

LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SU REPERCUSIÓN EN LA SALUD MENTAL DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE.

TITLE: THE INTRAFAMILIAR VIOLENCE AND ITS REPERCUSSION IN THE MENTAL HEALTH OF THE BOY AND THE ADOLESCENT.

1 Dra. Iris Rodríguez Sánchez, 2 Dra. Dinorah Janet Torres Lugo, 3 Dr. Iván Castillo Ledo.

Especialista 1er Grado Psiquiatría. Profesor Instructor.

Residente 1er Año Psiquiatría. Profesor Instructor.

Residente 1er Año Psiquiatría Infanto-Juvenil. Profesor Instructor.

Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima"

Cienfuegos. Cuba.

Correspondencia: Dr. Iván Castillo Ledo.

ledoivan@yahoo.es

ivanc@jagua.cfg.sld.cu

RESUMEN.

Se realizó un trabajo descriptivo para conocer el comportamiento de la violencia intrafamiliar (VIF) y su repercusión en la salud mental del niño y del adolescente en el Consultorio Médico de la Familia No. 15, perteneciente al Policlínico "Raúl Suárez Martínez" del Área de Rodas, en el cual se utilizó un cuestionario a modo de entrevista elaborado al efecto y se aplicaron tres test proyectivos para valorar la repercusión de la violencia intrafamiliar en el menor.

En el mismo se constató un alto índice de VIF (62.3 %), donde el nivel escolar secundario fue el que predominó y las amas de casa fueron las que más ejecutaron la violencia. No se halló una relación entre las condiciones económico-materiales y la VIF. La violencia psicológica fue la más encontrada (89.5%) y dentro de las actitudes inadecuadas de los responsables de la inconsistencia predominó un 50 %. El abuso verbal con un 100 % fue le de mayor repercusión dentro de los actos de VIF, siendo las relaciones afectivas del menor catalogadas de regulares con un 63.1 %. Dentro de los trastornos resultantes de la VIF se destacaron: la inseguridad, la evasividad y los trastornos del sueño en un 100 %.

Los datos obtenidos se procesaron en el programa EPINFO 2. Los resultados fueron expresados en números absolutos y porcentos y se representaron en tablas y gráficos.

Palabras Claves: violencia intrafamiliar

SUMMARY:

A descriptive work was made to know the behavior the intrafamily violence (VIF) and its repercussion in the mental health of the boy and the adolescent in the Medical Doctor's office of Family, pertaining to the Not 15 Policlínico "Raul

Suárez Martínez” of the Area of Stems, in which a questionnaire as a interview elaborated to projective effect was used and the three were applied test to value the repercussion of the intrafamily violence in the minor. In he himself a high index of VIF was stated (62,3%), where the secondary scholastic level was the one that predominated and the housewives were those who executed the violence more. Was not a relation between the conditions economic-matter them and the VIF. The psychological violence was found (89,5%) and within the inadequate attitudes of the people in charge of the inconsistency a 50% predominated. The verbal abuse with a 100% was him of greater repercussion within the VIF acts, being catalogued the affective relations of the minor of regular with a 63,1%. Within the resulting upheavals of the VIF they stood out: the insecurity, the evasive and the upheavals of the dream in a 100%. The collected data were processed in program EPINFO 2. The results were expressed in absolute numbers and percents and imagined in tables and graphs.

Key words: intrafamiliar violence

INTRODUCCIÓN.

La integridad de la salud es un concepto que abarca la calidad, armonía y normalidad en lo social, lo biológico, lo psicológico, lo espiritual y dentro de cada uno de ellos. Es aplicable a los individuos, las familias y las sociedades. La interrelación de los componentes en los cuatro sistemas mencionados y de ellos entre sí, determinan la generación de circunstancias o factores de protección o de riesgo, y en su conjunto dichos sistemas son los responsables de la génesis del estado de salud integral alcanzado por las personas. (1-2).

Sin embargo hay autores que plantean que el primer problema que enfrentará la humanidad en el siglo XXI es la violencia (3), la que es tan antigua (según la OMS) como la propia humanidad. En épocas pasadas el mismo término violencia se extendía principalmente a los actos tangibles de agresión y destrucción sujetos a sanciones reguladoras. Hoy en día se comprende que la violencia incluye estos actos, pero es algo más complejo. Los accidentes, abuso físico y psicológico de los más débiles dentro y fuera del hogar, la comunicación de un sexo por el otro forma parte de un ciclo de violencia.

Los seres humanos parecen que aprenden con facilidad determinadas conductas agresivas, también estos han demostrado tener una capacidad para aprender métodos no violentos de respuestas, aunque las sociedades humanas en las que la violencia falta totalmente son una excepción. La incidencia de la conducta violenta ha sido manipulada experimentalmente tanto a través del condicionamiento como a través de los modelos, de los dos, el modelo quizás sea el modo de aprendizaje más poderoso, puesto que se ha hallado una correlación positiva significativa entre el uso de la violencia en el castigo y en la conducta agresiva, por lo menos en los muchachos adolescentes. Presumiblemente el niño se encuentra

más influido por la conducta violenta de los padres (modelo) que por el castigo (reforzamiento negativo). No se ha investigado extensamente si existen edades o períodos críticos sensitivos basados en la biología para la adquisición de la conducta agresiva. Los datos de Kagan y Moss indican un elevado grado de continuidad en la conducta agresiva de los varones desde los años preescolares en adelante, pero esto podría también atribuirse así mismo tanto a la coherencia con su ambiente como a la dificultad para exigir un tipo de conducta adquirida en las primeras etapas de la vida. Otras pistas para las áreas cerebrales responsables de la violencia pueden buscarse en los trabajos de los psicocirujanos que han intentado a través de la extirpación o de la destrucción de algunas de las áreas cerebrales, pacificar a seres humanos que manifiestan violencia patológica e incontrolada. Es probable que las anormalidades cerebrales de alguna clase se encuentren directamente involucradas por lo menos en algunos casos de violencia patológica. (4)

Distintas disciplinas que estudian el problema de la violencia utilizan diferentes enfoques (5)

La palabra violencia está relacionada con molestar, violar, forzar, se puede decir que siempre implica el uso de la fuerza para producir el daño. (4)

Algunos autores consideran a la violencia en sí misma una amenaza a la negación de la condición de las posibilidades de realización de la vida y de la supervivencia misma, es pues un proceso y no un hecho aislado (6) (7). Nadie esta inmune a la violencia ni vacunado en su contra, porque la probabilidad de verse afectado por ella depende de diversos factores entre los que se sobresalen el grupo de exposición a riesgo de agredir y ser agredido.

