REVISTA PARAGUAYA DE PSIQUIATRÍA

Órgano de difusión científica de la Sociedad Paraguaya de Psiquiatría
Volumen 3 | Número 1 | Mayo de 2015
ISSN 2308-1562

NÚMERO ESPECIAL SOBRE

"VIOLENCIA Y SALUD MENTAL"

- Psicopatología y violencia.
- Violencia en población adulta.
- Violencia en población infanto-juvenil.
- Violencia contra las mujeres.
- Embarazo adolescente y violencia.
- Castigos en la crianza de niños y adolescentes.
- Violencia intrafamiliar.
- Esquizofrenia y violencia.
- Programa de acción para combatir la violencia.

REVISTA PARAGUAYA DE PSIQUIATRÍA

Volumen 3 | Número 1 | Mayo de 2015 | ISSN 2308-1562

Editor en Jefe
Prof. Dr. JULIO TORALES

Editor Asociado
Dr. HUGO RODRÍGUEZ

Secretarios de Redacción
Dra. VIVIANA RIEGO
Dr. JORGE VILLALBA
Dra. MARÍA EMILIA CHÁVEZ
Dr. CÉSAR RUIZ DÍAZ

Consejo Editorial Nacional

Prof. Dr. NELSON APURIL CÉSPEDES
Editorial de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, Paraguay

Prof. Dr. ANDRÉS ARCE
Departamento de Neurociencias, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay

Mgtr. CRISTINA ARROM
Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay

Dra. ANA IRIS BENÍTEZ
Sociedad Paraguaya de Psiquiatría, Paraguay

Prof. Dr. JOSÉ BRÍTEZ CANTERO
Cátedra y Servicio de Psiquiatría, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay

Dr. MANUEL FRESCO
Centro Nacional de Control de Adicciones, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Paraguay

Dra. NORA GÓMEZ DE FRETES
Cátedra de Psicología Médica, Psicopatología y Psicomotricidad, carrera de Kinesiología y Fisioterapia, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay

Prof. Dr. MARTÍN MORENO
Cátedra de Psicología Médica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay

Prof. Dr. GUSTAVO RODRÍGUEZ ANDERSEN
Dirección de Investigaciones, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay

PhD. MARGARITA SAMUDIO
Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay

Consejo Editorial Internacional

Prof. Dra. ANDREA ABADI
Asociación Argentina de Psiquiatría Infanto Juvenil y Profesionales Afines, Argentina

Prof. Dr. DINESH BHUGRA
Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA), Reino Unido

Prof. Dr. RODRIGO CHAMORRO
Sociedad Chilena de Neurocirugía, Psiquiatría y Neurología, Chile

Prof. Dra. LAURA VIOLA
International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, Uruguay

Revista Paraguaya de Psiquiatría | Vol. 3 Nº 1 Mayo de 2015 | ISSN: 2308-1562

Imagen de tapa: Francisco Troncoso, para Amnistía Internacional (Campaña "Niña en Peligro").

Diseño: Horacio Oteiza (horacio.oteiza@gmail.com). Diagramación: Alejandra Corbeta (malecorbeta@gmail.com). Tiraje: 300 ejemplares .

Secretaría: Cerro Corá esquina Tacuary, primer entre piso, edificio del Círculo Paraguayo de Médicos,

Asunción - Paraguay | Correo electrónico: **revista@psiquiatriaparaguaya.org** |Distribución gratuita.

Personería Jurídica por Decreto PE Nº 15.275 del 25 de mayo de 1986

COMISIÓN DIRECTIVA 2014-2016

Presidente
Prof. Dr. MARTÍN MORENO

Vicepresidenta
Dra. MIRTA MENDOZA

Secretaria General
Dra. ANA IRIS BENÍTEZ

Tesorero
Prof. Dr. JULIO TORALES

Secretario de Actividades Científicas
Prof. Dr. ANDRÉS ARCE

Vocal Titular
Dra. HUGO RODRÍGUEZ

SINDICATURA

Dr. CARLOS GAUTO

TRIBUNAL DE ÉTICA

Prof. Dr. JOSÉ BRÍTEZ CANTERO
Dr. MANUEL FRESCO
Dr. ANDRÉS BOGADO

JUNTA ELECTORAL

Dra. NORA GÓMEZ DE FRETES

CAPÍTULOS

Adicciones
Presidente: Dr. MANUEL FRESCO

Jóvenes psiquiatras
Presidentes: DR. JORGE VILLALBA & DR. CÉSAR RUIZ DÍAZ

Patología Dual
Presidenta: Dra. VIVIANA RIEGO MEYER

Psicodermatología
Presidente: Prof. Dr. JULIO TORALES

Psicofarmacología
Presidente: Prof. Dr. JULIO TORALES

Psicoterapias
Presidente: Prof. Dr. JOSÉ BRÍTEZ CANTERO

Psiquiatría de Enlace
Presidentes: Prof. Dr. MARTÍN MORENO & Dra. ANA IRIS BENÍTEZ

Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia
Presidente: Prof. Dr. ANDRÉS ARCE

Psiquiatría Forense
Presidente: DR. JOSÉ VERA

Rehabilitación y Salud Mental
Presidente: Prof. Dr. MARTÍN MORENO

Violencia intrafamiliar
Presidente: Prof. Dr. ANDRÉS ARCE

La Sociedad Paraguaya de Psiquiatría forma parte de:

Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL)

World Psychiatric Association (WPA)

CONTENIDO *[Contents]*

Página *[Page]* **7** — **Editorial** *[Editorial]*
VIOLENCIA Y SALUD MENTAL.
[VIOLENCE AND MENTAL HEALTH].

Página *[Page]* **8** — **Artículo original** *[Original article]*
PSICOPATOLOGÍA EN ADULTOS CON ANTECEDENTES DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.
[PSYCHOPATHOLOGY IN ADULTS WITH A HISTORY OF DOMESTIC VIOLENCE].

Página *[Page]* **13** — **Artículo original** *[Original article]*
CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS CON SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.
[SOCIO-ECONOMIC CONDITIONS OF PREGNANT TEENAGERS WITH SYMPTOMS OF DEPRESSION, SUBSTANCE USE AND VICTIMS OF DOMESTIC VIOLENCE].

Página *[Page]* **20** — **Artículo original** *[Original article]*
PERCEPCIONES DE ADOLESCENTES PUÉRPERAS SOBRE EL COMPORTAMIENTO DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA.
[PERCEPTIONS OF POSTPARTUM TEENAGERS ABOUT THE BEHAVIOR OF WOMEN VICTIMS OF DOMESTIC VIOLENCE].

Página *[Page]* **26** — **Artículo original** *[Original article]*
EL CASTIGO Y SUS DIFERENTES FORMAS EN LA CRIANZA DE NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES EN 1049 FAMILIAS DE ALTO PARANÁ.
[THE PUNISHMENT AND THE DIFFERENT WAYS IN RAISING CHILDREN AND ADOLESCENTS IN 1049 FAMILIES OF ALTO PARANA].

Página *[Page]* **33** — **Artículo original** *[Original article]*
SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y SU RELACIÓN CON LA EDAD Y EL SEXO EN ADOLESCENTES STUDIANTES DE COLEGIOS SECUNDARIOS DE ALTO PARANÁ.
[DEPRESSIVE SYMPTOMS AND ITS RELATIONSHIP WITH AGE AND SEX IN SECONDARY SCHOOLS STUDENTS TEENAGERS OF ALTO PARANA].

Página *[Page]* **38** — **Artículo original** *[Original article]*
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.
[DOMESTIC VIOLENCE].

Página *[Page]* **42** — **Artículo original** *[Original article]*
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR SUFRIDA POR MUJERES EN UN HOSPITAL PÚBLICO.
[DOMESTIC VIOLENCE AGAINST WOMEN IN A PUBLIC HOSPITAL].

Página *[Page]* **50** — **Artículo original** *[Original article]*
DIFERENTES FORMAS DE VIOLENCIA PADECIDAS POR ADOLESCENTES DURANTE SU CRIANZA.
[DIFFERENT FORMS OF VIOLENCE SUFFERED BY ADOLESCENTS DURING THEIR UPBRINGING].

Página *[Page]* **57** — **Artículo de revisión** *[Review article]*
ESQUIZOFRENIA Y VIOLENCIA.
[SCHIZOPHRENIA AND VIOLENCE].

Página *[Page]* **67** **Artículo de opinión** *[Opinion article]*
QUIERO SEGUIR SIENDO NIÑA.
[I WANT TO REMAIN A GIRL].

Página *[Page]* **70** **Artículo de interés** *[Article of interest]*
LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES ES UN PROBLEMA DE ESTADO: PROGRAMA DE 14 PUNTOS PARA LA PREVENCIÓN, SANCIÓN Y ERRADICACIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRAS LAS MUJERES.
[VIOLENCE AGAINST WOMEN IS A STATE PROBLEM: 14-POINT PROGRAM FOR THE PREVENTION, PUNISHMENT AND ERADICATION OF VIOLENCE AGAINST WOMEN].

Página *[Page]* **74** **Normas de publicación** *[Instructions for authors]*

El contenido de los artículos y las opiniones vertidas en ellos son de exclusiva responsabilidad de los autores y no representan, necesariamente, la postura de la Sociedad Paraguaya de Psiquiatría o de esta revista.

EDITORIAL *[Editorial]*

VIOLENCIA Y SALUD MENTAL.

[VIOLENCE AND MENTAL HEALTH].

Estamos en un mundo que invita a crear un sistema de convivencia acorde a las necesidades de cada uno, en un contexto de diversidad, invitándonos a crear formas de convivir, en el cual la legitimización hace que cada uno exista en el espacio del otro y en la aceptación mutua. No obstante, en la historia de nuestros ancestros, hemos vivido varios estatus de destrucción de unos contra otros y de uno mismo, como el suicidio de distintos modos, incluso los culturales.

En ese transcurrir histórico del hombre y la mujer, como seres bio-psico-sociales, en los ámbitos de persona, familia y comunidad, se han naturalizado algunos modos violentos que se dan en lo interpersonal, familiar e institucional.

