad”, a pesar que de buscaran en su cotidianidad, superar los límites de modelos que los han restringido a la función de único proveedor del grupo familiar, e intentando experimentar el lugar de cuidador de manera diferente al de sus propios padres (Tonelli et al., 2015). Sobre la participación de los hombres en actividades domésticas el panorama es poco alentador (Wainerman, 2007), son cambios que se expresan fundamentalmente en el plano discursivo, y están muy lejos de la corresponsabilidad práctica y cotidiana entre hombres y mujeres en cuanto a la carga de cuidado y en la crianza (Aguayo, Barker & Kimelman, 2016).

Sin embargo, aun cuando el adolescente intenta asumir un papel activo como padre de su hijo(a), las instituciones sociales parecen negarle o impedirle la asunción de este rol, el silencio que rodea las paternidades adolescentes implica una relación perversa de la sociedad con los adolescentes, al anularlos socialmente acaban por legitimar su ausencia, pues se les dificulta la posibilidad de pensar, prevenir o asumir su condición de padres “reales o virtuales” (Osores, 2000).

Actualmente se ha llegado a cuestionar el concepto de “familia”, como un concepto esencialista, que presupone una “esencia básica”; es decir, una unidad que es válida, presente en toda cultura y en cualquier tiempo; sin embargo, hay otras miradas que cuestionan tratarla como una unidad, debido a que se está pasando por alto, que en su interior existen muchas diferenciaciones e inequidades (Guzmán, 2016).

Es importante mencionar que algunas de las características de la construcción social de la masculinidad dominante, pensada como estereotipo, como tipo ideal, no necesariamente se da en todos los cuerpos masculinos (Guzmán, 2016).

Ser un varón adulto en una sociedad concreta, es decir, aquello a lo que se denomina “hombre de verdad” o “auténtico hombre”, es en realidad algo incierto y precario, como un premio a ganar o conquistar con esfuerzo (Guzman, 2003), son significantes de poder, dentro del cual o por medio del cual se articula el poder, y que finalmente se construye a través del parentesco, pero no en forma exclusiva (Scott, 1986).

Entonces existe una masculinidad dominante, estereotipada, pero también existen formas de masculinidad subordinadas, que resisten y transforman normatividades imperantes, aunque sea una minoría (Guzmán, 2016). Lo cual abre a la posibilidad de reflexionar si podrían ser las paternidades adolescentes formas de masculinidad subordinadas.

Por otra parte, en los textos analizados donde se encontró evidencia de consumo problemático de drogas, se trató de familias que expresan sus sentimientos

con altos niveles de cólera, agresividad y conflicto, una pobre supervisión parental, inconsistencia disciplinaria, que va de lo permisivo a lo severo, lazos emocionales deteriorados, dinámicas familiares que reflejan poca capacidad de organización, menor interés por el crecimiento de sus miembros, tanto intelectual como social o moral, estilo de vida desviado y antisocial, todas ellas características atribuibles a menores imputados en actividades delictivas (Dopico y Pascual, 2016). Se trató de familias que viven en entornos de pobreza, falta de vivienda, y de exposición a violencia extrema tanto en sus familias, como en la comunidad; barrios donde existe la presencia de pandillas, son contextos donde es común el consumo de drogas y alcohol (Gimenez & Jimenez, 2017).

Ante el desempleo, el abandono escolar, los antecedentes personales y familiares de consumo problemático de sustancias y la tendencia por romper ley, predomina la posibilidad de obtener ingresos por narcotráfico, incluso el hecho de convertirse en un padre ha estimulado en estos menores una mayor delincuencia posterior al nacimiento de su hijo. La relación entre trayectoria delictiva y consumo de drogas en adolescentes se ha demostrado; se sabe que a mayor incidencia delictiva, mayor dependencia; en cuanto a patrones de consumo por tipo de sustancia, el cannabis está asociado a trayectorias delictivas iniciales, mientras que la cocaína, a trayectorias consolidadas, lo antes dicho forma parte de la vida cotidiana de adolescentes en conflicto con la ley (Uceda, Navarro, Pérez-Cosín, 2016).

La pobreza, el desempleo, el abandono escolar, la falta de vivienda y el encarcelamiento a los que se hace referencia en los textos analizados, suelen reforzar los estigmas de violencia y desigualdad característicos de los sectores más pobres de la sociedad; de tal forma que se les dificulta participar de otras redes distintas a las del mercado ilegal, así como emprender los procesos de rehabilitación social y sanitaria (Albano et al., 2016).

Ante ese escenario no es de extrañarse que la paternidad fuera una opción para cambiar de vida, se sabe que los adolescentes de contextos marginales tienen la tendencia de utilizar el mundo como objeto (Cohn, 2010), probablemente un hijo sea el medio para dejar el mundo de las drogas y sus peligros. Aquí se destaca el rol de la mujer como elemento esencial de la vida de la pareja y familiar, al intentar mantener al padre de su hijo alejado de los vicios y la calle, mediante la asunción del nuevo rol parental.

Lo antes mencionado es coincidente con los resultados de las estadísticas a propósito del Día Internacional de la Juventud de 15 a 29 años publicado por el Instituto Nacional de Geografía y Estadística en el año 2017, del total nacional que inició vida sexual en la juventud (72.4%), el 45.8% no usó protección, dicha proporción aumenta en los adolescentes (54.4%); llama la atención que una de las

principales razones para no protegerse (22.0%) fue porque deseaban embarazarse (INEGI, 2017). Entonces anhelar ser padre, devela que el desistir del uso de los preservativos no es meramente un accidente o descuido; sino que se trata de una acción deliberada (Cohn, 2010), un intento por cambiar el estilo de vida.

En una tentativa por dar una explicación a los fenómenos sociales altamente complejos, como el fenómeno de las drogodependencias, la Teoría de la Conducta Problema de Jessor y Jessor (1977), citado en el trabajo sobre las Teorías Aplicadas a la Prevención de Drogodependencias del Ministerio de Sanidad y Política Social de España (s/a), que posteriormente derivó en la teoría de Riesgo de los Adolescentes de Jessor (1991), consiste en la interacción entre sujeto y el contexto y a indicadores sociales de pobreza y de privación social que rigen de muchas conductas de riesgo, incidiendo en factores de riesgo conductuales, biológicos y las etapas del desarrollo como base para contextualizar diferentes comportamientos. Otra explicación consiste en el Modelo del Desarrollo Social de Catalano, Hawkins, et al., (1996), tienen como eje la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1974). El modelo intenta predecir tanto la conducta antisocial, tomando en cuenta lo individual, familiar, escuela, grupo de iguales y comunidad. El desarrollo de conductas antisociales dependerá de la intensidad del vínculo las gratificaciones percibidas por la realización de dichas conductas; mientras que la Teoría de la Influencia Triádica de Flay y Petraitis (1994) parte de la interrelación entre el individuo y contexto, atendiendo a varios niveles: macro ambiente (está en el origen de las actitudes); microambiente inmediato (determina el contexto social) y predisposiciones genéticas y de personalidad (a nivel personal). Considera tres tipos de influencia sobre el comportamiento: a) culturales y ambientales, que influyen sobre el conocimiento y las actitudes; b) contexto social, que influye en las creencias sociales normativas; c) intrapersonales, que afecta a la autoeficacia. A su vez estas influencias interaccionan con los diferentes niveles en continuo de relaciones. Zuckerman y su Teoría de la Búsqueda de Sensaciones (1994) intenta explicar el interés de los adolescentes por el riesgo, por el deseo de vivir sensaciones nuevas e intensas, y de ponerse a prueba con frecuencia para conseguir altos niveles de estimulación (Ministerio de Sanidad y Política Social de España, s/a).

Sin embargo, los hallazgos de los trabajos aquí presentados sugieren que una sola teoría del comportamiento problemático no puede explicar adecuadamente la asociación entre la paternidad juvenil y la delincuencia (Stouthamer-Loeber & Wei, 1998), es necesaria una mirada multidisciplinaria que ayude a comprender en profundidad el fenómeno de las paternidades cuando se usan drogas.

Otra mirada consiste en la “triada de la violencia” propuesta por Michael Kaufman (1989), se trata de un enfoque crítico hacia los varones que muestra el

daño hacia terceros, como la mujer (y a niñas y niños), el daño hacia iguales; es decir, el daño entre hombres, y por último el daño hacia sí mismo (De Keijzer, 1997). Un ejemplo de la violencia hacia niños y mujeres podemos encontrarla en su propia historia de vida y sus intentos por hacer una ruptura con el pasado, debido al dolor vivido de la propia infancia, incluso esas experiencias los han llevado a alejarse de sus parejas e hijos.

Mientras que la violencia ejercida hacia otros hombres puede ser descrita mediante los relatos de la calle, en donde se tiene que demostrar que se es hombre, consumiendo alcohol y drogas, defendiendo el barrio, aunado a los posibles ingresos por drogas. En México hay un aumento de la mortalidad por arma de fuego, que ha contribuido sustancialmente al estancamiento de la esperanza de vida, e incluso a su descenso entre los hombres jóvenes, esto refleja que la violencia no es solo un problema de seguridad sino también un problema de salud colectiva (González, Vega & Flores, 2017). Finalmente la violencia hacia sí mismo, que consiste en la poca capacidad de cuidar de sí mismos, relacionarse con parejas sin protección, bajo el influjo de alcohol y drogas, estar en la calle y todos los peligros que involucran el narcomenudeo, solo por mencionar algunos de los temas que emergieron en los trabajos analizados.

Para estos padres la distancia afectiva fue protectora ante la violencia, lo cual les confirmó su incapacidad de ser buenos padres. En palabras de Anzaza (s/a) en su trabajo sobre Paternidades en Jóvenes en Situación de Calle, sugiere que se asume la paternidad y el matrimonio de una manera contradictoria como alternativas para dejar las drogas, pues la hombría ha estado relacionada con la paternidad, que los llevó a sentirse atrapados en el discurso parental y lo aprendido, porque sabían que “tienen que dejar de drogarse para ser un hombre de verdad”, además de que el drogarse los mantiene alejados de sus hijos; por otro lado, esta misma acción forma parte de sus significados, debido a que, dentro de su comunidad “...el que no se droga no es muy hombre” lo que corresponde más a su experiencia (Azanza, s/a).

Sobre el trabajo de Azucena Ordoñez sobre “Representación social de la paternidad y significado de la progenie en jóvenes que viven en la calle” citado por Figueroa & Salguero (2014), se analizó mediante la teoría de las representaciones sociales el significado de la paternidad, se encontró que para quienes se encuentran bajo los efectos de alguna droga parece estar dividida entre lo que hacen como padres y lo que piensan que van a hacer para con sus hijos e hijas. Como padres, su acción está fundada en el deber ser de los hombres, en tanto que sus ideas y expectativas de cómo serán padres se apoyan en sus propias vivencias y carencias cuando eran niños y en lo que tienen que lograr con sus hijos e hijas. La paternidad

es su posibilidad de resignificar la vida y les permite contactar con la parte afectiva y de cuidado, no solo respecto de los hijos (a) s, sino de ellos mismos. Finalmente los participantes no se identificaban a sí mismos como sujetos de derecho, lo cual también hace que sean víctimas no solo de instituciones, sino de prácticamente cualquier persona, además de enfrentar conflictos por su forma de vida y adicciones (Figueroa & Salguero, 2014).

Lo antes mencionado nos invita a reflexionar sobre el papel de las paternidades adolescentes en contextos de drogas y criminalidad, pensar en que dicho fenómeno social solo puede deberse a la necesidad de manutención del hijo, o que simplemente se trata de una expresión de rebeldía en los grupos de padres adolescentes (Acevedo, 2011), puede parecer una interpretación un tanto simplista.

Es importante mencionar que las violencias sociales son una expresión de la exclusión de grandes sectores de la población empobrecida de los servicios básicos para vivir, de educación, salud, vivienda y trabajo dignos, Quapper (2005) ha descrito en su trabajo “Violencias en jóvenes, como expresión de las violencias sociales”; que existen diferentes tipos de violencias, las cuales se explican a continuación: 1) Violencia juvenil, que consiste en una marcada tendencia por parte de los voceros de la dominación política y económica de culpar a las y los jóvenes como agentes y causantes de las violencias sociales en nuestras sociedades, se trata de una mirada estigmatizadora como sujetos intrínsecamente violentos, en tanto estarían en un periodo de su vida marcados por la inestabilidad, confusión y desorientación, lo que les lleva a actuar de ese modo; 2) Criminalización de lo juvenil, el autor explica que en América Latina existen procesos de alta violencia social, y refiere la influencia de los medios de comunicación quienes destacan la elevada participación en hechos delictivos por parte de los jóvenes, y que según cada país recibe nombres distintos: maras, pandillas, etcétera; de manera que a la par se da otro fenómeno, 3) Internalización en jóvenes, que consiste en la tendencia para asumir los discursos dominantes presentes, de manera que asumen como propios dichos discursos. También existen otro tipo de violencias, como las violencias institucionales que refieren a los modos en que determinadas organizaciones de la sociedad ejercen control sobre la población, afectando sus posibilidades de despliegue y crecimiento, estas violencias constituyen modos de expresión de las violencias estructurales, por ejemplo: violencias en la familia, generacionales, de género, heterosexistas, políticas y de los gobiernos, culturales, entre otras (Quapper, 2005).

Cuando existen antecedentes personales y familiares de consumo de alcohol y drogas, delincuencia, fractura de la estructura familiar, comunicación agresiva, un contexto de pobreza; el adolescente estará en mayor riesgo de reproducir estereotipos de género hegemónicos, tener diversas parejas sexuales sin

protección, que favorecerían un aumento en enfermedades de transmisión sexual, ser padre adolescente, tener más hijos a lo largo de la vida; luego, posterior a la paternidad, desempleo o empleos poco remunerados a lo largo de su vida, que los llevaría a cometer actos delictivos reincidentes más graves y violentos, un aumento en el consumo de drogas, posibles ingresos por narcotráfico, que sus hijos sean padres adolescentes, y de esta manera que se siga perpetuando el ciclo de pobreza y violencia. A pesar de que las familias los apoyan con vivienda una vez que son padres, la historia conflictiva de sus familias no permite el sano desarrollo de relaciones armoniosas, a pesar de sus intentos son padres distantes, lo cual causa en ellos una sensación de desasosiego y angustia que perturba su vida y confirma que no eran capaces de ser buenos padres.

Las limitaciones de este trabajo consisten en un número reducido de estudios, de los cuales se extrajeron las principales conclusiones, las cuales poseían características heterogéneas; entre las cuales se incluyeron revisiones, tesis y artículos empíricos tanto cualitativos como cuantitativos, que pudieran no ser comparables dadas las características de su metodología y sus hallazgos, incluso porque no todos ofrecían el mismo tipo de información. Entre sus fortalezas fue que se incluyeron trabajos de buena calidad, bajo criterios estrictamente científicos, y el enfoque permitió superar los problemas de heterogeneidad metodológica y epistemológica.

La literatura en torno a las paternidades adolescentes y sus familias se caracterizaron por una historia de abandono familiar, sin embargo, sus padres los apoyaron en la paternidad, una de las maneras más comunes fue el apoyo económico, e incluso vivir en la casa de origen de sus padres con sus parejas e hijos. A pesar de ser apoyados por sus padres expresaron sentimientos que sugerían vacío afectivo y juicios descalificatorios de sus familiares. Prevalció la imagen de padre proveedor y jefe de familia. Un hallazgo sobresaliente fue que ante la evidencia de consumo problemático de drogas, se identificaron importantes diferencias en la dinámica familiar, caracterizada por estilo permisivo, antecedentes personales y familiares de consumo de alcohol y drogas, así como condenas por delitos. Condiciones de pobreza, desempleo, abandono escolar, falta de vivienda y encarcelamiento, así como posibles ingresos por narcotráfico, delitos reincidentes, e incluso un aumento en niveles delictivos posteriores a la paternidad. Comportamientos masculinos hegemónicos, caracterizados por distancia afectiva protectora ante la violencia, que les confirman su incapacidad de ser buenos padres. Tanto la paternidad como el matrimonio fueron alternativas para dejar las drogas.

Es importante reconocer que hay una marcada tendencia de la producción científica por describir su perfil epidemiológico (Terrible et al., 2017), dejando un tanto de lado las experiencias y significados que los padres otorgan a esta experiencia,

incluso más aún cuando existe un antecedente de consumo de sustancias, todo ello con la finalidad de tener una producción académica orientada hacia la prevención y promoción de la salud, emanadas desde las vivencias propias de los adolescentes (Gonzalez et al., 2017).

Es necesario comprender los modelos de la buena paternidad entendidos como horizontes normativos que moldean las experiencias de paternidad y las subjetividades de los padres, sus relaciones con las políticas públicas y el Estado, así como con las diversas violencias que moldean las vidas cotidianas de todos los hombres, mujeres, niños, niñas y adolescentes que habitan en los barrios pobres, marginales y vulnerables (Castilla, 2018) y la reconstrucción del concepto de familia, partiendo de la posibilidad de que son estructuras sociales que se construyen a partir de la cotidianidad, y donde cabe la posibilidad de transgresión con la normatividad del deber ser individuo, pareja, y familia, y que abre la posibilidad a la construcción de nuevas identidades alternativas, que no consiste en un rompimiento con la heteronormatividad, sino que alimenta diversas posibilidades, así como dar voz a los malestares y el dolor en la experiencia de los varones, pues desde la visión hegemónica de la masculinidad, resulta impensable e incluso contradictorio (Figuroa & Salguero, 2014).

Se recomienda el estudio del fenómeno de las paternidades adolescentes, las prácticas de la paternidad en el seno de la familia, lo cual puede aportar a la formación de futuras generaciones, con la intención de lograr un entendimiento más profundo de dinámicas y formas de expresión de la hombría; así como una comprensión más profunda del fenómeno de las adicciones y las violencias.

5.5 Lista de referencias

- Acevedo, C. G., Casique-Casique, L., Ibarra, E. H., & Martínez, L. S. M. (2014). La paternidad adolescente, reflexiones, experiencias y la intervención de enfermería. *Tlatemoani*, (15).
- Acevedo, M. A. R. (2011). Padres a Temprana Edad. *Revista Griot*, 4(1), 8-24.
- Aguayo, F., Barker, G., & Kimelman, E. (2016). Paternidad y cuidado en América Latina: Ausencias, presencias y transformaciones. *Masculinities & Social Change*, 5(2), 98-106.
- Albano, G., Castelli, L., Martínez, E., & Rossal, M. (2016). Violencias institucionales y reproducción de estigmas en usuarios de cocaínas fumables de Montevideo. *Revista Psicología em Pesquisa*, 9(2).
- Almeida, A. D. F. F., & Hardy, E. (2007). Vulnerabilidade de gênero para a paternidade em homens adolescentes. *Revista de Saúde Pública*, 41, 565-572.
- Anabalón, C., Cares, F., Cortés, R., & Zamora, M. (2011). Construcción de la propia paternidad en adolescentes varones pertenecientes a liceos municipales de la comuna de La Cisterna. *Rev. Psicol*, 20(1), 53-71.
- Arteaga, M. (2011). *Representaciones mentales de la paternidad en padres varones adolescentes*. (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad del Perú, Lima.
- Azanza, M. J. M., & Velásquez, A. S. Paternidad en jóvenes en situación de calle. *Revista Iberoamericana*, 217-222.
- Barahona, P., Jayo, L., & Puertas, R. (2015). Percepción de los adolescentes varones sobre paternidad adolescente. *Católica Del Ecuador*, 33.
- Benatuil, D. (2005). Paternidad adolescente:¿ Factor de riesgo o de resiliencia?. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, (5), 11-26.
- Berger, L. M., & Langton, C. E. (2011). Young disadvantaged men as fathers. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 635(1), 56-75.
- Bermúdez, M. S. D. M. (2016). Padres Adolescentes y Jóvenes Debates y tensiones. *Revista Katálysis*, 19(1), 91-99.
- Botero, L. D., & Castrillón Osorio, L. C. (2015). La experiencia de la paternidad en adolescentes. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 3(46), 89-101.
- Butler, A., Hall, H., & Copnell, B. (2016). A guide to writing a qualitative systematic review protocol to enhance evidence-based practice in nursing and health care. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(3), 241-249.
- Capote Rodríguez, A., Ciria Martín, A., Pérez Piñero, J. S., Núñez Fernández, J., & Pereira Miñoso, Y. (2016). Consumo de sustancias tóxicas en adolescentes con infecciones de transmisión sexual. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(1), 0-0.
- Carmona, N. D. M. (2013). Familias cambiantes, paternidad en crisis. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 177-209.

- Casique, I. (2016). Dimensiones entrelazadas: empoderamiento y actitudes de los adolescentes mexicanos respecto al uso del condón masculino. *Revista Latinoamericana de Población*, 10(19), 149-168.
- Castilla, M. V. (2018). Experiencias de paternidad en barrios pobres y vulnerables de Buenos Aires. *Millcayac: Revista Digital de Ciencias Sociales*, 5(8), 195-216.
- Castillo-Arcos, L. D. C., Alvarez-Aguirre, A., Bañuelos-Barrera, Y., & Valle-Solís, M. O. (2017). Edad, Género y Resiliencia en la Conducta Sexual de Riesgo para ITS en Adolescentes al Sur de México. *Enfermería Global*, (45), 168
- Cohn, M. P. (2010). Motivos de paternidad en adolescentes varones marginales en instituciones cerradas. In *II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-031/534>
- Cruzat, C., & Aracena, M. (2006). Significado de la paternidad en adolescentes varones del sector sur-oriente de Santiago. *Psykhé (Santiago)*, 15(1), 29-44.
- Muñoz Chacon, S. (2001). En busca del Pater Familias: construcción de identidad masculina y paternidad en adolescentes y jóvenes. *Burak S. Adolescencia y juventud en América Latina: Editorial Tecnológica de Costa Rica*, 243-265.
- Christmon, K. (1990). Parental responsibility of African-American unwed adolescent fathers. *Adolescence*, 25(99), 645.
- Dallas, C. M., & Chen, S. P. C. (1998). Experiences of African American adolescent fathers. *Western Journal of Nursing Research*, 20(2), 210-222.
- Dearden, K., Hale, C., & Blankson, M. (1994). Family structure, function, and the early transition to fatherhood in Great Britain: Identifying antecedents using longitudinal data. *Journal of Marriage and the Family*, 844-852.
- Dei Schiro, E. D. B., Dias, A. C. G., Neiva-Silva, L., Nieto, C. J., & Koller, S. H. (2012). Características familiares y apoyo percibido entre adolescentes brasileños con y sin experiencia de embarazo. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30(1), 65-80.
- De Jesús Reyes, D., & Cabello Garza, M. L. (2011). Paternidad adolescente y transición a la adultez: una mirada cualitativa en un contexto de marginación social. *Iberoforum*, 6(11), 12-28.
- De Jesús Reyes, D., & Garza, M. L. C. (2014). Sexualidad y Reproducción Adolescentes: Un Estudio Sociocultural en un Contexto Urbano-Marginal de Monterrey, Nuevo León, México. *Revista Sexología y Sociedad*, 17(46).
- De Keijzer, B. (1997). *El varón como factor de riesgo: masculinidad, salud mental y salud reproductiva*. Tuñón E. Coordinadora. Género y salud en el sureste de México. Villa Hermosa: Ecosur/Ujad, 67-81.
- Demol, C. (2014). Aproximación a la sexualidad y el embarazo en jóvenes de comunidades rurales de Oaxaca. (México). *Jóvenes, desigualdades y salud: vulnerabilidad y políticas públicas*, 13, 125.

- Dopico, J. L. B., & Pascual, R. F. Prácticas parentales, contexto familiar y rasgos psicopáticos en jóvenes infractores. Educación, familia, delincuentes juveniles y psicopatía Parenting practices, family context and psychopathic traits in young offenders. *Avances en Psicología Jurídica y Forense*, 1.
- Fagan, J., Bernd, E., & Whiteman, V. (2007). Adolescent fathers' parenting stress, social support, and involvement with infants. *Journal of Research on Adolescence*, 17(1), 1-22.
- Figueroa, J. G., & Salguero, A. (2014). *Y si hablas de tu ser hombre?: Violencia, paternidad, homoerotismo y envejecimiento en la experiencia de algunos varones*. El Colegio de México AC.
- Guzmán, M. L. J. (2016). Algunos aspectos del conflicto entre los géneros. La sexualidad, la reproducción y la paternidad desde la perspectiva de algunos varones mexicanos. Un referente del conflicto. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, 22(1).
- Guzmán, M. L. J. (2016). La construcción Social de las Masculinidades. Un análisis desde la perspectiva de género. *Géneros*, 11(31), 61-67.
- Guzmán, M. L. J. (2016). Masculinidad/es desde el enfoque de género. Su construcción social y sus transformaciones. *Géneros*, 10(29), 65-69.
- Guzmán, M. L. J., & Solórzano, M. A. G. (2013). Algunos efectos de la precarización laboral en los jóvenes y en las relaciones de género. *In X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires*. Recuperado de <http://cdsa.aacademica.org/000-038/470.pdf>
- Gonzalez, E. L. (2009). Paternidad en el Adolescente: un problema social. *Arch. venez. pueric. pediatr.*, 72(3), 86-91.
- González-Pérez, G., Vega-López, M., & Flores-Villavicencio, M. (2017). El incremento de la mortalidad por armas de fuego y su relación con el estancamiento de la esperanza de vida en México. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 2861-2872.
- Guagliardo, M., Huang, Z., & D'Angelo, L. (1999). Fathering pregnancies: Marking health-risk behaviors in urban adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 24(1), 10-15.
- Herland, M. D., Hauge, M. I., & Helgeland, I. M. (2015). Balancing fatherhood: Experiences of fatherhood among men with a difficult past. *Qualitative Social Work*, 14(2), 242-258.
- Helyar-Cardwell, V. (2012). Fathers for good? Exploring the impact of becoming a father on young offenders' desistance from crime. *Safer Communities*, 11(4), 169-178.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. "Estadísticas a Propósito del Día Internacional de la Juventud (15 a 29 años) 12 de Agosto" *Datos Nacionales*. (n.d). INEGI. Extraído el 27/02/2017 desde http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/juventud2017_Nal.pdf
- Instituto Nacional de la Mujeres. Gobierno de la República. "Estrategia Nacional para la Prevención de Embarazos en Adolescentes". Extraída el 25/02/2017 https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/25687/ENAPEA_0215.pdf

- Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Taylor, A., & Dickson, N. (2001). Predicting early fatherhood and whether young fathers live with their children: Prospective findings and policy reconsiderations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(6), 803-815.
- Jara, J. A., & Urdinola, B. P. (2016). Efectos sociodemográficos de la paternidad adolescente. *Revista Puce*, 105, 225, 243.
- Jiménez Guzman, L. (2003). Dando voz a los varones sexualidad, reproducción y paternidad de algunos mexicanos (No. 305.31 J5).
- Kaufman, M. (1989). La construcción de la masculinidad y la triada de la violencia masculina. *Hombres, placeres, poder y cambio. Santo Domingo: Cípaif*, 19-64.
- Khurana, A., & Gavazzi, S. M. (2011). Juvenile delinquency and adolescent fatherhood. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 55(5), 756-770.
- López Poveda, J. E. (2012). *Factores sociales influyen en la asunción de la paternidad de los adolescents entre 15 Y 18 años usuarios del Centro de Salud N° 10 de la Ciudad de Guayaquil* (Bachelor's thesis, Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Psicológicas).
- Luz, A. M. H., & Berni, N. I. D. O. (2010). Processo da paternidade na adolescência. *Rev Bras Enferm*, 43-50.
- McLaughlin, C. R., Reiner, S. M., Reams, P. N., & Joost, T. F. (1999). Factors associated with parenting among incarcerated juvenile offenders. *Adolescence*, 34(136), 665
- Meincke, S. M. K., & Carraro, T. E. (2009). Vivência da paternidade na adolescência: sentimentos expressos pela família do pai adolescente. *Texto and Contexto Enfermagem*, 18(1), 83.
- Mendieta Izquierdo, G., Ramírez Rodríguez, J. C., & Pérez Hernández, E. (2015). Prostitución masculina: una revisión narrativa. *Investigaciones Andina*, 17(31).
- Miller-Johnson, S., C Winn, D. M., Coie, J. D., Malone, P. S., & Lochman, J. (2004). Risk factors for adolescent pregnancy reports among African American males. *Journal of Research on Adolescence*, 14(4), 471-495.
- Ministerio de Sanidad y Política Social de España (s/a). *Teorías aplicadas a la Prevención de Drogodependencias*. Recuperado el día 02 de Agosto de 2018 de la página web <https://scout.es/downloads/noteciessincoco/teorias.pdf>
- Molina Gutierrez, R. (2011). El padre adolescente, su relación parental y de pareja. *Última década*, 19(35), 89-110.
- Montaño, A. H., & Tovar, J. G. (2016). Los roles y estereotipos de género en los comportamientos sexuales de jóvenes de Coahuila, México: aproximación desde la Teoría Fundamentada. *Ciencia ergo-sum*, 23(2), 112-120.
- Montiel, G. G., & Ornelas, R. J. (2018). La violencia en México a la luz de las ciencias sociales. *Cultura y Representaciones Sociales*, 12(24), 435.