Como toda cultura la de la violencia es un producto de la sociedad. Es un adulteramiento de las relaciones humanas como producto de instituciones sociales: grupo de pertenencias y familia.

La familia es la unidad fundamental sobre la que está constituida la sociedad, y una de sus funciones principales es la creación de un ambiente armónico de funcionamiento que brinde apoyo y seguridad a sus integrantes. Esa armonía sin embargo está amenazada por los actos violentos dentro de la familia por cualesquiera de sus miembros, y que afecta la integridad física o psicológica de otro u otros miembros. Las víctimas principales de este tipo de violencia son las mujeres, niños y ancianos. (8-9)

En la actualidad la violencia se está convirtiendo en un problema cada vez más serio en los países de América Latina (10-11). Muestra de ello es que según datos ofrecidos por Naciones Unidas una de cada cuatro mujeres es afectada por la violencia conyugal(12).

En Estados Unidos a pesar de que no se cuenta con la cifra exacta de violencia familiar, es sin dudas muy frecuente. En un estudio aproximadamente el 3 % de los progenitores, señaló el uso de la violencia intensísima: golpear con puño, quemar, utilizar el arma blanca o arma de fuego contra sus hijos. (24)

En 1991 se calculó que 1383 niños estadounidenses fallecen por maltrato (25), el 50 % de dichas muertes fueron consecuencia de descuido y abandono. Los efectos del mismo influyen en el retraso del desarrollo intelectual y del lenguaje, poca autoestima, conducta agresiva, inestabilidad emocional, trastornos psicosomáticos, problemas escolares, de conducta y delincuencia.

En 1992 se denunciaron en U.S.A. 2.9 millones de casos de abusos en niños o de negligencia en su cuidado. De ellos 27 % involucró abuso físico, 17 % abuso sexual, 45 % negligencias, 7 % abuso emocional y 8 % causas diversas.

El abuso físico, psicológico y sexual de los adolescentes comienza frecuentemente durante la niñez y son a veces las madres o los padres quienes los llevan a cabo contra sus hijos.

En el ambiente doméstico es la madre quien frecuentemente abusa físicamente del niño probablemente debido a que es ella quien está en contacto más cercano de él. En el caso del abuso sexual, el abusador más frecuente es el padre, aunque también puede ser otra figura masculina, tales como hermanos, tíos o amigos de la familia. (26)

Una investigación realizada en Colombia (citada por la OPS en 1993) reveló que los afectados encontrados en el universo estudiado procedían de familias donde el maltrato era un ingrediente asiduo de la convivencia.

Es imposible saber en realidad cuánta violencia se efectúa contra los menores, pues estos no tienen capacidad para denunciarla. Lo cierto es que sobre ellos se descargan tensiones de frustración acumulada por los adultos en sus escenarios de trabajo, en la lucha por sobrevivir. En reuniones regionales el representante de la UNICEF, ha señalado que el menor es negado por ser menor, es ignorado por los políticos por que no vota, es regañado por querer ser grande, es reprimido por portarse como pequeño. Debe obedecer no importa lo lógico o intención de la acción. Es humillado por su maestro, rechazado por sus padres cuando lo tienen y ofendido por la autoridad cualquiera que sea su representante. (29)

Estudios muy riguroso pero parciales, realizados en nuestro país, indican que no estamos exentos de violencia doméstica, aunque hasta el momento no constituye un problema de salud como sucede en otros países, el denominador común es la inexistencia de estadísticas sobre esta problemática.

C. Martínez en el I Simposio Internacional de Salud Mental Infanto-Juvenil, celebrado en La Habana en diciembre de 1996, expuso que al estudiar el maltrato infantil en el hogar, y dentro de él, el abuso sexual, encontró como principales secuelas los patrones anómalos de interacción social, disminución de la autoestima y desajustes conductuales.

Es de analizar el amplio marco de las causas de la violencia que provocan la perturbación o bloqueo de relaciones adecuadas dentro de la esfera humana, especialmente familiar, donde los niños y adolescentes que conviven en estos medios agresivos reciben no más la experiencia de actitudes violentas ante la solución de cualquier situación que se les presenta y no se desarrollan integralmente como personalidad, perdiendo normas que dificultan el proceso de socialización.

La mayoría de los psiquiatras consideran que muchos de los factores sociales, biológicos y psicológicos que caracterizan las conductas agresivas contra otras personas tienen su origen en el seno familiar. Un medio familiar violento, una familia disfuncional y sismica que vean con indiferencia y normalidad en su seno el maltrato físico, psíquico e incluso el abuso sexual y tolere el consumo de sustancias tóxicas no puede engendrar otra cosa que sujetos violentos y desajustados psíquicamente. (30)

OBJETIVOS.

General:

- Caracterizar el comportamiento de la violencia intrafamiliar y su repercusión en la salud mental del niño y del adolescente.

Específicos:

- Identificar el número de familias con violencia intrafamiliar asociadas al menor.
- Determinar la relación existente entre las familias con violencia doméstica y algunas variables (ocupación, grado de escolaridad y condiciones económico-materiales).
- Identificar los tipos de violencia intrafamiliar más frecuente y su forma de representación.
- Conocer a través de algunas variables cómo repercute la familia sobre la educación y salud mental del menor.
- Conocer a través de los test proyectivos cómo repercute la violencia intrafamiliar en la salud mental del menor.