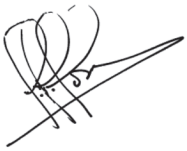
Se considera que la violencia interpersonal es un importante problema de salud y la principal causa de muerte de adolescentes y adultos jóvenes en América Latina y el Caribe (Organización Mundial de la Salud, 2014). Por otro lado, la violencia autoinfligida es un grave problema de salud y una de las principales causas de muerte en la región. El suicidio es la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 10 a 19 años de edad en las Américas (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

Tanto en nuestro país, como en Latinoamérica, las muertes violentas por homicidio son la principal causa de muerte entre los varones adolescentes y adultos jóvenes (Organización Panamericana de la Salud, 2012). En ese sentido, cada día miles de personas, principalmente mujeres y niños, son víctimas de violencia mortal o no mortal, cuyas lesiones físicas, psicológicas y sociales requieren tratamiento en servicios de urgencias.

En este contexto, muchas víctimas de maltrato físico, sexual o psicológico, no solicitan ayuda del personal de salud ni de otras autoridades, en un marco de silencio cultural.

Comprendiéndose que muchos de estos comportamientos violentos están influidos significativamente por el consumo de alcohol, por una mala relación parento-filial y por la falta de apoyo social de los pares, es imperativo idear estrategias integrales eficaces de prevención de la violencia, adaptadas al contexto.

Los artículos que les presentamos en este número de la Revista Paraguaya de Psiquiatría dan cuenta de una realidad que se vuelve tangible por los datos aportados y expresados. Consideramos que lo compartido aquí es crucial, puesto que desafía y tensiona propuestas y compromisos de todos los que trabajamos en el área de la Salud Mental.



Prof. Dr. **MARTÍN MORENO**
Presidente
Sociedad Paraguaya de Psiquiatría

Prof. Dr. **JULIO TORALES**
Editor en Jefe
Revista Paraguaya de Psiquiatría

PSICOPATOLOGÍA EN ADULTOS CON ANTECEDENTES DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

[PSYCHOPATHOLOGY IN ADULTS WITH A HISTORY OF DOMESTIC VIOLENCE].

María del Pilar Fresco, Cristina Arrom, Margarita Samudio, Carmen Marina Arrom, Marcos Capurro, María Auxiliadora Arrom, Andrés Arce, Manuel Fresco.

Correspondencia: Dra. María del Pilar Fresco, médica residente de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría, FCM-UNA | pilifresco@gmail.com | Avda. Mariscal López y Cruzada de la Amistad, Campus Universitario de la UNA, San Lorenzo-Paraguay.

Manuscrito recibido: 10 de enero de 2015.
Manuscrito aceptado: 20 de mayo 2015.

RESUMEN

La violencia es un fenómeno que desafortunadamente persiste en nuestras sociedades como factor de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales. El objetivo fue caracterizar la violencia intrafamiliar vinculada con trastornos mentales en adultos en psicoterapia en el Servicio Ambulatorio de la Cátedra de Psiquiatría de la FCM-UNA. Es un estudio descriptivo de corte transversal, con una muestra de 254 adultos en psicoterapia. Entre 2,010 y 2.012. Se utilizaron fichas clínicas y los datos se analizaron con SSPS 15.0 para Windows. El 35% (89) padecía trast ornos del estado de ánimo, de los cuales el 94,4% (84) sufrió algún tipo de violencia: 40% (26) psicológica, 8,3% (7) física, 4,7% (4) abuso sexual, física y psicológica, 21,4% (18) psicológica y física, 11,9% (10) abuso sexual, psicológica y física, 2,3% (2) abuso y psicológica, 1,2% (1) otras. El 17,7% (45) tenía trastornos de ansiedad, 93,3% (42) con violencia: 23,8% (10) psicológica, física y psicológica 21,4% (9), 9,5% (4) abuso sexual, física y psicológica, 9,5% (4) abuso sexual y psicológica, 7,1% (3) otras. El 11% (28) trastornos de la personalidad, 100% con violencia. El 6,7% (17) dos o más trastornos con 100% de violencia. Se concluye que prevalecieron los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y de la personalidad, todos ellos con alto porcentaje de violencia.

Palabras claves: violencia, trastorno mental, población adulta.

ABSTRACT

Violence is a phenomenon that unfortunately persists in our societies as a determining risk factor for the development of mental disorders. The objective was to characterize the domestic violence linked to mental disorders in the adult population that attended for psychotherapeutic care at the Department of Psychiatry. This is a cross-sectional descriptive study, with a sample of 254 adults receiving psychotherapeutic care between 2.010 and 2.012. It used clinical records and SPSS 15.0 for Windows to analyze the information. The 35% (89) had mood disorders, 94,4% (84) of them with violence: 40% (26) psychological, 8,3% (7) physical, 4,7% (4) sexual abuse, 21,4% (18) psychological and physical, 11,9% (10) sexual abuse, psychological and physical, 2.3% (2) abuse and psychological, 1,2% (1) others. The 17,7% (45) had anxiety disorders, 93,3% (42) with violence: 23,8% (10) psychological, 21,4% (9) physical and psychological, 9,5% (4) sexual abuse, physical and psychological, 9,5% (4) sexual abuse and psychological. The 11% (28) had personality disorders, 100% with violence; 6,7% (17) two or more disorders, 100% with violence. It concludes that mood, anxiety, personality disorders prevailed, all of them with high percentage of violence.

Keywords: violence, mental disorder, adult population.

INTRODUCCIÓN

La violencia es un fenómeno que desafortunadamente afecta en la vida de la mayoría de las personas de nuestras sociedades, materializado en más de 1,6 millones de muertes al año y un sinnúmero de otras personas dañadas (1). No existe país o cultura libre de violencia, ésta se encuentra en las calles, en la escuela, en el trabajo e incluso en los hogares siendo un gravitante factor de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales (2).

Definir violencia es una tarea difusa y compleja y es difícil tener una exactitud científica. La Organización Mundial de la Salud 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, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (3). Existen diversos tipos de violencia: física, psicológica, sexual y por trato negligente o abandono (4). Tanto la violencia física como psicológica contra los adultos son un problema social con un alto impacto en la salud de los mismos. Sus consecuencias en la salud mental son considerables y tienen gran trascendencia en el desarrollo de trastornos mentales. Trastornos de ansiedad y del estado del ánimo son los más frecuentes, los cuales pueden desencadenar conductas suicidas. Es necesario establecer conductas preventivas en todos sus niveles (1).

La expresión "violencia doméstica" es utilizada para referirse a la violencia de pareja, pero en la actualidad abarca el maltrato contra niños y ancianos o el maltrato infligido por cualquier integrante de la familia hacia otro. La Norma Oficial Mexicana, propone que la violencia intrafamiliar es el acto u omisión, único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en una relación de poder, en función del sexo, la edad, o la condición física, en contra de otro integrante de la misma, independientemente del espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono (5). Se estima que el 35% de las mujeres en el mundo ha sufrido violencia de pareja o violencia sexual en algún momento de su vida (6). En América Latina, alrededor de 80.000 niños y niñas pierden la vida anualmente como consecuencia de la violencia doméstica (4). Nuestro continente es una de las regiones que posee las mayores tasas de maltrato, siendo las mujeres y los niños los más afectados (7). En Colombia, en el año 2013, de los 68.230 casos de violencia intrafamiliar, 65% correspondieron a violencia de pareja, 14% a violencia contra niños y adolescentes y 2% contra adultos mayores. De esta misma población el 77,5% fueron mujeres (8).

En Paraguay, un estudio realizado por la UNICEF, reveló que el 61% de los niños, niñas y adolescente reportaron haber sido víctimas de violencia por parte de sus familiares más cercanos, de los cuales el 35% recibió violencia física grave (golpes con objetos, patadas, quemaduras, asfixia), el 13% violencia física leve (nalgadas, cachetadas, tirones de pelo, pellizcos) y el 13% violencia psicológica. El 52% de los encuestados refirió haber sido víctimas de maltrato antes de ingresar al sistema educativo (4).

Las consecuencias del maltrato en la salud mental pueden ser graves y devastadoras como por ejemplo el suicidio. Diversos estudios han reportado que tanto víctimas como testigos de violencia presentan elevadas chances de padecer trastornos del estado del ánimo, trastorno por estrés post traumático y trastornos conductuales (9, 10, 11).

Todo esto representa el justificativo de este trabajo que tiene como objetivo caracterizar la violencia intrafamiliar vinculada con trastornos mentales en la población adulta que consultó para atención psicoterapéutica en el Servicio Ambulatorio de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio trasversal de tipo descriptivo. Se utilizaron 254 fichas clínicas de pacientes de 19 años y más años de edad en psicoterapia, del Servicio Ambulatorio entre 2010 y 2012. Para el análisis de la información se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15.0 para Windows.

RESULTADOS

El 35% (89) de los 254 pacientes padecía trastornos del estado de ánimo, de los cuales el 94,4% (84) sufrió algún tipo de violencia: 40% (26) psicológica, 8,3% (7) física, 4,7% (4) abuso sexual, física y psicológica, 21,4% (18) psicológica y física, 11,9% (10) abuso sexual, psicológica y física, 2,3% (2) abuso y psicológica, 1,2% (1) otras.

El 17,7% (45) tenía trastornos de ansiedad, 93,3% (42) con violencia: 23,8% (10) psicológica, física y psicológica 21,4% (9), 9,5% (4) abuso sexual, física y psicológica, 9,5% (4) abuso sexual y psicológica, 7,1% (3) otras.

El 11% (28) trastornos de la personalidad, 100% con violencia. El 6,7% (17) dos o más trastornos con 100% de violencia.

Tabla 1. Trastornos del estado de ánimo por tipo de violencia (N=84)		
Con violencia	**n**	**%**
Psicológica	26	40,0
Física	7	8,3
Física y psicológica	18	21,4
Abuso sexual	4	4,7
Abuso sexual, física, psicológica	10	11,9
Abuso sexual y psicológica	2	2,3
Otras formas	1	1,2
Sin violência	15	17,8

Tabla 2. Trastornos del estado de ánimo por tipo de violencia (N=84)		
Con violencia	**n**	**%**
Psicológica	10	23,8
Física y Psicológica	9	21,4
Abuso sexual, física, psicológica	4	9,5
Abuso sexual y psicológica	4	9,5
Otras formas	3	7,1

Tabla 3. Otro tipo de trastornos con violencia)		
Trastorno de la Personalidad (n=28)	**n**	**%**
Con violencia	28	100
Sin violencia		
Dos o más trastornos (n=17)	**n**	**%**
Con violencia	17	100
Trastornos Psicóticos (n=10)	**n**	**%**
Con violencia	7	70
Patología Dual (n=7)	**n**	**%**
Con violencia	6	85,7
Problemas relacionados a sustancias (n=4)	**n**	**%**
Con violencia	4	100
Aplazados (n=34)	**n**	**%**
Con violencia	34	100
Otros diagnósticos (n=20)	**n**	**%**
Con violencia	18	90

DISCUSIÓN

Trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y de la personalidad fueron los diagnósticos más frecuentes en concordancia con lo hallado en otros países de la región (10, 11). Se encontró gran porcentaje de violencia entre los pacientes que padecían los distintos trastornos.