- Olivelia, B. L., Rodríguez, A. D., & Barraza, K. E. (2016). La educación sexual en adolescentes de la comunidad de Tilcuautla, Hgo. *Revista Huella de la Palabra*, (8).
- Osores, N. J. F. (Ed.). (2000). *Paternidades en América Latina*. Fondo Editorial PUCP.
- Pears, K. C., Pierce, S. L., Kim, H. K., Capaldi, D. M., & Owen, L. D. (2005). The timing of entry into fatherhood in young, at-risk men. *Journal of Marriage and Family*, 67(2), 429-447.
- Perelló del Río, M. J., Llorens Aleixandre, N., & Tortajada Navarro, S. (2008). *Influencia de los estilos educativos paternos en el consumo de drogas en adolescentes*. Recuperado de <http://roderic.uv.es/handle/10550/22396>
- Popay J, Roberts H, Sowden A, Petticrew M, Arai L, Rodgers M, et al., *Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews. A Product from the ESRC Methods Programme*. London: ESRC; 2006. p. 9.
- Quapper, K. (2005). Violencias en jóvenes, como expresión de las violencias sociales. Intuiciones para la práctica política con investigación social. *Revista Pasos*. Recuperado http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/121845/Violencia_en_jovenes_como_expresion.pdf?sequence=1
- Redmond, M. A. (1985). Attitudes of adolescent males toward adolescent pregnancy and fatherhood. *Family Relations*, 337-342.
- Rhein, L. M., Ginsburg, K. R., Schwarz, D. F., Pinto-Martin, J. A., Zhao, H., Morgan, A. P., & Slap, G. B. (1997). Teen father participation in child rearing: Family perspectives. *Journal of Adolescent Health*, 21(4), 244-252.
- Rivera-Rivera, L., Leyva-López, A., García-Guerra, A., Castro, F. D., González-Hernández, D., & Santos, L. M. D. L. (2016). Inicio de relaciones sexuales con penetración y factores asociados en chicos y chicas de México de 14-19 años de edad con escolarización en centros públicos. *Gaceta Sanitaria*, 30(1), 24-30.
- Rodríguez, I. C. (2016). Dimensiones entrelazadas: empoderamiento y actitudes de los adolescentes mexicanos respecto al uso del condón masculino. *Revista Latinoamericana de Población*, (19), 149-168.
- Rojas, R., de Castro, F., Villalobos, A., Allen-Leigh, B., Romero, M., Braverman-Bronstein, A., & Uribe, P. (2017). Educación sexual integral: cobertura, homogeneidad, integralidad y continuidad en escuelas de México. *Salud Pública de México*, 59(1), 19-27.
- Rojas, V., Guerrero, G., & Vargas, J. (2017). El género y las trayectorias hacia la adultez en el Perú: educación, trabajo y maternidad/paternidad. Recuperado de <http://repositorio.grade.org.pe/handle/GRADE/365>
- Saenz, I. & Medici, S. (2010). *La relación afectiva y vincular de los adictos con la familia en la infancia y adolescencia*. (Tesis de pregrado) <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC102419.pdf>

- Scott, J. W. (1986). El género: una categoría útil para el análisis histórico. Recuperado de <http://www.bivipas.unal.edu.co/bitstream/10720/646/1/261-Scott,%20Joan%20W.pdf>
- Senado de la república (2017). “Salud, Embarazo y Adolescencia”. (n.d). Extraído el 25/02/2017 desde http://www.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/63/2/2016-12-15/assets/documentos/Dic_Salud_Embarazo_Adolescencia.pdf
- Shade, K., Kools, S., Pinderhughes, H., & Weiss, S. J. (2013). Adolescent Fathers in the Justice System Hoping for a Boy and Making Him a Man. *Qualitative health research*, 23(4), 435-449.
- Sheppard, V. B., Sims-Boykin, S. D., Zambrana, R. E., & Adams, I. (2004). Low-income African American fathers’ perceptions and experiences in a fatherhood support program. *Journal of Applied Social Science*, (1), 30-50.
- Sipsma, H., Biello, K. B., Cole-Lewis, H., & Kershaw, T. (2010). Like father, like son: the intergenerational cycle of adolescent fatherhood. *American Journal of Public Health*, 100(3), 517-524.
- Stouthamer-Loeber, M., & Wei, E. H. (1998). The precursors of young fatherhood and its effect on delinquency of teenage males. *Journal of Adolescent Health*, 22(1), 56-65.
- Téllez, D., Rojas, A. B., Rodas, A. M. C., & Torres, L. P. C. (2016). Significados de la paternidad en adolescentes varones del Colegio “Alfonso López Michelsen”. *Revista Uis Humanidades*, 42(1).
- Terrible, D., de Brum, C. N., Zuge, S. S., Bandeira, J., Valandro, L. P., & dos Santos, M. E. C. R. (2017). Natureza e tendência das produções científicas sobre a paternidade na adolescência. *Adolescência e Saude*, 14(2), 144-153.
- Thornberry, T. P., Wei, E. H., Stouthamer-Loeber, M., & Van Dyke, J. (2000). *Teenage fatherhood and delinquent behavior*. US Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Toneli, M. J. F. (2010). Paternidades e masculinidades no contexto de populações urbanas no Brasil. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia Universidade do Minho, Portugal*, 351-360.
- Toneli, M. J. F., Adriaño, K. G., Perucchi, J., Beiras, A., & Tagliamento, G. (2015). Paternidad y juventud: Investigando el universo de estratos populares en el sur de Brasil. *Revista de Estudios de Género, La Ventana* E-ISSN: 2448-7724, 3(23), 213-236.
- Tremblay, M. D., Sutherland, J. E., & Day, D. M. (2016). Fatherhood and Delinquency: An Examination of Risk Factors and Offending Patterns Associated with Fatherhood Status among Serious Juvenile Offenders. *Journal of Child and Family Studies*, 1-13.
- Uceda-Maza, F. X., Navarro-Pérez, J. J., & Pérez-Cosín, J. V. (2016). Adolescentes y drogas: su relación con la delincuencia. *Revista de Estudios Sociales*, (58), 63-75.
- Ullmann, H., Maldonado Valera, C., & Rico, M. N. (2014). La evolución de las estructuras familiares en América Latina, 1990-2010: *Los retos de la pobreza, la vulnerabilidad y el cuidado*.

- Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36717/S2014182_es.pdf?sequence=1
- Unruh, D., Bullis, M., & Yovanoff, P. (2004). Adolescent fathers who are incarcerated juvenile offenders: Explanatory study of the co-occurrence of two problem behaviors. *Journal of Child and Family Studies*, 13(4), 405-419.
- Velázquez, M., Campos, G., Jiménez, C. & Chavero, M. (2017). Prácticas sexuales y anticoncepción en hombres jóvenes: una mirada de género. *Psicología y Salud*, 27(1), 19-28.
- Velazquez, V., Ameth, J., Icaza, M. M., Elena, M., Sánchez, C., Ito, F., ... & Salazar, M. (2016). El consumo de drogas en estudiantes de México: tendencias y magnitud del problema. *Salud mental*, 39(4), 193-203.
- Venegas, O. (2015). Paternidad adolescente en condiciones de vulnerabilidad y proyecto de vida/Adolescent fatherhood in conditions of vulnerability and life project. *TS Cuadernos de Trabajo Social*, (13), 47-60.
- Venturini, A. P. C., & Piccinini, C. A. (2014). Percepção de adolescentes não-pais sobre projetos de vida e sobre a paternidade adolescente. *Psicologia & sociedade. São Paulo*, SP. Vol. 26, nesp.(2014), p. 172-182.
- Vergara, M. C. (2006). Sexualidad en hombres y mujeres. Santiago de Chile: Flacso. Recuperado de <http://www.flacsoandes.edu.ec/biblio/catalog/resGet.php?resId=22036>
- Villaseñor-Farías, M. (2003). Masculinidad, sexualidad, poder y violencia: análisis de significados en adolescentes. *Salud Pública de México*, 45, S44-S57
- Wainerman, C. (2007). Conyugalidad y paternidad: Una revolución estancada?. Géneros, familias y trabajo: rupturas y continuidades. Desafíos para la investigación política. Recuperado de <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/grupos/gutierrez/09Wainerman.pdf>
- Weinman, M. L., Smith, P. B., & Buzi, R. S. (2002). Young fathers: An analysis of risk behaviors and service needs. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 19(6), 437-453.

5.6 Anexos

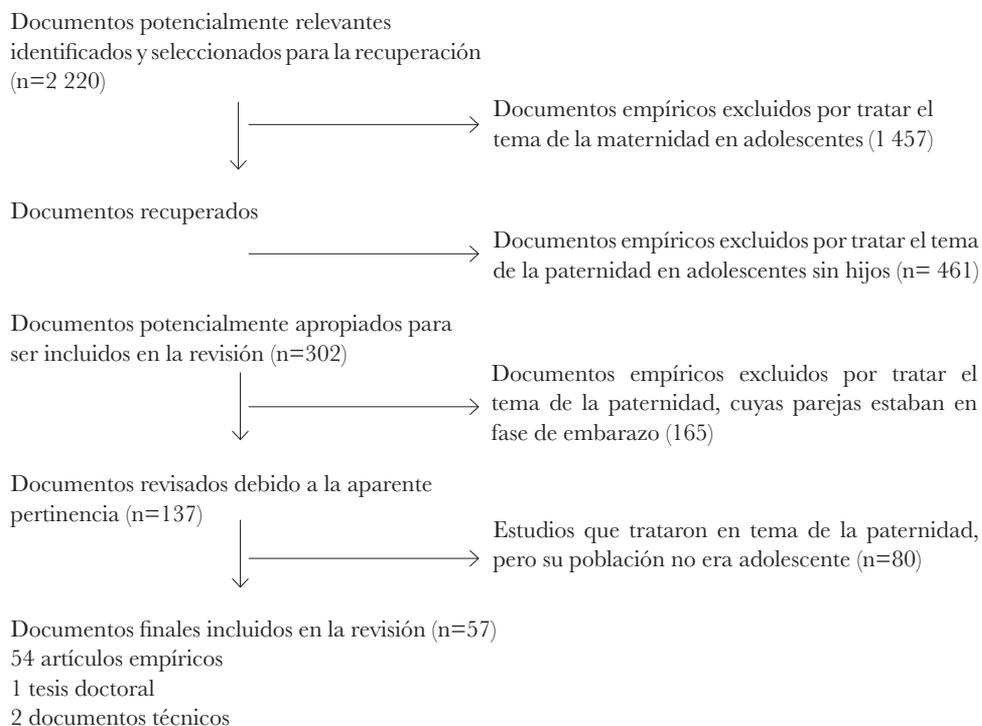


Figura 1. Diagrama de flujo del estudio. Proceso de selección de los documentos.

Tema	Hallazgos	Autor(es)
a) Antecedentes de un ambiente de crianza estresante	Hallazgos sobre la historia familiar sugieren abandono, maltratos físicos y psicológicos.	Venegas (2015)
	Los hijos de padres adolescentes tenían 1.8 veces más probabilidades de convertirse en padres adolescentes que los hijos de padres mayores.	Sipsma et al., (2010)
	Los autores afirman que los hombres jóvenes que experimentaron un ambiente estresante de crianza y un historial de problemas de conducta tuvieron más probabilidades de convertirse en padres a una edad temprana y pasan menos tiempo viviendo con su hijo.	Jaffee et al., (2001)

Tema	Hallazgos	Autor(es)
b) Pobreza relativa y tensión doméstica	Los hallazgos reportados aquí sugieren que los niños cuyas familias experimentaron dificultades financieras corren mayor riesgo de ser padres de un niño mientras están en la adolescencia. La presencia de hermanos mayores también se asoció con la transición a la paternidad temprana. Los hogares se caracterizaron por que los padres desempeñaban un papel mínimo en el manejo de los niños, o estaban marcados por la tensión doméstica.	Dearden & Blankson (1994)
	El autor afirma que el contexto de la pobreza fue característico de la paternidad adolescente.	Venegas (2015)
	El estrato social de la mayoría de las familias fue pobreza relativa con una estabilidad laboral aportada por el padre del adolescente, quienes en su mayoría tenían el nivel de instrucción primaria, mientras que las madres eran bachilleres.	Gonzalez (2009)
	La población de este estudio se caracterizó por desventajas socioeconómicas.	Berger & Langton (2011)
c) Viven con la familia de origen, cohabiten o no con el hijo y la pareja, solo pocos viven con la familia de la pareja	Hallazgos indican que más de la mitad de los padres adolescentes comparten la vivienda de la familia de origen con su hijo y la pareja, y en menor proporción vive con la familia de la pareja. En contraste, el 17% de los padres adolescentes estudiados vivía con sus padres, pero sin hijo y sin pareja; en relación a este resultado.	Gonzalez (2009)
	La gran mayoría de los padres participantes en el estudio no convivían con su pareja y su hijo/a y, por lo tanto, la relación con él o ella era desde una posición de cierta distancia.	Molina (2011)
d) La paternidad como medio de protección	Los resultados sugieren que la paternidad podría evitar que el joven se involucre en actividades de riesgo centrando su atención en el rol de padre, con el hijo y la pareja.	Arteaga (2011)
e) Paternidades adolescentes marcadas por el desempleo	Los participantes manifestaron tener pocas oportunidades laborales.	Arteaga (2011)
	La función económica y laboral de los padres sigue siendo el elemento central según lo descrito por los adolescentes.	Cruzat & Aracena (2006)

Tema	Hallazgos	Autor(es)
	El autor sostiene que la mayoría de los participantes estaban activos en el sistema educativo, lo que significa que de alguna manera cuentan con apoyo familiar y su propio trabajo, para mantenerse en la vida estudiantil y laborar al mismo tiempo, sobre todos aquellos que comparten con el trabajo.	Gonzalez (2009)
	Los resultados sugieren que los jóvenes más vulnerables en el aspecto económico y complicadas relaciones socioafectivas, son más proclives a ser padres en la adolescencia. De igual manera, tienen mayor dificultad en la continuación de estudios académicos, por lo que la probabilidad de vinculación a la fuerza laboral aumenta, sin embargo, se espera que reciban ingresos bajos por la tendencia a involucrarse en trabajos de baja calidad.	Jara & Urdinola (2016)
	Hallazgos sugieren que la paternidad a edades tempranas genera mayores niveles de vulnerabilidad en términos socio-educativos, económicos y desigualdad.	Bermúdez (2016)
	La experiencia de ser padre adolescente está marcada por obstáculos entre los cuales se encuentra el desempleo.	Sheppard et al., (2004)
f) Problemas en la escuela y el hogar, propensos a demostrar conductas agresivas	Evidencia empírica pone de manifiesto que los padres adolescentes mostraron un mayor riesgo de experimentar problemas en el hogar, la escuela, siendo más propensos a demostrar conductas agresivas, de lucha y romper la ley.	Dearden, Hale & Woolley (1995)
g) Relaciones de pareja problemáticas	El embarazo adolescente causa una relación problemática con la familia de origen de la madre, lo cual genera problemas en la relación de pareja e irrupción del posible matrimonio.	Luz & Berni (2010)
	Los cambios relativos a la vida tuvieron repercusión negativa en la relación de pareja con la madre adolescente.	Botero & Osorio (2015)
	El embarazo adolescente instiga el honor de la familia, en especial de la autoridad del padre de la adolescente, causando represiones paternas hacia la pareja de adolescentes, esta situación es factor de perturbación en la relación de pareja.	Luz & Berni (2010)

Tema	Hallazgos	Autor(es)
h) Interés versus desconocimiento sobre prácticas de crianza	Hallazgos indican que los padres participantes asistieron a los controles de embarazo y el parto. Sin embargo, manifestaron poca capacidad, destreza práctica sobre aspectos de la crianza y desconocimiento sobre aspectos del desarrollo infantil.	Venegas (2015)
	Evidencia empírica sugiere que los participantes desearían tener una mayor participación desde la decisión del embarazo, hasta aspectos de la crianza y la relación con la madre.	Redmond (1985)
	Los autores indican que a pesar de que la paternidad es valorada, existían barreras sobre todo al iniciarse e involucrarse en los roles y competencias, ajustarse a las normas sociales y mantener el contacto padre-hijo.	Dallas & Chen (1998)
	Hallazgos de la evidencia empírica sugieren que las madres y padres adolescentes identifican como participación paterna el dinero y tener un empleo. Aunado a éste hecho, las madres citan como desinterés paterno, la falta de tiempo, dinero y conocimientos sobre cuidado.	Rhein et al., (1997)
	Los adolescentes entrevistados en el estudio expresaron abiertamente su participación activa en el proceso de crianza, cuidado físico y emocional de sus hijos.	Botero & Osorio (2015)
	Hallazgos de la investigación manifiestan que la desorientación de los adolescentes varones se caracteriza por la sensación de falta de información respecto de la paternidad, de instancias de conversación en torno al tema, de información en cuanto al rol de padre, de mensajes dirigidos exclusivamente a los varones y de redes de apoyo.	Cruzat & Aracena (2006)
i) Desconocimiento sobre prácticas de planificación y anticoncepción	Hallazgos sugieren que el adolescente toma la iniciativa en las relaciones sexuales y el uso de anticonceptivos.	Almeid & Hardy (2007)
	Evidencia empírica indican que los adolescentes mantienen relaciones sin planificación.	Venegas, O. O. (2015)

Tema	Hallazgos	Autor(es)
	El autor manifiesta que los adolescentes participantes consideran no poseer información adecuada sobre salud sexual y reproductiva.	López (2012)
	La paternidad masculina se caracteriza por una experiencia sexual sin mucha preocupación para la planificación futura, la responsabilidad reproductiva se dirige a las mujeres.	Luz, & Berni (2010)
	Los resultados obtenidos demostrarían que la decisión de tener hijos es claramente consciente ya que el 77,8% de quienes son padres refirieron haber pensado en serlo, mientras que el 61,5% de quienes no lo son, tampoco lo han pensado. Considerando los motivos por los cuales se decidió la paternidad, el 35,7% reconoce en sus hijos instrumentos para lograr ser responsables en la vida. Si se toma en cuenta que el 28,6% refiere que sus hijos representan instrumentos para dar o recibir lo que no se ha tenido; y de esta manera resolver cuestiones familiares. Por lo cual podría pensarse en que el principal motivo de paternidad estaría referido a obtener un objeto, y ser utilizado para un fin personal. Este tipo de motivación es consecuente con los presupuestos teóricos ya que una de las características específicas de los jóvenes marginales, es la de manejar el mundo como objeto. Todas las relaciones e incluso el propio cuerpo son medidos en términos de utilidad, lo que dificulta la consolidación de vínculos significativos que trasciendan en el tiempo. Se puede inferir que si los adolescentes entrevistados en su mayoría eligen ser padre, no se trataría de accidentes por desconocimiento sobre métodos anticonceptivos, sino de llevar a la práctica un interés manifestado conscientemente.	Cohn (2010)
j) Fuerte apoyo familiar en contraste a un débil apoyo social.	Los padres adolescentes tuvieron una mayor percepción de seguridad en las relaciones familiares, de respeto mutuo entre los miembros de la familia y que recibieron apoyo sobre todo de su familia.	Dei Schiro et al., (2012)
	El apoyo social de los padres de ambos adolescentes amortiguó la influencia negativa del estrés de los padres adolescentes.	Fagan, Bernd & Whiteman (2007)

Tema	Hallazgos	Autor(es)
	El apoyo de la familia tiene un efecto positivo, sin embargo, los autores identificaron que existe una relación perversa de la sociedad y las instituciones de adultos con el varón adolescente, legitimar la ausencia paterna. El hombre es a menudo excluido de la atención sanitaria y los adolescentes que buscan compartir el embarazo de sus parejas tampoco se toman en cuenta.	Luz & Berni (2010)
	Los adolescentes entrevistados observan la paternidad del otro como algo lejano y externo a lo que ellos vivencian. Incluso la mayoría de los entrevistados identificaba en los amigos que ya habían sido padres aspectos que ellos no quisieran replicar, siendo incapaces de hablarlo con ellos. Pareciera en este sentido que aparecen nuevos resabios de modelos de masculinidad más arcaicos donde entre los “hombres” no resulta pertinente conversar sobre cuestiones más profundas o relacionadas con ámbitos más íntimos o afectivos.	Anabalón, Cares, Cortés & Zamora (2011)
	Hallazgos sugieren que, el desarrollo constructivo del rol parental del adolescente requiere de apoyo y acompañamiento provistos por su familia de origen y la sociedad.	Tellez et al., (2016)
	Los adolescentes acudieron principalmente a sus parejas y familia, en menor cantidad a los padres de sus parejas para enfrentar el embarazo.	Barahona, Jayo & Puertas (2015)
	Hallazgos indican que los adolescentes consideran tener poco apoyo social.	Sheppard et al., (2004)
	Hallazgos sugieren que el nacimiento del hijo del adolescente es señalado en un principio por las familias de origen como un hecho inconveniente, existe por parte de la familia un ofrecimiento casi inmediato de apoyo al ejercicio del rol paterno que fortalece los recursos personales que el adolescente tiene para hacer frente a su temprana paternidad. Aparece, también, en los relatos de estos adolescentes, de forma recurrente, el apoyo recibido por el grupo de pares, reconociendo en ellos una fuente importante de consejo y contención frente a las ansiedades tempranas que genera el reto de asumir las funciones de la paternidad.	Botero & Osorio (2015)

Tema	Hallazgos	Autor(es)
	En relación a las dificultades e impedimentos, los adolescentes reportaron escaso apoyo de quienes los rodean. Es así como los rechazos y prohibiciones familiares constituyen un importante obstáculo para el ejercicio de la paternidad adolescente, principalmente la familia de la joven madre, ante este escenario los autores sugieren el término: “Paternidad condicionada”, que describe la situación del adolescente.	Cruzat & Aracena (2006)
k) Tendencia a idealizar el rol de padre proveedor	Los participantes manifestaron que la paternidad era la satisfacción de las necesidades materiales, dieron gran importancia a los recursos económicos.	Venegas (2015)
	Hallazgos sugieren que la identidad paterna consiste en la figura de padre proveedor.	Benatuil (2004)
	Los autores sostienen que persiste la imagen del jefe proveedor; activo sexualmente; mientras que el rol cuidador fue rechazado. Para los participantes del estudio la paternidad era una prueba definitiva de su condición de adulto.	Almeid & Hardy (2007)
	A partir de los hallazgos encontrados para los adolescentes la figura del padre se asoció a la compañía, amistad y apoyo, conceptos que pretenden imitar como padres; mientras que, en la figura de la madre, se relacionó con la rigurosidad, esfuerzo y experiencia. Los autores sugieren que la construcción de paternidad adolescente surge de la imagen que el joven toma del padre, sin embargo, a esta imagen el sujeto integra elementos que son socialmente asignados al género femenino, y es entonces esta integración la que da como resultado el surgimiento de una nueva paternidad. Esta nueva paternidad se caracterizaría por un mayor compromiso emocional y afectivo, más presencia en la crianza y en el desarrollo de los hijos, elementos que van más allá del ser sostén económico.	Anabalón et al., (2011)
	Los autores afirman que los adolescentes están experimentando una transición desde el rol tradicional y hegemónico de padre proveedor, hacia un padre con necesidades de acercamiento más afectivo al hijo/a.	Cruzat & Aracena (2006)

Tema	Hallazgos	Autor(es)
	Los hallazgos indicaron que la responsabilidad parental del padre estaba influenciada por sus propias expectativas de rol y autoimagen. Las expectativas de papeles percibidas por su pareja y sus padres, no estuvieron relacionadas con su disposición a asumir la responsabilidad parental.	Christmon (1990)
	Ser padre adolescente se convierte en una experiencia ambivalente: aunque el adolescente lo relaciona imaginariamente con la hombría adulta, esta experiencia se contrapone al ideal adolescente de libertad, conquista y competencia.	Botero & Castrillón (2015)
	Para el adolescente la paternidad significa responder económicamente e idealiza, al mismo tiempo que imita la figura tradicional de padre proveedor. De igual manera esto hace que cobre un significado importante desde el rol de guía y amigo donde la expresión del afecto, el juego y cuidado salen a relucir.	Tellez et al., (2016)
	La crianza es aún definida como un sinónimo para proporcionar y proteger, de forma contemporánea, comportamientos de atención en las rutinas diarias y el contacto físico. Cuando los hombres toman dimensiones femeninas en la masculinidad, como el cuidado de los niños o realizar ciertas tareas del hogar, el trabajo remunerado y la manutención de los hijos seguirán siendo prerrogativas masculinas.	Toneli (2010)
	Evidencia empírica pone de manifiesto que existen pocos modelos de roles masculinos sobre cómo ser padre, aunado a este hecho existen eventos en el transcurso de la vida considerado como desfavorables, como el haber convivido con padres desinvolucrados.	Sheppard et al., (2004)
	Hallazgos sugieren que el significado social de padre proveedor está confrontado con la precariedad educacional y abandono escolar; sin empleo existe un vínculo o dependencia económica con la familia de origen.	Luz & Berni (2010)
1) Satisfacción y emociones positivas versus descalificación y exclusión	Identificaron un estado emocional de estrés expresado a lo largo de las entrevistas.	Almeid & Hardy (2007)

Tema	Hallazgos	Autor(es)
	Hallazgos manifiestan que el embarazo y el ser padres es en general una experiencia positiva.	Redmond, M. A. (1985)
	El estudio permitió la visibilizar un padre adolescente, que pone el énfasis en el significado afectivo y revela la satisfacción por su estado de paternidad.	Luz & Berni (2010)
	Se deduce la existencia de un sentimiento de compromiso con los hijos, ya que el adolescente manifiesta una preocupación y un deseo de mantener una relación constante y presente con su hijo a lo largo del tiempo.	Anabalón et al., (2011)
	Los participantes expresaron una sensación de desamparo y soledad ante la paternidad.	Cruzat & Aracena (2006)
	Hallazgos indican una posición de cierta distancia emocional, física y social, debido a que la gran mayoría de estos padres no conviven con su pareja y su hijo/a.	Molina (2011)
	Los padres adolescentes reportan sacrificio, renuncia y postergación en torno a la experiencia de la paternidad asociada a la provisión. Las pocas oportunidades laborales, el contexto de carencia afectiva y material agravan la situación. La relación con el hijo es cercana y hay un intercambio de afectos que podría llenar un vacío afectivo.	Arteaga (2011)
	Los padres adolescentes con frecuencia enfrentan la reacción negativa de la familia de su pareja y la de sus propios padres, entre las que se destaca la exclusión, que en el varón provoca sentimientos de aislamiento, agravados por juicios descalificatorios por parte de su familia. Esta situación se caracteriza por un impacto psicológico, para él y su familia, relacionado con la búsqueda de afecto y comprensión. Surge el sentimiento de responsabilidad paternal y protector para con su hijo y la pareja.	Gonzalez (2009)
	Hallazgos identificaron que los sentimientos positivos se sobrepusieron a los negativos, siendo ellos: el afecto, el cariño, el apoyo, la alegría, la felicidad y el orgullo. Y, cuando se refieren a los sentimientos negativos, fueron más fuertes el miedo y la preocupación. Los padres adolescentes procuraron vivir y ejercer la paternidad, adaptándose a la nueva situación.	Meincke & Carraro (2009)

Tema	Hallazgos	Autor(es)
	La paternidad masculina estuvo marcada por la exclusión masculina.	Hecker & LuzI (2010)
m) Proyecto de vida y futuro idealizado	Fuerte impacto, en un escenario de asumir el nuevo rol, reconstrucción de la identidad y proyecto de vida.	Venegas (2015)
	El futuro se concibe idealizado y está asociado a las laborales como padre y jefe de familia. La paternidad podría evitar que el joven se involucre en actividades de riesgo centrando su atención en su hijo y pareja	Marcos Arteaga (2011)
	Percibida como algo negativo debido a los cambios, los proyectos serán modificados, retrasados o abandonados.	Venturini & Piccinini (2014)
	La situación de ser padre puede ser vivenciada como un freno a los planes futuros, o bien, como un incentivo para formular o reformular un proyecto de vida. Por lo tanto, el embarazo adolescente puede ser conceptualizado como un problema, pero también como una solución alternativa al proyecto de vida. Por ende el embarazo adolescente puede tener una visión sesgada de parte de la sociedad, sin aludir al verdadero significado otorgado por los adolescentes.	Cruzat & Aracena (2006)

Cuadro 1. Distribución de los temas sobre paternidades adolescentes y sus familias.