MATERIAL Y MÉTODO.

Se realizó un trabajo descriptivo sobre violencia intrafamiliar y su repercusión en la salud mental en niños y adolescentes en el Consultorio Médico de la Familia No. 15 perteneciente al Policlínico "Raúl Suárez Martínez" del Área de Salud de Rodas, en el período comprendido entre el 1º de Junio del 2005 al 30 de mayo del 2006. El universo de trabajo estuvo conformado por las 61 familias pertenecientes a dicho consultorio, con niños comprendidos entre las edades de de 8 a 14 años, sin distinción de sexo ni raza. La investigación constó de dos etapas:

En la primera se utilizó un cuestionario, a modo de entrevista, elaborado al efecto para determinar la existencia o no de violencia intrafamiliar (ver anexo # 1). El mismo se aplicó al responsable del menor que convivía el mayor tiempo en casa con él. Se consideró que había VIF cuando se señaló una o más variables correspondientes a las preguntas enumeradas del 7 al 13 y se clasificaron con las condiciones económico-materiales en Buena, Regular y Mala según los resultados de las preguntas de la 4 a la 6:

Buena:

- Percápita familiar de \$ 100 o más.
- Condiciones de la vivienda buena.
- Más del 75 % de los equipos electrodomésticos.

Regular:

- Percápita familiar de entre \$ 75 y \$ 100.
- Condiciones de la vivienda regular.
- Entre 50 y 75 % de equipos electrodomésticos.

Mala:

- Percápita menor a \$ 75.
- Condiciones de la vivienda mala.
- Menos del 50 % de equipos electrodomésticos.
-

La segunda etapa consistió en aplicar tres test proyectivos para determinar la repercusión de la VIF (ver anexos 2 y 3) a cada uno de los menores de las 38 familias donde se constató la misma, que constituyó nuestra muestra.

El primer test proyectivo HTP (House-Tree-Person) consistió en el dibujo de una casa, un árbol y una persona y nos mostró a través de los trazos y figuras empleadas el estado anímico, así como los trastornos conductuales del menor. Este examen no se encuentra anexado por constituir un dibujo libre.

El segundo test realizado, Inventario de Problemas Juveniles, exploró diferentes áreas afectivas como: su estado físico, las relaciones interpersonales, la escuela, la familia, etc.

El tercero las Historietas de Madeleine Thomas, ofrecen una serie de historias inconclusas, en las que el niño debe continuar dando un final a cada una.

Estos tres test fueron evaluados de forma cualitativa conjuntamente con la psicóloga y psicometrista del Área.

Los datos obtenidos se procesaron en el programa EPINFO 2. Los resultados fueron expresados en números absolutos y porcentos y se representaron en tablas y gráficos.

Control Semántico:

- Sobreprotección: es un exceso de afecto, una exageración de la actitud afectiva.
- Permisividad: cuando recibe todo lo que él quiere y se le deja hacer todo lo que desea.
- Rechazo: conjunto de circunstancias en que el niño no sea deseado.
- Inconsistencia: permitir algo en una ocasión y rechazar lo mismo en otra.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

En nuestro estudio realizado se constató que en 38 familias, que representaron un 62.3 %, existe violencia intrafamiliar (VIF), no encontrándose la misma solo en un 37.7 % (tabla No.1), coincide con un estudio realizado en Colombia por Palacios, donde el 62 % de las familias estudiadas habían experimentado al menos en una ocasión violencia doméstica (32) (33); igualmente se encontró en un estudio en Chile donde una de cada cuatro familias vivió la violencia física y una de cada tres la violencia psicológica (34). Similar a un estudio realizado en una escuela de nuestro país en niños de 5^{to} y 6^{to} grados, donde se reportó un 90 % de VIF (35), en Cuba son escasas las cifras acerca de la incidencia de la VIF, no hay muchas investigaciones respecto al tema. (36)

El nivel de escolaridad del responsable que convive el mayor tiempo con el menor donde existe VIF (tabla No.2) correspondió el mayor % al nivel secundario y medio superior con un 44.7 % y 31.5 % respectivamente, muy similar al encontrado en un estudio realizado en el

Tabla 1. Relación del número de familias estudiadas con o sin violencia intrafamiliar.

CONDICIÓN	NO.	%
VIF	38	62.3

No existe VIF	23	37.7
Total	61	100

Tabla 2. Nivel de escolaridad del responsable del menor.

NIVEL ESCOLAR	NO.	%
Primario	6	15.7
Secundario	17	44.7
Medio Superior	12	31.5
Universitario	3	7.8
Total	38	100

Municipio de Playa, Ciudad Habana (36), así como otro hecho en Jaimanitas donde fueron estos niveles de escolaridad los que prevalecieron, pensamos que esté en relación al desarrollo educacional alcanzado por nuestro país, pues son estos precisamente los niveles más frecuentes en nuestro pueblo.

La ocupación del responsable del menor donde existe VIF (tabla No.3) corresponde al 42.1 % a las amas de casa, casi el doble del trabajador agrícola y el trabajador de servicio con un 26.3 % y un 23.6 % respectivamente, esto se debe a que es la madre la que está la mayor parte del tiempo en la casa con el niño, más aún si no es trabajadora. Datos muy similares se encontraron en otros estudios (8) (15) (36), en el realizado por Larraís (45) sobre Maltrato Infantil, constató que es la madre precisamente quien ejecuta más violencia sobre el niño.

Tabla 3. Ocupación del responsable del menor.