La combinación de violencia física y psicológica fue la más practicada en el contexto familiar de los pacientes. Esto coincide con reportes nacionales acerca de que el maltrato físico es el más frecuente en los hogares paraguayos (4).

La violencia física y psicológica afectó mayoritariamente al grupo de estudio con un considerable impacto en la salud individual aunque también es de suponer que el mismo riesgo padecen los demás miembros del entorno familiar debido a los actuales padecimientos mentales, principalmente a aquellos trastornos donde la atención y los cuidados hacia sí mismos y hacia terceros están disminuidos. La psicoeducación en prevención de la violencia podría constituir una estrategia eficaz en el Servicio Ambulatorio para la población adulta consultante y sus familias. Además se requiere desarrollar acciones de intervención comunitaria y el adecuado abordaje en instituciones educativas sobre la violencia y sus consecuencias en salud mental.

ACERCA DE LOS AUTORES

La Dra. MARÍA DEL PILAR FRESCO es Médica Residente de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

La Mgtr. CRISTINA ARROM es Docente Investigadora del Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud y psicóloga de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

La PhD. MARGARITA SAMUDIO es Docente Investigadora del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Asunción.

La Mgtr. CARMEN MARINA ARROM es Investigadora del Centro para el Desarrollo de la Investigación Científica (CEDIC-Díaz Gill).

El Dr. MARCOS CAPURRO es médico del Centro Nacional de Control de Adicciones del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

La Mgtr. MARÍA AUXILIADORA ARROM es Investigadora del Centro para el Desarrollo de la Investigación Científica (CEDIC-Díaz Gill).

El Prof. Dr. ANDRÉS ARCE es Profesor Titular y Jefe de Cátedra y Servicio de Psiquiatría y Jefe del Departamento de Neurociencias de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

El Dr. MANUEL FRESCO es Profesor Encargado de Cátedra de Psiquiatría y Psicología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica "Nuestra Señora de la Asunción" y Director del Centro Nacional de Control de Adicciones, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud [Internet]. Washington, D.C.-USA: OPS/OMS; [citado 6 de junio de 2014]. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
2. Injury: a leading cause of the global burden of disease. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Departamento de Prevención de Traumatismos y de la Violencia, 1999 (documento inédito WHO/HSC/VIP/99.11).
3. WHO Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996 (documento inédito WHO/EHA/SPI.POA.2).
4. UNICEF [Internet]. Asunción-Paraguay: Base Educativa y Comunitaria de Apoyo (BECA), UNICEF; [citado 11 de junio 2013]. Disponible en PDF: http://www.unicef.org/paraguay/spanish/py_resources__Estudio_Maltrato.pdf
5. Norma Oficial Mexicana [Internet]. México-México: Secretaría de Salud. [citado 11 de agosto de 2014]. Disponible en PDF en: http://www.cofepris.gob.mx/Marco%20Juridico/noms/190ssa1.pdf
6. Corpovisionarios; Ariza, A. y Chiappe G. [Internet]. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo (BID)-Corpovisionarios. rechos Humanos del Paraguay (Codehupy). Derechos humanos en Paraguay/ Yvypóra Derécho Paraguáipe. Codehupy. Asunción: Mercurio S.A.; 2012. pp. [447]-[463].
7. Hernández Sampieri, R. y Otros. Metodología de la Investigación. 5ª edición, México D.F.: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. 2010.
8. Alianza Consultores [Internet]. Asunción-Paraguay: ALIANZA Consultores; [citado 6 de junio de 2014]. Disponible en: http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/productos/pdf/informeMundialSobreViolencia.pdf
9. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses [Internet]. Bogotá-Colombia: Hernández Cardozo H.W.; [citado 6 de junio de 2014]. Disponible en: http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/188820/FORENSIS+2013+7-+violencia+intrafamiliar.pdf/dd93eb8c-4f9a-41f0-96d7-4970c3c4ec74
10. Martínez P, Ritchers JE. The NIMH Community Project II. Children's distress symptoms associated with violence exposure, Psychiatry 1993; 22-35.
11. Parkers CM. Psychiatric problems following bereavement by murder or manslaughter. Br J Psychiatry 1993;162:49-54.
12. Viola L. Repercusión de la violencia doméstica en la salud mental infantil. Valoración del daño psíquico. Rev Psiquiatr Urug. 2010. Volumen 74 (N° 1): pp. [73]-[83].

CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS CON SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

[SOCIO-ECONOMIC CONDITIONS OF PREGNANT TEENAGERS WITH SYMPTOMS OF DEPRESSION, SUBSTANCE USE AND VICTIMS OF DOMESTIC VIOLENCE].

Cristina Arrom, Mónica Ruoti, Margarita Samudio, Elizabet Orué.

Correspondencia: Mgtr. Cristina Arrom, Docente Investigadora del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, UNA | crisarrom@gmail.com | Campus Universitario de la UNA, San Lorenzo-Paraguay.

Manuscrito recibido: 12 de enero de 2015.
Manuscrito aceptado: 22 de mayo de 2015.

Trabajo financiado por la Itaipú Binacional.

RESUMEN

Algunos de los factores sistemáticamente asociados a mayor probabilidad de que mujeres reciban violencia es haber sido víctima o testigo de violencia en la niñez, así como un bajo nivel de instrucción. Este estudio es descriptivo, diagnóstico, de corte transverso de carácter cuantitativo no probabilístico, de caso consecutivo. La muestra estuvo constituida por 323 embarazadas menores de 20 años de un total de 1049 que acudieron a control prenatal durante 1 mes. Previo consentimiento se utilizó un instrumento estructurado, anónimo, completado en entrevistas por alumnas del último año de Psicología de Alto Paraná. Para el análisis estadístico se aplicó estadística descriptiva y analítica a un nivel de significancia de 0.05 (chi-cuadrado). El promedio de edad de las embarazadas con depresión fue significativamente mayor (18,1 años) que las embarazadas sin depresión (17,7 años) ($p<0,035$). El consumo abusivo de alcohol se relacionó con vivir sin pareja ($p < 0,001$). Las embarazadas cuyas parejas no trabajaban tuvieron franca sintomatología depresiva en comparación con las que tenían parejas activas laboralmente (valor $p < 0,005$). No se encontró asociación entre la depresión y nivel de instrucción propio, nivel de instrucción de la pareja, hacinamiento y consumo abusivo de alcohol. Tampoco entre consumo abusivo de alcohol y depresión, nivel de instrucción propio y de la pareja, hacinamiento, y edad. El bajo nivel de ingresos, bajo nivel de instrucción, y la edad del grupo estudiado constituyen los factores económicos que se asocian al padecimiento de sintomatología depresiva y resultan los datos más significativos del estudio coincidentes con estudios a nivel internacional. La vulnerabilidad exacerbada de las adolescentes en situación de embarazo que en importante porcentaje padecieron violencia física de parte de los progenitores es un elemento que se destaca.

Palabras clave: embarazo adolescente, depresión, factores asociados.

ABSTRACT

The fact of being victim or witness of violence in childhood and low education are some of the associated factors that increase the chance of receiving violence. The objective was to characterize the socioeconomic background of pregnant adolescents who had depressive symptoms, parental violence and substance abuse who attended public hospitals in Alto Paraná for prenatal consultation. This is a descriptive, cross-sectional study with a non-probabilistic sample, which consisted in 323 pregnant women under 20 years old of 1049 in prenatal care. A structured anonymous instrument was used. Descriptive and analytical statistics were applied to a significance level. The average age of pregnant women with depression was significantly higher (18,1 years old) than non-depressed pregnant women (17,7 years old) ($p < 0,035$). The alcohol abuse was associated with living without a partner ($p < 0,001$). Pregnant women with unemployed partners presented depression compared to those with occupationally active couples ($p < 0,005$). There were no association between depression and level of education, overcrowding or alcohol abuse. Neither between alcohol abuse and level of education, overcrowding nor age. The low level of education, low income and age are the factors associated with depressive symptoms, which concurs with international studies. The heightened vulnerability of adolescents at pregnancy is an element that stands out.

Keywords: teenage pregnancy, depression, associated factors.

INTRODUCCIÓN

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta al organismo, estado de ánimo y manera de pensar y concebir la realidad. Asimismo, altera el ciclo normal de sueño-vigilia y la alimentación, así como el sentido de autovalía y autoestima. La depresión afecta a cada persona de una manera distinta en cuanto a la severidad, intensidad y duración de la sintomatología (1). A su vez, el fenómeno de la adolescencia se define como el conjunto de características propias, experiencias, cambios y problemas comunes –como los anatómicos y fisiológicos en la pubertad, así como la necesidad de lograr la propia identidad y una buena interacción social (1).

La adolescencia es una etapa de máxima vulnerabilidad por la que atraviesan los seres humanos en la tarea de desidentificación de sus objetos primarios, conflictos alrededor de su propio cuerpo y su sexualidad, necesidad de integrar nuevas identificaciones hasta el logro de la propia identidad (2).

En los últimos tiempos ha disminuido la edad en que los jóvenes se inician sexualmente y ha aumentado en forma preocupante el embarazo no deseado ni planificado de las adolescentes, esto acarrea graves consecuencias personales, familiares y sociales. Existe un aumento en la actividad sexual de jóvenes a edades cada vez más tempranas, y la tasa de fertilidad en mujeres adolescentes es mayor a 50 por 1 000 en varios países (3).

El embarazo en la adolescente es un hecho trascendental para ella, a más de estar relacionado significativamente con importantes riesgos médicos, psicológicos y sociales (4).