Tema	Hallazgos	Autor(es)
a) Estilo familiar permisivo, historial familiar de abuso, negligencia y paternidades adolescentes	Hallazgos indican un estilo parental permisivo.	Perelló del Río et al., (2008)
	La mayoría de los padres tenían recuerdos dolorosos de su niñez descuido, y muchos describieron las relaciones con sus propios padres con decepción y resentimiento.	Herland Hauge & Helgeland (2014)
	Hallazgos sugieren padres abusivos, negligentes y ausentes, que fueron descritos como la causa de muchas de las dolorosas experiencias infantiles de los participantes.	Shade et al., (2013)

Tema	Hallazgos	Autor(es)
	<p>Los autores afirman que los factores contextuales y familiares que pueden contribuir al desarrollo del comportamiento antisocial y los correlatos comunes de dicho comportamiento, incluyendo el fracaso académico, el uso de sustancias y el inicio temprano de conductas sexuales, todos ellos conducen directa e indirectamente a una transición temprana a la paternidad. Tener una madre que era más joven al primer parto, un bajo nivel socioeconómico familiar, malas habilidades académicas, falta de uso de condones y estar en una relación de cohabitación o conyugal predijo la entrada en la paternidad.</p>	<p>Pears et al., (2005)</p>
	<p>Hallazgos sugieren que la paternidad adolescente se asocia a una familia de origen con bajo nivel socioeconómico, poca escolaridad, y un historial familiar de paternidades adolescentes.</p>	<p>Acevedo (2011)</p>
	<p>Los autores identificaron seis variables predictoras de la paternidad adolescente: (a) ser miembro de una pandilla, (b) residir con un padre no biológico como cuidador primario, (c) haber tenido un bajo puntaje de desempeño académico, (d) ser hijo de un padre con alcoholismo, (e) una madre con baja escolaridad, y (f) historial de un miembro de la familia declarado culpable de un delito grave. Las probabilidades acumulativas identificaron a la familia como el dominio principal que contribuye al modelo predictivo multivariado.</p>	<p>Unruh, Bullis, & Yovanoff (2004)</p>
<p>b) Pobreza falta de vivienda, exposición a violencia extrema en sus familias y la comunidad</p>	<p>Hallazgos de la investigación sugieren que la estructura social de los adolescentes de este contexto estuvo marcada por la deserción escolar, pues la totalidad de ellos dejaron la escuela, como promedio, un año y medio antes de embarazar.</p>	<p>De Jesús Reyes & Garza (2014).</p>
	<p>Los adolescentes fueron afectados por la pobreza y describieron la consecuente destrucción de la vida familiar que ocurre con el desempleo, el encarcelamiento, el trauma psicológico no tratado, las enfermedades psiquiátricas y el abuso de sustancias. Muchos participantes hablaron sobre la falta de vivienda, los arreglos de vida caóticos e inestables y la exposición a la violencia extrema en sus familias y en la comunidad.</p>	<p>Shade et al., (2013).</p>

Tema	Hallazgos	Autor(es)
c) Arreglos diversos mudarse o ser movidos por sus madres o abuelas de principales protectoras contra violencia en barrios y comunidades	Evidencia empírica pone en evidencia que los padres adolescentes hacen varios arreglos, desde vivir juntos en una misma casa, padre, madre y niño, de vivir en casas separadas o vivir con los parientes. Si el niño continúa en la casa de la madre, el padre permanece con el compromiso de buscar proveer a ambos.	ToneLi et al., (2015)
	Aunque muchos de los jóvenes veían la paternidad como transformadora, proporcionándoles la oportunidad de cambiar para que tuvieran una influencia positiva en su hijo, pocos podían imaginar cómo superar los obstáculos a la participación que enfrentaban. Los jóvenes entrevistados hablaron de mudarse o ser movidos por sus madres o abuelas de barrios y comunidades infestadas de pandillas con la esperanza de protegerse a sí mismos ya sus hijos de la violencia de represalia.	Shade, K., Kools, S., Pinderhughes, H., & Weiss, S. J. (2013)
d) Desempleo, abandono escolar, posibles ingresos por narcotráfico	Hallazgos de ciento veintiocho jóvenes padres que participaron en una evaluación de las conductas de riesgo y necesidades de servicio antes de ingresar a un programa para padres jóvenes, el 73% estaba desempleado, el 69% había abandonado la escuela.	Weinman, Smith & Buzi (2002)
	Los participantes se describieron como muy involucrados o capaces de obtener ingresos significativos de las ventas de drogas en la calle tenían más probabilidades de temer el daño a su hijo y considerar distanciarse como un mecanismo de protección.	Shade et al., (2013)
e) Convertirse en un padre adolescente puede a su vez estimular una mayor delincuencia	Evidencia empírica pone en evidencia que el cometer actos delictivos fue más del doble en padres adolescentes que en adolescentes no padres. Los resultados indican que una sola teoría del comportamiento problemático no puede explicar adecuadamente la asociación entre la paternidad juvenil y la delincuencia.	Stouthamer-Loeber & Wei (1998).
	Se encontró que en el periodo de los 12 meses de haber salido del sistema correccional los delincuentes juveniles que eran padres regresaron al sistema correccional juvenil a una tasa más alta que los no padres.	Unruh, Bullis & Yovanoff (2003)

Tema	Hallazgos	Autor(es)
	Los autores afirmaron que la delincuencia y el uso de drogas son factores de riesgo para la paternidad adolescente, incluyendo la crueldad con las personas. Las conclusiones también indicaron que el impacto de convertirse en un padre adolescente puede a su vez estimular una mayor delincuencia.	Thornberry et al., (2000)
	Hallazgos sugieren que existe una relación significativa entre las lesiones por armas de fuego, la participación continua en actividades ilegales, estar constantemente en la correccional juvenil, se asoció con una mayor prevalencia de padres adolescentes.	McLaughlin et al., (1999)
	Los autores manifestaron que la criminalidad puede deberse a la necesidad de manutención del hijo, o simplemente como una expresión de rebeldía en los grupos de padres adolescentes.	Acevedo (2011)
	Hallazgos sugieren que desistir de cometer delitos por parte de los padres adolescentes es un proceso largo y complejo, de tal manera que muchos de ellos continúan cometiendo delitos, mucho tiempo después del nacimiento de su hijo.	Helyar-Cardwell (2012)
	La paternidad se asoció con una mayor exposición al riesgo entre los delincuentes juveniles graves. Simplemente el cambio al estado de la paternidad se asoció con niveles delictivos más altos.	Tremblay, Sutherland & Day (2016)
	Los adolescentes que reportaron una mayor exposición a situaciones traumáticas en su historia de vida y antecedentes de delitos cometidos en el pasado; tuvieron probabilidades significativamente mayores de haber engendrado un hijo.	Khurana & Gavazzi (2011)
	Los resultados demuestran una relación entre la delincuencia y la edad de inicio de la actividad sexual, hallazgos indican que los delincuentes más reincidentes comenzaron a tener relaciones sexuales a edades más tempranas. A la edad de 19 años, casi la mitad de los delincuentes graves reincidentes (46,7%) habían causado un embarazo, y casi un tercio (31,4%) habían tenido hijos. Las tasas de impregnación y paternidad fueron dos veces más altas entre los delincuentes graves repetidos en comparación con los moderados y los no delincuentes. La repetición de los delincuentes graves también era más probable que otros de tener hijos múltiples; durante el final de la adolescencia,	Wei, Loeber & Stouthamer-Loeber (2002)

Tema	Hallazgos	Autor(es)
	los delincuentes graves reincidentes siguieron teniendo mayor riesgo de ser padres de niños, ya que seguían teniendo relaciones sexuales no seguras con más frecuencia y con más parejas.	
f) Historia personal y familiar con antecedentes de consumo de alcohol y drogas problemático, un sistema familiar en tensión y fracturado	Hallazgos sugieren una historia familiar con antecedentes de consumo de drogas, alcohol y cannabis, por uno o ambos padres del adolescente.	Perelló del Río, et al., (2008)
	Los autores encontraron una figura parental con problemas de alcoholismo, drogadicción y/o pandillerismo, lo que provocaba fuertes tensiones, desestabilidad y finalmente la fractura de la estructura familiar del adolescente.	De Jesús Reyes & Garza (2014)
	En el estudio en hombres afroamericanos que asisten a una clínica para adolescentes, la probabilidad de probar positivo para el uso de fármacos fue tres veces más alta en aquellos sin antecedentes de embarazo.	Guagliardo, Huang & D'Angelo (1999)
	En una investigación realizada con ciento veintiocho padres adolescentes que asistían a un programa de apoyo para padres adolescentes y sus hijos, cerca del 30% había cometido un delito grave, consumían drogas; pero a pesar de sus comportamientos de riesgo, los padres jóvenes no querían aconsejar sobre el abuso de sustancias. Muchos padres jóvenes creían que el empleo sería una panacea para todos sus problemas.	Weinman, Smith, & Buzi (2002)
	Los participantes afirmaron utilizar sustancias para controlar el estrés asociado a ser padres adolescentes.	Acevedo (2011)
g) La paternidad es una opción para cambiar de vida.	Hallazgos sugieren que las madres de sus bebés pueden motivar a los padres criminales y pandilleros a terminar sus asociaciones ya cambiar sus cursos de vida. Las mujeres jóvenes podían hacer esto ofreciendo a los hombres jóvenes un nuevo comienzo, supervisando sus comportamientos, proporcionando actividades en el hogar que competían con actividades en las calles	Shade et al., (2013)

Tema	Hallazgos	Autor(es)
h) Antecedentes de paternidad y evidencia de uso problemático de drogas, aumenta la probabilidad de desistir del uso de preservativos.	Los autores exploraron dos muestras de hombres afroamericanos adolescentes con y sin antecedentes de un hijo o embarazo. Quienes habían reportado un hijo o embarazo eran aproximadamente 14 veces más propensos a reportar tres o más parejas sexuales en el último año, más de cinco veces probabilidades de reportar una historia de enfermedad de transmisión sexual, más de 2,5 veces de ser inconsistentes o no usar condones en comparación con los hombres sin antecedentes de embarazo.	Guagliardo, Huang & D'Angelo (1999)
	La delincuencia y el uso de drogas son factores de riesgo para la paternidad adolescente.	Thornberry et al., (2000)
i) Se destaca el rol de la mujer como elemento esencial de la vida familiar.	Los participantes pusieron en evidencia que hubo ausencia de la familia en momentos importantes de su vida.	Saenz & Medici (2010)
	Hallazgos sugieren que sobre todo se destaca el papel de la abuela paterna como guía y baluarte con sus consejos; la relación con la madre del bebé, y con la familia de la madre. Mientras que también han sido beneficiarios de programas de apoyo social.	Acevedo (2011)
	Un elemento esencial es el compartir la responsabilidad, los adolescentes enfatizaron la importancia del apoyo de la madre de sus hijos.	Herland, Hauge & Helgeland (2015)
j) Identidad de género hegemónica, influenciada por eventos traumáticos	Hallazgos consistentes con el modelo de masculinidad, ser proveedor, responsable y participativo en la vida de los hijos, es parte constituyente de ser hombre.	ToneLi et al., (2015)
	El desarrollo de una identidad como padre adolescente fue influenciado no sólo por el género, sino por eventos traumáticos y amenazas en el transcurso de su vida y el respeto de sí mismo. Hallazgos sugieren que los participantes pensar en el futuro de su hijo, teniendo en cuenta las amenazas que ellos mismos habían experimentado en el transcurso de su vida, de tal manera que consideraron preparar de su propio niño para defenderse de posibles peligros. Hablaron sobre de la necesidad de que su hijo fuera	Shade et al., (2013)

Tema	Hallazgos	Autor(es)
	<p>un hombre de calle, inteligente, atlético, fuerte y socialmente conectado con personas en las que podría confiar, por si surgiera la necesidad de tomar represalias por un acto ofensivo. Al criar a un niño con estas cualidades, esperaban asegurar que su hijo mostrara comportamientos masculinos hegemónicos y no ser marginado por sus compañeros debido a acciones o apariencias que eran ostensiblemente femeninas.</p>	
	<p>Los autores sostienen que los significados de la paternidad están contruidos con base en las experiencias de vida, haciendo referencia a la idea de responsabilidad y ruptura. La responsabilidad como construcción social, tiene que ver con el desempeño de actividades de un buen padre, imaginariamente con la protección económica, el cuidado, la atención de los hijos y de la pareja. Por otro lado la ruptura, hace referencia a una escisión de su adolescencia, donde la paternidad le permite al varón transitar y reconocerse simbólicamente como adulto.</p>	<p>De Jesús Reyes & Cabello Garza (2011).</p>
<p>k) Necesidad de distanciarse, sensación de desasosiego, causando angustia que perturba su vida y confirma que no eran capaces de ser padres</p>	<p>Los participantes expresaron una sensación negativa sobre la relación con su familia de origen.</p>	<p>Saenz, & Medici (2010)</p>
	<p>Hallazgos indican que las emociones expresadas entre los participantes ante la experiencia de la paternidad fueron negación, miedo, deseo de escapar.</p>	<p>Acevedo (2011)</p>
	<p>Los autores afirman que la necesidad de los participantes de distanciarse de sus hijos podría verse como una solución en la práctica, debido a las dificultades en la propia infancia. Esto se relaciona a la distancia emocional que han vivido con sus propios padres. Sensación de desasosiego, causando angustia que perturba su vida y confirma que no eran capaces de ser padres; en las maneras que pueden ser reconocidas como 'bueno'.</p>	<p>Herland, Hauge & Helgeland (2015)</p>
	<p>Hallazgos de la investigación ponen en evidencia sentimientos de pérdida y dolor presentes en todas las entrevistas.</p>	<p>Shade et al., (2013)</p>

Tema	Hallazgos	Autor(es)
	En un estudio longitudinal se exploró la conducta agresiva en menores entre los grados 3° a 5°, se encontró que los menores particularmente agresivos tenían un riesgo más alto de reportar el embarazo de una mujer. Además, dichos hallazgos pusieron en evidencia que el uso de sustancias por parte de los adolescentes aumentaron la predicción de los informes sobre el embarazo por encima de los efectos de la agresión. Estos resultados ponen de relieve que los precursores de los informes de embarazo de los hombres adolescentes pueden ser identificados desde que tienen la edad de 8 años.	Miller-Johnson et al., (2004)
l) Proyecto de vida: Intentos por hacer una ruptura con el pasado y la historia de su propia infancia	Los participantes expresaron una fuerte necesidad por ser diferentes, de cómo sus padres fueron con ellos.	Saenz & Medici (2010)
	Los adolescentes entrevistados mostraron un discurso ambiguo en relación con el deseo de ser padres, que oscilaba entre querer y planear tener el hijo, teniendo relaciones sexuales intencionalmente desprotegida. La paternidad fue vista como una alternativa “línea de fuga” a la participación en la red organizada del tráfico de drogas, de tal manera que buscaron adecuarse a los modelos de matrimonios.	ToneLi et al., (2015)
	Hallazgos sugieren que el proyecto y el sentido de vida, consistió en la resignificación de ser padre, enfocado en el trabajo y la escuela.	Acevedo (2011)
	Hallazgos sugieren que muchos de los padres adolescentes describen sus relaciones con sus propios hijos como difíciles y tensas. Mencionaron que intentaban hacer una ruptura con el pasado y la historia de su propia infancia. A diferencia de las relaciones con sus padres, intentan desarrollar fuertes lazos emocionales con sus hijos	Herland et al., (2014)
	Las malas relaciones padre-hijo contribuyeron significativamente a la motivación de los participantes para ser una persona positiva en la vida de su hijo. Las malas relaciones padre-hijo también ofrecían modelos de desconexión.	Shade et al., (2013)

Cuadro 2. Paternidades adolescentes con evidencia de consumo de drogas problemático.

Capítulo 6

Impacto de la victimización contextual y salud mental en universitarios

Gloria Margarita Gurrola-Peña¹⁴

Patricia Balcázar-Nava¹⁵

Alejandra Moysén-Chimal¹⁶

Resumen

La violencia comunitaria es un subtipo de violencia interpersonal que se caracteriza por que se produce fuera del hogar en los ámbitos más cercanos a las personas y es producto de la delincuencia. Este tipo de violencia puede generar diferentes tipos de victimización entre las que se encuentran la victimización directa que incluye a las personas que han sufrido el delito, la victimización indirecta que incluye a los familiares o personas cercanas a la víctima directa y la victimización contextual en la cual se incluyen las personas que son informados por terceros de hechos delictivos ocurridos en su entorno. Este último tipo de victimización ha sido poco estudiada en adultos jóvenes por lo cual los objetivos del presente estudio fueron: establecer la prevalencia de la victimización contextual, su relación con los síntomas psicopatológicos y su impacto diferencial en la aparición de dichos síntomas. Participaron en el estudio 3 796 estudiantes de 13 universidades del norte y centro del país, los cuales contestaron el Listado de Comprobación de Síntomas Revisado (SCL-90-R) y el Cuestionario de Victimización Contextual de la Violencia Comunitaria (VCVC). Los resultados indican un nivel medio de exposición a la violencia comunitaria, así mismo se encontraron correlaciones moderadas entre los diferentes ámbitos de la victimización contextual y la severidad general de síntomas, por último se pudo constatar que un modelo predictivo que incluye la victimización contextual general, la victimización contextual en la escuela, la percepción de inseguridad, la victimización contextual en el vecindario y la victimización contextual en los lugares de diversión permiten explicar el 23.3% de la aparición de síntomas psicopatológicos. Se concluye que la victimización contextual es un fenómeno que ha pasado desapercibido por la sociedad en general

^{14, 15, 16} Universidad Autónoma del Estado de México.

y los profesionales de la salud mental y dada su magnitud e impacto requiere de programas de atención y prevención.

Palabras clave: violencia comunitaria, victimización contextual, jóvenes adultos, síntomas, modelo predictivo.

6.1 Introducción

El entorno comunitario es un caldero lleno de estresores y obstáculos que afectan la salud y el desarrollo a corto y largo plazo de los jóvenes (Dierkhising et al., 2013). Esta asociación es relevante ya que en los jóvenes se experimentan y en ocasiones se consolidan estrategias de supervivencia y manejo del estrés de por vida (Miller y Bennett, 2016), siendo la exposición a la violencia comunitaria uno de los factores más estresantes y comunes hoy día en la población en general. La Organización Mundial de la Salud (WHO, 2002), define la violencia como:

El uso deliberado de la fuerza física o el poder ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otras personas, un grupo o una comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (p. 4).

De manera específica la violencia comunitaria pertenece a la categoría de violencia interpersonal y se refiere a la que se produce entre personas que no guardan parentesco, que pueden conocerse o no y sucede por lo general fuera del hogar (Forge, Rosenberg y Mercy, 1995); por lo tanto, no incluye la violencia doméstica o en los medios de comunicación (Fowler, Tompsett, Braciszewski, Jaques-Tiura y Baltes, 2009). Este tipo de violencia comprende la exposición a armas de fuego, cuchillos, drogas y engloba todos los tipos de delincuencia como asaltos, violaciones, robo, secuestro y homicidios (Kennedy y Ceballos, 2014; Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano, 2002), a pesar de que puede ser subproducto de distintas circunstancias, se caracteriza por desarrollarse en los entornos más cercanos a las personas que la padecen.

En este sentido y debido a los procesos de socialización e independización propios del inicio de la edad adulta los jóvenes suelen pasar más tiempo fuera del hogar y mayor cantidad de tiempo en la calle, por lo cual se ven expuestos más frecuentemente a la violencia comunitaria, convirtiéndose así en muchas ocasiones en víctimas de ésta.

Según Echeburúa (2004) se pueden diferenciar los siguientes tipos de víctimas o afectados por la violencia:

1. Víctimas físicas directas o afectados primarios: son las personas afectadas directamente por la agresión o el hecho traumático.

2. Víctimas secundarias o indirectas: son aquellas personas traumatizadas por las condiciones físicas y socioculturales después de la violencia, que han sido testigos directos de la agresión y no han sido afectados personalmente; en esta categoría se incluyen a los familiares y personas cercanas a las víctimas primarias.
3. Víctimas indirectas o afectados contextuales: son aquellas personas traumatizadas por las condiciones físicas y socioculturales después de la violencia, que han sido testigos indirectos de la agresión, sin haber sido afectados personalmente; en esta categoría se incluyen las personas que han sido afectados psicológicamente por la gravedad de los hechos, sin que hayan tenido pérdidas ni amenazas directas.

Latinoamérica ha sido históricamente un continente propenso a la violencia; lo alarmante de esta violencia no es sólo su naturaleza y diversas manifestaciones, sino que el fenómeno se encuentra tan extendido que no puede ignorarse (Imbush, Misse y Carrión, 2011). Según los datos del Banco Mundial (World Bank, 2010), a partir de 1980 Latinoamérica ha experimentado un incremento de un 50 por ciento en la tasa de homicidios siendo los jóvenes de entre 15 y 24 años las principales víctimas, al igual que lo que reporta la Organización Mundial de la Salud.

Como puede observarse, las cifras más precisas y en cierta medida fáciles de recabar son las que corresponden a la violencia que desemboca en mortalidad; sin embargo, esta cifra sólo refleja una pequeña parte del problema, ya que por cada víctima mortal son muchas más las que resultan heridas, discapacitadas de por vida o afectadas en su salud mental. A pesar de que las tasas de homicidios son alarmantemente altas, se estima que la incidencia de exposición a la violencia comunitaria con resultados no fatales es 120 más alta que la de homicidios (Center of Disease Control and Prevention, 2010). Así mismo, detrás de estas cifras se encuentran otras más altas que corresponden a otros tipos de violencia que pueden estar registradas ante las autoridades y otras no registradas que conforman la llamada cifra negra.

México inició con una ola de inseguridad extrema relacionada al crimen organizado desde el segundo semestre del año 2007; según las estadísticas, hasta el 2012 fue donde alcanzó un número total de 12 mil homicidios en ese lapso (Rodríguez, 2016). Hoy día, la realidad del país aún está plagada de violencia; a pesar de que la trayectoria de ésta pareció revertirse a partir del 2012 principalmente con la disminución de los homicidios, crímenes como el secuestro, la extorsión y todo tipo de delitos están aumentando (Heinle, Rodríguez Ferreira y Shirk, 2014).

Respecto a lo anterior, la violencia comunitaria en México se ha visto incrementada de manera alarmante en los últimos años, viéndose reflejada en los

resultados de la Encuesta Nacional de Victimización y Percepción Ciudadana 2016 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI, 2017), que reporta 31.1 millones de delitos en 2016, con 24, 2 millones de víctimas mayores de 18 años y con una tasa nacional de 28 788 víctimas por cada 100 000 habitantes. Pese a las altas cifras presentadas anteriormente, es de esperar que el número real de víctimas sea mucho más alto debido a que la cifra negra (delitos no denunciados o sin averiguación previa) está en el orden del 93.6%.

La violencia comunitaria en nuestro país se ha considerado como algo cotidiano, un hecho rutinario con el cual se ha aprendido a vivir y que sólo impacta cuando se es víctima directa o cuando por su magnitud y gravedad causa daños visibles. Se ha dejado de lado que este fenómeno tiene una doble incidencia, en lo individual en cuanto afecta la calidad de vida y en lo colectivo por su influencia en el desarrollo de la comunidad. Lo anterior debido a que las personas que han sido víctimas directas transmiten sus experiencias a otras, lo que generaliza el miedo con un alcance amplio por la elaboración vicaria de este sentimiento que lleva a la comunidad a reconocerse como víctimas potenciales y por lo tanto, se convierten en víctimas indirectas o contextuales. Dada la incidencia desproporcionadamente alta, la victimización contextual entre los jóvenes y su naturaleza repetitiva (Margolin y Gordis, 2000), no es de sorprender que se encuentre asociada a problemas conductuales, problemas de salud, déficits en el rendimiento académico, relaciones interpersonales problemáticas y comportamientos de riesgo. Debido a lo anterior, la experiencia de victimización es considerada como una de las experiencias más impactantes y perturbadoras que puede tener un joven mientras se desarrolla (McGee, Logan, Samuel y Nunn, 2017).

De manera especial, la exposición a la violencia comunitaria en los jóvenes se ha convertido en un significativo problema de salud pública dadas las consecuencias negativas en los diversos aspectos del desarrollo y ajuste adolescente. Según Frieze, Hymer y Greenberg (1987), se conoce que las reacciones individuales de las víctimas de actos criminales siguen una secuencia de reacciones a corto, mediano y largo plazo y que aunque se pensó que las víctimas de crímenes resolvían el trauma de la victimización dentro de los siguientes seis meses o un año después del evento, dichas víctimas siguen experimentando estrés crónico. Los estados psicológicos que sobrevienen a la exposición a la violencia son los propios del estrés, definido como “el resultado de una relación particular entre el sujeto y el entorno, que se produce cuando éste es evaluado por la persona como amenazante o desbordante de sus recursos y que por ello pone en peligro su bienestar” (Lazarus y Folkman, 1986, p. 43). Este estado se ve reflejado en cuatro áreas primordiales (Vuanello, 2005):

- a) Caracterización clínica: predominio de inquietud motora o bloqueo de la conducta, estado sostenido de alerta con síntomas orgánicos, dolores generalizados en el cuerpo, trastornos de alimentación y sueño, trastornos gastrointestinales y aumento de la frecuencia cardíaca.
- b) Estructura vivencial: miedo como predominio, acompañado de desconfianza, inquietud, desconcierto, incertidumbre, disforia, desesperanza, sentimientos de soledad y de pérdida de libertad.
- c) Repercusión en los procesos psíquicos: influencia selectiva de la percepción, memoria y pensamientos repetitivos con contenidos directamente vinculados a las situaciones vividas o con posibilidad de serlo. Pensamientos intrusivos, problemas de concentración y atención, así como pérdida de confianza en sí mismo.
- d) Repercusión en la personalidad: alteración en el autocontrol, sensación de vulnerabilidad que facilita las reacciones de ansiedad y/o depresión, preocupación por nuevos ataques que exige cambios de hábitos conductuales y alteración en las actitudes cotidianas (escuela, familia, recreación, etc).

La combinación de síntomas de estas cuatro áreas suelen conformar dos tipos de cuadros clínicos en las víctimas contextuales (Flannery, Singer, Van Dulmen, Kretschmar y Belliston, 2006):

1. Problemas externalizantes: desórdenes de conductas con manifestaciones disruptivas y violentas, principalmente en la escuela.
2. Síntomas internalizantes: síntomas de estrés postraumático, ansiedad, depresión, disociación y enojo.

Respecto a los problemas externalizantes, la exposición a eventos de violencia en la comunidad podría afectar directamente al rendimiento escolar a través de varios mecanismos.

Los jóvenes pueden presentar ausentismo después de un incidente violento, especialmente cuando ellos o sus padres toman mayores medidas de seguridad (Voisin y Neilands, 2011). Por otra parte, la exposición a la violencia también puede afectar negativamente el compromiso escolar positivo a través del impacto de los síntomas psicológicos, ya que las víctimas a menudo experimentan síntomas primarios que son resultado directo del trauma, como dificultades interpersonales, dificultades para mantener la atención y comportamientos oposicionistas. Estos síntomas pueden tener el efecto secundario de hacer el compromiso con la escuela más difícil (Furlong y Christenson, 2008; Voisin y Berringer, 2015). Así mismo estos jóvenes pueden experimentar problemas significativos con sus compañeros, ya que pueden exhibir respuestas hipervigilantes consistentes con la sintomatología del trastorno

de estrés postraumático, las cuales interrumpen las relaciones sanas entre iguales (Attar, Guerra y Tolan, 2010). Por lo anterior, los jóvenes pueden malinterpretar las respuestas de sus pares como demasiado agresivas y responder de manera hostil, lo cual conlleva a relaciones interpersonales problemáticas (McCloskey y Stuewing, 2011).

Por último y en el mismo sentido de los problemas externalizantes, se ha encontrado que la victimización contextual triplica el riesgo de abuso de alcohol y sustancias (Kilpatrick et al., 2003), comportamientos agresivos y antisociales como una forma ineficaz de afrontar una situación intolerable (Cooley-Stricklan et al., 2011; Corwin y Keeshin, 2011; Pérez-Pedrogo, Sánchez-Cesareo, Martínez-Taboas y Colón-Jordán (2016).

Por otra parte, los síntomas internalizantes abarcan sentimientos problemáticos que se dirigen al interior e incluyen emociones ansiosas y depresivas, así como conductas de aislamiento (Goldner, Gross, Richards y Ragsdale, 2015). La exposición a la violencia a menudo ha estado ligada a varios indicadores de problemas psicológicos como el trastorno de estrés postraumático, que se caracteriza por síntomas como la evitación de los estímulos asociados al trauma, la reexperimentación del evento traumático y los síntomas persistentes de ansiedad (Breslau, Davis, Andreski y Peterson, 1991; Margolin y Gordis, 2000). La investigación al respecto también revela que estos efectos pueden persistir con el tiempo.

Así mismo, en una clara interrelación de los síntomas internalizantes y externalizantes, se conoce que las víctimas de exposición a la violencia pueden responder con comportamientos desadaptativos como el abuso de sustancias y alcohol (Cisler et al., 2012), conductas sexuales de riesgo (Brady, 2006) y comportamientos autolesivos que podrían conducir a una depresión a largo plazo (Farfán Chávez, Esparza del Villar, Montañez Alvarado y Orozco Ramírez, 2017).

Al respecto, las revisiones de la literatura proporcionan evidencia de que la exposición a la violencia comunitaria se asocia con la depresión, aunque la gravedad de las exposiciones parece ser un factor importante (Margolin y Gordis, 2000); por ejemplo, Goldner et al., (2015) encontraron que la victimización directa y moderada es el predictor más consistente con la angustia emocional; la victimización directa severa predice la depresión y la victimización contextual predice el estrés postraumático. Por último, los jóvenes expuestos a la violencia comunitaria son más proclives a exhibir síntomas de ansiedad generalizada (Anderson y Mayes, 2010; Burguer y Drabick, 2016), los cuales se caracterizan por una excesiva e incontrolable preocupación en múltiples áreas (American Psychiatric Association, 2013).