OCUPACION	NO.	%
Trabajador agrícola	10	26.3
Ama de casa	16	42.1
Trabajador de servicio	9	23.6
Profesional	3	7.8
Desocupado	0	0
Total	38	100

En la tabla No. 4 observamos que las condiciones económico-materiales de las familias con VIF son clasificadas como Buenas en el 60.5 % de los casos, como Regulares el 34.2 % y de Malas solo el 5.2 %, no teniendo correspondencia esta condición en nuestro estudio con la VIF, otros resultados similares (34) (36) demostraron que la violencia no estuvo asociada con el informe per cápita ni las condiciones de la vivienda; lo que nos permite inferir que la causa está

relacionada con la esfera psico-social-familiar y no material, según Cristóbal Martínez (39) todo tipo de violencia puede ser ejercida por cualquier miembro de la familia independientemente de su edad, raza o sexo. La familia tiene que conocer y ser capaz de controlar todas las influencias perniciosas que la urbanización, la modernización y los medios masivos de comunicación pueden ejercer sobre las personalidades en formación.

Tabla 4. Condiciones económico-materiales de la familia.

CONDICIONES	NO.	%
Buena	23	60.5
Regular	13	34.2
Mala	2	5.2
Total	38	100

El método más utilizado para controlar al menor con indisciplina según nuestro estudio (tabla No.5), fueron los “gritos” en un 42.1 %, a continuación los “castigos generales” e “insultos” para un 23.6 % y 21 % respectivamente (todo como forma de violencia psicológica), el cuarto lugar lo ocuparon los golpes” (forma de expresión de la violencia física). De forma global el 89.5 % estuvo representado por la violencia psicológica, muy en correspondencia con la literatura revisada (14)(34)(36)(37)(38), las cuales han apreciado este tipo de violencia en sus estudios en el 90 % de las familias matizadas por el hostigamiento verbal, insultos, gritos y amenazas; mientras el resto correspondió a la violencia física caracterizada por bofetadas, empujones, puñetazos o golpizas. Esto está muy bien explicado según el ciclo de violencia de Lanore Walter (40) el cual conforman tres fases: la primera fase acumulación de tensión, segunda fase explosión violenta verbal o física y tercera fase arrepentimiento, calma y reconciliación.

La tabla No. 6 nos señala las actividades inadecuadas de los responsables del menor por el manejo de los mismos, donde la inconsistencia, en un 50 % ocupa el primer lugar seguido de la permisividad (34.2 %), la sobreprotección (10.5 %) y por último el rechazo (5.2%). Debemos notar al respecto que cualesquiera de estas formas provocan muchas veces daños permanentes en el psiquismo infantil (2) (13)(18)(39), pues la disciplina para que tenga éxito requiere por parte de los padres una clara conciencia de las necesidades del niño para madurar y el respeto que eso implica, el niño puede que reaccione haciendo lo que desea o lo que es peor, no sabiendo qué hacer, como resultado de todo esto llega a veces a despreciar la autoridad no solo del hogar sino del mundo exterior también.

Tabla 5. Método más utilizado para controlar al menor con indisciplina.

MÉTODO	NO.	%
Gritos	16	42.1
Insultos	8	21
Golpes	4	10.5
Castigos generales	10	23.6
Total	38	100

Tabla 6. Tipo de "manejo educativo" utilizado por la familia.

TIPO	NO.	%
Permisividad	13	34.2
Inconsistencia	19	50
Sobreprotección	4	10.5
Rechazo	2	5.2
Total	38	100

Tabla 7. Frecuencia de comunicación para controlar la conducta.

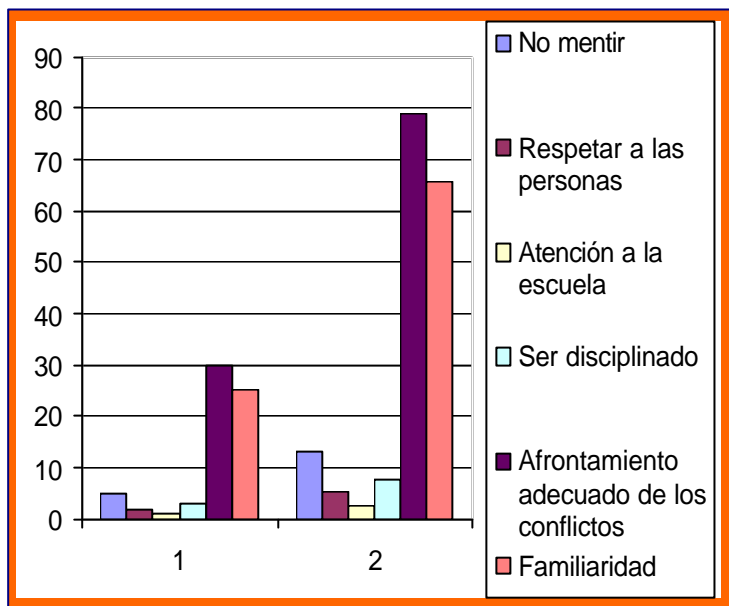
FRECUENCIA	NO.	%
Siempre	2	5.2
Casi siempre	8	21
Casi nunca	24	63.1
Nunca	4	10.5
Total	38	100

Según la tabla No. 7 se nos muestra la frecuencia de comunicación que tuvieron los responsables con el menor para regular su conducta, y vemos que "casi nunca" (63.1 %) tiene este tipo de actividad y solo un 21 % "casi siempre" conversa con el menor, por lo que nos da una idea el porqué de VIF y que a su vez forma una crisis de desmoralización creándose un ciclo vicioso dentro del hogar olvidando que los niños son especialmente susceptibles, receptivos y moldeables y que en Salud Mental Infantil asistir es también prevenir. (14)(22)(39)

En el gráfico No. 1 observamos la incapacidad de las familias con VIF para orientar al menor al afrontamiento adecuado de los conflictos con un 78.9 %, la familiaridad (65.7 %), no mentir (13.1 %), respetar a las personas (5.2 %) y atención a la escuela (2.6 %). Respecto a este tema existe una literatura muy limitada, pero si está en estrecha relación con la tabla No.