Es muy importante la preocupación por la salud mental de las adolescentes que se enfrentan a la concepción de un ser durante ese periodo de sus vidas, ya que estos en ocasiones son embarazos inesperados y representan una carga que les lleva a tomar decisiones en relación a la situación en que se encuentran, ya que se encuentran en un momento emocionalmente muy intenso que puede provocar cierto grado de conflicto y ambivalencia (4).

Si bien, para muchas mujeres el embarazo puede ser una etapa muy positiva, para otras que para otras puede significar un periodo de angustia y depresión difícil de sobrellevar. Según Polaino-Lorente (1995), 10% de las mujeres embarazadas sufren de depresión, especialmente entre la sexta y décima semanas del embarazo y durante el tercer trimestre, cuando el cuerpo se prepara para el parto y el nacimiento del bebé. Se estima que la mitad de las mujeres que sufren de depresión durante el embarazo desarrollan depresión posparto, pero este número se reduce a menos del 2% si se efectúa un tratamiento psicoterapéutico adecuado durante dicho periodo (1).

La certeza de un embarazo provoca serios trastornos psicológicos como ansiedad, depresión, una sensación de no tener salida, fuertes sentimientos de culpa y conflictos familiares. La maternidad no programada casi siempre genera tensión, pues la capacidad biológica y psicológica de la joven se ve fuertemente amenazada, más aún si ha sido rechazada por su familia y abandonada por su pareja, por lo que siente desafiadas sus necesidades básicas y la respuesta a esta tensión puede producir desesperación, miedo, dolor, culpa, ira, pena y angustia, y podría llegar a la depresión (1).

Los efectos traumáticos del embarazo no deseado en una adolescente dependerán, como se ha dicho antes, de su personalidad y madurez, de algunas patologías previas, de su condición biológica y del significado de este producto para su vida futura.

La mayoría de las investigaciones realizadas en relación a las emociones en la adolescencia concluyen que en este periodo hay un aumento de la emotividad, la que es provocada por la necesidad que experimenta el ser humano de abandonar viejos hábitos de acción y de pensamiento y de establecer otros nuevos. En esta edad, existe más preocupación por la opinión de los iguales o de la sociedad que por lo que opinan los padres (1).

La maternidad en la adolescencia se vincula con los aspectos socio-económicos, el acceso a la educación, al trabajo y con la pobreza (5).

Hasta hoy los estudios sobre el consumo de alcohol durante el embarazo, no han establecido que exista un nivel seguro de consumo (6). La exposición prenatal al alcohol es la causa más común de los defectos de nacimiento. En mujeres embarazadas el consumo excesivo de alcohol puede causar malformaciones del embrión y síndrome del alcoholismo fetal. (7).

El presente estudio se propuso caracterizar el contexto socioeconómico de adolescentes embarazadas que presentaron sintomatología depresiva, violencia de sus padres y abuso de sustancias, que asistieron a consultas prenatales en hospitales públicos del Departamento de Alto Paraná, Paraguay.

SUJETOS Y MÉTODOS

Estudio descriptivo diagnóstico de corte transverso y de carácter cuantitativo no probabilístico de caso consecutivo. La muestra estuvo constituida por 323 embarazadas menores de 20 años de un total de 1049 que acudieron a control prenatal durante 1 mes.

Previo consentimiento se utilizó un instrumento estructurado, anónimo, completado en entrevistas por alumnas del último año de Psicología de Alto Paraná.

Para el análisis estadístico se aplicó estadística descriptiva y analítica a un nivel de significancia de 0.05 (chi-cuadrado).

RESULTADOS

El promedio de edad de las embarazadas con depresión fue significativamente mayor (18,1 años) que las embarazadas sin depresión (17,7 años) ($p<0,035$). (Tabla 1)

Tabla 1. Edad (N=323)

Edad	n	%
13 años	2	0,6
14 años	5	1,5
15 años	16	5,0
16 años	54	16,7
17 años	49	15,2
18 años	59	18,3
19 años	83	25,7
20 años	55	17

La mayoría de las jóvenes se encontraban conviviendo en pareja, más del 70%. (Tabla 2)

Tabla 2. Estado civil (N=323)

Estado civil	n	%
Soltera	81	25.1
Conviviendo	163	50.5
Casada	70	21.7
Separada	2	0.6
Viuda	7	2.2

La primaria completa se destacó, seguidas por primaria incompleta y secundaria incompleta. No se encontró asociación entre la depresión y nivel de instrucción propio. (Tabla 3)

Tabla 3. Nivel educativo (N=323)		
Nivel educativo	**n**	**%**
Sin instrucción	4	1.2
Primaria incompleta	58	18.0
Primaria completa	106	32.8
Secundaria incompleta	123	38.1
Secundaria completa	27	8.4
Universidad incompleta	4	1.2
Universidad completa	1	0.3

La mayoría de las embarazadas adolescentes se desempeñaba como Ama de Casa. (Tabla 4)

Tabla 4. Actividad laboral (N=323)		
Actividad laboral	**n**	**%**
Desempleada	76	23.5
Tiempo completo	43	13.3
Trabaja medio tiempo	15	4.6
Estudiante	13	4.0
Ama de casa	169	52.3
Discapacitada	7	0.3
No contesta	6	1.9

En cuanto a los ingresos, presentaban mayor porcentaje de depresión aquellas adolescentes embarazadas que percibían menos de un millón según se puede observar en la Tabla 5.

Tabla 5. Ingresos (N=323)				
Ingresos	**Con depresión**		**Sin depresión**	
	n	**%**	**n**	**%**
Menos de 500.000	27	37.0	46	63.0
Menos de 1.000.000	49	35.5	89	64.5
Más de 1.000.000	11	20.4	43	79.6
No responde	31	53.4	27	46.6

Las embarazadas cuyas parejas no trabajaban tuvieron franca sintomatología depresiva en comparación con las que tenían parejas activas laboralmente (valor p < 0,005). (Tabla 6)

Tabla 6. Ocupación de la pareja (N=323)		
Ocupación de la pareja	**n**	**%**
Desempleado	23	7.1
Tiempo completo	223	69.0
Medio tiempo	24	7.4
Retirado	1	0.3
Estudiante	3	0.9
Amo de casa	1	0.3
Discapacitado	8	2.5
Agricultor	1	0.3
Otros	1	0.3
No sabe	1	0.3
No contesta	37	11.4

El 55% de las adolescentes sufrió violencia física de parte de sus respectivas madres. Un 15 % del grupo recibió este tipo de castigos entre 11 veces a 20 y más de 20 en un año (Tabla 7).

Tabla 7. ¿Recibió castigos físicos de su madre? (N=323)		
Recibió castigos	**n**	**%**
Nunca	137	42.4
Una vez	36	11.1
Dos veces	31	9.6
3-5 veces	62	19.2
11-20 veces	31	9.6
Más de 20 veces	18	5.6
No sabe	3	0.9
No contesta	5	1.5

32,7 % (106) recibió castigos físicos de parte del padre durante su adolescencia. (Tabla 8)

Tabla 8. ¿Recibió castigos físicos de su madre? (N=323)		
Recibió castigos	**n**	**%**
Nunca	206	63.8
Una vez	24	7.4
Dos veces	23	7.1
3-5 veces	32	9.9
11-20 veces	15	4.6
Más de 20 veces	12	3.7
No sabe	1	0.3
No contesta	10	3.1

El 19 % del grupo consumió alcohol en cantidades consideradas de abuso para el embarazo. El consumo abusivo de alcohol se relacionó con vivir sin pareja (p < 0,001). (Tabla 9)

Tabla 9. Consumo de alcohol en cantidades consideradas de abuso para el embarazo (N=323)

Consumo	n	%
Si	64	19.8
No	243	75.2
No respondió	16	4.9

DISCUSIÓN

Los aspectos significativos vinculados a la depresión en la población de estudio fueron los bajos ingresos de las adolescentes, ya que quienes tenían bajos ingresos presentaron mayor depresión y la no actividad laboral de su pareja. Ya la OMS cita (8) entre los factores asociados con el riesgo de que las mujeres reciban agresión por parte de los hombres, las dificultades económicas. Otra investigación realizada en México que estudio depresión en adolescentes embarazadas arrojo como resultado que las carencias económicas tuvieron un fuerte impacto en quienes sufrían depresión (1). La mayoría de las mujeres embarazadas contaba con un bajo nivel de instrucción y habían sido víctimas de violencia de parte de sus padres. Ambos elementos constituyen "factores sistemáticamente asociados con una mayor probabilidad de que una mujer sufra violencia a manos de su pareja" (8). Por otro lado el tener mayor edad y no convivir en pareja constituyeron un factor de riesgo para la depresión; en un estudio realizado por CEMERA en Chile (5) donde se observó una relación de pareja más estable en el grupo sin patología. Ante esto, se puede decir que, en la mayoría de los casos, tener una pareja disminuye notablemente la gravedad del cuadro depresivo.

Por otro lado una quinta parte del grupo de estudio había consumido alcohol en cantidades consideradas de abuso durante el embarazo. Se encontró una asociación entre el consumo abusivo de alcohol y vivir sin pareja. Un estudio realizado en México reportó que las mujeres que manifiestan sintomatología moderada experimentaron problemas referentes al alcoholismo y por último las embarazadas no convivientes en pareja (1). El estudio de Martínez Hernáez demostró estados de ánimo negativos asociados al consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes (9). Un estudio de la ALAC (Asociación Libres de Adicciones Cástulo de Linares) planteó que las mujeres beben por problemas psicológicos, sentimientos de soledad, entre otros y por conflictos de pareja (10). Se encuentran similares resultados en el estudio de Martínez Hernáez (9) respecto a que los efectos de factores socio económicos y familiares más relevantes en mujeres que en hombres a la hora del consumo excesivo de alcohol. (9)

No se encontró asociación entre la depresión y nivel de instrucción propio, nivel de instrucción de la pareja, hacinamiento y consumo abusivo de alcohol.

ACERCA DE LOS AUTORES

La Mgtr. CRISTINA ARROM es Docente Investigadora del Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud y psicóloga de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

La Mgtr. MÓNICA RUOTI es Docente Investigadora del Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud y psicóloga de la Cátedra de la Universidad Nacional de Asunción.

La PhD. MARGARITA SAMUDIO es Docente Investigadora del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Asunción.