Fairbrook (2013) remarca la relación de la exposición a la violencia comunitaria y las condiciones crónicas de salud, que al parecer se encuentran mediados por los problemas de sueño que suelen desarrollar los jóvenes que viven en comunidades con altos niveles de violencia, ya que el sueño inadecuado a su vez se encuentra asociado a dolores de cabeza frecuentes o severos y síntomas depresivos con manifestaciones somáticas (Smaldone, Honing y Bryne, 2007).

Dada la alta y creciente incidencia de la exposición de los jóvenes a la violencia comunitaria, los pocos estudios que existen sobre los efectos de la victimización contextual en universitarios y las graves repercusiones de ésta, es que el objetivo del presente trabajo fue en un primer momento, determinar los niveles de victimización contextual, identificar la percepción general de inseguridad, explorar la existencia de sintomatología psicopatológica y explorar la severidad de los síntomas en una muestra de estudiantes de diferentes universidades mexicanas; en un segundo momento, identificar si hay relación entre la victimización contextual con la severidad de sintomatología; finalmente, en un tercer momento, analizar el impacto diferencial de la victimización contextual sobre la salud mental de estos universitarios.

6.2 Metodología

6.2.1 Participantes

La muestra se conformó por 3 796 estudiantes de 13 universidades del centro y norte del país, de los cuales el 50.7% fueron mujeres y el 49.3% hombres con una media de edad de 20 años.

6.2.2 Instrumentos

Listado de Comprobación de Síntomas-90-Revisado, SCL-90-R (Derogatis y Cleary, 1977).

Se utilizó la versión en español que fue validada para población mexicana (Cruz, López, Blas, Gonzáles y Chávez, 2005) la cual consta de 90 reactivos con cinco opciones de respuesta que van de Nada a Mucho. Las propiedades reportadas para la población hispana indican un 41% de la varianza explicada y un coeficiente alpha de Cronbach de .90 para el instrumento total. El instrumento reporta 9 subescalas; Somatización (ej. Dolores de cabeza), Obsesión-Compulsión (ej. Tener que hacer cosas muy despacio para estar seguro de que las haces), Sensibilidad-Interpersonal (ej. Ser demasiado sensible o sentirte herido con facilidad), Depresión (ej. Sentirte bajo de energías o decaído), Ansiedad (ej. Tener miedo de repente sin razón), Miedo-Hostilidad (ej. Sentirse fácilmente irritado o enfadado), Ansiedad Fóbica (ej. Miedo a salir de la casa solo), Ideación Paranoide (ej. La idea de que otra

persona pueda controlar tus pensamientos) y Psicoticismo (ej. Creer que la gente sabe lo que estoy pensando), además de un Índice Global de Severidad (IGS) de síntomas, que indica el grado de malestar psicológico.

Cuestionario de Victimización Contextual de la Violencia Comunitaria (VCVC) (Gurrola-Peña, Balcázar-Nava, Esparza del Villar, Lozano-Razo y Zavala-Rayas, 2018).

Consta de 25 reactivos con cinco opciones de respuesta que van de Nunca a Muy frecuentemente. El análisis factorial confirmatorio del instrumento indica los siguientes resultados: $\chi^2(266) = 1738.89$ ($p < .01$), AGFI = .90, NFI = .91, CFI = .92, RMSEA = .06, valores que implican una buena bondad de ajuste. El instrumento reporta cuatro áreas: Victimización contextual general (ej. He oído que en los lugares que frecuento alguna(s) persona(s) ha(n) sido apuñalada(s), Victimización contextual en el vecindario (ej. He escuchado que en mi colonia le han disparado a alguien), Victimización contextual en los lugares de diversión (ej. He escuchado que en los lugares donde suelo divertirme se llevan a cabo asaltos con armas) y Victimización contextual en la escuela (ej. He escuchado que en mi escuela alguna(s) persona(s) ha(n) sido golpeada(s). Además, consta de un ítem que mide la Percepción general de inseguridad.

6.2.3 Análisis de datos

En primer lugar, se realizaron análisis descriptivos para mostrar la prevalencia de la Victimización contextual ante la violencia comunitaria, la Percepción general de inseguridad, los síntomas psicopatológicos manifestados y el Índice global de severidad de síntomas. Posteriormente, se correlacionaron los índices de Victimización contextual ante la violencia comunitaria y el Índice global de severidad de síntomas.

Por último, se realizó una regresión lineal por pasos para estimar el peso y la dirección de las variables independientes (Victimización contextual general, Victimización contextual en la escuela, Percepción general de inseguridad, Victimización contextual en el vecindario y Victimización contextual en los lugares de diversión) en la variable dependiente que fue aparición de síntomas psicopatológicos en los jóvenes universitarios.

6.3 Resultados

Los resultados indican que los jóvenes universitarios tienen una frecuencia de exposición a la violencia comunitaria media en orden decreciente en su contexto en general, en el vecindario, en los lugares de diversión y por último en su escuela (ver tabla 1).

Tipo de Victimización	Valores Mínimos y Máximos		Media	D.E	Nivel de Exposición
Victimización contextual general	9.00	35.00	16.53	6.98	Media
Victimización contextual en el vecindario	6.00	25.00	12.00	5.48	Media
Victimización contextual en los lugares de diversión	5.00	15.00	7.30	3.15	Media
Victimización contextual en la escuela	4.00	14.00	6.18	2.63	Media

Tabla 1. Media y desviación estándar de la frecuencia de exposición a la violencia comunitaria

En cuanto a la Percepción general de inseguridad, se encontró una media de 2.8 (D. E. = .91), lo que corresponde a un sentimiento bajo de inseguridad en la comunidad.

La manifestación de síntomas psicopatológicos se mostró leve en todas las subescalas, siendo las más altas las correspondientes a síntomas de Obsesión-Compulsión, Depresión, Somatización, Sensibilidad interpersonal y Miedo-Hostilidad (ver tabla 2).

Subescala del SCL-90-R	Valores Mínimos y Máximos		Media	D.E
Somatización	1.2	6.0	1.70	.6258
Obsesión-Compulsión	1.0	5.0	1.73	.6221
Sensibilidad Interpersonal	.7	4.5	1.66	.6446
Depresión	1.3	6.3	1.72	.6647
Ansiedad	1.0	4.8	1.59	.6286
Miedo-Hostilidad	.5	3.0	1.66	.7244
Ansiedad fóbica	.7	3.4	1.45	.5811
Ansiedad paranoide	.6	3.0	1.63	.6410
Psicoticismo	1.0	4.8	1.49	.5959

Tabla 2. Media y desviación estándar de la manifestación de síntomas psicopatológicos por subescalas

Por otra parte, en lo referente a la aparición de síntomas psicopatológicos, el Índice general de severidad de síntomas indica una media de 147.56 (D.E. = 49.83), lo que correspondería a un malestar psicológico medio.

Se encontraron correlaciones positivas estadísticamente significativas y moderadas entre la Victimización contextual ante la violencia comunitaria y el Índice general de severidad de síntomas (ver tabla 3).

	Índice Global de Severidad de Síntomas
Victimización contextual general	.249**
Victimización contextual en el vecindario	.241**
Victimización contextual en los lugares de diversión	.223**
Victimización contextual en la escuela	.244**
Percepción general de inseguridad	.228**

** La correlación es significativa a .01 (bilateral)

Tabla 3. Correlación entre la victimización contextual ante la violencia comunitaria y el Índice global de severidad de síntomas

Los modelos resultantes de la regresión por pasos sucesivos de las variables predictoras para el desarrollo de síntomas psicopatológicos, indican que el quinto modelo conformado por la Victimización contextual general, la Victimización contextual en la escuela, la Percepción general de inseguridad, la Victimización contextual en el vecindario y la Victimización contextual en los lugares de diversión, permiten explicar el 23.3% del fenómeno de estudio (ver tabla 4).

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	ΔR^2	p
1	.249 ^a	.203	.203	-----	-----
2	.289 ^b	.213	.212	.010	.001
3	.308 ^c	.217	.216	.010	.001
4	.319 ^d	.221	.220	.010	.001
5	.325 ^e	.233	.232	.010	.001

Tabla 4. Modelos de predicción para el desarrollo de síntomas psicopatológicos

- a. Variables predictoras: (Constante), Victimización contextual general.
- b. Variables predictoras: (Constante), Victimización contextual general, Victimización contextual en la escuela.

c. Variables predictoras: (Constante), Victimización contextual general, Victimización contextual en la escuela, Percepción general de inseguridad.

d. Variables predictoras: (Constante), Victimización contextual general, Victimización contextual en la escuela, Percepción general de inseguridad, Victimización contextual en el vecindario.

e. Variables predictoras: (Constante), Victimización contextual general, Victimización contextual en la escuela, Percepción general de inseguridad, Victimización contextual en el vecindario, Victimización contextual en los lugares de diversión.

f. Variable dependiente: GSI (Índice Global de Síntomas).

La tabla 5 muestra los resultados obtenidos de las variables que predicen la aparición de síntomas psicopatológicos, con un valor positivo moderado.

	Beta	t	p
Constante		29.301	.001
Victimización contextual general	.533	3.585	.001
Victimización contextual en la escuela	2,258	6.364	.001
Percepción general de inseguridad	5.454	6.211	.001
Victimización contextual en el vecindario	.907	5.150	.001
Victimización contextual en los lugares de diversión	1.146	3.789	.001

Tabla 5. Variables predictoras para el desarrollo de síntomas psicopatológicos

6.4 Discusión y conclusiones

La violencia es una constante en la vida de los seres humanos que suele tener importantes consecuencias en la salud mental y física de las personas; en especial la violencia comunitaria, entendida como aquella que engloba todo tipo de delitos y que según la encuesta del INEGI (2017), ha ido en aumento de manera alarmante en nuestro país, afectando a un gran número de individuos. Lo anterior se muestra en los resultados del presente estudio, pues los jóvenes reportaron haber sufrido una victimización contextual media, lo cual hace pensar que viven en un entorno caracterizado por asaltos, violaciones, robos, extorsiones, secuestros, tráfico de drogas y homicidios (Kennedy y Ceballos, 2014; Krug et al., 2002).

De acuerdo con el Observatorio Nacional Ciudadano (2017), en México la inseguridad no se trata ya de un hecho aislado que le ocurra a una persona, sino que se ha convertido en una constante entre la población, debido a que ocurre de

forma cotidiana en las diferentes esferas en las que nos desenvolvemos. Como una respuesta ante este problema estructural, que no sólo afecta cuando le ocurre a la persona, sino que tiene un efecto cuando le ocurre a alguien cercano, familiar o conocido, existe una sensación de inseguridad, de ser vulnerable ante un entorno del cual no se tiene control y que se percibe como cada vez más creciente, agresivo y de mayor gravedad. De acuerdo con el Reporte Sobre Delitos de Alto Impacto (Observatorio Nacional Ciudadano, 2017), el escenario en torno a la violencia no es halagador, ya que ha incrementado desde 2006, por lo que es importante analizar cómo hacerle frente a los efectos nocivos del tráfico de armas y drogas, del homicidio, del secuestro, la trata de personas, delitos como el lavado de dinero, la extorsión, la desaparición involuntaria de personas, el robo a transeúntes, en casa habitación o de vehículos y otras formas de violencia.

En cuanto al impacto de la violencia vivida, cabría esperar que los jóvenes participantes mostraran altos índices de síntomas psicopatológicos; sin embargo, los resultados contradicen a diversos autores (Carrillo Saucedo et al., 2017; Flannery et al., 2006; Goldner et al., 2015), ya que se encontraron niveles de afectación leves, sobre todo en cuestiones de Obsesión-Compulsión, Depresión, Somatización, Sensibilidad interpersonal y Miedo-Hostilidad. La Obsesión-Compulsión se caracteriza por pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o que son no deseados; de igual forma, la Depresión se caracteriza por un ánimo disfórico, falta de motivación, desesperanza e ideación suicida; por otra parte, la Somatización se presenta mediante malestares gastrointestinales y respiratorios, entre otros (Casullo, 2004). La combinación de estos tres cuadros descritos aquí, correspondería a los síntomas internalizantes (Flannery et al., 2006). Respecto a la Sensibilidad interpersonal, se entienden como sentimientos de inadecuación, mientras que el Miedo-Hostilidad se caracteriza por pensamientos, sentimientos y acciones característicos de afectos negativos de enojo (Casullo, 2004); la combinación de estos cuadros descritos, corresponde a los síntomas externalizantes (Flannery et al., 2006).

Una explicación a este hallazgo contradictorio en apariencia, es que hay dos procesos que pueden actuar de manera conjunta: en primer lugar, tal y como lo afirman Voisin y Berringer (2015), en el sentido de que los jóvenes pueden exhibir pocos síntomas durante cierto tiempo en un intento por evitar la revictimización; sin embargo, esta adaptación a largo plazo podría llevar al joven a decrementar su funcionamiento interpersonal; lo anterior, muestra la necesidad de realizar estudios longitudinales para observar el impacto de la violencia comunitaria a largo plazo. En segundo lugar, se sugiere que existen factores que actúan protegiendo a los jóvenes del desarrollo de síntomas psicopatológicos; dichos factores protectores

también requieren ser estudiados a profundidad con miras a desarrollar programas de salud mental apropiados a este tipo de población. Una tercera línea explicativa es la que indica de acuerdo con Balcázar Nava, Gurrola Peña, Orozco Ramírez y Moysén Chimal (2018), que estos jóvenes pueden estar realizando ajustes al estilo de vida en torno a la violencia, lo que hace pensar que están más familiarizados con temas sobre violencia, pues han estado en contacto con ella prácticamente toda su vida, por lo que en apariencia el impacto sobre la salud mental puede ser menor en comparación con personas más adultas que no siempre estuvieron en un entorno violento.

Pese a lo anterior, se pudo constatar la existencia de un puntaje medio en el Índice global de severidad (IGS), que combina el número de síntomas reportados del SCL-90-R, con el nivel de malestar percibido o distrés, lo cual le convierte en un buen indicador del nivel actual de severidad del malestar (Casullo, 2004). El distrés combina una serie de emociones y sentimientos displacenteros que intervienen en las actividades de la vida diaria de las personas, ya que se manifiesta mediante una visión negativista del ambiente, de los otros y de sí mismas, pudiéndose manifestar tristeza, ansiedad y distracción (Segen, 2002).

Es así, que al igual que otros estudios (McClosky y Stuewing, 2011; Pérez et al., 2016; Voisin y Berringer, 2015), los presentes resultados confirman que la exposición a la violencia en la comunidad tiene una relación moderada con la aparición de síntomas psicopatológicos. Sin embargo, nuestro estudio reveló que dicho impacto varía según la proximidad de la experiencia de victimización comunitaria.

Para dar cuenta de lo anterior, se probaron varios modelos siendo el quinto modelo el que predice el 23.3% de varianza de la aparición de síntomas psicopatológicos. Las variables predictoras incluidas en el modelo son: Victimización contextual general, Victimización contextual en la escuela, Percepción general de inseguridad, Victimización contextual en el vecindario y Victimización contextual en los lugares de diversión.

Los resultados indican que el clima social de vulnerabilidad y la percepción de vivir en un entorno con altos índices de violencia contribuyen a crear la victimización contextual (Echeburúa, 2004). Es así, que la primera variable predictora de nuestro modelo, la Victimización contextual general, tiene relación con lo encontrado por Hanslmaier (2013), quien indicó que este tipo de victimización se encuentra asociada con la información que se transmite mediante la interacción social, ya que las víctimas directas o indirectas tienen la necesidad de expresar sus experiencias negativas (Ávila, Martínez-Ferrer, Vera, Bahena y Musitu, 2016). Así mismo, los resultados convergen con lo encontrado por Naplava (2008),

en el sentido de que la tercera variable predictora que es la Percepción general de inseguridad, tiene una relación directa con el miedo a la victimización directa o indirecta y por lo tanto, con el sentimiento de vulnerabilidad.

Como se puede observar la Victimización contextual en la escuela, en el vecindario y en los lugares de diversión cumplen con una de las características de la exposición a la violencia comunitaria y es la que corresponde a que se desarrolla en los entornos más cercanos a las personas que las padecen (Kennedy y Ceballo, 2014; Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano, 2002). A pesar de que los participantes en el presente estudio se encuentran al inicio de la edad adulta, la escuela y el vecindario siguen siendo muy importantes en las rutinas diarias, han ido incorporando gradualmente los lugares de diversión; de ahí el orden de aparición como predictoras de la aparición de síntomas psicopatológicos. Es por lo anterior que el miedo al crimen y a la violencia pueden afectar psicológicamente la vida cotidiana de manera destructiva (Chen, Curvo, Lee y Hahm, 2017), el temor puede crear sentimientos de insatisfacción con el vecindario y restringe la libertad de las personas para moverse por la comunidad y por los sistemas de redes sociales, ya que puede influir en la disposición de los residentes a participar en eventos y organizaciones comunitarias (Fabiansson, 2006; Markowitz, Bellair, Liska & Liu, 2001). Incluso si se considera el entorno doméstico como seguro, el entorno de la comunidad externa puede ser percibido como atemorizante y restrictivo para el movimiento de los jóvenes, dada su implicación en actividades deportivas, de educación, culturales y sociales (Markowitz et al., 2001).

En conclusión, el presente estudio contribuye al entendimiento de cómo la exposición a la violencia comunitaria afecta a un gran número de jóvenes universitarios en nuestro país y se encuentra ligada a la salud mental de los mismos. Por otra parte, nos permitió focalizar en una población totalmente olvidada, que son las víctimas contextuales, quienes ven afectada su salud mental por vivir en comunidades violentas y para las cuales, a diferencia de las víctimas directas e indirectas, no existen programas de atención, condición que contribuye a generar un gran problema de salud pública.

Por último, los resultados del presente estudio constituyen una directriz que puede ser de utilidad para mejorar la calidad de vida de la población mexicana, pues no sólo requiere el castigo y prevención del delito, sino que esto venga acompañado de la recuperación de los espacios públicos para mejorar la coexistencia y la cohesión social.

6.5 Lista de referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Anderson, E. R., & Mayes, L. C. (2010). Race/ethnicity and internalizing disorders in youth: A review. *Clinical Psychology Review, 30*, 338-348. doi: 10.1016/j.cpr.2009.12.008
- Attar, B. K., Guerra, N. G., & Tolan, P. H. (2010). Neighborhood disadvantage, stressful life events and adjustment in urban elementary school children. *Journal of Clinical Child Psychology, 23*(4), 391-400. doi: 10.1207/s15374424jccp2304_5
- Ávila, M. E., Martínez-Ferrer, B., Vera, A., Bahena, A., & Musitu, G. (2016). Victimization, perception of insecurity and changes in daily routines in Mexico. *Revista de Saúde Pública, 50*, 1-9. doi: 10.1590/S1518-8787.20160500006098
- Balcázar Nava, P., Gurrola Peña, G. M., Orozco Ramírez, L. A., y Moysén Chimal, A. (2018). *Victimización, sintomatología psicopatológica y bienestar psicológico en estudiantes universitarios: Un modelo predictivo*. Manuscrito presentado para su publicación.
- Brady, S. S. (2006). Lifetime community violence exposure and health risk behavior among young adults in college. *Journal of Adolescent Health, 39*(4), 610-613. doi: 10.1016/j.jadohealth.2006.03.007
- Breslau, B., Davis, G., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry, 174*(7), 252-261. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1996917>
- Burger, D. E., & Drabick, D. A. G. (2016). Community violence exposure and generalized anxiety symptoms: Does executive functioning serve a moderating role among low income, urban youth?. *Journal of Abnormal Child Psychology, 44*, 1543-1557. doi: 10.1007/s10802-016-0144x.
- Carrillo Saucedo, I. C., Montañez Alvarado, P., Esparza del Villar, O. A., Gutiérrez Vega, M. & Gurrola Peña, G. M. (2017). Exposure to violence in high school students in Ciudad Juárez, México [Edición Especial]. *European Scientific Journal, 83-93*. Recuperado de <https://eujournal.org/index.php/esj/article/view/9400>
- Casullo, M. M. (2004). Síntomas psicopatológicos en adultos urbanos. *Psicología y Ciencia Social, 6*(001), 49-57. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/314/31406105.pdf>
- Center of Disease Control and Prevention (2010). *Web-based Injury Statistics. Query and Reporting (WISQARS)*. Disponible en: www.cdc.gov/injury/wisqars/fatal.html
- Chen, W. Y., Curvo, K., Lee, Y., & Hahm, H. C. (2017). Longitudinal trajectory of adolescent exposure to community violence and depressive symptoms among adolescents and youth adults: Understanding the effect of mental health services usage. *Community Mental Health Journal, 53*, 39-52. doi: <https://doi.org/10.1007/s10597-016-0031-5>

- Cisler, J. M., Begle, A. M., Amstadter, A. B., Resnick, H. S., Danielson, C. K., & Sounders, B. E. (2012). Exposure to interpersonal violence and risk for PTSD, depression, delinquency and binge drinking among adolescents. *Journal of Traumatic Stress, 25*(1), 33-40. doi: 10.1002/jts.21672
- Cruz, C.S., López, L., Blas, C., González, L., & Chávez, R.A. (2005). Datos sobre la validez y confiabilidad de la Symptom Ckeck List 90 (SCL90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Mental, 28*(1), 72-81. Recuperado de http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1037/1035
- Cooley-Stricklan, M., Quille, T. J., Griffin, R. S., Stuart, E. A., Bradshaw, C.P., & Furr-Holden, D. (2011). Effects of youth's exposure to community violence: The MORE Project. *Psychosocial Intervention, 20*(2), 131-148. doi: 10.5093/in2011v20n2a2
- Corwin, D. L., & Keeshin, B. R. (2011). Estimating present and future damages following child maltreatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, 20*(3), 505-518. doi: 10.1016/j.chc.2011.03.005
- Derogatis, L. B. & Cleary, P. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology, 33*(4), 981-989. doi: [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(197710\)33:4<981::AID-JCLP2270330412>3.0.CO;2-0](https://doi.org/10.1002/1097-4679(197710)33:4<981::AID-JCLP2270330412>3.0.CO;2-0)
- Dierkhising, C. B., Ko, S. J., Woods-Jaeger, B., Briggs, E. C., Lee, R., & Pynoos, R. S. (2013). Trauma histories among justice involved youth: Findings from the national child traumatic stress network. *European Journal of Psychotraumatology, 4*, 327-335. doi: 10.3402/ejpr.v4i0.20274.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma*. Madrid, España: Pirámide.
- Fabiansson, C. (2006). Young people's perceptions of being safe. Globally & locally. *Social Indicators Research, 80*, 31-49. doi: 10.1007/s11205-006-9020-3
- Fairbrook, S. W. (2013). The physical and mental health effects of community violence exposure in pre-adolescent and adolescent youth. *Journal of Student Nursing Research, 6*(1), 24-30. Recuperado de <https://repository.upenn.edu/josnr/vol6/iss1/6/>
- Farfán Chávez, C. E., Esparza del Villar, O. A., Montañez Alvarado, P. y Orozco Ramírez, L. A. (2017). Exposición a la violencia y su relación con la salud mental en estudiantes de educación media superior en Ciudad Juárez, [Edición Especial]. *European Scientific Journal, 4*, 435-442. Recuperado de <https://eujournal.org/index.php/esj/article/view/9749>
- Flannery, D.J., Singer, M. I., Van Dulmen, M., Kreschmar, J., & Belliston, L. (2006). Exposure to violence, mental health and violent behavior. En D. J. Flannery, A. T. Vazsonyi & I. Walman (Eds.). *The Cambridge Handbook of Violent Behavior* (pp. 2-38). Cambridge: Cambridge University Press.
- Forge, W. H., Rosenberg, N. M., & Mercy, J. A. (1995). Public health and violence prevention. *Current Issues in Public Health, 1*, 2-9. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12349322>

- Fowler, P. J., Tompsett, C. J., Braciszewski, J. M., Jaques-Tiura, A. J., & Baltes, B. B. (2009). Community violence: A meta-analysis on the effect of exposure and mental health outcomes of children and adolescents. *Developmental and Psychopathology*, 21(1), 227-259. doi: 10.1017/S0954579409000145.
- Frieze, I. H., Hymer, S. & Greenberg, M. S. (1987). Describing the crime victim: Psychological reactions to victimization. *Professional Psychology: Research and Practice*, 18(4), 299-315. Recuperado de <https://www.ncjrs.gov/App/publications/abstract.aspx?ID=107788>
- Furlong, M. J., & Christenson, S. I. (2008). Engaging students at school and with learning: A relevant construct for all students. *Psychology in to School*, 45(5), 365-368. doi: 10.1007/pits.20302
- Goldner, J., Gross, I. M., Richards, M. H., & Ragsdale, B. L. (2015). The relation of severity and type of community violence exposure to emotional distress and problem behaviors among urban African American adolescents. *Violence and Victims*, 30(3), 432-449. doi: <http://dx.doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-13-00129>
- Gurrola-Peña, G. M., Balcázar-Nava, P., Esparza del Villar, O. A., Lozano-Razo, G. & Zavala-Rayas, J. (2018). *Measuring Contextual Victimization: Testing Instrument Validity in Mexican Youths*. Manuscrito presentado para su publicación.
- Hansmaier, M. (2013). Crime, fear and subjective well-being: How victimization and street crime affect fear and life satisfaction. *European Journal of Criminology*, 10(5), 515-533. doi: 10.1177/147370812474545
- Heinle, K., Rodríguez Ferreira, O., & Shirk, D. A. (2014). *Drug, Violence in Mexico: Data and Analysis through 2013*. San Diego, California, U.S.A.: University of San Diego. Disponible en https://justiceinmexico.org/wp-content/uploads/2014/09/2014_DVM.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017). *Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Disponible en <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/regulares/EN-UIPE/2017/>
- Imbush, P., Misse, M., & Carrión, F. (2011). Violence research in Latin America and the Caribbean: A literature review. *International Journal of Conflict and Violence*, 5(1), 87-154. doi: 10.4119/UNIBI/ijcv.141
- Kennedy, T. M., & Ceballo, R. (2014). Who, what, when and where? Toward a dimensional conceptualization of community violence exposure. *Review of General Psychology*, 18(2), 69-81. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/gpr0000005>
- Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S., & Best, C. I. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the National Survey of Adolescents. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 71(4), 692-700. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.692>

- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A., B., & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf;jsessionid=A4A75FCF1D8726DEA598F1CFCA3EC900?sequence=1
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos psicológicos*. Barcelona, España: Martínez-Roca.
- Naplava, T. (2008). Kriminalitätsfurcht und registrierte Kriminalität. Sozialökologische Analysen mit Aggregatdaten und Mehrebenenmodellen. *Die Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 91(1), 56-73. Recuperado de <http://www.heymanns-mschrkrim.de/das-archiv/jahr-2008/heft-1/>
- Margolin, G., & Gordis, E. B. (2000). The effects of family and community violence in children. *Annual Review of Psychology*, 57(1), 445-479. doi: 10.1146/annurec.psych.51.1.445
- Markowitz, F. E., Bellair, P. E., Liska, A. E., & Liu, J. (2001). Extending social disorganization theory: Modeling the relationships between cohesion, disorder and fear. *Criminology*, 39(2), 293-320. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.2001.tb00924.x>
- McCloskey, L. A., & Stuewing, J. (2011). The quality of peer relationships among children exposed to family violence. *Development and Psychopathology*, 13(1), 83-96.
- McGee, Z. T., Logan, K., Samuel, J., & Nunn, T. (2017). A multivariate analysis of gun violence among urban youth. The impact of direct victimization, indirect victimization, and victimization among peers. *Cogent Social Sciences*, 3, 3-8. doi: <https://doi.org/10.1080/23311886.2017.1328772>
- Miller, D. B., & Bennett, M. D. (2016). Continued development of the urban hassles index: Evolving examination of urban adolescents stressors. *Child Adolescent Social Work Journal*, 33, 327-335. doi: 10.1007/s10360-015-0430-4
- Observatorio Nacional Ciudadano (2017). *Reporte sobre delitos de alto impacto*. México: Observatorio Nacional Ciudadano. Disponible en http://onc.org.mx/wp-content/uploads/2017/05/170501mensual-marzo_2017_VF.pdf
- Pérez-Pedrogo, C., Sánchez-Cesareo, M., Martínez-Taboas, A., y Colón-Jordán, H. (2016). Violencia Comunitaria: Programas basados en la evidencia como alternativa para su mitigación. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 27(1), 026-042. Recuperado de <http://www.repsasppr.net/index.php/reps/article/view/274>
- Rodríguez, O. (2016). Participatory and multipolar violence associated with organised crime. *International Journal of Conflict and Violence*, 10(1), 41-60. doi: 10.4119/UNIBI/ijcv.395
- Segen, J. C. (2002). McGraw-Hill Concise Dictionary of Modern Medicine. New York, U.S.A.: The McGraw-Hill Companies.
- Smaldone, A., Honing, J. C., & Bryne, M. W. (2007). Sleepless in America: Inadequate sleep and relationships to health and wellbeing of our nation's children. *Pediatrics*, 119, 529-537. doi: 10.1542/peds.2006-2089F.