7, ya discutida, en la cual “casi nunca” la familia o responsable conversa con el menor para orientar su conducta, por lo general es tan familiar tomar patrones anormales de interacción social que repercute de forma directa en el niño trayendo consigo alteraciones en su vida futura en la esfera afectiva, su juego, su disciplina, su seguridad e independencia. (4)(26)(41)

Gráfico 1. : Incapacidad de la familia para orientar al menor.



La gráfica No. 2 se nos muestra los diferentes actos de violencia percibidos por el menor dentro del hogar y que representan una forma más de violencia intrafamiliar percibida por éste, dentro de ellos el abuso verbal que está presente en el 100 % de los casos, a continuación el abuso físico (36.4 %), el alcoholismo (31.5 %) y la discusión entre hermanos un (23.6 %). En trabajos realizados al respecto (4)(5)(38) encontramos resultados muy similares dada las características del medio, las situaciones medioambientales pueden servir de catalizadores a los miembros de la familia para que se produzca el abuso, lo cual significa para el niño (15)(42) una pérdida de su base de seguridad, pérdida de su dignidad, falta de autoestima y disminución de la percepción psicológica de lo que le rodea. De hecho se desmoraliza de manera absoluta la familia y se genera una crisis, lo que lleva implícito el daño potencial al funcionamiento familiar.

Gráfico 2. Actos de violencia presenciados por el menor.



La tabla No. 8 nos refleja las características conductuales del menor en el hogar con VIF, donde la irritabilidad con un 34.2 % ocupa el lugar cimero, seguido de la malcriadez (21%), a continuación la violencia y la variabilidad con 15.7 % ambas y la depresión solo en un caso para un 2.6 %, precisamente estas son las consecuencias de la violencia doméstica en el conducta infantil (7)(39), otros estudios afines reflejan similares estadísticas. (4)(19)(43)

Tabla 8. Características conductuales del menor en el hogar.

CARACTERÍSTICAS	Nº.	%
Peleón	4	10.5
Malcriado	8	21
Violento	6	15.7
Deprimido	1	2.6
Irritable	13	34.2
Variable	6	15.7
Total	38	100

La relación afectiva entre el menor y el resto del núcleo familiar, según la tabla No. 9, nos demuestra que el 63.1 % de las relaciones afectivas son “regulares”, mientras que el 31.5 % son “buenas” y un 5.2 % en “malas”. A causa de la misma VIF el menor se siente temeroso de sus padres, desconfiando de los adultos, se muestra cansado y con dificultad de la atención, por lo que sus relaciones afectivas no son cordiales o son muy pobres (12)(44), no debemos olvidar que el “afecto” es una de las necesidades mayores, la no satisfacción de esta produce

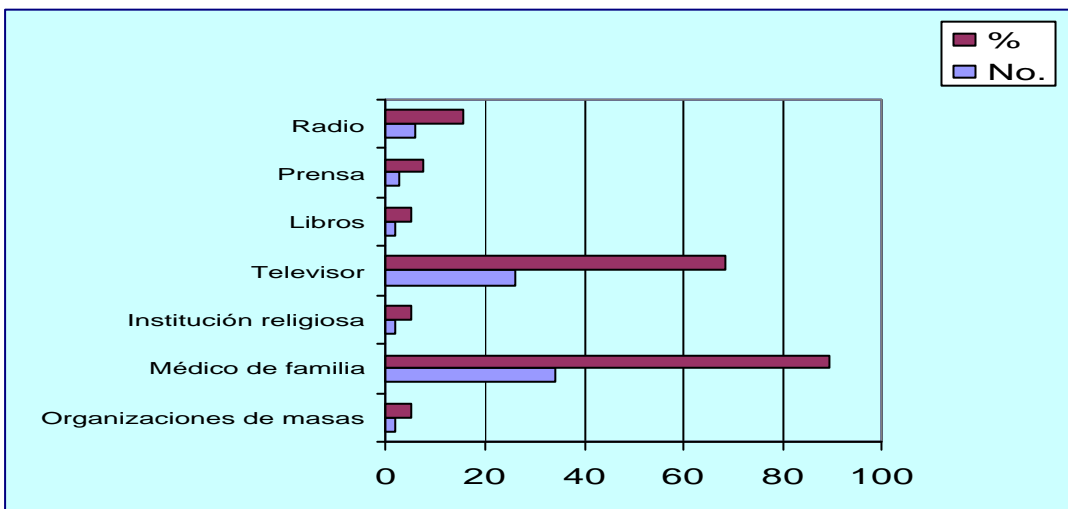
graves cambios en la personalidad donde el rasgo característico es una pobre respuesta emocional, es el llamado “Síndrome de Hambre de Afecto Primario”. (45)

Tabla 9. Relación afectiva entre el menor y el núcleo familiar.