La Mgtr. ELIZABETH ORUÉ es Docente Investigadora del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Asunción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Lanz P. y Romano Waysel K. Depresión en adolescentes embarazadas. Rev.Enseñanza e investigación en psicología. 2009; Vol. 14, (2): pp. [261] - [274].
2. Sociedad Argentina de Ginecologia Infanto Juvenil. Manual de Ginecología Infanto Juvenil. 2da. Edición. Editorial Ascune. Buenos Aires, Argentina 2003.
3. Ruoti, Antonio y col. Salud Reproductiva. Obstetricia y Perinatología. 2da. Edic. EFACIM-EDUNA. Año 2000. Cap. 8. Adorno, M.; Arrom, C. Aspectos Psicológicos del embarazo adolescente pp. [851] - [885].
4. Maddaleno Matilde, Morello Paola, Infante-Espínola Francisca. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. Salud pública Méx. 2003; Vol. 45 (1): pp. [132] - [139].
5. Molina, Ramiro; Sandoval, Jorge; Electra González. Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. Editorial Mediterráneo. Santiago, Chile. 2003. Toledo, Virgina; Trujillo, Silvia, Cap. 35. Salud Mental y Embarazo adolescente pp. [489] - [498].
6. Patient Education [Internet]. New York-EEUU. [citado 12 abril 2014]. Disponible en: http://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/El-alcohol-y-la-mujer
7. Wim TV [Internet]. Andalucía-España: Barré C., Delpech R., Vallarino Gancia, L. [citado 12 abril 2014]. Disponible en: http://www.wineinmoderation.eu/es/content/Abuso-del-vino-y-consumo-excesivo-de-alcohol.13/
8. Organización Mundial de la Salud-Oficina Regional para las Américas-Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Washington D.C., EEUU: OPS-OMS; [citado 2 abril 2014]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98816/1/WHO_RHR_12.36_spa.pdf?ua=1
9. Martínez-Hernáez, A. et al. Consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes: su asociación con los estados de ánimo negativos y los factores familiares. Rev. Esp. Salud Publica. 2012; vol.86 (1): pp. [101] - [114].
10. Asociación Libres de Adicciones Cástulo de Linares (ALAC) [Internet]. Linares-España: López Lorente A.m.; [citado 2 abril 2014]. Disponible en: http://alaclibres.org/foro/viewtopic.php?p=287&sid=7c9cde00d13c7b74fb22421345fa638b

PERCEPCIONES DE ADOLESCENTES PUÉRPERAS SOBRE EL COMPORTAMIENTO DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA.

[PERCEPTIONS OF POSTPARTUM TEENAGERS ABOUT THE BEHAVIOR OF WOMEN VICTIMS OF DOMESTIC VIOLENCE].

Cristina Arrom, Natalie Lampert, Nora Godoy, Zuny Zarza, Carmen Marina Arrom.

Correspondencia: Mgtr. Cristina Arrom, Docente Investigadora del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, UNA | crisarrom@gmail.com | Campus Universitario de la UNA, San Lorenzo-Paraguay.

Manuscrito recibido: 21 de enero de 2015.
Manuscrito aceptado: 23 de mayo de 2015.

RESUMEN

Numerosas creencias culturalmente sostenidas apoyan y justifican la violencia doméstica, muchas de ellas arraigadas en las propias mujeres, víctimas principales. Se propuso indagar en 90 adolescentes puérperas sus percepciones sobre violencia doméstica. Estudio descriptivo, de corte trasversal, no probabilístico con muestreo consecutivo. 90 adolescentes de 304 mujeres entrevistadas en puerperio inmediato participaron del estudio. Se utilizó un instrumento estructurado, anónimo, completado por estudiantes de Trabajo Social. 60 % (54) del grupo consideró que *los hombres agreden más frecuentemente a sus parejas o esposas*; 19 % (17) manifestó *a la familia*; 13.3 % (12) *a los hijos*; 5.6 % (5) *esposa e hijos* y 2.2 % (2) *a los amigos/as.* 69 % (62) dijo que *las mujeres agreden más frecuentemente a los/as hijos/as*, 14.4 % (13) *a la pareja o esposo*; 11.1 % (10) *a la familia*; 3.3 % (3) *agreden muy poco*; 1.1 % (1) *a los/as amigos/as*. Luego de ser agredidas, 37.8 % (34) refirió que *van y regresan cuando él está más tranquilo*; 25.6 % (23) *pide ayuda a algún familiar*; 14.4 % (13) *busca ayuda profesiona*l; 14.4 % (13) *va a la policía*; 5.6 % (5) *pide ayuda a algún amigo/a* y 2.2 % (2) *no respondió*. Al quedar lastimada, 53.3 % (48) *se esconde*; 26 % (24) *busca atención*; 17.8 % (16) *busca atención y no comenta la situación*; 1.1 % (1) *denuncia lo ocurrido*; 1.1 % (1) *no sabe*. En la conducta ideal, 63.3 % (57) *buscar atención y contar*; 34.4 % (31) *pedir ayuda* y 2.2 % (2) *aguantar y callarse*. A pesar de percibir la realidad de la violencia doméstica en cuanto a las principales víctimas de hombres y mujeres y sobre la conducta ideal que la víctima debe seguir: denunciar, solicitar ayuda y atención, es bajo el porcentaje de denuncia.

Palabra claves: adolescencia, embarazo, violencia doméstica, puerperio.

ABSTRACT

Numerous cultural beliefs sustained support and justify domestic violence, many of them rooted in the women themselves, the main victims. The objective was to investigate the perception of domestic violence in 90 puerperal adolescents in a public hospital. Cross-sectional descriptive study with consecutive sampling. The sample was obtained selecting 90 adolescents from 304 puerperal women interviewed between August and November 2005 in a public hospital of Asunción. A structured anonymous instrument with some open questions was used previous consent. Social Work students filled in the questionnaires. 60% (54) of the group considered that ***men assault*** their ***more frequently*** wives or partners, 19% (17) *said the family*; 13.3% (12) *children*; 5.6% (5) *wives and children* and 2.2% (2) *friends*. On the other hand, 69% (62) said that ***women assault more frequently*** their children, 14.4% (13) *said their partners or husbands*; 11.1% (10) *the family* 3.3% (3) *said that rarely assault*; 1.1% (1) *mentioned friends*. In relation to actions taken after being assaulted, 37.8 (34) referred *go away and return when he is more calm*; 25.6% (23) *ask for help to a relative*; 14.4% (13) *look for professional help*; 14.4% (13) *go to the police*; 5.6% (5) *ask for help to a friend* and 2.2% (2) *do not answer* . ***In case of injures***, 53.3% (48) *said hide*; 26% (24) *look for medical assistance and tell what happened*; 17.8% (16) *look for assistance and do not talk about the situation*; 1.1% (1) *denounce what happened*; 34,4% (31) *ask for help* and 2.2% (2) *tolerate and say nothing*. In spite of perceiving the reality of domestic violence, about the major victims of men and women and the right behavior for the victim: denounce, ask for help and assistance, the percentage of denounces is very low.

Keywords: adolescence, pregnancy, domestic violence, puerperium.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define la violencia doméstica como "el conjunto de actos psicológicos, físicos y sexuales forzados contra las mujeres adolescentes y adultas por su pareja actual o ex pareja íntima". (1)

La violencia doméstica está siendo considerada como una de las amenazas más serias a la salud de la mujer y en estado de embarazo constituyen un grupo muy importante dentro de la temática. (2). Los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) han definido a la violencia contra las mujeres durante el embarazo como "violencia o amenazas de violencia física, sexual o psicológica/emocional ocasionadas a la mujer embarazada". En una encuesta de hogares se constató que existe una mayor probabilidad (60,6 %) que una mujer embarazada sea agredida con respecto a otra que no lo está. (2). Existen numerosas normas y creencias arraigadas culturalmente que en alguna medida apoyan la violencia contra la mujer, como la aceptación de la violencia de parte de la las propias mujeres y la amplia aceptación social de la violencia como una forma de resolver conflictos, lo cual no contribuye a mejorar el panorama de las víctimas. (1) (3) (4)

Las investigaciones actuales indican que las consecuencias del maltrato pueden persistir mucho tiempo después de haber estado expuestas y las consecuencias de los diferentes tipos y múltiples episodios parecen ser acumulativos en el tiempo. (1)

Para la Organización Mundial de la Salud, aunque existe un cúmulo de conocimientos acerca de la magnitud, las características y los factores de riesgo asociados con la violencia de pareja, se requieren investigaciones sobre las características de las respuestas de las mujeres a la violencia. (1)

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio fue descriptivo de corte transversal. El muestreo fue consecutivo, y fueron seleccionadas 90 adolescentes de las 304 puérperas que participaron en el Hospital Materno Infantil de Trinidad de la ciudad de Asunción donde se encontraban internadas en situación de puerperio inmediato. Previo consentimiento, las mujeres fueron invitadas a participar a través de una entrevista realizada por estudiantes de la Carrera de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Asunción (UNA), previamente capacitadas en el Departamento de Ciencias Sociales del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. Se utilizó un instrumento estructurado y anónimo. Para manejo de la información, el paquete estadístico SPSS versión 15.0 para Windows fue utilizado.