- Vuanello, R. (2005). Violencia e inseguridad urbana: La victimización de los jóvenes. *Fundamentos en Humanidades*, VI(11), 137-160. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18411608>
- Voisin, D. R., & Berringer, K. R. (2015). Intervention targeting exposure to community violence sequelae among youth: A commentary. *Clinical Social Work*, 43(98-108). doi: 10.1007/s10615-014-0506-1
- Voisin, D. R., & Neilands, T. B. (2011). Low school engagement and sexual behaviors among African American youth: Examining the influences of gender, peer norms, and gang involvement. *Children and Youth Services Review*, 32(1), 51-57. doi: 10.1016/j.childyouth.2009.06.016
- World Bank. (2010). Homicide Rate Data Set 1995–2008. Washington D.C.: World Bank.

Capítulo 7

Victimización y síntomas de salud mental según la escolaridad de los padres en universitarios de Ciudad Juárez

María Elena Vidaña Gaytán¹⁷
María Nieves González Valles¹⁸
Gloria Margarita Gurrola Peña¹⁹

Resumen

Vivir la época contemporánea de los jóvenes universitarios, es inminente experimentarla con todo lo que esto conlleva, éxito, placer, conocimiento, protección e inseguridad por mencionar algunos temas. El objetivo del presente estudio fue conocer la relación entre la escolaridad de los padres, las experiencias de victimización (hacia la persona y hacia bienes materiales) y síntomas de salud mental (Somatización, Hostilidad y Dominio del entorno) en estudiantes de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Participaron en el estudio 241 personas, 49% mujeres y 51% hombres, su media de edad fue de 21.9 años. Se utilizó la *Escala de Victimización* (Ruiz, 2007); dos subescalas: 1) *Somatización* y 2) *Hostilidad*, de la escala *Listado de comprobación de síntomas*, mejor conocida como SCL-90-R (Symptom Checklist 90 Revised) de Derogatis (1994) y la subescala de *Dominio del entorno*, que es parte de la Escala de Bienestar Psicológico (Ryff, 1989). Los resultados obtenidos a través de los análisis de varianza mostraron diferencias entre los síntomas de somatización, hostilidad y dominio del entorno de acuerdo al tipo de victimización directa o indirecta, además que a mayor escolaridad de los padres, es menor el nivel de somatización y hostilidad en los estudiantes, y mayor el nivel de dominio del entorno. Las diferencias fueron significativas de acuerdo a la escolaridad del padre; y existe una correlación negativa de acuerdo a los años de estudio de ambos padres y la somatización y la hostilidad en los jóvenes. Se sugiere que se incremente la investigación que promueva una relación más cercana entre escuela y familia, y crear programas de escuela para padres, pero no sólo para mejorar la relación padres-hijos, sino además capacitar en competencias para que los padres y maestros

^{17, 18} Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.

¹⁹ Universidad Autónoma del Estado de México.

proporcionen a los jóvenes universitarios habilidades de afrontamiento no violento y autorregulación emocional ante experiencias de victimización.

Palabras clave: Estudiantes universitarios, escolaridad de los padres, somatización, salud mental, victimización, dominio del entorno.

7.1 Introducción

Información proporcionada por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2014) ha señalado que Latinoamérica fue clasificada como la región más violenta a nivel mundial. En este panorama Alvarado (2013) realizó un estudio sobre violencia juvenil en América Latina, encontró que la tasa de violencia durante la última década tuvo un incremento muy notorio, sobre todo en jóvenes entre 15 y 24 años; mayor relevancia se registró en Argentina, Brasil, Colombia, Guatemala y México, según corrobora la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017).

Ciudad Juárez, como representativo del contexto de frontera en México, ha vivido la ola de violencia y sus consecuencias a partir de 2010 a la fecha y su repercusión en la coexistencia social, pues ha impactado de manera directa e indirecta a niños, adolescentes, universitarios y familias completas; es decir, forma parte de la vida cotidiana con crecientes niveles de violencia y crímenes variados en el espacio público y privado.

En los últimos diez años, el tema de la violencia y sus graves afectaciones en la sociedad ha sido motivo de varios análisis. Violencia se define desde distintas perspectivas y enfoques; para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002; citado en Hidalgo-Rasmussen e Hidalgo-San Martín, 2015), es:

[...] el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas posibilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

Rodríguez (2012) refiere que la violencia, al igual que el poder, son una representación universal cuyo origen es externo a la persona; con todo, expresa su subjetividad en una relación concreta volviéndola un proceso íntimo; es decir, representa la falta de límites en la acción o relación con los demás.

En términos del espectro que abarca la violencia, precisa señalar la física, psicológica, económica, sexual, doméstica y medios de comunicación social entre otros; sin embargo, en este trabajo se explora desde la violencia delictiva pragmática. De acuerdo con Fernández (2005), la violencia son “los comportamientos intencionales, dirigidos a transgredir una normatividad social [...] que atenta contra la integridad física, psíquica y emocional de las personas” (p.7). Y a esta

definición se agrega el concepto de víctima como “la persona que individual o colectivamente haya sufrido daños, inclusive físicos o mentales, emocionales, pérdida financiera, o menoscabo sustancial de los derechos fundamentales como consecuencia de acciones u omisiones, que violen la legislación penal” (Declaración sobre los Principios Fundamentales de Justicia para las Víctimas de Delitos, 29 de noviembre de 1985, citado en Romero, 2005, p. 99).

Apoyado en esas concepciones, en este estudio la noción violencia se identifica como medio instrumental que pretende producir intencionalmente un daño sea una lesión o la muerte misma; lleva implícita una guía y justificación al ejercerla, presentada en diversas modalidades: autoinflingida, interpersonal y colectiva. Bajo este enfoque, en los años recientes los habitantes de Ciudad Juárez han atestiguado asesinatos masivos, que superan las decenas semana tras semana. Según estimaciones del INEGI (2015) en 2008 se presentaron 1 589 homicidios; en 2009 fueron 2 399, 2010 la cifra ascendió a 3 776, siendo el año de mayor prevalencia, pues en 2011 se dio una disminución a 2 282 homicidios, año a partir del cual se ha visto reducido notoriamente el número de homicidios. Según la misma fuente, durante el 2012 se presentaron 850 homicidios, en 2013 disminuyó a 614, en 2014 fueron 594 y en el 2015 se estimaron 259. Mientras que en el 2016, 546 y en el 2017, 897 homicidios.

A mediados del año 2018, por ejemplo, las circunstancias políticas de renovación de la presidencia municipal de Ciudad Juárez, han descuidado sustancialmente el problema de la inseguridad pública llegando a cerca de los 700 asesinatos tipo ejecución por parte del crimen organizado hasta el mes de julio (Noticias Juárez, 2018), siendo mayo y junio los meses con mayor cantidad de homicidios hasta el momento -124 y 182-. No obstante, que el presidente en turno ha tenido diversas controversias de denuncia propias de su cargo público entre las cuales se encuentran peculado, delitos electorales y violación de derechos humanos, durante los meses de julio y agosto ha solicitado diversos medios como amparos, permisos e impugnaciones electorales; mientras la ciudad se encuentra con repuntes significativos de inseguridad pública y detrimento de la infraestructura general. Esta condición sociopolítica, también es factor de promoción de la violencia contextual sin lugar a dudas.

La reducción reciente de la tasa de homicidios (Alanís y Durán, 2012, citados por Alvarado, 2013) ha sido positiva, según diversas fuentes oficiales, privadas y periodísticas; sin embargo, se ve opacada por los problemas estructurales de Ciudad Juárez en donde permean actividades delictivas como el robo, la extorsión y desapariciones forzadas; aunado a ello está la indiferencia e incapacidad de las autoridades para resolver esos problemas.

Ante esta situación, la victimización y el miedo al delito se han asociado con una mayor inhibición de la comunicación, ruptura de procesos organizativos, aislamiento social y creciente desconfianza en las interacciones sociales de la comunidad (Beristáin, 1999; Carrión & Núñez-Vega, 2006; Garofalo, 1979; Hale, 1996; Skogan, 1987; Vilalta, 2010; Villareal & Silva, 2006; citados en Ávila, Martínez-Ferrer, Vera, Bahena y Musitu, 2015). Ambos fenómenos -victimización y miedo al delito- de acuerdo con diversas investigaciones, han provocado cambios en el estilo de vida en los habitantes y en sus hábitos cotidianos.

Cruz (1999, p. 260; citado en Muratori y Zubieta, 2013) definió la victimización como “el acto en el cual una persona es objeto del uso de la fuerza, que le produce un daño físico o psicológico”. Gray, Jackson y Farrall y el equipo de Jackson y Gray (2011, citados en Muratori y Zubieta, 2013) al estudiar los beneficios de la preocupación y el miedo al delito, encontraron que el miedo al delito es considerado como una defensa natural y adaptativa frente al crimen; la persona está al pendiente, en un estado de alerta, ante la posibilidad de ser víctima para poder reaccionar en caso de ser necesario, en lugar de que esta posibilidad le genere un conflicto que provoque una disminución en su bienestar. Es decir desde esta perspectiva positiva, el miedo estaría actuando como factor de protección.

Ante la aparición de ambos fenómenos surge la preocupación principal para los trabajadores en el área de salud mental, haciendo necesario conocer qué factores del contexto social podrían estar asociados en la forma de respuesta de los jóvenes y cuáles son sus características de salud mental cuando se enfrentan a estas experiencias de victimización.

Diversos estudios (Torres, 1989; Rosas, 1998; Flores, Cortés y Góngora, 2008; Betancourt, Andrade, y Jiménez, 2015) respecto a la relación entre la escolaridad de los padres, el rendimiento académico de sus hijos, y el maltrato familiar, los padres señalaron que reconocen que cuando ellos(as) no pueden apoyar a sus hijos a resolver sus dudas escolares, es porque no cuentan con los conocimientos necesarios y no tienen una preparación académica suficiente para llevarlo a cabo. Y respecto a la relación entre maltrato y escolaridad de los padres hubo mayor índice de hijos maltratados en el grupo de escolaridad baja de los padres.

Tal como lo afirman los autores anteriormente mencionados, no sólo es la escolaridad de los padres lo que influye en el desempeño escolar, las habilidades psicosociales de los hijos, y el maltrato, sino la relación entre dicha escolaridad y la dinámica familiar que se estructura, así como la forma en que son atendidas las necesidades de los hijos, dependiendo de la etapa en la que estos se encuentren.

Al respecto, se puede mencionar la etapa del estudiante universitario, quien requiere no sólo orientación y apoyo en las tareas escolares, sino en el aprendizaje de

estrategias de afrontamiento y su autorregulación ante situaciones de victimización. Es por esto, que se consideró necesario, primero conocer algunos síntomas de su salud mental (en el caso de la presente investigación se evaluó la somatización y la hostilidad), y saber si existe una relación entre estas y el dominio del entorno y de acuerdo al nivel de escolaridad de sus padres.

Vivir la época contemporánea de los jóvenes universitarios, es inminente experimentarla con todo lo que esto conlleva, éxito, placer, conocimiento, protección e inseguridad por mencionar algunos temas. Implica la predominancia de un presente estimado como una duración continua y a la vez naciente, desde donde es posible la rectificación del pasado ante un futuro de decisión y oportunidades de elección. En estudios intergeneracionales, se ha mostrado que los jóvenes a diferencia de sus padres, enfrentan los problemas de manera más emocional, y con estrategias más directas (Burciaga, 2003; Huidobro, 2012; Vera, 2014)

Retomando el tema de violencia, se puede mencionar que la OMS (2017) señala que la tasa de muerte por homicidios y suicidios son globalmente registrados en hombres entre 15 y 44 años; y que por cada uno que muere por este tipo de violencia, existen entre 20 y 40 jóvenes (hombres y mujeres) que sufren problemas que requieren tratamiento hospitalario. Entre estos problemas están los de índole de salud mental como depresión y síndromes de dolor crónico. Y las causas que, de acuerdo a la OMS, se asocian a dichos signos de violencia que a su vez gestan problemas de salud mental, son el bajo nivel educativo, la parentalidad y las normas sociales y culturales que respaldan y promueven la violencia. Por tanto, este organismo sugiere: 1) incrementar investigaciones que evalúen estas variables y así, se propongan estrategias que coadyuven a bajar los índices de cualquiera de estos tipos de violencia; 2) fomentar las relaciones familiares enriquecedoras. Es decir, formar a los padres en aptitudes para resolver problemas, y que con ello se incremente su participación para fortalecer alianza entre escuela y hogar; y 3) crear programas para que los adultos proporcionen habilidades sociales para que los jóvenes aprendan a solucionar problemas relacionados con el conocimiento del entorno y atención a la seguridad.

Con base en lo anterior, se abordaron en la presente investigación dos problemas de salud mental: somatización y hostilidad. El primero se refiere a las respuestas fisiológicas asociadas a una condición psicológica; y el segundo a una latencia de conductas y actitudes de enojo, cólera, ira y necesidad de enfrentamiento agresivo, asociados a experiencias violentas (Ampudia, 1977; Lizama, 1989; Cruz, 2001; Hughes y Gullone, 2010; DSM-V, 2013).

Lizama (1989) y Cruz (2001), como resultado de sus respectivas investigaciones sobre los factores que influyen en la somatización, señalan que la familia es el

ámbito de relación interpersonal que más influencia tiene en el sujeto, y que transmite emociones que tienden a la somatización, o facilitan la creación de elementos que estimulen una mejor salud. Además, agregan, que cuando existe un ambiente de tensión y ansiedad en la red de apoyo emocional, se forma un individuo con hostilidad, miedo e indiferencia ante el entorno. Lo que genera en la sociedad evasión, neurosis, corrupción y violencia. Y esto a su vez, facilita el desencadenamiento de problemas de salud mental asociados a contextos violentos. Al respecto, Sendrail (1983) afirma que en las sociedades urbanas a diferencia de las comunidades rurales, es donde se disparan los altos índices de trastornos psicológicos debido a la dimensión de estas sociedades, a su constante contexto de tensión y a su burocracia impersonal.

Hablar de la violencia en Ciudad Juárez, es particularmente diferente, debido, al incremento de ésta en las últimas dos décadas. Ya que como lo señalan Moreno, Gutiérrez y Torres (2015), pareciera que los ciudadanos están naturalizando esta situación. Y que aunque para algunos la violencia observada es causa de trastornos como la angustia, el estrés, el sentido de seguridad y fobia social, para otras personas parece que la pueden asimilar fácilmente.

Con base en lo descrito, el objetivo del presente estudio fue conocer las experiencias de victimización de los universitarios de Ciudad Juárez, su dominio del entorno, sus manifestaciones de salud mental latentes (somatización y hostilidad), de acuerdo a la escolaridad de sus padres.

7.2 Metodología

7.2.1 Participantes

La muestra estuvo conformada por 241 estudiantes de licenciatura de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Chihuahua mediante muestreo no probabilístico, propositiva por conveniencia. Se encuestaron como reporte auto aplicable en diversos campus de la Universidad. De los cuales, el 51% fueron hombres y el 49% mujeres, con una media de edad fue de 21.9, de un rango entre 18 y 33 años, todos solteros. La media de edad de los padres fue de 49.5 años, y la escolaridad fluctuó desde primaria terminada, hasta estudios de licenciatura.

7.2.2 Instrumentos

Se utilizó la *Escala de Victimización* (Ruiz, 2007), con 14 ítems respecto a las experiencias que han atentado sobre la persona directamente -8 preguntas-, y sobre sus bienes materiales -6 preguntas-, con opción de respuesta dicotómica de *Sí y No*. Para evaluar Salud Mental se utilizaron dos subescalas de 1) *Somatización* y 2) *Hostilidad*, de la escala *Listado de comprobación de síntomas*, mejor conocida como

SCL-90-R (Symptom Checklist 90 Revised) de Derogatis (1994), con una forma de respuesta de 1 a 5, de *nada absolutamente, a mucho en extremo*; y la subescala de *Dominio del entorno*, que es parte de la Escala de Bienestar Psicológico (Ryff, 1989), con opciones de respuesta de 1 a 6, de *totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo*.

7.2.3 Procedimiento

Se solicitó permiso a las autoridades correspondientes de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, para la aplicación de los instrumentos, y a los estudiantes se les informó que su participación era voluntaria, garantizando la confidencialidad de sus respuestas mediante consentimiento informado.

7.3 Resultados

Para realizar los análisis correspondientes del presente estudio, se utilizó el programa estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), versión 18. Se identificó la distribución de las variables sociodemográficas sexo, edad de los universitarios, así como de los padres, la edad y su nivel de escolaridad (ver Tabla 1). El mayor porcentaje de los padres de los universitarios cuentan con estudios de nivel licenciatura (20-23%), seguidos por estudios de Prepa/Técnico con 19-21%.

Nivel escolar	Madre	Padre
Solo primaria	8%	8%
Solo secundaria	19%	13%
Prepa/Esc. Técnica	21%	19%
Licenciatura	20%	23%

Tabla 1. Distribución de frecuencias del nivel de la escolaridad de los padres

Se efectuó un análisis de tablas de contingencia para identificar los porcentajes del tipo de la victimización a través de experiencias que atentaron directamente a su persona, y experiencias que atentaron hacia los bienes de los estudiantes universitarios (ver Figura 1 y Figura 2).

En la figura 1 se puede apreciar que ser perseguido por un desconocido, extorción, robo con y sin violencia, agresión física y llamadas obscenas obtuvieron mayores prevalencias (27-36). Mientras que en la figura 2, el robo de auto y de vivienda obtuvieron las mayores prevalencias (25-28).

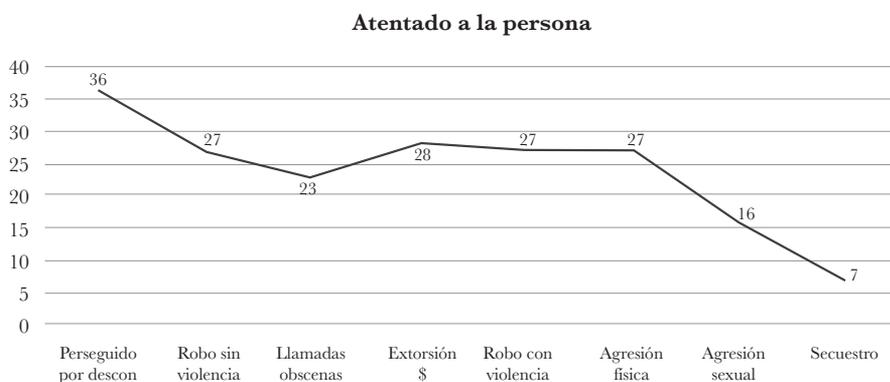


Figura 1. Porcentajes de las Experiencias de Victimización a través del atentado directamente a la persona

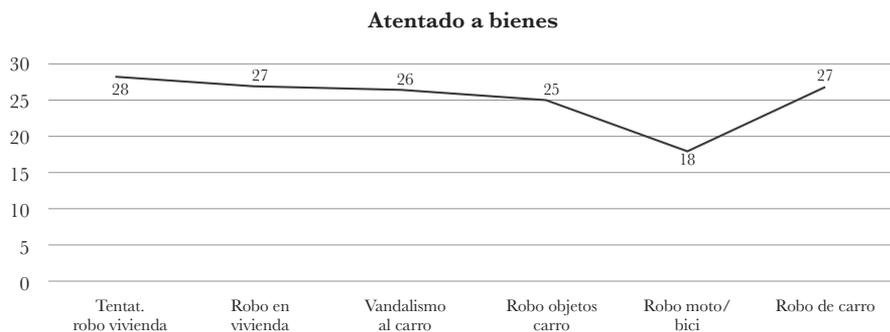


Figura 2. Porcentajes de las Experiencias de Victimización a través del atentado a Bienes de los estudiantes

Se realizó un análisis de varianza para identificar las diferencias entre los síntomas de salud mental (la somatización y la hostilidad), y el dominio del entorno, de acuerdo a la escolaridad de los padres (ver Tablas 2 y 3). En la tabla 2, se puede apreciar diferencia estadística significativa en la dimensión de somatización de los estudiantes según el nivel educativo de las madres, disminuyendo según el nivel educativo, es decir que a medida que aumenta el nivel de las madres, disminuye la somatización de los estudiantes ($F=2.18$, $Sig=.009$).

Somatización	Hostilidad	Dominio	Entorno
Primaria	2.02	1.64	3.77
Secundaria	1.82	1.71	3.69
Prepa/Técnica	1.72	1.83	3.84
Licenciatura	1.62	1.54	3.86
F.	2.18	1.59	0.630
Significancia	0.009***	0.190	0.590

*** $p \leq .01$

Tabla 2. Análisis de varianza entre los síntomas de salud mental de acuerdo al nivel escolar de las madres

En la tabla 3, se puede apreciar diferencia estadística significativa en la dimensión de somatización de los estudiantes según el nivel educativo de los padres, mostrando la misma tendencia que las madres pues según el nivel educativo de los padres, disminuye la somatización de los estudiantes ($F=3.16$, $Sig=.020$), así como la hostilidad con diferencia significativa siendo mayor en aquellos padres con secundaria, seguido por preparatoria, primaria y finalmente licenciatura ($F=2.82$, $Sig=.040$).

Somatización	Hostilidad	Dominio	Entorno
Primaria	1.99	1.67	3.85
Secundaria	1.77	1.84	3.74
Prepa/Técnica	1.80	1.78	3.74
Licenciatura	1.54	1.48	3.85
F.	3.16	2.82	0.329
Significancia	0.020***	0.040**	0.800

*** $p \leq .05$

Tabla 3. Análisis de varianza entre los síntomas de salud mental de acuerdo al nivel escolar de los padres

Para conocer las diferencias en las medias entre los tipos de victimización y salud mental (ver Tablas 4 y 5). En la tabla 4 se observaron diferencias de somatización, hostilidad y dominio del entorno según el haber sido perseguido por desconocidos y agresión física, según la escolaridad de los padres. Esto es que a mayor escolaridad, mayor somatización, manejo de la de la hostilidad y dominio del entorno. Misma condición en hostilidad y dominio del entorno según el robo con violencia. La somatización presentó diferencia según el nivel escolar de los padres en robo sin violencia, llamadas obscenas, agresión sexual y secuestro.

Somatización		Hostilidad	Dominio	Entorno
Perseguido por desconocido	Sí	3.55	1.90	1.84
	No	3.84	1.66	1.60
F.		7.54	7.07	6.24
Significancia		0.006***	0.008***	0.013***
Robo SIN violencia	Sí	3.53	1.85	1.82
	No	3.81	1.71	1.64
F.		5.87	1.97	3.02
Significancia		0.016***	0.162	0.083
Lamadas obscenas	Sí	3.49	1.75	1.68
	No	3.81	1.74	1.69
F.		6.81	0.006	0.004
Significancia		0.010***	0.940	0.949
Extorsión económica	Sí	3.58	1.78	1.70
	No	3.80	1.73	1.68
F.		3.57	0.288	0.020
Significancia		0.060	0.592	0.889
Robo CON violencia	Sí	3.61	1.90	1.86
	No	3.79	1.68	1.62
F.		2.56	5.07	5.78
Significancia		0.111	0.025***	0.017***
Agresión física	Sí	3.45	1.96	1.93
	No	3.84	1.67	1.60
F.		11.29	9.203	10.49
Significancia		0.001***	0.003***	0.001***
Agresión sexual	Sí	3.19	1.89	1.87
	No	3.84	1.72	1.65
F.		22.37	1.92	2.90
Significancia		0.000***	0.167	0.090
Secuestro	Sí	2.37	1.69	1.71
	No	3.84	1.75	1.69
F.		60.12	0.125	0.021
Significancia		0.000***	0.724	0.884

Tabla 4. Análisis de varianza entre la experiencia de Victimización a través de atentados directos hacia su persona y los síntomas de salud mental

En la tabla 5, se observa que el dominio del entorno puede ser a través de la hostilidad cuando sucede una tentativa de robo a vivienda siendo diferentes significativamente por nivel escolar de los padres. Así mismo, la somatización se presentó con diferencia significativa en robo de vivienda y de automóvil.

Somatización		Hostilidad	Dominio	Entorno
Tentativa de robo vivienda	Sí	3.70	1.94	1.88
	No	3.75	1.67	1.61
F.		0.227	7.57	6.54
Significancia		0.634	0.006***	0.011***
Robo de vivienda	Sí	3.91	1.86	1.82
	No	3.67	1.70	1.64
F.		4.12	2.53	2.85
Significancia		0.043***	0.112	0.092
Vandalismo al carro	Sí	3.54	1.75	1.75
	No	3.81	1.75	1.67
F.		4.98	0.000	0.560
Significancia		0.026***	0.985	0.455
Robo de objetos del carro	Sí	3.51	1.83	1.78
	No	3.82	1.72	1.66
F.		6.47	1.21	1.28
Significancia		0.012***	0.273	0.259
Robo de moto/bici	Sí	3.31	1.66	1.58
	No	3.83	1.76	1.71
F.		15.67	0.764	1.142
Significancia		0.000***	0.383	0.286
Robo de carro	Sí	3.44	1.82	1.77
	No	3.85	1.72	1.66
F.		12.38	1.04	1.25
Significancia		0.001**	0.307	0.264

*** $p < .01$

Tabla 5. Análisis de varianza entre la experiencia de Victimización a través de atentados hacia los bienes de la persona y los síntomas de salud mental

Se encontró relación estadística negativa significativa entre la cantidad de años de escolaridad de las madres y menor somatización ($r = -.169$, sig. = .016), así como de

los padres ($r=-.210$, $\text{sig}=.004$). Así mismo, se encontró relación estadística positiva significativa entre la somatización y la hostilidad ($r=-.669$, $\text{sig}=.000$). Es decir, que la ira y el enojo reprimido afectan la salud física de los universitarios (ver Tabla 6).

Somatización		Hostilidad	Dominio	Entorno
Mamá	r	-.169	-.073	0.072
	sig.	0.016***	0.296	0.306
Papá	r	-.210	1.159	0.031
	sig.	0.004***	0.029	0.647
Somatización			0.669	0.039
		0.000***	0.545	
Hostilidad		0.669		0.30
		0.000***	0.647	
Dominio de entorno		0.039	0.030	
		0.545	0.647	

*** $p \leq .01$

Tabla 6. Correlación entre años de escolaridad de los padres y síntomas de salud mental de los universitarios

7.4 Discusión y conclusiones

De acuerdo a los resultados obtenidos, se pudo observar que la manifestación de síntomas en los universitarios de acuerdo a la escolaridad de los padres, solo muestra diferencias significativas en el nivel académico del padre. Sin embargo, en ambos se muestra una tendencia en disminuir somatización y hostilidad de acuerdo al incremento de años de estudio. Y particularmente, en la respuesta de somatización hubo diferencias significativas de acuerdo a las experiencias hacia la propia persona fueron: ser perseguido por un desconocido, robo sin violencia, recibir llamadas obscenas, agresión física y agresión sexual; y en atentados hacia los bienes materiales, fueron: robo de vivienda, vandalismo al carro, robo de objetos del carro, robo de motocicleta y robo del carro.

En la respuesta de hostilidad, las diferencias significativas fueron en ser perseguido por un desconocido, robo con violencia y agresión física. Y respecto a los bienes, en tentativa a robo de vivienda. Y referente a la respuesta de dominio del entorno, las diferencias significativas fueron, en ser perseguido por un desconocido, robo con violencia, y agresión física. Y en atentado contra bienes, fue en la tentativa a robo de vivienda.

Y respecto a la relación entre los años de escolaridad de los padres y los síntomas de salud mental y dominio del entorno, las correlaciones significativas fueron entre la escolaridad de la madres y la somatización (-.169); y la escolaridad del padre somatización (-.210) y Hostilidad (-.159).

Otros resultados de la presente investigación muestran, que como lo señalan diversos autores (Torres, 1989; Rosas, 1998; Flores, Cortés y Góngora, 2008; Betancourt, Andrade, y Jiménez, 2015), el nivel de escolaridad de los padres facilita u obstaculiza el afrontamiento de experiencias de victimización y la manifestación de síntomas de salud mental en los jóvenes. Los resultados muestran que hay una tendencia en incrementar el dominio del entorno y disminuir la respuesta de somatización y hostilidad conforme se incrementa el nivel académico de ambos padres (ver Tablas 2 y 3). Y esto se corrobora en los índices de correlación (ver Tabla 6), donde se muestra la correlación negativa en estos dos síntomas y la escolaridad de los padres.

Y respecto a las experiencias de victimización y las respuestas de salud mental y su afrontamiento de los estudiantes, se mostró que Somatizan más los que han tenido atentados a su persona y los que han sufrido atentados a sus bienes (ver tablas 4 y 5); muestran más hostilidad los jóvenes que han sido perseguidos por un desconocido, o han sufrido robo con violencia, agresión física y han vivido tentativa de robo con violencia; y los que manifiestan dominio del entorno son los que han sido perseguidos por un desconocido, han sufrido agresión física, y han tenido tentativa de robo de vivienda. Lo cual se explicaría con los hallazgos de Somatización y Hostilidad en relación a los factores facilitadores como la familia que señalan diversos autores (Ampudia, 1977; Lizama, 1989). Quienes afirman que las respuestas a un medio adverso pueden ser fisiológicas asociadas a una condición psicológica; y conductas y actitudes de enojo, cólera, ira y necesidad de enfrentamiento agresivo. Y que a pesar de que se hable de Ciudad Juárez como un emblemático escenario de violencia, los jóvenes aun no se acostumbran a ella no existe un congelamiento en tratar de crear sus propios estilos de afrontamiento.