CLASIFICACIÓN	NO.	%
Buena	12	31.5
Regular	24	63.1
Mala	2	5.2
Total	38	100

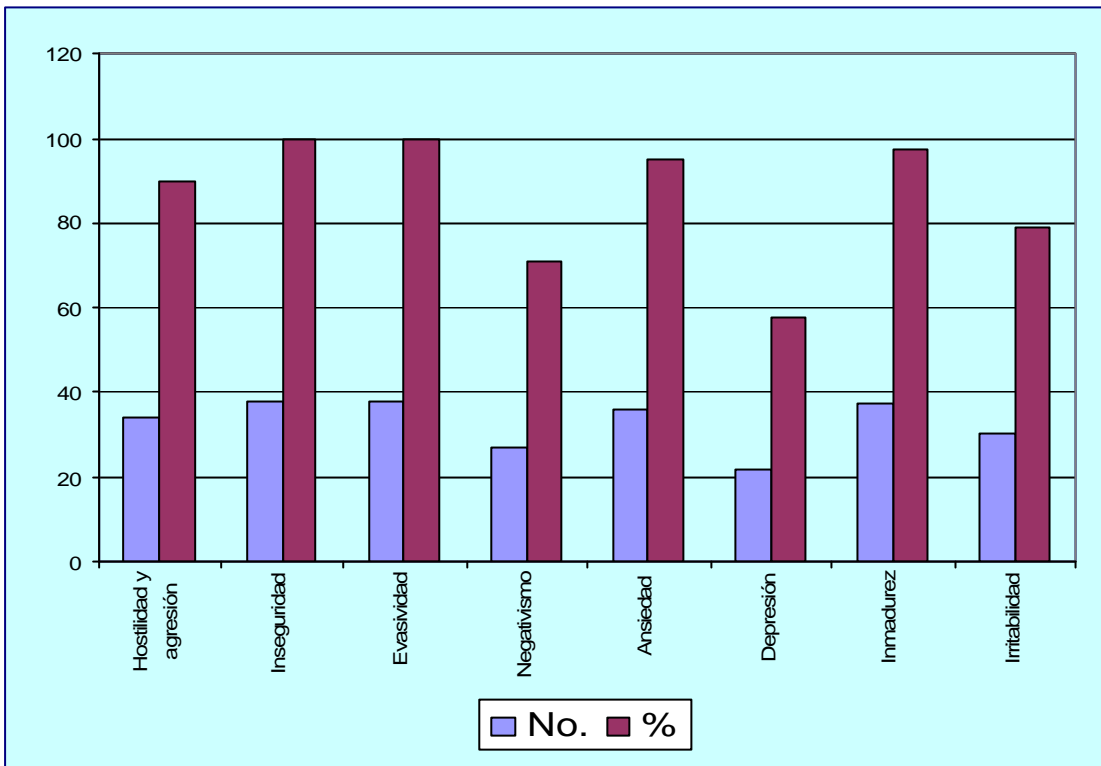
En la grafica Nº3 podemos observar los métodos masivos de comunicación por los que recibe instrucción educativa la familia sobre el menor, en nuestro estudio fue predominado a través del Médico de la Familia (84.4%) y la televisión (68.4%), seguido de otros medios como la radio (15.7%) y la prensa (7.8%).

Gráfico 3. Medios masivos de comunicación por los que recibe instrucción educativa la familia.



La gráfica No. 4 nos representa los resultados según el “Test HTP”, donde demuestra el estado de ánimo y los trastornos conductuales del menor en un hogar con VIF, la inseguridad y la evasividad se vieron reflejadas en el 100 % de los casos, seguido por la inmadurez (97.3 %), la ansiedad (94.7 %), la hostilidad y agresión con 89.4 % ambas y concluye con la irritabilidad (78.9 %) y el negativismo (71 %) respectivamente. Trastornos similares se han encontrado en otros estudios sobre trastornos conductuales y del estado de ánimo en niños como resultado de la violencia doméstica (6)(14), esferas muy dañadas en estos casos.

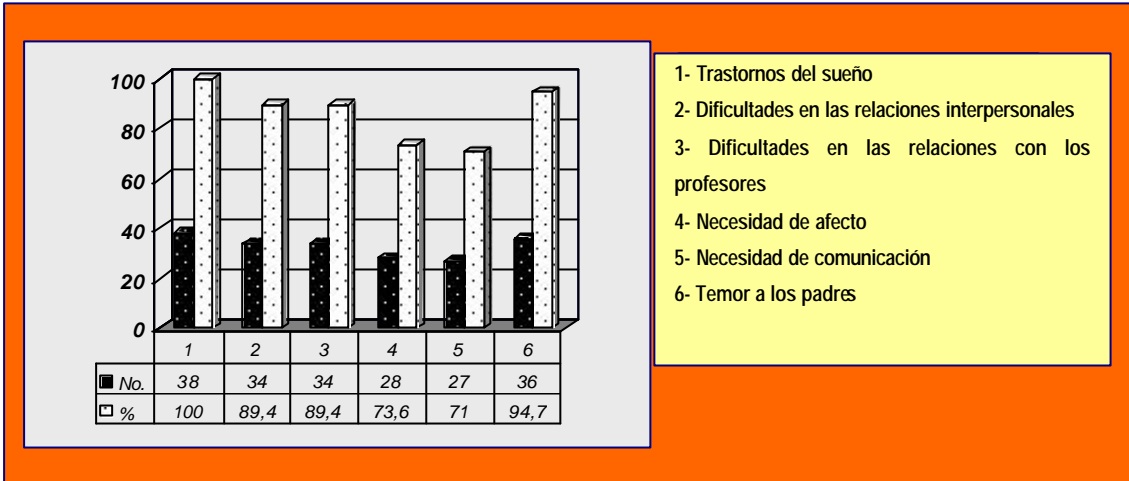
Gráfico 4. Resultados encontrados según "Test HTP".