RESULTADOS

Las adolescentes puérperas se encontraban en su mayoría en una franja etaria de entre 18 y 19 años 48 % (43); entre 16 y 17 años el 24 % (22); con 20 años el 18 % (16) y entre 14 y 15 años el 10 % (9). (Tabla 1)

Tabla 1. Características de la Población. Edad (N=90)

Edad	n	%
14 y 15 años	9	10
16 y 17 años	22	24
18 y 19 años	43	48
20 años	16	18
Total	**90**	**100.0**

Resalta el 53.3% (48) de las puérperas cuyo estado civil era Concubinada, seguida del 25.6% (23) solteras y casadas 18.9% (17). (Tabla 2)

Tabla 2. Estado Civil (N=90)		
Estado Civil	**n**	**%**
Concubinada	48	53.3
Soltera	23	25.6
Casada	17	18.9
Separada/Divorciada	2	2.2
Total	**90**	**100.0**

La mayoría de la población culminó la Primaria, 45.6% (41), la Secundaria incompleta el 23.3% (21) y la Primaria incompleta 16.7% (15). (Tabla 3)

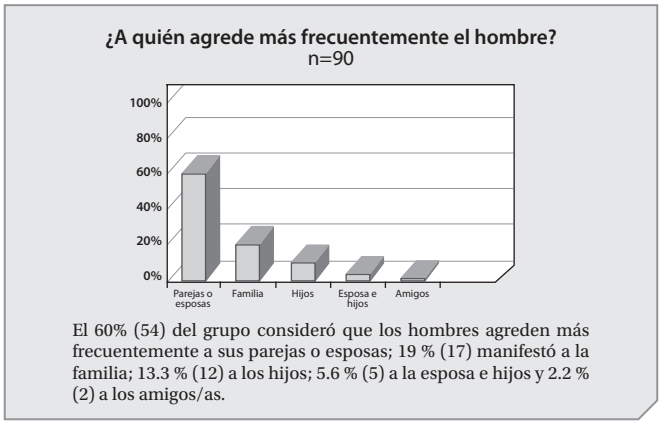
Tabla 3. Nivel Educativo (N=90)		
Nivel educativo	**n**	**%**
Ninguno a hasta el 2do. Grado	1	1.1
Primaria incompleta	15	16.7
Primaria completa	41	45.6
Secundaria incompleta	21	23.3
Secundaria completa	5	5.6
Universitaria incompleta	1	1.1
Universitaria completa	6	6.7
Total	**90**	**100.0**

Las adolescentes puérperas provenían en su mayoría de Asunción, 46.6% (42) y de otros Departamentos, el 43.3% (39). (Tabla 4)

Tabla 4. Lugar de origen (N=90)		
Lugar de orígen	**n**	**%**
Asunción	42	46.6
Departamento Central	9	16.7
Otros departamentos	39	43.3
Total	**90**	**100.0**

El 60 % (54) del grupo consideró que ***los hombres agreden más frecuentemente a sus parejas o esposas***; un 19 % (17) *manifestó a la familia*; el 13.3 % (12) *a los hijos*; un 5.6 % (5) *esposa e hijos* y el 2.2 % (2) *a los amigos/as*. (Gráfico 1)

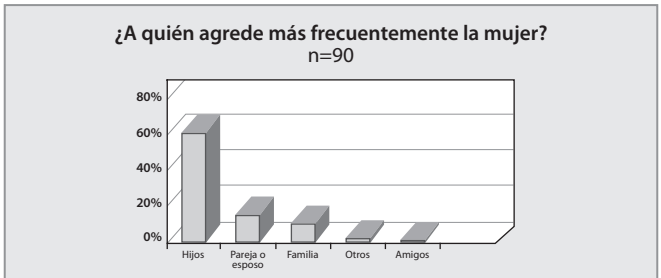
Gráfico 1. A quién agrede más frecuentemente el hombre



El 60% (54) del grupo consideró que los hombres agreden más frecuentemente a sus parejas o esposas; 19 % (17) manifestó a la familia; 13.3 % (12) a los hijos; 5.6 % (5) a la esposa e hijos y 2.2 % (2) a los amigos/as.

Por otro lado, un 69 % (62) del grupo dijo que ***las mujeres agreden más frecuentemente a los/as hijos/as***, el 14.4 % (13) *a la pareja o esposo*; un 11.1 % (10) *a la familia*; 3.3 % (3) *agreden muy poco*; 1.1 % (1) *a los/as amigos/as*. (Gráfico 2)

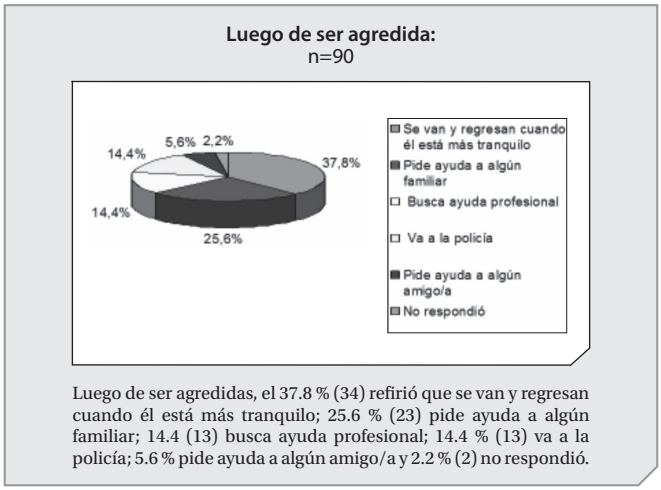
Gráfico 2. A quién agrede más frecuentemente la mujer



Por otro lado, un 69 % (62) del grupo dijo que las mujeres agreden más frecuentemente a los/as hijos/as; 14.4 % (13) a la pareja o esposo,; 11.1 % (10) a la familia; 3.3 % (3) a otros y 1.1 % (1) a los/as amigos/as.

Luego de ser agredidas, el 37.8 % (34) refirió que *se van y regresan cuando él está más tranquilo*; un 25.6 % (23) *pide ayuda a algún familiar*; el 14.4 % (13) *busca ayuda profesional*; un 14.4 % (13) *va a la policía*; el 5.6 % (5) *pide ayuda a algún amigo/a* y un 2.2 % (2) *no respondió*. (Gráfico 3)

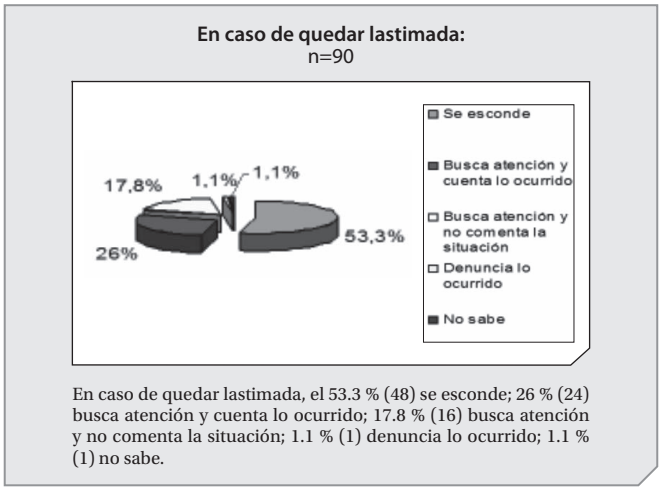
Gráfico 3. ¿Qué actitud toma luego de la agresión?



Luego de ser agredidas, el 37.8 % (34) refirió que se van y regresan cuando él está más tranquilo; 25.6 % (23) pide ayuda a algún familiar; 14.4 (13) busca ayuda profesional; 14.4 % (13) va a la policía; 5.6 % pide ayuda a algún amigo/a y 2.2 % (2) no respondió.

En caso de quedar lastimada, el 53.3 % (48) *se esconde*; un 26 % (24) *busca atención y cuenta lo ocurrido*; el 17.8 % (16) *busca atención y no comenta la situación*; un 1.1 % (1) *denuncia lo ocurrido*; el 1.1 % (1) *no sabe*. (Gráfico 4)

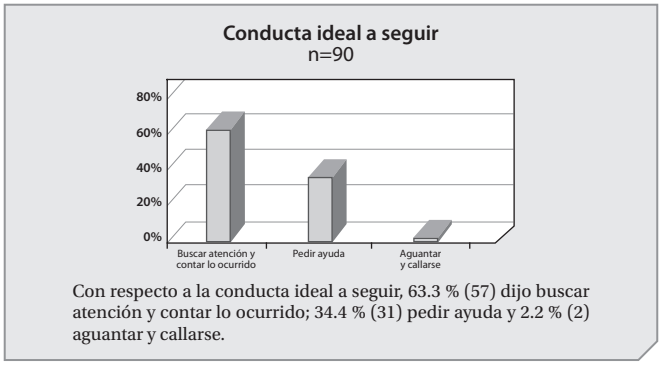
Gráfico 4. ¿Qué actitud toma en caso de quedar lastimada?



En caso de quedar lastimada, el 53.3 % (48) se esconde; 26 % (24) busca atención y cuenta lo ocurrido; 17.8 % (16) busca atención y no comenta la situación; 1.1 % (1) denuncia lo ocurrido; 1.1 % (1) no sabe.

Con respecto a la conducta ideal a seguir, un 63.3 % (57) *dijo buscar atención y contar lo ocurrido*; el 34.4 % (31) *pedir ayuda* y un 2.2 % (2) *aguantar y callarse*. (Gráfico 5)

Gráfico 5. Conducta que ella considera ideal a seguir



Con respecto a la conducta ideal a seguir, 63.3 % (57) dijo buscar atención y contar lo ocurrido; 34.4 % (31) pedir ayuda y 2.2 % (2) aguantar y callarse.

DISCUSIÓN

Las 90 adolescentes puérperas del estudio constituyen adolescentes con bajo nivel de instrucción, factores de vulnerabilidad para ser víctimas de violencia. (1)

La mayoría convive en pareja y procede de Asunción e interior del país en gran porcentaje.

Las adolescentes del estudio tienen un claro panorama en su percepción de que en la violencia doméstica las mujeres constituyen las principales víctimas de sus parejas o esposos, situación constatada con la bibliografía existente. (1) (5)

La percepción que tienen del comportamiento que siguen las mujeres luego de ser agredidas muestra un panorama importante por el hecho de que principalmente salen del espacio de la violencia y regresan cuando el hombre se encuentra más calmado, lo cual implica que no buscan ayuda y no denuncian el hecho en los espacios competentes. Algunas investigaciones sostienen que las mujeres maltratadas no son víctimas pasivas y que a menudo adoptan estrategias para potenciar su seguridad y la de sus hijos/as. (1)

La percepción de que en caso de quedar lastimada, las víctimas se esconden como conducta principal, también puede explicar en parte la ruta crítica de la violencia doméstica. Heise y colegas (6) plantean que lo que podría interpretarse como falta de acción de una mujer puede ser el resultado de su evaluación de la mejor manera de protegerse a sí misma y a sus hijos y que el hecho de permanecer en relaciones violentas puede deberse al temor a represalias, falta de medios de apoyo económico, preocupación por los hijos, falta de apoyo de familiares y amigos entre otros. En el estudio Multipaís (1), entre el 19% y 51% de las mujeres alguna vez maltratadas físicamente se habían ido del hogar durante al menos una noche y entre el 8 % y 21 % se habían ido de dos a cinco veces. (1)

La percepción sobre la conducta ideal que la víctima debe seguir ofrece un panorama alentador en cuanto a que se tiene claro una visión que interpretan como el ideal.