Ambas premisas las confirman los estudios intergeneracionales, que ha demostrado que los jóvenes a diferencia de sus padres, enfrentan los problemas de manera más emocional, y con estrategias más directas (Burciniaga, 2003; Huidobro, 2012; Vera, 2014; Moreno, Gutiérrez y Torres, 2015).

Y finalmente, y coincidiendo con la OMS (2017), con base en los resultados de la presente investigación los autores sugerimos que se incremente la investigación que promueva una relación más cercana entre escuela y familia, y a crear programas de escuela para padres, pero no sólo para mejorar la relación padres-hijos, sino para actualizar en temáticas académicas y relacionadas con las nuevas tecnologías e

ideologías que desconocen y que podrían ser de interés contemporáneo entre padres e hijos. Para que los padres y maestros proporcionen a los jóvenes universitarios habilidades de afrontamiento no violento y autorregulación emocional ante experiencias de victimización al mismo tiempo. Y que esto coadyuve a una prevención y disminución de la violencia.

7.5 Lista de referencias

- Alvarado, A. (2013). La violencia juvenil en América Latina. *Estudios Sociológicos*, 31(1) 229-258. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59830136009>
- Ampudia -Rueda., A., Stillmann W., M. y Villanueva, E., E. (1977). *Tendencia a la somatización en estudiantes de matemáticas: estudio comparativo entre estudiantes de matemáticas y medicina utilizando la prueba del M.M.P.I.*, Tesis inédita de Licenciatura, UNAM: Facultad de Psicología.
- Ávila, M., Martínez-Ferrer, B., Vera, J., Bahena, A. y Musitu, G. (2015). Victimización, miedo al delito y cambios en las rutinas cotidianas en un contexto de alta criminalidad, en función del género. *Reic*, 4(13), 1-22. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5395416>.
- Betancourt- Ocampo, D., Andrade - Palos, P. y Jiménez- Hernández, S. (2015). Problemas emocionales y de conducta: percepción de padres e hijos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 31 (2), 16-26.
- Burciaga, J. H. (2003). Percepción y atribuciones sobre violencia en Ciudad Juárez, México: una comparación intercultural. *Revista de la Universidad de Oriente*, 101, 66-75.
- Cruz J., N. R. (2001). *Estados emocionales como factores psicológicos que influyen en la somatización*, Tesis inédita de Licenciatura, UNAM: Escuela de Estudios Profesionales, Iztacala.
- Derogatis, L. (1994). SCL-90 R. Symptom Checklist-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual. Mineapolis: National Computer System.
- Diener, E., Suh.E.M., Lucas, R. E., Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*. 125 (2) 276-302.
- DSM-V. American Psychiatric Association (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-V.*, E.U.A. 5ta. Edición.
- Fernández, M. (2005). El sentido de la violencia urbana en la vida cotidiana de los habitantes de la ciudad de México, UAM: Tesis inédita de Licenciatura.
- Flores- Galaz, M. M., Cortés Ayala, M. L. y Gongora- Coronado, E. A. (2008). *Familia, crianza y personalidad: una perspectiva etnopsicológica*. México: Universidad Autónoma de Yucatán, Facultad de Psicología.
- Hidalgo- Rasmussen, C. y Hidalgo- San Martín, A. (2015). Violencia e inseguridad contextual percibida y roles en bullying en escolares mexicanos. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13 (2), 767-779, Doi:10.11600/1692715x.13215021214.
- Hughes, E. K., & Gullone, E. (2010). Reciprocal relationships between parent and adolescent internalizing symptoms. *Journal of Family Psychology*, 24 (2), 115-124.
- Huidobro Márquez, J. C. (2012). La actualidad del presente: lo contemporáneo. En Gandarilla, J., Ramos, R. y Valencia, G. (2012). *Contemporaneidad(es)*, España: Seguitur. 139-148.
- INEGI. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). Mortalidad: Conjunto de datos de defunciones por homicidio. México: INEGI

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Inseguridad Pública. México: INEGI.
- Lizama C., R. A. (1989). *Somatización de la depresión, Tesis de especialidad en medicina familiar general*, UNAM: Facultad de Medicina.
- Moreno- Cedillos, A., Gutiérrez Cruz, V. y Torres Gasca, J. J. (2015). Efectos del ambiente familiar en la construcción del significado connotativo de violencia y seguridad en Ciudad Juárez, *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 31 (2), 55-74.
- Muratori, M. y Zubieta, E. (2013). Miedo al delito y victimización como factores influyentes en la percepción del contexto social y clima emocional. *Boletín de Psicología*, 1(109), 7-8. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4495041>.
- Noticias Juárez. (2018). Seguimiento periodístico Homicidios en Ciudad Juárez. Ciudad Juárez: Canal televisivo. Archivo personal.
- OMS. (2017). *Datos sobre la prevención de la violencia*, documento recuperado en: www.who.int/features/factifs/es.
- Rodríguez Guillén, Raúl. (2012). Crisis de autoridad y violencia social: los linchamientos en México. *Polis*, 8(2), 43-74. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-23332012000200003&lng=es&tlng=es.
- Romero- Castrejón, A. (2005). *Análisis psicosocial y jurídico de la victimización*. Tesis inédita de Licenciatura, México: Facultad de Derecho.
- Romero, A., García, A., Brustad, R. (2007). Bienestar psicológico y su uso en la psicología del ejercicio, la actividad física y el deporte. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 2(2) 31-52. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=311126258003>.
- Rosas, V., R. (1998). *La influencia de la escolaridad de los padres en el rendimiento académico de los hijos*, Tesis de Licenciatura inédita de Pedagogía, Universidad don Vasco.
- Ruiz, J.I. (2007). Cultura ciudadana, miedo al crimen y victimización: un análisis de sus interrelaciones desde la perspectiva del tejido social. *Acta Colombiana de Psicología*. 10 (1), 65-74
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081
- Sendrail, M. (1983). *Historia cultural de la enfermedad*. Madrid: Calpe Universitaria.
- Torres, N., I. G. (1989). *Comparación del conocimiento y la actitud que tienen los padres de familia con distintos niveles de escolaridad de la ciudad de Guadalajara, Jalisco, acerca del niño maltratado*, Tesis inédita de Licenciatura de Psicología, Universidad Autónoma de Guadalajara.
- United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC (2014). *Global study on homicide 2013. Trends, context, data*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.
- Vera- Noriega, J. A. y Tanori- Quintana, J. (2014). Calidad de vida en la relación con el contexto sociocultural y recursos psicológicos: un estudio intergeneracional. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 31 (2), 55-74.
- World Health Organization. (2014). Global status report on violence prevention. Geneva: WHO.

Capítulo 8

Victimización, exposición a la violencia y estrés postraumático en universitarias de Zacatecas

Georgina Lozano Razo²⁰

Javier Zavala Rayas²¹

María Dolores García Sánchez²²

Resumen

El objetivo del presente trabajo fue describir las situaciones de victimización directa e indirecta, evaluar la victimización contextual presencial y no presencial, en la colonia, en los lugares de diversión y en la escuela, así como determinar la presencia de desorden por estrés postraumático. Para ello, se trabajó con una muestra obtenida a través de un muestro no probalístico intencional, de 318 mujeres, todas ellas estudiantes universitarias en la Universidad Autónoma de Zacatecas, en los campus de las ciudades de Zacatecas y Fresnillo. El rango de edad de las participantes fue de los 17 a los 44 años. Pidiéndoles contestar una escala de victimización (Ruiz, 2007), una escala de exposición a la violencia (Gurrola-Peña, G.M., Balcázar-Nava, P., y Moysén-Chimal, 2015), y la escala breve de desorden de estrés postraumático (Breslau, Peterson, Kessler, Schultz, 1999). Respecto a los resultados se obtuvieron datos relevantes, por ejemplo, el hecho de ser perseguida por desconocidos se presenta con el mayor porcentaje en la victimización directa. para la escala de victimización contextual no presencial 10.1% de los participantes alcanzó un puntaje 5 puntos por arriba de la media del grupo (11.16); respecto a la victimización contextual presencial la media del grupo fue de 8 puntos (el máximo posible es 17); en cuanto a la violencia contextual en la colonia la muestra obtuvo un puntaje promedio de 13.2 puntos, siendo el valor máximo posible obtener 24 puntos. Para la victimización contextual en los lugares de diversión la media del grupo fue de 9.2 y un 10.6% de los participantes superaron este valor promedio. En cuanto al factor de victimización en la escuela, el grupo obtuvo una media de 5.8 puntos y un participantes obtuvo el puntaje más alto posible de alcanzar en la escala (13). Finalmente, 48 (15.1%) participantes en esta investigación presentan desorden por estrés postraumático.

^{20, 21, 22} Universidad Autónoma de Zacatecas.

Palabras clave: Victimización, exposición a la violencia, estrés postraumático, violencia, universitarias.

8.1 Introducción

El objetivo del presente trabajo fue describir las situaciones de victimización directa e indirecta, evaluar la victimización contextual presencial y no presencial, en la colonia, en los lugares de diversión y en la escuela, así como determinar la presencia de desorden por estrés postraumático. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, s.f.), la violencia:

[...] es el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte (párr. 1).

De acuerdo a Valdez-Santiago, Hidalgo-Solórzano, Mojarro-Iñiguez, Rivera-Rivera y Ramos-Lira (2013), el mundo cada día mueren aproximadamente 565 jóvenes de 10 a 29 años de edad a causa de la violencia interpersonal, que incluye la de tipo intrafamiliar, de pareja y comunitaria, e incluye robos, riñas y secuestros en espacios públicos. Es precisamente la violencia comunitaria la que nos ocupa en el presente trabajo.

8.1.1 Violencia Comunitaria

La violencia comunitaria se refiere a la violencia interpersonal en la comunidad que no es cometida por un miembro de la familia y que tiene la intención de causar daño. Puede ser un subproducto de distintas circunstancias, que abarca desde el crimen y violencia en el vecindario, hasta en los conflictos o guerras civiles continuas (OMS, s.f.).

En el Estudio Mundial sobre el Homicidio 2013, se identifica a Latinoamérica como la región más violenta a nivel mundial (UNODC, 2014). En este sentido, Mels y Fernandez (2015) afirman que la exposición a armas de fuego, cuchillos, drogas y delitos tales como robos, ataques físicos y homicidios son parte de la denominada violencia comunitaria, que forma parte de la vida diaria de miles de niños y jóvenes; y ha sido reconocida por la OMS (2003) como un problema de salud pública.

Pérez, Sánchez, Martínez, Colón y Morales (2016), mencionan que la violencia comunitaria se refiere a diversos tipos de violencia que se dan a un nivel macro comunitario, lo que impacta la calidad de vida, seguridad y sana convivencia de los integrantes de una comunidad; para estos autores este tipo de violencia es el

reflejo de un ambiente tóxico comunitario que incluye criminalidad, dependencia a sustancias, agresividad interpersonal, delincuencia, problemas conductuales y de salud mental, violencia escolar y doméstica, exposición a escenarios violentos, desigualdad económica y problemas de retención escolar.

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención Belém do Pará, 1994) al explicar la violencia contra la mujer en el ámbito comunitario, la define como cualquier acción o conducta que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico a la mujer tanto en el ámbito privado como en el público; es decir, en los espacios públicos (calle, transporte, parques, etcétera) o la comunidad (barrio, colonia, lugar de trabajo, así como en instituciones educativas o de salud). La violencia que se presenta en la comunidad es ejercida mayoritariamente por personas desconocidas (cuando sucede en lugares públicos), o por personas del entorno comunitario (vecinos, compañeros de trabajo, compañeros de la escuela) de la mujer o niña (Procuraduría General de la República PGR], 2017).

De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016, 38.7% de las mujeres fueron víctima de actos de violencia por parte de desconocidos a lo largo de su vida, esta violencia en el ámbito comunitario es sobre todo de índole sexual, abarca desde frases ofensivas de tipo sexual, acecho y abuso sexual (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2017).

8.1.2 Exposición a la violencia y su impacto

Cuando se habla de exposición a la violencia, se hace referencia a aquellas diversas experiencias que pueden ir desde escuchar hablar de la violencia, presenciar violencia que involucra a otros o ser víctima directa de un acto violento (Guerra y Dierkhising, 2011). Existe todo un campo de investigación dedicado al estudio del impacto psicológico que la exposición a la violencia comunitaria tiene sobre las víctimas, -ya sean víctimas directas o indirectas- tanto a nivel emocional como conductual en cualquier ámbito de su vida (Leiner et al., 2012; Lynch, 2003). De acuerdo con Clark et al., (2007), se ha demostrado que la victimización en la adolescencia puede aumentar la probabilidad de conductas criminales y “esta relación se explica, parcialmente, por las alteraciones psicológicas generadas por la exposición a la violencia y las reacciones de afrontamiento asociadas a las mismas” (Mels y Fernández, 2015, p. 2).

En un estudio realizado en los barrios con un nivel alto de criminalidad en Chicago, se encontró que la exposición a la violencia comunitaria, como presenciar una golpiza o tener que esconderse debido a un tiroteo en el barrio, predice un

incremento en el comportamiento agresivo un año después (curiosamente lo contrario no era cierto, es decir, el comportamiento agresivo no predecía la exposición a la violencia comunitaria). Además, este efecto que la exposición a la violencia comunitaria tiene en el comportamiento agresivo está en parte mediado por dos tipos de cogniciones sociales: creencias normativas que apoyan la agresión y las fantasías agresivas. Esto es, ser expuesto a eventos violentos en la comunidad lleva a un incremento en las creencias normativas que apoyan la agresividad y las fantasías agresivas, lo que, a su vez, conduce a un aumento en los comportamientos agresivos (Clark et al., 2007).

Guerra y Dierkhising (2011) afirman que la exposición a la violencia comunitaria está entre las experiencias más perjudiciales que pueden vivir los niños y jóvenes, afectando su forma de pensar, sentir y actuar. Pérez et al., (2016) mencionan que se han observado síntomas relacionados con el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), encontrándose altas tasas de este trastorno en adolescentes que son víctimas directas (Horowitz, McKay y Marshall, 2005; Lynch, 2003) y testigos de violencia comunitaria (Guerra, Huesmann y Spindler, 2003).

En un estudio llevado a cabo por Cuevas y Castro (2009) con niños y adolescentes colombianos expuestos a violencia comunitaria, encontraron que un 7.4% de su muestra (n=1,362) presentaron síntomas de estrés postraumático en nivel grave. De acuerdo con estos autores esto pone de manifiesto que en condiciones de violencia, los niños y adolescentes experimentan una serie de situaciones traumáticas capaces de producir dicha sintomatología, además demostraron que los síntomas de estrés postraumático encontrados estaban directamente asociados con los niveles de exposición y victimización establecidos.

Copeland-Linder, Lambert e Ialongo (2010) mencionan que es frecuente la presencia de problemas internalizantes como la depresión, la ansiedad y las quejas somáticas, Investigadores como Copeland-Linder, et al., (2010); Leiner et al., (2012); Ludwig y Warren, (2009) entre otros, informan sobre la alta prevalencia de problemas externalizantes, tales como conductas agresivas, desafiantes y abuso de sustancias, en adolescentes víctimas directas e indirectas de violencia comunitaria. Por su parte, las teorías de aprendizaje social sugieren que la pertenencia a contextos con altas tasas de violencia, promueve y normaliza las conductas agresivas a través del modelaje del comportamiento, llevando a que se produzca cada vez más violencia al nivel de la comunidad (Guerra et al., 2003). Margolin y Gordis (2000 como se citó en Pérez et al., 2016) mencionan que la violencia comunitaria afecta la visión que desarrollan los niños del mundo y de ellos mismos, sus ideas sobre el significado y propósito de la vida, sus expectativas para una vida feliz, así como su desarrollo moral.

8.1.3 Delitos de alto impacto en números

Antes de dar inicio a la presente sección cabe señalar que delito y violencia no son sinónimos, sin embargo, una de las manifestaciones más claras de la violencia social son ciertos delitos, es por ello importante hacer un breve recuento de algunos de ellos, un panorama acerca de la incidencia de los principales delitos que aquejan a la población mexicana en general, y a los zacatecanos en particular. De acuerdo con datos del Observatorio Nacional Ciudadano (ONC, 2018), en marzo de 2018, el número de víctimas totales por homicidio doloso y feminicidio en México ascendieron a 2 796; de los cuales 2 729 corresponden al primer delito y 67 al segundo. Del total de víctimas de homicidio doloso y feminicidio (2 796), en 1 954 se utilizó un arma de fuego, con otro elemento 530 (no se especifica cual), con arma blanca 285 y no se especifica en 27 casos. Durante marzo de 2018, en promedio, cada 15 minutos y 58 segundos se registró una víctima por homicidio doloso o feminicidio en México.

Por otra parte, respecto al sexo de las víctimas de homicidio doloso 2 468 eran hombres, 223 mujeres y 67 víctimas de feminicidio, lo que significa que, de los 290 asesinatos intencionales de mujeres, solo el 23.10% se tipificaron como feminicidio. En cuanto a la edad, de las 2 796 víctimas de estos delitos, 2 182 eran mayores de edad, 92 menores de edad, en el resto de los casos no se especifica la edad.

De acuerdo con la Secretaría del Gobernación y el Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (SEGOB y SESNSP, 2018a), en el año 2017 a nivel nacional, se contabilizaron un total de 46 688 homicidios, de los cuales 29 146 fueron dolosos y 17 542 culposos; para Zacatecas se reportan 687 homicidios dolosos y 164 culposos. Respecto al feminicidio, la SEGOB y SESNSP (2018b) reportan un total de 315 casos a nivel nacional en el período de enero-mayo de 2018, mientras que para Zacatecas se reportan 11 feminicidios, encontrándose el municipio de Fresnillo en el lugar número 17 con tres casos.

A nivel mundial, la mayoría de las víctimas de homicidio, tanto hombres como mujeres, tienen en común que son relativamente jóvenes. Los grupos de edad de 15 a 29 años y de 30 a 44 años concentran la gran mayoría de los homicidios; casi la mitad de todas las víctimas tienen entre 15 y 29 años de edad, y poco menos de un tercio se cuentan entre los 30 y 44 años. En cuanto a los más jóvenes del espectro de edad, 36 000 niños menores de 15 años fueron víctimas de homicidio en todo el mundo en 2012, lo que representó 8% de todas las víctimas de este delito. Si se suman a la proporción de víctimas del grupo de 15 a 29 años de edad, se aprecia que más de la mitad de todas las víctimas de homicidio en el mundo son menores de 30 años (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC], 2014).

Respecto al delito de secuestro, cifras ofrecidas por el ONC (2018) muestran que en marzo de 2018 el número de víctimas fue de 130; de los cuales 107 corresponden al fuero común y 23 al fuero federal. Respecto a los secuestros del fuero común, 92 corresponden a secuestros extorsivos, cuatro a exprés, tres con calidad de rehén, uno para causar daño y siete se ubicaron en la categoría de otros tipos de secuestros. Respecto al sexo de dichas víctimas 78 fueron hombres, 26 mujeres y en tres casos sin identificar, mientras que ocho eran mayores de 18 años, 12 menores de edad, el resto sin identificación. En el año 2017 de acuerdo con cifras oficiales de SEGOB y SESNSP (2018a), se reportaron 1 390 casos a nivel nacional. Para Zacatecas se tiene un total de 74 secuestros.

En lo que respecta al delito de extorsión, a nivel nacional sumaron 5 786 casos; mientras que en Zacatecas 197, en el período enero-diciembre de 2017 (SEGOB y SESNSP, 2018a). Por su parte, de acuerdo con cifras del ONC (2018), en el mes de marzo de 2018 se contabilizaron 524 víctimas, de las cuales 284 fueron hombres, 169 mujeres y 38 casos no se cuenta con identificación. De ese total, 413 eran adultas, 10 menores de edad, en el resto no se especifica la edad. De acuerdo con cifras oficiales, a nivel nacional en el período enero-mayo de 2018 hubo un total de 837 extorsiones a mujeres, mientras que en Zacatecas se reportaron 35 casos (SEGOB y SESNSP, 2018b).

En el mes de marzo de 2018 la cantidad de carpetas de investigación por robo con violencia se ubicó en 20 589; de estos robos, 6 038 fueron de vehículo, 3 861 a transeúntes, 3 544 a negocio, 1 386 a transporte, 878 a transportistas, 531 a casa habitación, 49 de ganado, 25 a instituciones bancarias, 25 de maquinaria, nueve de autopartes; y 4 238 otro tipo de robos (ONC, 2018).

Respecto al delito de violación, 1 150 fueron las carpetas de investigación iniciadas en el tercer mes, de 2018; siendo 919 por violaciones simples y 231 violaciones equiparadas. El acumulado de estos ilícitos en el periodo enero-marzo de 2018 asciende a 3 091 carpetas de investigación; la modalidad de violación simple representa el 80.33% de las violaciones totales (ONC, 2018). De acuerdo con los datos reportados por SEGOB y SESNSP (2018b), las llamadas de emergencia relacionadas con incidentes de violación fueron un total de 1 410 a nivel nacional; en Zacatecas se reportaron siete en ese mismo periodo.

8.1.4 Género y violencia

Al parecer todos los seres humanos podemos ejercer violencia, tanto hombres como mujeres y, como bien señala Fisas (1998) aunque la violencia no tiene sexo, es evidente su marcado protagonismo en los hombres. Ante esto existen distintas explicaciones teóricas desde diversas disciplinas. Algunas de ellas son la biología,

la historia, la sociología, la psicología social y las propias teorías de género. A continuación haremos un breve recorrido por cada una de ellas.

Autores como Darbra y Martí (1998) señalan que entre el 3 y 4 por ciento de la población masculina son sociópatas en contraste con el menos del 1 por ciento en mujeres. Otro dato es que mientras el 5.2 por ciento de los detenidos por violencia son mujeres, el resto son hombres. La hipótesis que explica tal diferencia se apoya en estudios con gemelos, lo que apunta a un origen genético. Otros estudios aplicados en adopciones sugieren la combinación de factores genéticos que al interaccionar con ciertas condiciones ambientales, propiciaría la criminalidad y la conducta antisocial.

Muchos estudios han puesto atención a la influencia de las hormonas en la conducta violenta y, dado que los hombres presentan niveles más elevados de testosterona que las mujeres, eso explicaría la diferencia. Sin embargo, Moya y Serrano (2009) después de realizar una revisión teórica de estudios hechos con adultos, llegan a la conclusión de que en los estudios realizados con animales la relación entre las hormonas es recíproca y bidireccional, en el sentido que un determinado nivel hormonal puede repercutir en la conducta violenta y, a la inversa, el incremento de la agresión puede provocar cambios en los niveles hormonales. Es decir, la testosterona puede ser considerada tanto causa como efecto, con lo cual vendría ser una mediadora de la violencia. Mientras que en los estudios realizados con humanos esta relación no es tan clara, sobre todo porque rara vez se utilizan diseños experimentales (lo más común son los estudios correlacionales) y porque se centran en diversas condiciones individuales, asumiendo erróneamente que los niveles hormonales son estables a lo largo del día, no considerando los periodos de desarrollo en los que actúan y obviando que las respuestas biológicas y conductuales a los andrógenos son dependientes del contexto. Con lo cual dichos autores consideran que las investigaciones deben tener en cuenta diversas variables como el género, la edad, las diferencias individuales en violencia a nivel basal, el tipo de muestra estudiada, los antecedentes de violencia, los diseños experimentales empleados y el tipo de violencia analizada, entre otras. Al parecer son tantas las variables que entran en juego que es difícil determinar los factores biológicos de la violencia.

La historia muestra que la violencia siempre ha existido y como señala López (2004) “se ha tolerado y estimulado tomándose como forma de resolver las tensiones y los conflictos” (p. 31). Un ejemplo claro son las guerras, en donde la violencia se justifica y se legitima, siendo los hombres quienes mayormente han participado en ellas. Lo anterior se explica porque en la guerra la fuerza física se considera fundamental y porque en el caso de las mujeres, ellas debían quedarse

al cuidado del hogar. Por otra las figuras del guerrero y del héroe son las que se muestran a lo largo de la historia universal.

Explicar la violencia desde el enfoque social es más complejo, porque en ello intervienen aspectos económicos, políticos y culturales. Si contextualizamos, América Latina es considerada la región más insegura del mundo, con una tasa de homicidios seis veces mayor que el promedio mundial (León-Escribano de, 2008). De acuerdo con esta autora las repercusiones de tener altos índices de desigualdad e inequidad social se traducen en altos niveles de violencia que afectan principalmente a mujeres, jóvenes, niños y poblaciones indígenas. A todo lo anterior debe sumársele lo siguiente:

El resabio de los regímenes autoritarios; la pervivencia de las secuelas intangibles de los conflictos armados y una debilidad institucional que no permite dar respuesta a las demandas de la población por una parte, y por otra, que se ve desbordada ante la presencia transnacional del crimen organizado y narcotráfico, lo que termina generando un círculo vicioso entre desigualdad, exclusión y violencia (León-Escribano de, 2008, pp.73-74).

En varios de los países latinoamericanos y particularmente en México, un fenómeno asociado al ejercicio de la violencia ha sido la violencia contra la mujer, entendiéndose a ésta como:

[...] todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada (Naciones Unidas, 1993, párr. 14).

El término violencia de género en general se usa como sinónimo de violencia contra la mujer, aunque en realidad prácticamente cualquier violencia tiene una dimensión de género en la medida en que el hombre y la mujer enfrentan diferentes riesgos tanto en cuanto a protagonizar un comportamiento violento como en ser su víctima.

Desafortunadamente las estadísticas no mienten y hay un marcado incremento en nuestro país de violencia contra las mujeres. De acuerdo con Muedano (2017) quien tomó en cuenta las cifras reportadas por el INEGI, en los últimos diez años (2007- 2016) fueron asesinadas 22 mil 482 mujeres en las 32 entidades del país. Su dimensión es que, en promedio, cada cuatro horas ocurrió la muerte violenta de una niña, joven o mujer adulta. Las causas fueron por mutilación, asfixia, ahogamiento, ahorcamiento o degolladas, quemadas, apuñaladas o por impactos

de bala. Las carpetas de investigación por homicidios violentos que iniciaron los Ministerios Públicos de las Fiscalías y Procuradurías estatales pasaron de mil 83 en 2007 a dos mil 735 en 2016, lo que presenta un incremento de 152%. Se ha identificado como victimarios a parejas sentimentales -novios-, familiares directos, compañeros de escuela o del trabajo, alguna autoridad escolar o laboral, personas conocidas o extrañas.

Los crímenes perpetrados contra las mujeres por el simple hecho de serlo se le denomina feminicidios. De acuerdo con Arteaga y Valdéz (2010) este escenario no es nuevo, ya que a lo largo de la historia, las condiciones de dominación en las relaciones de género han servido como telón de fondo para perpetrar actos de violencia contra las mujeres (al igual que contra niños y ancianos). No obstante, según estos autores, en la actualidad este tipo de acontecimientos son resultado de los reajustes originados por una mayor participación femenina en espacios de poder, que anteriormente eran exclusivamente masculinos. Es decir, “los feminicidios y la violencia que los acompaña, no son sólo la expresión de una crisis (social, económica o de valores) sino una respuesta al proceso de construcción de las mujeres como sujetos” (Arteaga y Valdéz, 2010, p. 6). Esta explicación desde la sociología, va más allá de entender el problema de la violencia contra las mujeres como simples patologías individuales, “los llamados “feminicidas” se comprenden como sujetos de acción en una serie de procesos de cambio y transformación social y no como meros “dementes” o salvajes desquiciados” (Arteaga y Valdéz, 2010, p. 5).

Desde la psicología social, las teorías “clásicas” que explican la violencia son la instintivista, la de frustración-agresión y la del aprendizaje social, siendo el construccionismo la propuesta más reciente. Dentro de las teorías instintivistas, éstas ubican el origen de la violencia humana en el interior de la persona, es decir se le atribuye a un instinto, cuya función es la supervivencia y cuyas posibilidades de modificación son muy escasas. La de frustración-agresión es una teoría intermedia entre lo interno y lo ambiental. Se explicaría de la siguiente forma: cuando las personas ven impedida la acción que pretenden por alguna fuerza externa, experimentan frustración. Su aumento, desencadena agresión. La agresión elimina la frustración y no se producirá nuevamente hasta que los niveles de frustración sean nuevamente altos. Por su parte, la teoría del aprendizaje social estipula que se pueden aprender comportamientos por imitación, más concretamente, por la visión de que esos comportamientos observados han sido recompensados o reforzados. De este modo, si alguien ve que un comportamiento agresivo de una persona es reforzado, entonces lo puede aprender. Sin embargo, eso no implica que se tenga que ejecutar, porque dependen a su vez de otros tipos de aprendizajes. Por último, la teoría construccionista de acuerdo a Domènech e Íñiguez (2002) se interesa por

las explicaciones que los miembros de una comunidad utilizan para definirla, esto es los discursos en torno a la agresión y a la violencia, incluidos los que emanan de la ciencia como institución social.