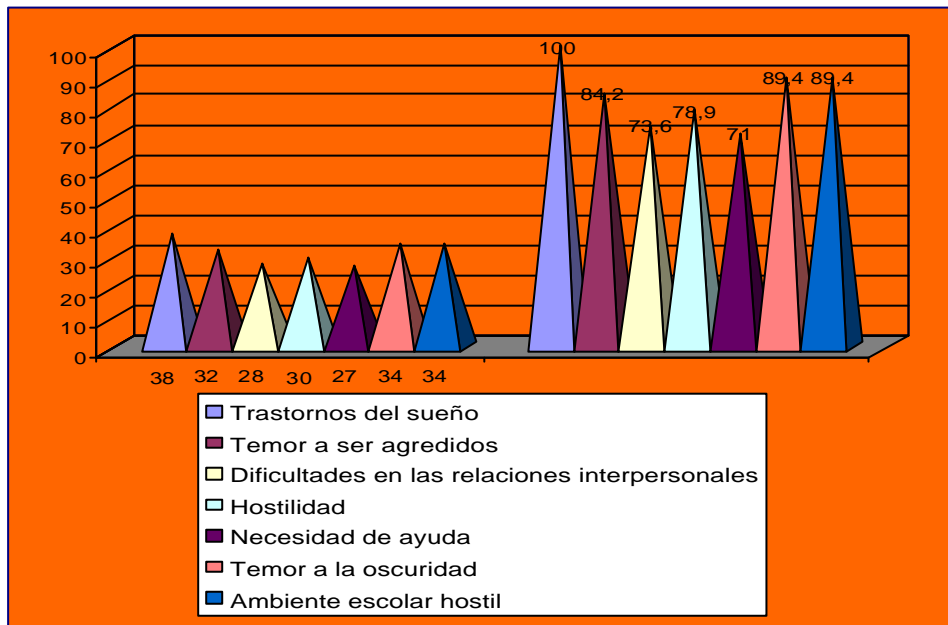
La gráfica No. 5 nos refleja los resultados según "Test-Inventario de Problemas Juveniles", la cual nos expone que los menores que perciben VIF presentan trastornos del sueño en el 100 % de los casos, temor a los padres (94.7 %), mientras las dificultades en las relaciones interpersonales y con los profesores un 89.4 % ambos, así como la necesidad de afecto y comunicación en un 73.6 % y 71 % respectivamente, también dichos trastornos fueron encontrados por otros autores en estudios respecto a este tema. (3)(6)(8)(46)

La gráfica No. 6 nos señala los resultados encontrados según "Test-Historietas de Madeleine Thomas", en el cual los menores con VIF mostraron nuevamente en el 100 % de los casos trastornos del sueño, a continuación en 89.4 % temor a la oscuridad y ambiente escolar hostil, seguidamente el temor a ser agredidos (89.2 %), la hostilidad (78.9 %) y la necesidad de ayuda (71 %). Esta repercusión de la VIF representada por los anteriores resultados coincide con la literatura revisada al respecto (4)(6)(13)(46), donde existen otras consecuencias como: la pérdida de dignidad, seguridad, confianza en sí mismo y en los demás, se pierde la capacidad para controlar el medio y "rebelarse", disminuye el sentido de competencia y autoestima, ocurren dificultades en el rendimiento escolar, los niños se tornan retraídos y "ausentes" al ver que la forma familiar se ve alterada y se convierte en una familia disfuncional. (10)(47)(48)

Gráfica 5. Resultados encontrados según Test "Inventario de problemas juveniles".



Gráfica 6. Resultados encontrados según Test de Historietas de Madeleine Thomas.



CONCLUSIONES.

Se constató durante el estudio de la violencia intrafamiliar y su repercusión en la salud mental del niño y del adolescente que existe un alto porcentaje de VIF asociado con el menor.

El nivel de escolaridad que predominó respecto al responsable que convive con el menor fue el nivel secundario y las que más ejecutaron la violencia fueron las amas de casa

La violencia psicológica estuvo presente en el mayor número de familias , caracterizadas por gritos, castigos generales e insultos.

Dentro de las actividades inadecuadas de los responsables del menor se encontró la inconsistencia y la permisividad.

Dentro de los diferentes actos de VIF presenciados por el menor, se destaca el abuso verbal en la totalidad de los casos.

Las características conductuales más frecuentes encontradas en el menor fueron la irritabilidad (34.2 %) y la malcriadez (21 %).

Resultaron de utilidad los test aplicados a este grupo de edades pues se evidenciaron indicadores de posible manifestación de violencia doméstica que permite su estudio y caracterización, son elevados los porcentajes de manifestación de expresión de violencia en el niño como son: la inseguridad, la evasividad y los trastornos del sueño en todos los casos, la inmadurez, la ansiedad y temor a los padres en menor medida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Serrano C.V. La salud integral de los adolescentes y los jóvenes: su promoción y su cuidado. En Magdaleno M. Munist, M.M., Serrano C.V., Silver TJ, Suárez Ojeda, en Yunes J, La salud del adolescente y del joven. Washington: OPS 1955 p. 1-14.
2. Serrano C.V. Enfoque integral de la adolescencia: Trabajo presentado en la reunión Plenaria del Primer Congreso Argentino de Adolescencia. Buenos Aires, octubre 1992.
3. Artilles de León I. Violencia En: Artilles de León I. López Nodarse M, Pérez González. E, Bravo Fernández O, Cano López A.M. Violencia y sexualidad. La Habana: Ed. Científico-Técnica, 1998 p. 24-34.
4. Hellyer C. Corning B.A. Corning P.A. Aspectos biológicos de la conducta agresiva. En: Freedman A.M. Kaplan. Hl., Sadock BJ. Tratado de psiquiatría: Editorial Científico-Técnica; 1984. p. 352-358.
5. Restrepo HE. Vigilancia epidemiologica de homicidios y suicidios: informe del taller de Coli: Bol of Sant T. Panam 1996, 120 (4): 316-324.
6. Franco Agudelo S. La violencia: un problema de salud pública que se agrava en la región. Bol. O. Epidemiol 1991; 11(2):1-7
7. Franco S. La violencia. En: Magdalena M., Munist M.M., Serrano C.V., Silver TJ, Suárez Ojeda, en Yunes J, La salud del adolescente y del joven. Washington DC: 1995; p. 224-235 (Publicación Científica; 552).
8. Palermo G.B. The faces of violence. Springfield: Charles C. Thomas; 1994.
9. Heise LI., Pitanguy J., German A. Violence against women: the hidden health barden World Bank Discussion Papers. Washington: World Banks, 1994.