ACERCA DE LOS AUTORES

La Mgtr. CRISTINA ARROM es Docente Investigadora del Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud y psicóloga de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

La Mgtr. NATALIE LAMPERT es Docente Investigadora del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Asunción.

La Mgtr. NORA GODOY es Docente Investigadora del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Asunción.

La Mgtr. ZUNY ZARZA es Docente Investigadora del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Asunción.

La Mgtr. CARMEN MARINA ARROM es Investigadora del Centro para el Desarrollo de la Investigación Científica (CEDIC-Díaz Gill).

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud-Oficina Regional para las Américas-Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Washington D.C., EEUU: OPS-OMS; [citado 2 abril 2014]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98816/1/WHO_RHR_12.36_spa.pdf?ua=1
2. Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud [Internet]. Washington D.C.-EEUU: Gómez Betancourt, R.; [citado 2 abril 2014]. Disponible en: http://www.maternofetal.net/4violencia.html
3. Ministerio de Salud [Internet]. Santiago de Chile: Galán G. y col.; [citado 2 abril 2014]. Disponible en:
4. http://web.minsal.cl/portal/url/item/b53faf5d1d527a52e04001011e010ef5.pdf
5. Ciurana Misol R. [Internet]. Barcelona-España: Grupo de Trabajo sobre Salud Mental en Atención Primaria del PAPPS-semFYC; [citado 10 de julio de 2013]. Disponible en: http://www.aepap.org/previnfad/Embpuer.htm
6. Bott S et al. (forthcoming) Violence against women in Latin America and Caribbean: a comparative analysis of population-based data from 12 countries. Washington DC, OPS.
7. Heise L.L. [Internet]. London-England: Centre for Gender Violence and Health
8. London School of Hygiene and Tropical Medicine; [citado 2 de mayo de 2014]. Disponible en: http://www.oecd.org/derec/49872444.pdf

EL CASTIGO Y SUS DIFERENTES FORMAS EN LA CRIANZA DE NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES EN 1049 FAMILIAS DE ALTO PARANÁ.

[THE PUNISHMENT AND THE DIFFERENT WAYS IN RAISING CHILDREN AND ADOLESCENTS IN 1049 FAMILIES OF ALTO PARANA].

Cristina Arrom, Mónica Ruoti, Elizabeth Orué, Carmen Marina Arrom.

Correspondencia: Mgtr. Cristina Arrom, Docente Investigadora del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, UNA | crisarrom@gmail.com | Campus Universitario de la UNA, San Lorenzo-Paraguay.

Manuscrito recibido: 15 de enero de 2015.
Manuscrito aceptado: 19 de mayo de 2015.

Trabajo financiado por la Itaipú Binacional.

RESUMEN

La violencia es una forma de relación social que produce un profundo daño en el desarrollo sicosocial de las personas y se encuentra sustentada en relaciones de poder jerárquicas, donde la persona, por determinados factores vinculados al sexo, la edad o generacional, impone sus puntos de vista sobre otra que está en desventaja, quien es incorporada a un proceso de sumisión y victimización. Se propuso estudiar las formas de castigo que utilizaron 1049 mujeres y sus parejas durante la crianza de sus hijos en 4 ciudades de Alto Paraná, con el fin de realizar una intervención educativa posterior que fortalezca a las comunidades en el abordaje del problema. El estudio fue descriptivo, de corte transverso y de carácter cuantitativo no probabilístico. Participaron del mismo 1049 mujeres que acudieron a control prenatal a partir del 3 de julio de 2001. El muestreo fue consecutivo hasta completar el tamaño de la muestra. Previo consentimiento se utilizó un instrumento estructurado, anónimo, completado en entrevistas por alumnas del último año de la Carrera de Psicología, que incluyó la escala de Gelles y Straus para medir la violencia. Casi un tercio (30.1%) registra al menos entre un incidente y más de gritos de los padres hacia los niños. La pareja *abofeteó* al niño/a 10.4%, Que éste *golpee con un cinto o correa al niño* en los momentos de conflicto fue de 28.3. En cuanto a los castigos que utilizaron las madres resaltó *gritar* al niño, 51.2% admitió uno o más incidentes; 30,3 % utilizó el *amenazar al niño con golpearlo o arrojarle objetos*; 6,6 % concretó esta amenaza; 20,4 % le propinó una *cachetada* y 41,8% *les golpeó con objeto, cinto o corre*a; *golpiza con los puños* un 6.7%. Diversas formas de castigo psicológico y físico fueron utilizadas en la crianza de estos niños/as dentro del ámbito doméstico, situación que debe ser analizada en contexto de cada familia y cultura.

Palabra claves: violencia, castigo, niños.

ABSTRACT

Violence is a form of social relationship that produces a deep damage in the psychosocial development of people and is supported by hierarchical power relations, where the person, certain factors related to sex, age or generational, imposes its points view over another that is disadvantaged, who is incorporated into a process of submission and victimization. The objective was to study the forms of punishment using 1049 women and their partners during the upbringing of their children in four cities of Alto Parana. In order to perform a subsequent educational intervention that strengthens the communities in addressing the problem. The study was descriptive, quantitative cross sectional and non-probabilistic sampling. In the study participated 1049 women attending antenatal care from July 3, 2001. The sampling was consecutive to complete the size. Previous consent, the study used a structured, anonymous, instrument completed in interviews made by students of the final year of Psychology, which included the scale of Gelles and Straus for measuring violence. Almost one-third (30.1%) recorded at least between one or more incident. The most common were shouts of the fathers to the children. The spouse slapped the child in 10.4%, the striking with a belt or strap in moments of conflict was 28.3%. As for the punishments used by the mothers: screaming was the most common. 51.2% admitted one or more incidents; 30.3% used threats of striking or throwing objects; 6.6% materialized the threat; 20.4% gave him a slap on the face and 41.8% hit them with an object (belt or strap). 6.7% reported beaten with fists. Va-

rious forms of psychological and physical punishment were used in raising these children within the domestic sphere, a situation that must be analyzed in context of each family and culture.

Keywords: violence, punishment, children.

INTRODUCCIÓN

La violencia contra niños y niñas es un problema extendido a nivel mundial que trasciende los países, las culturas y hoy en día se convirtió en una preocupación primordial en organismos internacionales. (1) En el primer estudio exhaustivo acerca de todas las formas de violencia contra niños y niñas del año 2006 de Naciones Unidas se constató que en América Latina 80.000 niños y niñas pierden la vida como consecuencia de la violencia doméstica. (1)

Emplear castigos físicos para la crianza de niños, niñas y adolescentes es una práctica corriente y altamente extendida en todo el mundo, entendiendo la crianza como la educación que se imparte por parte de padres y tutores hacia aquellos/as. (2).

El castigo se define como "la aplicación de un estímulo negativo para reducir o eliminar una conducta determinada", incluye desde reprimendas verbales y desaprobación hasta aquel que produce dolor físico. (2). Muchas veces los padres y madres utilizan castigos físicos porque no conocen otra forma de corregir conductas en sus hijos e hijas, otras veces porque ciertas creencias marcan sus comportamientos como educadores. No obstante, otro motivo sería que lo hacen por no poder controlar su propia ira u hostilidad y también porque repiten formas de castigo que recibieron de sus progenitores o encargados de su crianza. (2) (3).

Para comprender los antecedentes o los factores que determinan estilos de crianzas (3) refiere Ramírez M A, que las prácticas educativas de padres estarían determinadas por factores relacionados al niño/a como la edad, (sexo, orden de nacimiento y características de personalidad) a los padres (el sexo, la experiencia previa como hijos y como padres, características de personalidad, nivel educativo, ideas acerca del proceso evolutivo y la educación y expectativas de logros puestas en sus hijos/as) y a la situación bajo la cual se lleva a cabo la interacción (características de la vivienda y contexto histórico). (3).

En Paraguay en la encuesta realizada en el 2010 (4), 6 de cada 10 Niños y Niñas en edad escolar reportaron haber sido víctimas de alguna forma de maltrato: 39 % casos de violencia grave, 35 % de violencia leve, 13 % violencia psicológica y 13 % reportó que no fue víctima. (4). La población de estudio afectada por situaciones de maltrato pertenecía a "familias de diversas condiciones sociales y diversos niveles de acceso a la educación, probando ser una práctica culturalmente extendida y ampliamente justificada". Otro estudio de Plan Internacional Paraguay del año 2007 había mostrado que un 57,1 % de los niños recibía castigos en el hogar y un 43,1 % de las niñas en edad escolar (1).

El Observatorio de Políticas Públicas y Derechos de la Niñez y la Adolescencia en un monitoreo de medios de prensa escrita evidenció altos niveles de violencia intrafamiliar o en el hogar señalando que el 48,6 %de las notas clasificadas y publicadas en medios de comunicación describieron al ámbito privado como el lugar de la violencia, es decir el hogar o domicilio. (1).

En el año 2010 el servicio de Fonoayuda de la Secretaría de la Niñez y la Adolescencia recibió en la línea 147 2.656 llamadas telefónicas, 34 % de las cuales fueron por vulneración de derechos hacia Niñas, Niños y Adolescentes. (1).

El presente estudio se propuso describir qué formas de castigo durante la crianza de sus hijos utilizaron 1049 mujeres embarazadas y sus respectivas parejas o padres de los niños y niñas en 4 ciudades de Alto Paraná, con el fin de realizar una intervención educativa posterior que fortalezca a las comunidades en el abordaje del problema.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio fue descriptivo, de corte transverso y de carácter cuantitativo no probabilístico. Participaron del mismo 1049 mujeres que acudieron a control prenatal a partir del 3 de julio de 2001. El muestreo fue consecutivo hasta completar el tamaño de la muestra. Previo consentimiento se utilizó un instrumento estructurado, anónimo, completado en entrevistas por alumnas del último año de la Carrera de Psicología. El mismo incluyó preguntas estructuradas, semiestructuradas, precodificadas, y otras abiertas, así como la Escala de Tácticas de Conflicto (5) de Gelles-Straus para la medición de violencia.