Los discursos de la violencia son relativos a tiempos y sociedades específicos que generan modalidades y valores distintos para definir confrontaciones, situaciones, interacciones, causas, etcétera. Los encontramos siempre imbricados con otros discursos equivalentes sobre la raza, los grupos étnicos o el género, conformando en su totalidad los rasgos definitorios de una cultura. (Domènech e Íñiguez, 2002, p. 9).

La explicación de la violencia desde la perspectiva de género prioriza el modelo patriarcal para explicar el maltrato que impera en la sociedad contra las mujeres. El principal motor de la violencia es la lucha del poder y se utiliza para mantener la superioridad masculina. El patriarcado concibe a la mujer como el objeto de control y dominio por parte de un sistema social masculino y opresivo. Lo interesante es que fueron las propias mujeres quienes visibilizaron la violencia como un problema público y ya no sólo privado. A partir de esto, diversos organismos internacionales comenzaron a buscar mecanismos de denuncia, discusión y toma de conciencia social de la violencia de género (Bosch y Ferrer, 2000). Lo anterior ha propiciado abundantes investigaciones en torno a la violencia de género, violencia intrafamiliar, de pareja y laboral; poniendo mayor énfasis en las repercusiones físicas y psicosociales que este abuso tiene en las mujeres. Sin embargo faltan más estudios que muestren las distintas repercusiones tanto en hombres como en mujeres. Sobre la violencia social y comunitaria debida a la delincuencia, el crimen organizado, el pandillerismo, etcétera, los estudios son más escasos, no obstante también comienzan a cobrar interés, como lo demuestra el estudio realizado por Lozano, Zavala, García y Luis-Delgado (2016) quienes al comparar a hombres y mujeres respecto a la exposición a la violencia, victimización directa e indirecta y síntomas psicopatológicos, hallaron que las mujeres presentan puntuaciones medias más altas en síntomas somáticos, depresión y ansiedad fóbica.

8.1.5 Estrés postraumático y exposición a eventos traumáticos

Posiblemente la mayoría de las personas han pasado por algún evento potencialmente traumático (EPT) alguna vez en la vida: violencia con amenazas y/o golpes, la muerte o desaparición de un ser querido, ser testigo de un atraco, vivenciar una inundación, un terremoto o sufrir un accidente automovilístico, por poner algunos ejemplos. Estos EPT de no ser manejados adecuadamente por el individuo pueden llegar a desarrollar un trastorno, el denominado Trastorno por estrés postraumático (TEPT).

La OMS (WHO por sus siglas en inglés, 2018), en el reciente lanzamiento de la Clasificación internacional de las enfermedades para las estadísticas de mortalidad y morbilidad 11 versión 2018 (ICD-11 por sus siglas en inglés), posiciona este trastorno en el apartado 06 de los Desórdenes mentales, conductuales y del neurodesarrollo, en el subapartado de Desórdenes específicamente asociados con el estrés -diferenciándolo de la Reacción por estrés agudo y del Trastorno por estrés postraumático complejo- lo describe como un síndrome que se desarrolla después de la exposición a un evento o serie de eventos extremadamente amenazantes u horribles que se caracteriza por: 1) volver a experimentar en el presente en la forma de memorias intrusivas vividas el evento (ET) o eventos traumáticos (ETs), *flashbacks* (escenas retrospectivas), o pesadillas, las cuales son típicamente acompañadas de emociones fuertes y abrumadoras tales como miedo u horror y fuertes sensaciones físicas, o sentimientos de sentirse abrumado o sumergido en las mismas emociones intensas que experimentaron durante el evento traumático; 2) evitación de memorias y pensamientos del ET o ETs, o evitación de actividades, situaciones, o personas que le recuerden el o los eventos; 3) percepciones persistentes de amenaza actual elevada, por ejemplo hipervigilancia o una reacción de sobresalto aumentada al estímulo, tales como ruidos inesperados. Los síntomas deben persistir por al menos algunas semanas y causar un deterioro significativo en las áreas personal, familiar, social, educacional, ocupacional, u otras áreas importantes de funcionamiento.

Para la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2013) el TEPT es un trastorno psiquiátrico que puede ocurrir en las personas que han experimentado o sido testigo de un evento traumático (ET) tales como un desastre natural, un accidente grave, un acto terrorista, guerra/combate, violación u otro ataque personal violento. Este trastorno está incluido en una nueva categoría del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5 edición (DSM-5) el correspondiente a Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. Los criterios para el diagnóstico son:

- A.** Exposición a la muerte o amenaza de muerte, lesión grave o violencia sexual real o amenaza, en al menos una de las formas siguientes: 1) Experiencia directa del ET. 2) Presencia directa del ET ocurrido a otros. 3) Conocimiento que el ET ha ocurrido a un familiar o amigo cercano. 4) Exposición indirecta a detalles aversivos del ET generalmente en el desempeño de actividades profesionales (ejemplo socorristas, bomberos, médicos).
- B.** El ET es re-experimentado persistentemente a través de una (o más) de las formas siguientes: 1) recuerdos molestos no deseados. 2) pesadillas. 3) escenas retrospectivas. 4) distrés emocional después de la exposición a recuerdos traumáticos. 5) reactividad fisiológica después de la exposición a recuerdos traumáticos.

C. Evitación de estímulos relacionados con el ET después del trauma a través de una (o más) de las formas siguientes: 1) pensamientos o sentimientos asociados al ET. 2) recuerdos asociados al ET.

D. Sentimientos o pensamientos negativos que inician o empeoran después del ET en dos (o más) de las formas siguientes: 1) incapacidad de recordar aspectos importantes del ET. 2) Pensamientos y suposiciones excesivamente negativas sobre uno mismo o el mundo. 3) exagerar la culpa de sí mismo u otros por ocasionar el ET. 4) afecto negativo. 5) Disminución del interés en las actividades. 6) Sentimientos de desapego. 7) Dificultad en experimentar afecto positivo.

E. Alteración de la alerta y reactividad asociada al ET que inicia o empeora después del ET que se manifiesta en dos (o más) de las formas siguientes: 1) Irritabilidad o agresión. 2) comportamiento destructivo o riesgoso. 3) hipervigilancia. 4) reacción de sobresalto exagerada. 5) Problemas de concentración. 6) Dificultad para dormir.

F. La duración de los síntomas (criterios de B-E) es superior a un mes.

G. Los síntomas causan malestar o deterioro funcional (ejemplo social, laboral).

H. Los síntomas no se deben a medicación, uso de sustancias u otra enfermedad.

Algunas de las personas que han estado expuestas a ET pueden desarrollar los síntomas descritos arriba por más de un mes y ser diagnosticados con TEPT el cual puede durar meses y algunas veces años y puede asociarse a otros problemas de salud mental, tales como: depresión, trastornos de ansiedad, uso de sustancias y en los casos más graves ideación suicida (Galatzer-Levy, Nickerson, Litz y Marmar, 2013; Johansen, Eilertsen, Nordanger y Weisaeth, 2013, Rojas, Bujarski, Babson, Dutton y Feldner, 2014).

En un estudio epidemiológico de la exposición a ETs en 24 países (Benjet, et al., 2016), el 70.4% de los participantes experimentaron un ET alguna vez en su vida, el 30.5% de la muestra experimentó 4 o más ETs. A nivel individual el ET más reportado por los participantes fue la muerte inesperada de un ser querido (31.4%), el segundo presenciar la muerte o alguien seriamente lastimado 23.7%, el tercer ET más común fue ser atacado 14.5%.

En el estudio realizado en 20 países por Karam et al., (2014), la prevalencia de TEPT en doce meses fue de 1.1% para toda la muestra, la cual varía de 0.2% a 3.8% de acuerdo con el país de residencia. El 19.8% de los participantes con TEPT reportaron síntomas asociados con 4 o más ETs lo que representa mayor deterioro funcional, alta comorbilidad con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, mayor exposición de abuso físico por parte de la pareja y mayor duración del trastorno.

Otra investigación de la prevalencia de vida del TEPT a nivel transnacional

realizada por Koenen et al., (2017) en 26 países, encontró que la prevalencia de TEPT del total de la muestra fue de 3.9% y de 5.6% a la exposición de ETs. Los factores de riesgo para que las personas expuestas a ETs desarrollen TETP de acuerdo con este estudio son: la desventaja social, ser joven, mujer, soltera, tener bajos ingresos, pocos estudios y estar desempleado.

Por lo que respecta a México en el año 2003, la prevalencia de vida a la exposición de ETs en cuatro ciudades (Oaxaca, Hermosillo, Guadalajara y Mérida) fue de 76% y para el TEPT de 11.2%. Los factores de riesgo mayores para desarrollar TEPT fueron: condición socioeconómica baja, ser mujer, el riesgo aumenta si se acompaña de violencia sexual. De los casos de por vida el 62% se hizo crónico y solo el 42% recibió ayuda profesional (Norris, Murphy, Baker, Perilla, Rodríguez y Rodríguez, 2003).

En un estudio realizado por el Instituto Nacional de Psiquiatría a nivel nacional (Borges, Benjet, Petukhova y Medina-Mora, 2014) se muestra que el 68.8% de la población mexicana sufrió algún ET durante su vida, siendo el más común la violencia física 42%. La prevalencia de vida para presentar TEPT fue de 1.5% y los ETs que más contribuyen en su desarrollo fueron, sufrir lesiones graves causadas de manera accidental o la muerte y haber sido atacado sexualmente. Las mujeres participantes de este estudio mostraron una probabilidad de 4.8 veces para desarrollar TEPT. Algunos de los factores de riesgo asociados al TEPT de 12 meses fueron: ser mujer, desempleado, estudiante o jubilado.

8.1.6 Género y estrés postraumático

Diferentes estudios sobre ET y TEPT (Breslau, 2009; Koenen, 2017; Tolin y Foa, 2006), muestran diferencias de género en la vulnerabilidad para desarrollar el mencionado trastorno, tales diferencias demuestran que las mujeres tienen el doble o más de riesgo, con respecto a los hombres, de desarrollar TEPT después de la exposición a ETs que involucran violencia interpersonal, ataque sexual, abuso sexual en la infancia. Asimismo, la duración del trastorno es más largo en ellas.

La situación de mayor riesgo de las mujeres para desarrollar TEPT de acuerdo con Olf, Langeland, Draijer y Gersons (2007) puede deberse entre otros factores, al tipo de ET que experimentan, específicamente de tipo sexual, la edad de exposición al ET, falta de apoyo social, percepciones de amenaza, abuso del alcohol o diferencias neuroendocrinas.

8.1.7 Estrés postraumático en estudiantes universitarios

Los estudiantes tienen necesidades académicas, personales y sociales que de no atenderse pueden generar situaciones de fracaso escolar, malestar emocional

o problemas de violencia, lo que los hace vulnerables a presentar algún tipo de problema de salud mental (Riveros, 2018).

Los estudios de Bados, Greco y Toribio (2012, 2013) en estudiantes universitarios españoles muestran que el riesgo de presentar TEPT en esta población es de 8.6% y la prevalencia actual es de 5.2%, tanto el riesgo como la prevalencia fueron más altos en mujeres en una razón de 3 a 1 con respecto a los hombres de la muestra. Los ETs más frecuentes fueron la muerte violenta o inesperada de algún ser querido y el padecimiento de violencia física o sexual.

En el caso de México, también se han realizado estudios en relación con la sintomatología por TEPT con estudiantes tanto a nivel de preparatoria (Mendoza-Mojica, Márquez-Mendoza, Veytia-López, Ramos-Lira y Orozco-Zavala, 2017) como universitario (Mendoza, Márquez, Guadarrama y Ramos, 2013). La prevalencia de ET asociados al desarrollo del TEPT en los preparatorianos fue de 80% y en los universitarios de 78%. Los ETs más frecuentes en ambas poblaciones fueron la muerte inesperada de un ser querido, accidentes y diversos tipos de violencia, esta última es percibida como amenazante para la integridad y continuidad de sus vidas. En ambos estudios fueron las mujeres quienes presentaron mayor sintomatología asociada al TEPT. En la muestra universitaria la edad media de ocurrencia del EPT fue de 17.5 años, el 60% lo vivió entre los 15 y 19 años. El 73.1% vivió directamente el ET, el 17% fue testigo y al 9.9% se lo contaron. Finalmente, en una escala de gravedad percibida del EPT puntuada del 1 al 10 la media fue de 6.95.

8.1.8 Violencia y estrés postraumático

Como se puede observar en los diferentes estudios antes mencionados, uno de los EPTs de exposición más frecuente, para la población de jóvenes, susceptibles de desencadenar el TEPT es la violencia tanto física como sexual especialmente hacia las mujeres.

Desafortunadamente en nuestro país la percepción de la violencia ha aumentado en los últimos años. Esos datos muestran la gran exposición de la población mexicana a EPTs por lo que ha sido necesario hacer investigaciones sobre su prevalencia. Por ejemplo, los datos obtenidos en un estudio realizado en base a la Encuesta de epidemiología psiquiátrica (Medina-Mora, Borges-Guimares, Lara, Ramos-Lira, Zambrano y Fleiz-Bautista, 2005), encontraron una prevalencia de 68% en la población urbana, en aquellas personas que han estado expuestas al menos a un ET, mientras que la prevalencia de TEPT de la muestra fue de 1.45%, en las mujeres fue de 2.3% y de 0.49% en los hombres. Las prevalencias más elevadas asociadas a los criterios diagnósticos de TEPT fueron persecución o acoso, violación, secuestro, abuso sexual y haber sido víctima de violencia por los padres. Estos

resultados son similares a los reportados por Baker, Norris, Diaz, Perilla, Murphy y Hill (2005) los que señalan que las mujeres víctimas de violencia sexual y doméstica pueden ser más susceptibles de presentar síntomas relacionados con el TEPT.

Finalmente, una reciente investigación (Rizo, Guevara, Hernández y Sánchez, 2018) llevada a cabo con adolescentes víctimas de maltrato sexual, físico y emocional, reporta que en la mayoría de los casos estudiados el abusador era el padre, padrastro o abuelo. Las participantes del estudio presentaron altos porcentajes de presencia de TEPT o sub-síndrome de TEPT, 75% en las adolescentes violentadas emocionalmente, 82.35% en las adolescentes violentadas sexualmente y el mayor porcentaje 91.66% lo mostraron las adolescentes violentadas físicamente. También presentaron puntuaciones altas en depresión y ansiedad.

En párrafos anteriores se ha hecho referencia a una serie de factores de riesgo para desarrollar TEPT principalmente de tipo sociodemográfico y psicosocial, pero este apartado no quedaría completo si no mencionamos brevemente algunos de los aspectos neurobiológicos y cognitivos que intervienen o se ven afectados en el TEPT.

Uno de los circuitos neuroanatómicos involucrados en el TEPT es el integrado por el eje Hipotálamo- Hipófisis-Suprarrenal, la amígdala, y el Locus Coeruleus. Otras regiones implicadas en el trastorno son: el hipocampo, el tálamo, la ínsula, el giro cingulado, la corteza prefrontal, los lóbulos temporal y occipital y las áreas de asociación visual. A nivel neuroendocrino en el TEPT puede presentarse alteración en el sistema hipotálamo-hipofisiario-supra-adrenal, circuito interviniente en la respuesta al estrés especialmente en la fase de lucha-huida. También pueden presentarse alteraciones a nivel neuroquímico en algunos neurotransmisores como las catecolaminas, serotonina, Gaba, glutamato y opioides endógenos (González-González, 2014).

En el aspecto cognitivo los déficits neurocognitivos asociados al TEPT en una proporción media son el aprendizaje verbal y memoria, atención y memoria de trabajo, así como la velocidad de procesamiento. En menor proporción se presentan déficits en las funciones ejecutivas, lenguaje, aprendizaje visual y memoria, así como en habilidades visoespaciales. Estos déficits están relacionados con alteración en el funcionamiento del circuito fronto-límbico que subyace en la fisiopatología del TEPT (Scott et al., 2015).

8.2 Método

8.2.1 Objetivo

Describir las situaciones de victimización directa e indirecta, evaluar la victimización contextual presencial y no presencial, en la colonia, en los lugares de diversión y en la escuela, así como determinar la presencia de desorden por estrés postraumático.

8.2.2 Participantes

Se trabajó con una muestra de 318 mujeres, estudiantes universitarias en la Universidad Autónoma de Zacatecas, en los campus de las ciudades de Zacatecas y Fresnillo. El rango de edad de las participantes fue de los 17 a los 44 años.

8.2.3 Instrumentos

a) *Escala de victimización* (Ruíz, 2007): consta de 15 ítems que hacen referencia a situaciones de victimización directa (me ha sucedido a mi) y 17 ítems sobre victimización indirecta (le ha sucedido a mi pareja, familiar o conocido cercano). Las opciones de respuesta son sí o no.

b) *Escala de exposición a la violencia* (Gurrola-Peña, G.M., Balcázar-Nava, P., y Moysén-Chimal, 2015): Consta de 34 ítems, divididos en cinco factores que son victimización contextual no presencial, victimización contextual presencial, victimización contextual en la colonia, victimización contextual en los lugares de diversión, victimización en la escuela. Las propiedades psicométricas reportadas para población mexicana son 45.53% de varianza explicada y un valor de alpha de Cronbach de 0.97.

c) *Escala breve de desorden e estrés postraumático* (Breslau, Peterson, Kessler, Schultz, 1999): Integrada por siete ítems, cuyas opciones de respuesta son sí y no. Un puntaje de cuatro o más define casos positivos de TEPT con una sensibilidad del 80%, especificidad del 97%, valor predictivo positivo del 71% y valor predictivo negativo del 98%.

8.2.4 Procedimiento

Se acudió con las autoridades de la Unidad Académica de Psicología y del campus Fresnillo de la UAZ para solicitar el permiso correspondiente y poder pasar a los salones a aplicar de manera colectiva los instrumentos, se les pidió a las participantes leer y firmar el consentimiento informado, para a continuación proceder a contestar las escalas. Posteriormente se procedió a capturar y procesar estadísticamente los datos con el SPSS (versión 18.0) para PC.

8.3 Resultados

La edad promedio de las 318 mujeres es de 20.34 años. En cuanto al estado civil, el 93.3% reportan ser solteras, 5.8% casadas y un 1.0% vivir en unión libre. A continuación se procederá a describir los resultados obtenidos respecto a la victimización directa e indirecta.

En la tabla 1, se puede observar que respecto a la victimización directa, el ser perseguida por desconocidos se presenta con el mayor porcentaje (40.3%), en

el caso de la victimización indirecta el robo en vivienda es reportado por más de la mitad de la muestra (55.7%). Aunque en un porcentaje mínimo (1.0%), el secuestro es una experiencia que han vivido de manera directa las participantes y una tercera parte de la muestra (33.3%), lo ha experimentado de forma indirecta.

Delitos	Personalmente		Pareja, familiar, conocido cercano	
	Fr.	%	Fr.	%
Robo en vivienda	26	9.1	167	55.7
Tentativa de robo en vivienda	39	13.5	122	43.4
Robo de carro	23	8.0	122	41.6
Robo de moto o bicicleta	31	10.8	112	38.6
Vandalismo en el carro	29	10.0	102	35.5
Robos con violencia e intimidación	14	4.7	93	32.0
Robos sin violencia	44	14.9	126	43.3
Agresión sexual	32	10.9	54	18.8
Agresión física o amenazas	57	19.5	129	44.5
Secuestro	3	1.0	98	33.3
Extorsión económica	48	16.4	148	50.2
Ser perseguido por desconocidos	120	40.3	133	45.2
Llamadas obscenas de desconocidos	65	22.2	114	39.2
Muerte violenta de una persona cercana	34	11.8	104	35.0
Robo de objetos del carro	47	16.3	163	55.8
Desaparición			84	29.1
Homicidio			54	19

Tabla 1. Victimización directa e indirecta

Respecto a la escala de exposición a la violencia, se evaluaron cinco factores: victimización contextual no presencial, victimización contextual presencial, victimización contextual en la colonia, victimización contextual en los lugares de diversión y victimización en la escuela. Es importante señalar que entre más alto sea el valor en cualquiera de los factores, mayor exposición a los tipos de violencia evaluados. En la tabla 2, se observan los resultados obtenidos para los dos primeros factores. Al respecto, cabe puntualizar que el rango de valores posibles para la escala de victimización contextual no presencial es de 8 a 24 puntos, el valor promedio obtenido por la muestra es de 11.6 puntos; a pesar de que un 27% se ubican en el puntaje más bajo (8), un 10.1% alcanzó un puntaje de 16 (5 puntos por arriba de la media del grupo), mientras que dos participantes reportaron un puntaje máximo

(24). Respecto a la victimización contextual presencial, en este factor se pueden presentar puntajes que fluctúan entre los 7 y 21 puntos, en este caso la muestra arrojó valores que van de los 7 a los 17 puntos, con una media de 8.0 puntos; más de la mitad de las participantes obtuvieron el valor mínimo (8) y un 1.3% el máximo valor (17).

Victimización contextual no presencial	Fr.	%	Victimización contextual presencial	Fr.	%
Valores			Valores		
8	86	27.0	7	172	54.1
9	33	10.4	8	67	21.1
10	31	9.7	9	33	10.4
11	24	7.5	10	17	5.3
12	20	6.3	11	4	1.3
13	16	5.0	12	6	1.9
14	19	6.0	13	4	1.3
15	21	6.6	14	3	.9
16	32	10.1	15	1	.3
17	9	2.8	17	4	1.3
18	4	1.3			
19	8	2.5			
21	1	.3			
22	1	.3			
24	2	.6			
Total	307	96.5		311	97.8

Tabla 2. Victimización contextual no presencial y presencial

Los siguientes dos factores son el de victimización contextual en la colonia y victimización contextual en los lugares de diversión (tabla 3). Respecto al primero, el rango teórico de valores va de los 8 a los 24 puntos, la muestra obtuvo un puntaje promedio de 13.2; los puntajes con mayor porcentaje son el 8 y 15 (10.1% respectivamente), una persona (.3%) obtuvo el puntaje máximo (24). En cuanto al factor de victimización contextual en los lugares de diversión, los puntajes posibles de obtener van de 6 a 18 puntos, en este caso las participantes obtuvieron una media de 9.2, el mayor porcentaje (23.1%) se observa en el puntaje más bajo (6) y tres personas reportan el máximo puntaje (18), un 10.6% superan el valor promedio alcanzado por la muestra con un puntaje de 11.

Victimización en la colonia Valores	Fr.	%	Victimización en lugares de diversión Valores	Fr.	%
8	32	10.1	6	72	23.1
9	30	9.4	7	35	11.2
10	23	7.2	8	46	14.7
11	24	7.5	9	26	8.3
12	30	9.4	10	25	8.0
13	22	6.9	11	33	10.6
14	28	8.8	12	38	12.2
15	32	10.1	13	15	4.8
16	25	7.9	14	10	3.2
17	15	4.7	15	4	1.3
18	14	4.4	16	3	1.0
19	5	1.6	17	2	.6
20	5	1.6	18	3	1.0
21	6	1.9			
22	5	1.6			
23	4	1.3			
24	1	.3			
Total	301	94.7		312	98.1

Tabla 3. Victimización contextual en la colonia y lugares de diversión.

En la tabla 4 se tienen los resultados del factor de victimización en la escuela el grupo estudiado obtuvo una media de 5.8. Los posibles valores que se pueden obtener en este factor fluctúan entre los 5 y los 15 puntos. Más de la mitad de la muestra (61%) se ubican en el puntaje más bajo (5), mientras que un 3.5% presenta un puntaje de 9 y solo una persona obtuvo el puntaje más alto alcanzado por el grupo (13).

Victimización en la escuela Valores	Fr.	%
5	194	61
6	56	17.6
7	34	10.7
8	12	3.8
9	11	3.5
10	6	1.9
11	2	.6
13	1	.3
Total	316	99.4

Tabla 4. Victimización en la escuela

Finalmente, se reportan los resultados obtenidos en la escala breve de desorden de estrés postraumático, recordaremos que dicha escala consta de 7 ítems, los cuales se contestan con un sí o no (con valores de 0 y 1, respectivamente). Además cuatro es el punto de corte para considerar que se presenta el desorden de estrés postraumático. En la tabla 5, se pueden observar los resultados obtenidos por la muestra, prácticamente una tercera parte no muestra síntoma alguno (34.3%) y el valor promedio obtenido por el grupo es de 1.6, sin embargo, el 15.1% indican cuatro y más síntomas, lo cual significa que 48 participantes en esta investigación presentan desorden por estrés postraumático.

Estrés postraumático Valores	Fr.	%
0	109	34.3
1	56	17.6
2	54	17.0
3	42	13.2
4	21	6.6
5	14	4.4
6	11	3.5
7	2	.6
Total	309	97.2

Tabla 5. Estrés postraumático

8.4 Discusión y conclusiones

La violencia que prevalece hoy en día a lo largo de todo el territorio mexicano es un fenómeno multicausal, que obedece a factores psicológicos, biológicos, económicos, sociales y culturales, que afecta a diferentes generaciones de una sociedad. La violencia repercute en sectores específicos: mujeres, niños, jóvenes, adultos mayores de una forma diferenciada en cuanto a tipo e intensidad. La violencia es un mal en sí mismo desde el punto de vista de los derechos humanos y la pérdida de años de vida saludable por parte de la población. La violencia tiene una serie de impactos significativos sobre la salud mental y física de las víctimas, y posiblemente sobre sus familiares más cercanos (Buvinic, Morrison, Orlando, 2005; León-Escribano de, 2008).

La exposición a eventos potencialmente traumáticos es una experiencia común en las personas a nivel mundial y particularmente en México, que, dependiendo de los factores de riesgo como la edad de exposición, género,

condición socioeconómica, tipo, frecuencia e intensidad del evento traumático puede desencadenar el TEPT en los individuos que la experimentan (Mendoza-Mojica, 2017).

En este caso, la victimización violenta y la exposición a la violencia (en el hogar y/o el vecindario) se asocian con una variedad de problemas de salud mental a corto y largo plazo en niños y adolescentes, incluyendo ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático (TEPT), agresión y estilos de afrontamiento a menudo asociados con angustia (Hartinger-Saunders et al., 2011).

Kennedy, Bybee, Greeson (2014), mencionan que para muchos jóvenes, particularmente aquellos que son de bajos ingresos y viven en comunidades urbanas, la exposición a la violencia dentro de sus familias y comunidades es, frecuentemente, co-ocurrente y crónica, y juega un rol en su experiencia de adversidad y estrés. Los hombres jóvenes tienden a reportar mayores tasas de exposición a la violencia comunitaria, con tasas de victimización sexual más altas entre las mujeres jóvenes. Los efectos en los jóvenes que han escuchado, presenciado o han sido víctimas de violencia comunitaria se puede ver reflejado en los síntomas de su salud mental, encontrando el efecto más fuerte para el TEPT. Estos hallazgos sugieren que la exposición a la violencia en la comunidad es un factor importante que contribuye en el desarrollo de los síntomas de TEPT en los adolescentes.

Sin embargo, el impacto de la violencia no solo se refleja en la salud mental de las víctimas; como ya se había mencionado con anterioridad, existe un cuerpo de evidencia que plantea una relación entre la victimización y la perpetración de la violencia, Loeber y Farrington (2000) examinaron los datos del Estudio de la Juventud de Denver y del Estudio de la Juventud de Pittsburgh y descubrieron que el 49% de los hombres que eran delincuentes violentos fueron víctimas de violencia en el pasado, en contraste con el 12% de los jóvenes no delincuentes. Los autores sostienen que se cree que la victimización violenta, a su vez, aumenta el riesgo de actos delictivos y sostienen que la victimización y ofensa juvenil a menudo se entrelazan y se estimulan mutuamente.

Concluiremos comentando que dada la situación que se vive en nuestro país, no solo es importante encontrar evidencia que nutra los hallazgos de otros autores; como profesionales de la salud mental tenemos que plantearnos el diseño e implementación de programas de intervención que permitan coadyuvar a la problemática de la violencia.