10. Organización Panamericana de la Salud. Conferencia Interamericana sobre sociedad, violencia y salud. Washington D.C. Noviembre 1994.
11. Rosemberg T. Children of Cain: Violence and the violent in Latin America, New York: Wiliam Mawore and Company: 1991.
12. Plada Birriel A. La violencia doméstica como factor de riesgo en el uso indebido de alcohol y drogas. En: El impacto de abuso de drogas en la mujer y la familia: reunión de grupo de consulta. Montevideo, Uruguay, 18-20 de Noviembre de 1996, p.15.
13. Muñiz Ferrer MC, Jiménez García Y, Ferrer Marrero D. González Pérez J, Rondón García I. Sobre la perspectiva de la violencia intrafamiliar por los niños Rev. Cub. Med. Gen. Integ. 1996; (2): 126-131.
14. Franco Agudelo S. Violencia y Salud en Colombia. Rev. Panam. Salud Pública 1997; 1 (2): 93-113
15. Family violence: a child centured family, focused. approach. *Pediatr Clin Nath Am* 1995, 42 (1): 150-166
16. Wolfe DA., Zak L, Wilson A. et. al : Child witesries to violence between parents. Critical issues in behavioural and social adjustment. *J. Child Abnorm Psych.* 14: 95; 1986.
17. Council in Scientific Affair. American Medical Association violence against women relevance for medical practitioners. *JAMA* 1992; 267: 3184-3189.
18. Straus MA, Gilles RJ, Steinmetz S Behind close doors: Vilence in the American family. New York: Anchor Press; 1980.
19. Dibowitz H, King H. Violencia familiar: medidas destinadas a los hijos y enfocadas en la familia. *Clin Pediatr. Nort Am* 1995; 1: 145-154.
20. Bretas JD, Silva CV, Quinino HS, Cincea CA, Kurashima AI, et al o enfermeiro frente a crianza victimizada. *Acta Paul Enfermagen* 1994; 7 (1): 3-10.
21. Guyer CG, Van Patten IT. The treatment of incest offenders a hypnotic approach a brief communication *Int J Clin Ex Hypn* 1995; 43 (3): 226-273.
22. OPS. Violencia contra los niños. En: La violencia en las Américas: la pandemia social del siglo XX. Washington; OPS/OMS; 1996. p. 20-21.
23. Pappley M, Speake KH. Evaluación inicial y técnicas para la entrevista en el abuso sexual de niños. *Clin Atención Primaria* 1993; 2: 387-403.
24. Wanchope BA, Straus MA. Physical punishment and physical abuse of american children. En: Straus MA, Gilles RJ, ed. Physical violence in American families: risk factors and adoptions to violence in 8145 families. New. Brounswiek: Transaction Publishrs, 1990.
25. Mc curdy K, Daro D. Coments trends in child abuse reporting and fatalities results of the 1991 State survey. 9th International Congress in child abuse and neglect. Chicago IL, Agust 31, 1992.
26. OPS. Abuso físico psicológico sexual. En: La salud en los adolescents y jóvenes en las Américas. Escribiendo el futuro. Washington: OPS, 1995. p. 37-39.
27. OPS. Causas de la violencia. En: La violencia en las Américas. La pandemia socila del siglo XX Washington: OPS/OMS; 1996. p. 10-14.
28. OPS. Guadalupe: problemas específicos de la salud. En: OPS. La salud en las Américas. Washington: OPS/OMS; 1998. p. 306-310.

29. Raux GI. Violencia intrafamiliar de género contra menores de edad. En: OPS. Ciudad y violencia en América Latina. Washington: OPS; 1993. p. 13-15.
30. Rivera JC. Los homicidios pasionales comienzan a convertirse en un problema mundial. *Bohemia*: 1996; 80 (26): 14-16.
31. Cuellar Águila Y. Zulueta Conja D.M. la violencia familiar y su incidencia en la comisión de hechos o conductas antisociales. XII Forum de Ciencia y Técnica del MININT. Santa Clara, 20 de febrero de 1998.
32. Casas SMB Guibert W. Identificación de indicadores suicidas en pacientes generales por la enfermera de atención primaria. *Rev. Cubana Enfermer.* 1998; 15 (2): 117-123.
33. Palacio MC. La violencia familiar en Manizales. *Caldas. Colombia.* 1998: 5-24.
34. Morriz Ferres María C. Sobre la percepción de la violencia intrafamiliar por los niños. *Rev. Cubana de MGI.* 1996; 12 (2): 126-31.
35. Grosman MA. Violencia en la familia. Buenos Aires: Editorial Universidad. 1998:68.
36. Almenares Aleaga Mariela. *Rev Cubana de MGI.* 1999; 15 (3): 285-92.
37. Ortiz Gómez María T. ¿La violencia doméstica es percibida por mujeres de mediana edad? *Rev. Cubana de MGI.* 1999; 15 (5): 503-8.
38. Violencia intrafamiliar. Una experiencia metodológica de registro y seguimiento epidemiológico en el sistema de salud pública. *Publicación de Salud Mental.* Santiago de Chile. 1997.
39. Salud familiar. Cristóbal Martínez Gómez. Editorial Científico-Técnica. La Habana, 2001.130-3.
40. Callahan D. Ética biomédica en Estados Unidos. *Bol of Sanit Panam.* 1998; 108 (5-6): 15-20.
41. Salud y violencia. Plan de acción regional. Washington DC: OPS/ 1999: 5-10.
42. Modo de sensibilización en violencia intrafamiliar. Documento de trabajo. Santiago de Chile. Editorial Universidad. 1998:1-98.
43. Larraís S. El orgullo y control de la violencia doméstica contra la mujer. OPS; 1998:54.
44. Veja J. Maltrato infantil y relación familiar. Editorial Médica. Santiago de Chile. 1998:3-22.
45. Larraís S. Estudio de prevalencia de la violencia intrafamiliar. Santiago de Chile. Editorial Pub de Salud Mental. 1998: 5-38.
46. Organización Panamericana de la Salud. Manual de Técnicas para una estrategia de comunicación y salud. Washington DC, 1998: 108 (Serie Paltex; 11)
47. Castro Espín M. Crecer en la adolescencia. Programa. La Habana. Centro de Educación Nacional Sexual. 1998: 24-117.
48. OMS. Educación para la salud. Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud. Ginebra; 1998: 27-38.