8.5 Lista de referencias

- American Psychiatric Association. (2004). Practice guideline for treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2009). Guideline watch (March 2009): Practice guideline for treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC: Author.
- American Psychological Association. (2017). Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic disorder (PTSD) in adults. Washington, DC: Author.
- Arteaga, N., y Valdéz, J. (2010). Contextos socioculturales de los feminicidios en el estado de México: nuevas subjetividades femeninas. *Revista Mexicana de Sociología*, 72(1), 5-35.
- Bados, A., Greco, A. y Toribio, L. (2013). Eventos traumáticos en universitarios de psicología y sintomatología postraumática, de depresión, ansiedad y estrés en la actualidad. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 2(2), 303-319.
- Bados, A., Greco, A., y Toribio, L. (2012). Experiencias traumáticas y trastorno por estrés postraumático en universitarios españoles. *Anales de Psicología*, 28(2), 387-396.
- Baker, C. K., Norris, F. H., Diaz, D. M. V., Perilla, J. L., Murphy, A. D., y Hill, E. G. (2005). Violence and PTSD in Mexico: Gender and Regional Differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(7), 519-528. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-005-0921-2>
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E., Kessler, R., McLaughlin, K., Ruscio, A.,..., Koenen, K. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: Results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*, 46(2), 327-343. doi:10.1017/S0033291715001981
- Borges, G., Benjet, C., Petukhova, M., y Medina-Mora, M. E. (2014). Posttraumatic stress disorder in a nationally representative Mexican community sample. *Journal of Traumatic Stress*, 27(3), 323-330. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.21917>
- Bosch, E., y Ferrer, V. (2000). La violencia de género: de cuestión privada a problema social. *Psychosocial Intervention*, 9(1), 7-19.
- Breslau, N. (2009). The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. *Trauma, Violence & Abuse*, 10(3), 198-210.
- Breslau, N., Peterson, E., Kessler, R., y Schultz, L.R. (1999). Short screening scale for DSM-IV posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156(6), 908-911.
- Buvinic, M., Morrison, A., y Orlando, M.B. (2005). Violencia, crimen y desarrollo social en América Latina y el Caribe. *Papeles de Población*, 11(43), 167-214. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/112/11204309.pdf>

- Clark, C., Ryan, L., Kawachi, I., Canner, M., Berkman, L., y Wright, R. (2007). Witnessing Community Violence in Residential Neighborhoods: A Mental Health Hazard for Urban Women. *Journal of Urban Health*, 85(1), 22-38. doi:10.1007/s11524-007-9229-8
- Copeland-Linder, N., Lambert, S., y Ialongo, N. (2010). Community violence, protective factors and adolescent mental health: A profile analysis. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39(2), 176-186. doi:10.1080/15374410903532601
- Cuevas, M.C., y Castro, L. (2009). Efectos emocionales y conductuales de la exposición a la violencia en niños y adolescentes en Colombia. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 17(2) 277-297. Recupera de https://www.researchgate.net/profile/Leonidas_Castro_Camacho/publication/302559952_EFECTOS_EMOCIONALES_Y_CONDUCTUALES_DE_LA_EXPOSICION_A_VIOLENCIA_EN_NINOS_Y_ADOLESCENTES_EN_COLOMBIA/links/5731284608aed286ca0dc98a.pdf
- Darbra, S., y Martí, S. (1998). Psicobiología de la conducta antisocial. En V. Fisas (Ed.), *El sexo de la violencia: Género y cultura de la violencia* (pp. 43-60). Barcelona, España: Icaria.
- Domènech, M., e Iñiguez, L. (2002). La construcción social de la violencia. *Athenea Digital*, 2, 1-9.
- Fisas, V. (1998). *El sexo de la violencia. Género y cultura de la violencia*. Barcelona, España: Icaria.
- Galatzer-Levy, I. R., Nickerson, A., Litz, B.T. y Marmar, C.R. (2013). Patterns of lifetime PTSD comorbidity: a latent class analysis. *Depression and Anxiety*, 30(5), 489-496.
- González-González, C. (2014). Actualidades en la fisiopatología del trastorno por estrés postraumático (TEPT). *Salud Jalisco*, 1(2), 128-134.
- Guerra, N. G., Huesmann, L. R., y Spindler, A. J. (2003). Community violence exposure, social cognition, and aggression among urban elementary-school children. *Child Development*, 74(5), 1561-1576. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1111/1467-8624.00623>
- Guerra, N., y Dierkhising, C. (2011). Los efectos de la violencia comunitaria sobre el desarrollo del niño. Recuperado de <http://www.encyclopedia-infantes.com/violencia-social/segun-los-expertos/los-efectos-de-la-violencia-comunitaria-sobre-el-desarrollo-del>
- Guerra, N.G. y Dierkhising, C. (2011). Los efectos de la violencia comunitaria sobre el desarrollo del niño. Recuperado de: <http://www.encyclopedia-infantes.com/sites/default/files/textes-experts/es/2682/los-efectos-de-la-violencia-comunitaria-sobre-el-desarrollo-del-nino.pdf>
- Gurrola-Peña, G.M., Balcázar-Nava, P., y Moysén-Chimal, A. (2015). Escala de Exposición a la Violencia Comunitaria. Construcción y Estructura Factorial. Manuscrito inédito, Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México, Estado de México, México.

- Hartinger-Saunders, R., Rittner, B., Wieczorek, W., Nochajski, T., Rine, C., y Welte, J. (2011). Victimization, psychological distress and subsequent offending among youth. *Child Youth Services Review*, 33(11), 2375-2385. doi:10.1016/j.chilyouth.2011.08.009
- Horowitz, K., McKay, M., y Marshall, R. (2005). Community violence and urban families: Experiences, effects, and directions for intervention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(3), 356-368. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1037/0002-9432.75.3.356>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). Encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares (ENDIREH) 2016. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/endireh/endireh2017_08.pdf
- Johansen, V.A., Eilertsen, D. E., Nordanger, D. y Weisaeth, L. (2013). Prevalence, comorbidity and stability of post-traumatic stress disorder and anxiety and depression symptoms after exposure to physical assault: An 8-year prospective longitudinal study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 67, 69-80.
- Karam, E. G., Friedman, M. J., Hill, E. D., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Petukhova, M.,..., Koenen, K. C. (2014). Cumulative traumas and risk thresholds: 12-month PTSD in the World Mental Health (WMH) surveys. *Depression and Anxiety*, 31(2), 130-142.
- Kennedy, A., Bybee, D., y Greeson, M. (2014). Examining cumulative victimization, community violence exposure, and stigma as contributors to PTSD symptoms among high-risk Young women. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(3), 284-294. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fort0000001>
- Koenen, K., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K., Bromet, E., Stein, D.,..., Kessler, R. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 47(13), 2260-2274. doi:10.1017/S0033291717000708
- Leiner, M., Puertas, H., Caratachea, R., Ávila, C., Atluru, A., Briones, D., y Vargas de, C. (2012). Children's mental health and collective violence: A binational study on the United States-Mexico border. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31(5), 411-416. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892012000500009>
- León-Escribano de, C. (2008). Violencia y género en América Latina. *Pensamiento Iberoamericano*, (2), 71-91.
- Loeber, R., y Farrington, D. P. (2000). Young children who commit crime: Epidemiology, developmental origins, risk factors, early interventions, and policy implications. *Development and Psychopathology*, 12(4), 737-762. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579400004107>
- López, E. (2004). La figura del agresor en la violencia de género: características personales e intervención. *Papeles del Psicólogo*, (88), 31-38.

- Lozano, G., Zavala, J., García, M., y Luis-Delgado, O. (2016). Exposición a la violencia en hombres y mujeres mexicanos. Trabajo presentado en el I Congreso Internacional de Psicología, San José, Costa Rica.
- Ludwig, K., y Warren, J. (2009). Community violence, school-related protective factors, and psychosocial outcomes in urban youth. *Psychology in the Schools*, 46(10), 1061-1073. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1002/pits.20444>
- Lynch, M. (2003). Consequences of children's exposure to community violence. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(4), 265-274. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1023/B:CCFP.00000006293.77143.e1>
- Medina-Mora Icaza, M., Borges-Guimaraes, G., Lara, C., Ramos-Lira, L., Zambrano, J. y Fleiz, C. (2005). Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pública de México*, 47(1), 8-22.
- Mels, C., y Fernández, L. (2015). Violencia comunitaria en adolescentes desfavorecidos: Exposición, impacto percibido y consecuencias psicológicas. *Revista de Psicología*, 24(1), 1-21. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2015.36863>
- Mendoza-Mojica, S., Márquez-Mendoza, O., Veytia-López, M., Ramos-Lira, L., y Orozco-Zavala, R. (2017). Eventos potencialmente traumáticos y sintomatología postraumática en estudiantes de preparatoria. *Salud Pública de México*, 59(6), 665-674.
- Mendoza, S., Márquez, O., Guadarrama, R., y Ramos, L. (2013). Medición del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) en universitarios mexicanos. *Salud mental*, 36(6), 493-503.
- Moya, L. y Serano, M. (2009). Relación entre testosterona y violencia en adultos: el estado actual de la cuestión. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 12(32-33). Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/numero32/article9/texto.html>.
- Muedano, M. (22 de septiembre de 2017). Imparable, el crimen contra las mujeres; cifras del INEGI. *Excelsior*. Recuperado de <https://www.excelsior.com.mx/nacional/2017/10/22/1196308>.
- Naciones Unidas (1993). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Recuperado de Naciones Unidas (1993). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Recuperado de <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>
- Norris, F. H., Murphy, A. D., Baker, C. K., Perilla, J. L., Rodriguez, F. G., y Rodriguez, J. (2003). Epidemiology of Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Mexico. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(4), 646-656.
- Observatorio Nacional Ciudadano. (2018). Reporte sobre delitos de alto impacto marzo 2018. Recuperado de <http://onc.org.mx>
- Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito. (2014). Estudio mundial sobre el homicidio 2013. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/gsh/pdfs/GLOBAL_HOMICIDE_Report_ExSum_spanish.pdf

- Olf, M., Langeland, W., Draijer, N., y Gersons, B. P. (2007). Gender differences in Posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*, 133(2), 183-204.
- Organización Mundial de la Salud (s.f.). Violencia. Recuperado de <http://www.who.int/topics/violence/es/>
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2003). Informe sobre la salud en el mundo 2003: Forjemos el futuro. Recuperado de http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1
- Pérez, C., Sánchez, M., Martínez, A., Colón, H., y Morales, A. (2016). Violencia comunitaria: Programas basados en la evidencia como alternativa para su mitigación. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 27(1), 26-42. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2332/233245623003.pdf>
- Procuraduría General de la República. (2017). La violencia contra las mujeres en el ámbito comunitario. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/242422/4_Entee_rate_Violencia_contra_las_mujeres_en_el_a_mbito_comunitario_abril_180417.pdf
- Riveros, A. (2018). Los estudiantes universitarios: vulnerabilidad, atención e intervención en su desarrollo. *Revista Digital Universitaria*, 19(1), 1-11.
- Rizo Martínez, L., Guevara Pérez, M., Hernández González, M. y Sánchez Sosa, J. (2018). A preliminary study of the prevalence of post-traumatic stress disorder, depression and anxiety symptoms in female adolescents maltreatment victims in Mexico. *Salud Mental*, 41(3), 139-144. Recuperado de <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2018.018>
- Rojas, S. M., Bujarski, S., Babson, K. A., Dutton, C. E., y Feldner, M. T. (2014). Understanding PTSD comorbidity and suicidal behavior: associations among histories of alcohol dependence, major depressive disorder, and suicidal ideation and attempts. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(3), 318-25.
- Ruiz, J. (2007). Cultura ciudadana, miedo al crimen y victimización: Un análisis de sus interrelaciones desde la perspectiva del tejido social. *Acata Colombiana de Psicología*, 10(1), 65-74. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/798/79810107.pdf>
- Scott, J. C., Matt, G. E., Wrocklage, K. M., Crnich, C., Jordan, J., Southwick, S. M., Krystal, J. H., y Schweinsburg, B. C. (2015). A quantitative meta-analysis of neurocognitive functioning in posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*, 141(1), 105-140. <http://doi.org/10.1037/a0038039>
- Secretaría del Gobernación y el Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública. (2018a). Informe de víctimas de homicidio, secuestro y extorsión 2017. Recuperado de http://secretariadoejecutivo.gob.mx/docs/pdfs/victimas/Victimas2017_122017.pdf
- Secretaría del Gobernación y el Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública. (2018b). Información delictiva y de emergencias con perspectiva de

- género. Recuperado de http://secretariadoejecutivo.gob.mx/docs/pdfs/nueva-metodologia/Info_delict_persp_genero_MAY2018.pdf
- Tolin, D. F., y Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132(6), 959-992.
- Valdez-Santiago, R., Hidalgo-Solórzano, E., Mojarro-Iñiguez, M., Rivera-Rivera, L., y Ramos-Lira, L. (2013). Violencia interpersonal en jóvenes mexicanos y oportunidades de prevención. *Salu Pública de México*, 55(2). Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800024
- World Health Organization. (2013). *Guideline for the management of conditions specifically related to stress*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2018). *International Classifications of Diseases, 11th Revision (CDI-11) Online*. Recuperate de <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

Semblanza autores

Dra. Luz Adriana Orozco Ramírez (Coordinador)

Doctor en psicología por la Universidad de Sevilla, España. Es docente investigador de tiempo completo categoría “D” en la Universidad Autónoma de Tamaulipas (UAT) impartiendo cátedra en la licenciatura en psicología y en la maestría en psicología clínica y de la salud. Líder del Cuerpo Académico en Consolidación de Estudios de Psicología. Es miembro activo certificado por la American Psychological Association (APA) y Sociedad Mexicana de Psicología. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel 1 y perfil deseable PRODEP. Ha escrito y publicado diferentes artículos y capítulos de libros en diversos temas relacionados con la eficacia de las intervenciones psicológicas, ansiedad, depresión, regulación emocional, experiencias traumáticas, memoria autobiográfica, estrés, tratamiento a víctimas de sucesos violentos y estrategias de afrontamiento al estrés. Autora del libro: Memoria Autobiográfica, trauma y construcción del Yo. Co-autora del libro: Intervenciones psicológicas con apoyo empírico: Herramienta fundamental para el psicólogo clínico y de la salud, editado por Manual Moderno. Y del libro Relacionarte: relaciones de pareja saludables. Manual de intervención.

Dr. José Luis Ybarra Sagarduy

Doctor en Psicología por la Universidad de Almería (España) desde 2005, es profesor-investigador a tiempo completo de la Universidad Autónoma de México. Tiene reconocimiento como miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel 1 del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) de México y cuenta con reconocimiento a Perfil Deseable para profesores de Tiempo Completo otorgado por la Subsecretaría de Educación Superior (SEP) de México. Es coautor de cinco libros publicados en editoriales de reconocido prestigio de España y México, así como 14 capítulos de libro. Ha publicado más de 30 artículos en revistas indexadas y cuenta con más de 50 memorias en extenso presentadas en congresos celebrados en España, Estados Unidos, México y Perú. Ha dirigido 20 tesis de licenciatura y posgrado (especialidad y maestría). Sus intereses se centran en el análisis de la dimensión psicológica en las enfermedades crónicas como la infección por el VIH, la hipertensión y la diabetes.

Mtra. Daniela Romero Reyes

Licenciada en psicología y Maestra en Psicología Clínica y de la Salud con Mención Honorífica por su trabajo de tesis titulado “Depresión postparto, factores psicosociales y apoyo social percibido en mujeres mexicanas” dentro del Programa Nacional de Posgrado de Calidad de CONACYT ofrecido en la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Cuenta

con formación básica en Adicciones otorgada por Oceánica S.A de C.V. y la Universidad Juárez del Estado de Durango. Ha laborado como psicóloga clínica para el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia de Tamaulipas y para la Secretaría de Salud de Tamaulipas en la coordinación del área de psicología del Centro de Internamiento y Rehabilitación de Adicciones RENACER de 2010 a 2017. Desde el año 2016 es profesora de tiempo completo de la Unidad Académica de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Cuenta con Perfil deseable PRODEP. Profesor de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Tamaulipas impartiendo cátedra en la Licenciatura en Psicología y de la Maestría en Psicología Clínica y de la Salud. Integrante del Cuerpo Académico de estudios de Psicología, siendo sus líneas de aplicación y generación del conocimiento: Psicología de la Salud, Salud Mental y Adicciones.

Mtro. Adrián Alberto Andaverde Vega

Licenciado en Psicología por la Universidad Autónoma de Tamaulipas y Maestro en Ciencia del Comportamiento, opción Neurociencia, por el Instituto de Neurociencias de la Universidad de Guadalajara. Ha sido profesor en distintas universidades de la ciudad de Guadalajara, Jalisco, y ciudad Victoria, Tamaulipas, en temas relacionados a las bases biológicas del comportamiento, neuropsicología, estadística, y técnicas y métodos de evaluación y diagnóstico en psicología, psicofisiología y neuropsicología. Su trabajo se ha centrado en la divulgación científica, el estudio de las experiencias traumáticas, el reconocimiento emocional facial, la inclusión educativa, y el neurodesarrollo y sus trastornos. Actualmente se desempeña como profesor de tiempo completo en la Unidad Académica de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Tamaulipas.

Mtro. José David de la Hoya García

Licenciado en Psicología por la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Maestro en Educación Especial por la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Actualmente candidato a Doctor en Psicología con énfasis en salud y violencia por la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Especializado en Peritajes de la Conducta Delictiva, por el Instituto de Psicología Forense de Chihuahua. Ha realizado dos estancias de investigación en temas de educación y psicología infantil. La primera estancia se llevó a cabo en Quito, Ecuador, donde se realizó un estudio de corte descriptivo sobre las características del pensamiento matemático en niños de educación básica. La segunda estancia se realizó en Ciudad Victoria, Tamaulipas, en México, con el objetivo de investigar acerca de la regulación emocional, ira y ansiedad en niños de educación básica. Se desempeña como psicólogo clínico y de educación especial, en la atención de problemáticas del niño y el adolescente, en consulta particular y en el Centro de Psicología Palabra Viva.

Dra. Elizabeth Aurora Pérez Hernández

Licenciada en psicología, Maestría en terapia familiar sistémica y Doctorado en salud pública por la Universidad de Guadalajara. Becaria del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (por sus siglas CONACYT) para estudios de doctorado. Directora de la Maestría en Salud Pública y Desarrollo Social de la Fundación Universitaria del Área Andina, Directora Editora de la Revista Investigaciones Andina, edición científica en temas de salud, con clasificación A2 por COLCIENCIAS, líder del grupo de Investigación Salud Pública y Desarrollo Social, reconocido por COLCIENCIAS. Árbitro de la Revista Latinoamericana de Bioética. Experiencia como docente investigador de la Facultad de Psicología de la Universidad Cooperativa de Colombia. Experiencia docente en plataforma virtual como Profesor del curso de Cuidado al Adulto Mayor, del Diplomado Virtual en Salud Pública de la Universidad Areandina, Bogotá Colombia. Experiencia clínica como terapeuta breve sistémico con enfoque en hipnosis clínica ericksoniana. Coordinadora Académica de los programas Psicología y Educación de la Universidad del Valle de México sede sur, campus Tlalpan. Actualmente Catedrática CONACYT en la Unidad Académica de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Tamaulipas.

Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz

Egresada de la licenciatura en Psicología en la UNAM, realizó el internado en Psicología General en el área de salud y estudio el doctorado en Psicología de la Salud dentro del Postgrado de Excelencia de la UNAM. Investigadora de Tiempo Completo “B” en el Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa) de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, UAEH. Miembro del Cuerpo Académico Consolidado “Salud Emocional”. Investiga en el campo de las enfermedades crónico degenerativas en la infancia ansiedad, depresión y problemas de conducta entre otros. Ha dirigido tesis de doctorado, maestría, licenciatura y especialidad en neuropsicología. Es autora de varios libros, capítulos y artículos en revistas científicas y de divulgación. Ha sido responsable de la estandarización a nivel nacional del SHIPLEY-2, del FROSTIG (DTVP-3) y del Inventario Cinco Factores de Personalidad para Niños FFPI-C. Es revisora de distintas revistas científicas. Ha sido distinguida con distintos premios y es miembro de la American Psychological Association (APA), del el International Positive Psychological Association (IPPA) entre otras.

Mtro. José Ángel Castillo Martínez

Maestro en Psicología Clínica y de la Salud, por la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Trabaja en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo como docente y colabora como terapeuta Cognitivo Conductual en la Clínica de Atención Psicológica del Instituto de Ciencias de la Salud. En la práctica privada, se ha especializado en la atención de diferentes problemas de salud mental y el desarrollo de habilidades socioemocionales para la mejora

de la calidad de vida, entre los que destaca la atención a padres de niños y adolescentes con problemas de conducta y adolescentes con consumo de sustancias, a través de programas de intervención cognitivo conductual. Colabora como docente en el Instituto de Posgrado en Psicoterapia Cognitivo Conductual en donde además ha participado como asesor y revisor de proyectos de investigación para la obtención de grado de maestría. Participó como coautor de un capítulo del libro “Intervenciones con apoyo empírico: herramienta fundamental para el psicólogo Clínico y de la Salud”, distribuido por la editorial Manual Moderno. Ponente en diferentes foros y congresos a nivel nacional e internacional.

Mtra. Azucena Santander Ramírez

Licenciada en Psicología por la Universidad Autónoma de Hidalgo, Maestra en Psicología Clínica y de la Salud por la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Es terapeuta Cognitivo Conductual en el centro de Servicios Psicológicos Integrales de México “SEPIMEX”. Se ha especializado en evaluación, diagnóstico y diseño de tratamientos breves en problemas clínicos y de la salud. Colabora como docente en el Instituto de Posgrado en Psicoterapia Cognitivo Conductual. En donde ha coordinado programas de contención grupal e individual dirigido a psicólogas, trabajadoras sociales y abogadas del Instituto Hidalguense de las Mujeres y ha participado como instructora en programas de actualización a terapeutas pertenecientes a la SSA. Ha sido instructora en programas de educación continua y desarrollo humano del Instituto Politécnico Nacional y la Secretaria de Educación Pública de Hidalgo (SEPH), desarrollando talleres sobre comunicación efectiva, asertividad y valores; negociación, toma de decisiones y manejo de conflictos; desarrollo de ambientes saludables en el trabajo y actitud en el servicio. Ponente en diferentes foros y congresos nacionales e internacionales.

Dr. Rubén García Cruz

Egresado de la licenciatura en Ciencias Biológicas en la Universidad de las Villas, de Cuba. Realizó la Maestría en Psicología Educativa en la Facultad de Psicología en la Universidad de la Habana, Cuba. Maestría en Ciencias de la Educación por la Universidad de las Villas, Cuba. Doctorado en Desarrollo y diseño del currículum con énfasis en Psicología Educativa, realizado en Oviedo, España. Profesor Investigador Titular nivel “A”, tiempo completo en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo durante 16 años en el Instituto de Ciencias de la Salud en el Área académica de Psicología. Cuenta con 27 años de experiencia en la formación de psicólogos específicamente en el área de Psicología de la Educación.

Es Profesor de posgrado de la Maestría en Salud Pública, Maestría en Ciencias Biomédicas, Maestría en Educación y en la Maestría de Psicología de la Salud de la UAEH. Responsable del diseño curricular del doctorado en Comportamiento Saludable del Instituto de Ciencias de la Salud de la UAEH. Ponente nacional e internacional en el área de la psicología y

la educación y ciencias de la educación. Es miembro del cuerpo académico consolidado “Salud Emocional” y cuenta con publicaciones de libros y artículos científicos.

Dra. Gloria Margarita Gurrola Peña

Licenciada en Psicología Clínica por la Escuela Libre de Psicología, Chihuahua, Chih. Maestría en Psicología Clínica por la Universidad de las Américas, Puebla. Doctorado en Investigación Psicológica por la Universidad Iberoamericana, Plantel Ciudad de México. Estancia Postdoctoral, Universidad de Barcelona, España. Profesora de tiempo completo en la Universidad Autónoma del Estado de México en la Facultad de ciencias de la Conducta ha sido docente de pregrado y posgrado en otras universidades mexicanas y extranjeras. Profesor con perfil deseable (SEP, PRODEP) desde 1997 a la fecha. Es líder del Cuerpo Académico “Clínica y Familia” registro SEP 079 con calidad de consolidado y Líder de la “Red Nacional de Estudios en Violencia y Salud”. Su línea de investigación es Familia y Sociedad donde se enfoca al estudio de la violencia intrafamiliar, la violencia comunitaria y su impacto en la salud mental. Los resultados de su investigación se han presentado en congresos nacionales e internacionales y se han publicado libros, capítulos de libro y artículos en editoriales y revistas científicas de reconocido prestigio.

Dra. Patricia Balcázar Nava

Doctora en Investigación Psicológica por la Universidad Iberoamericana. Profesora de tiempo completo de la Universidad Autónoma del Estado de México en la Facultad de Ciencias de la Conducta. Docente en pregrado y posgrado de diferentes programas de la UAEMex y de otras universidades. Profesor con perfil deseable (SEP, PRODEP), desde 2001. Pertenece al Cuerpo Académico Clínica y Familia, Registro SEP 079 con calidad de Consolidado, donde centra su línea de investigación en Psicología de la Salud, enfocado en enfermedades crónico-degenerativas. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel I, desde 2014 y hasta 2020. Los resultados de su investigación se han publicado en revistas nacionales e internacionales, en foros de investigación y congresos nacionales e internacionales y editoriales de prestigio.

Dra. Alejandra Moysén Chimal

Licenciada en Psicología y Maestra en Psicología Clínica en la Facultad de Ciencias de la Conducta de la Universidad Autónoma del Estado de México, Doctora en Investigación Psicológica por la Universidad Iberoamericana, en todos los grados se obtuvo mención honorífica. En cursos de actualización tiene los Diplomados en evaluación de la personalidad, docencia e investigación, Tutoría, Psicología de la Salud, Introducción a la psicología existencial y su aplicación al desarrollo humano, Educación Virtual, Especialización sobre competencias para la Investigación multidisciplinaria. Cuenta con la Certificación

en Psicología por el Consejo Mexicano de Psicología, además de una Certificación de Psicología Positiva por el Instituto de Ciencias de la Felicidad. Profesor Investigador de la Facultad de Ciencias de la Conducta, integrante del Cuerpo Académico consolidado de Clínica y Familia. Sus investigaciones se centran en el estudio de los adolescentes, habilidades socioemocionales, bienestar psicológico, salud mental y en enfermedades crónicas degenerativas. Es Perfil PROMEP desde 2004 e integrante del Sistema Nacional de Investigadores nivel 1.

Dra. María Nieves González Valles

Licenciada en Psicología por la Escuela Superior de Psicología, Ciudad Juárez. Maestría en Psicología Clínica y Psicoterapia Escuela Superior de Psicología, Ciudad Juárez. Maestría en Terapia Familiar Sistémica por el Instituto Regional de Estudios de la familia. Doctorado Ciencias Sociales por la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Profesora de tiempo completo en la UACJ docente de pregrado y posgrado. Profesora con perfil deseable (SEP, PRODEP) desde 2006 a la fecha. Coordinadora de la Maestría en Psicología con reconocimiento PNPIC.

Dra. María Elena Vidaña Gaytán

Licenciada en Psicología por la Escuela Superior de Psicología, Ciudad Juárez. Maestría en Psicología Clínica y Psicoterapia Escuela Superior de Psicología, Ciudad Juárez. Maestría en Terapia Familiar Sistémica por el Instituto Regional de Estudios de la familia. Doctorado en Psicoterapia Humanista por el Instituto Humanista de Sinaloa. Profesora de tiempo completo en la UACJ docente de pregrado y posgrado. Profesora con perfil deseable (SEP, PRODEP) desde 2006 a la fecha. Coordinadora de la Maestría en Psicoterapia Humanista y Educación para la Paz con reconocimiento PNPIC.

Dra. Georgina Lozano Razo

Licenciada en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México, Maestra en Psicología Social por la Universidad Nacional Autónoma de México. Doctora en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México. Profesor Titular en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (1992-2005). Docente-investigador de T.C en la UAZ. Cuenta con Perfil PROMEP y pertenece al CA-UAZ-94 “Niños, jóvenes y cognición social”, con la línea de investigación Cognición, conducta y salud. Publicaciones en revistas nacionales e internacionales. Asesora de tesis de licenciatura y participante en congresos locales, nacionales e internacionales. Coordinadora del Programa Institucional de Tutorías en la Unidad Académica de Psicología, Extensión Fresnillo.

Dr. Javier Zavala Rayas

Licenciatura en Psicología por la UASLP, maestría en Psicología Social por la UNAM, doctorado en Psicología por la UNAM. Docente-investigador en la UAZ en la Maestría en Investigaciones Humanísticas y Educativas (PNPC-Conacyt) y en la Licenciatura en Psicología. Cuenta con Perfil PROMEP y es miembro del Cuerpo Académico UAZ CA-94 “Niños, jóvenes y cognición social” en consolidación, con la línea de investigación: Cognición, conducta y salud. Ha publicado capítulos de libros y artículos en revistas nacionales, y ha dirigido tesis de licenciatura y maestría.

Dra. María Dolores García Sánchez

Estudió la Licenciatura en Psicología en la Universidad Veracruzana. Es Maestra en Filosofía e Historia de las Ideas por la Universidad Autónoma de Zacatecas. Es Doctora en Psicología por la Universidad Autónoma de Barcelona. Se desempeña como docente-investigador de tiempo completo en la Unidad Académica de Psicología de la Universidad Autónoma de Zacatecas desde 1992. Tiene el Perfil PROMEP y es miembro del cuerpo académico UAZ CA-94 en Consolidación denominado: “Niños, Jóvenes y Cognición Social”, con la línea de investigación: Cognición, conducta y salud. Es instructora de Psicoprofilaxis Perinatal. Ha publicado libros, capítulos de libros y artículos en revistas nacionales e internacionales. Tiene a su cargo la coordinación del Área Básica de la Unidad Académica de Psicología de la UAZ de 2005 a la fecha.

Violencia y salud mental, coordinado por Luz Adriana Orozco Ramírez,
publicado por la Universidad Autónoma de Tamaulipas y Colofón,
se terminó de imprimir en mayo de 2019.

El tiraje consta de 300 ejemplares impresos de forma digital
en papel Cultural de 75 gramos. El cuidado editorial estuvo a
cargo del Consejo de Publicaciones UAT.