RESULTADOS

De las 1.049 mujeres entrevistadas, sólo 559 tenían pareja y niños de más de tres años de edad a su cargo. Casi un tercio de las entrevistadas (186) declaró que sus parejas nunca *discuten calmadamente* con los niños a su cargo. 512 mujeres señalaron que nunca emplean este recurso de *intermediación de un tercero para solucionar un problema* con sus niños. Es significativo que casi un tercio (30.1%) registra al menos entre un incidente y más de *gritos* hacia los niños. Un total de 13,9% del total de entrevistadas declaró recordar uno o más incidentes en los cuales sus parejas *patearon y/ o rompieron objetos* durante situaciones de conflicto con sus niños. Un 3.3% (19 casos) de las entrevistadas declaró algún incidente en el cual sus parejas *encerraron a sus niños* una o más veces durante situaciones de conflicto. Una práctica muy extendida es la de que el marido o compañero *amenace con golpear o arrojar objetos* a los niños durante situaciones familiares de tensión totaliza un 21.9 por ciento de las entrevistadas con hijos a cargo. La incidencia de una o más ocasiones de acción efectiva de arrojar al niño objetos representa 3.8%. La práctica de *empujar o zarandear al niño/a* se registró en 4.7% de los casos. El total de los casos en que la pareja *abofeteó* al niño/a fue de 10.4% de las entrevistas. La práctica violenta más extendida hallada entre los esposos o compañeros de las entrevistadas es que éste *golpee con un cinto o correa al niño* en los momentos de conflicto. Un total de 28.3 por ciento de las entrevistadas dijo recordar uno o más incidentes de este tipo. En un porcentaje menor se ubica la práctica de golpear al niño caso fue declarado por 4.4 por ciento de las entrevistadas. Un elemento llamativo durante las entrevistas se dio con la admisión de cuatro casos de esposos o compañeros (0.6%) que, en situación de conflicto, procedieron a *producir quemaduras a sus niños* durante un conflicto familiar. En un grado similar de violencia y riesgo, tres entrevistadas admitieron que sus parejas *amenazaron a sus niños con armas de fuego* y un único caso en que el *arma de fuego es usada como objeto contundente para agredir al niño*. (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución de las encuestadas de acuerdo a la forma que sus parejas resuelven conflictos con los niños niñas (N= 1049)

Formas de resolución	Nunca		1 vez		A veces		Frecuentemente		Muy Frecuentemente		Porcentaje desde 1 vez
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Discutir calmadamente	31	5.5	12	2.2	216	38.9	205	36.9	57	10.3	78.3
Traer alguien para que la ayude	512	91.0	3	0.5	7	1.3	6	1.1	1	0.2	3.1
Gritarle	362	64.7	15	2.7	122	21.9	27	4.8	4	0.7	30.1
Insultarle	490	87.6	3	0.5	29	5.2	7	1.3	1	0.2	7.2
Tirar, romper o patear objetos	508	90.8	6	1.1	14	2.5	2	0.4	--	--	5.0
Encerrarle	511	91.4	6	1.1	10	1.8	3	0.5	--	--	3.3
Amenazarle con golpearle o tirarle objetos	408	72.9	4	0.7	105	18.9	10	1.8	3	0.5	21.9
Tirarle algún objeto	507	91.2	1	0.2	15	2.7	4	0.7	1	0.2	3.8
Empujarle o zarandearle	502	90.3	5	0.9	20	3.6	--	--	1	0.2	4.7
Pegarle una cachetada	470	84.7	5	0.9	49	8.8	3	0.5	1	0.2	10.4

Golpearle con un objeto correa,cinto	373	67.0	16	2.9	124	22.3	16	2.9	1	0.2	28.3
Darle una golpiza (puño)	504	48.0	6	1.1	12	2.2	6	1.1	--	--	4.4
Quemarle	526	94.4	2	0.4	2	0.4	--	--	--	--	0.8
Amenazarle con un arma para agredirle	526	94.6	1	0.2	2	0.4	--	--	--	--	0.6
Usar un arma para agredirle	522	94.9	--	--	1	0.2	--	--	--	--	0.2

La violencia femenina hacia los hijos/as fue medida en 559 entrevistas. De este número de entrevistadas, 89.4% dijeron que al menos una vez se esforzaron por *discutir calmadamente*. Del total de entrevistadas, sólo 5.2% aseguró que recurre a la *mediación de terceros para resolver conflictos* con los hijos a su cargo. Entre las formas de violencia psicológica, la más frecuentemente encontrada entre las entrevistadas es *gritar* al niño, un 51.2% admitió uno o más incidentes de gritos hacia sus niños. Las entrevistadas aseguraron no recurrir a *insultos* contra los niños. Sólo el 2,3 % lo ha hizo entre una y numerosas veces. 5,3 % de las entrevistadas refirieron *arrojar objetos, romperlos o patearlos* en momentos de conflicto con sus niños y 6,3 % admitió utilizar el *encierro*. Un porcentaje elevado, 30,3 % utiliza el *amenazar al niño con golpearlo o arrojarle objetos* y un 6,6 % señaló que concretó esta amenaza. Al ser preguntadas sobre el *empujar o zarandear al niño* 8,6 % en total lo hizo alguna vez. 20,4 % le propinó una cachetada. La práctica más extendida de castigos fue *golpearlos con objeto, cinto o correa*, ya que 41.8% admitió haberlo utilizado al castigar. Con menor frecuencia dieron una *golpiza con los puños*, un 6.7 por ciento de las entrevistadas lo refirió. Respecto a *quemaduras intencionales* producidas a los niños en momentos de conflicto, tres entrevistadas lo habían utilizado. Fue registrado un único caso de amenaza con arma de fuego y el *empleo de un arma para agredir a un niño* fue identificado como una práctica ocasional (a veces) por tres entrevistadas. (Tabla 2)

Tabla 2. Distribución de las encuestadas de acuerdo a la forma que ellas resuelven conflictos con los niños/ niñas/ asn136* (escala de galles) (N= 1049)

Formas de resolución	Nunca		1 vez		A veces		Frecuentemente		Muy Frecuentemente		Porcentaje desde 1 vez
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Discutir calmadamente	25	24	13	2.3	228	40.6	207	36.9	54	9.6	89.4
Traer alguien para que la ayude	507	90.1	6	1.1	18	3.2	3	0.5	2	0.4	5.2
Gritarle	247	43.9	15	2.7	208	36.9	59	10.5	6	1.1	51.2
Insultarle	466	82.8	10	1.8	49	8.7	8	1.4	2	0.4	2.3
Tirar, romper o patear objetos	506	89.9	7	1.2	20	3.6	3	0.5	--	--	5.3
Encerrarle	498	88.8	6	1.1	22	3.9	6	1.1	1	0.2	6.3
Amenazarle con golpearle o tirarle objetos	366	65.0	2	0.4	131	23.3	36	6.4	1	0.2	30.3
Tirarle algún objeto	498	88.6	5	0.9	26	4.6	6	1.1	--	--	6.6
Empujarle o zarandearle	487	86.7	2	0.4	40	7.1	6	1.1	--	--	8.6
Pegarle una cachetada	420	75.0	9	1.6	91	16.3	13	2.3	1	0.2	20.4
Golpearle con un objeto correa,cinto	302	53.6	18	3.2	175	31.1	36	6.4	6	1.1	41.8
Darle una golpiza (puño)	496	88.7	5	0.9	30	5.4	2	0.4	--	--	6.7
Quemarle	524	94.8	2	0.4	1	0.2	--	--	--	--	--

Amenazarle con un arma para agredirle	536	95.8	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Usar un arma para agredirle	518	94.8	--	--	3	0.5	1	0.2	--	--	0.7

Un total de 229 casos de mujeres entrevistadas permitió tipificar por medio de respuestas abiertas otras formas de castigo empleado sobre los niños y niñas, indistintamente de cuál de sus padres sea quien lo lleve a cabo. En 46 casos (21%) las entrevistadas admitieron que los niños fueron obligados a arrodillarse como castigo; de éstos, en tres situaciones (1.3%) a rezar ante santos; en 41 (17.4%) casos recibieron azotes con chicotes, rebenques o ramas y varillas; la prohibición de mirar televisión apareció como castigo en 11.3% de las respuestas (26 casos) los golpes con cintos aparecieron en cuatro casos (1.7%), mientras que la respuesta en 18 situaciones (7.9%) fue no dejar a los niños salir ni recibir visitas. En tres casos (1.3%) las entrevistadas dijeron que obligaron a sus niños a estudiar como forma de castigo; en 10 casos (4.4%) les sacaron los juguetes y les prohibieron jugar; en tres (1.3%) los dejan sentados en una silla, con la misma cifra les tironean el cabello; en cuatro casos (1.7%) les hicieron trabajar; tres declararon que les pegaron con zapatillas o zapatos; ocho (3.5%) dejaron de comprar golosinas; una admitió que le tira de las orejas; otra que o obliga a leer la Biblia. Cinco entrevistadas (2.2%) dijeron que les hicieron arrodillar sobre maíz; tres (1.3%) que los amenazan con castigos físicos; dos les pegaron con las manos; dos combinaron dejarlos arrodillados y sin televisión; cuatro (1.7%) combinaron arrodillarlos y pegarles con rebenques; dos optaron por no hablarles; dos les castigaron con lo primero que encontraron; tres les obligaron a quedar en su cuarto ; una le puso de pie, de cara a la pared por un rato, y otra le derramó agua fría.

Finalmente en el transcurso de los castigos físicos, 12 entrevistadas dijeron haber tenido accidentes durante el proceso de disciplinar a sus niños; cuatro de ellas han debido acudir al médico y/o debido hospitalizar a sus niños a causa de dichos accidentes. (Tabla 3)

Tabla 3. Otros castigos que utilizan con los niños (N: 229)

Otros castigos	**n**	**%**
Arrodillarse	46	20.0
Rezar frente al santo	3	1.3
Castigo con chicote, berrenque, ramita o varilla	40	17.4
Suspender la tele	26	11.3
Pegar con cinto	4	1,7
Arrodillar y rezar frente al santo	26	11.4
No le deja salir ni recibir visitas	18	7.9
Le hace estudiar	2	0.9
Prohibirle jugar	10	4.4
Sentarse en una silla sin moverse	3	1.3
Jalarle del cabello	3	1.3
Hacerle trabajar	4	1.7
Sentarse y estudiar	1	0.4
Pegar con zapatilla o zapato	3	1.3
Evitar compra de golosinas	8	3.5
Estirón de oreja	4	1.7
Pinchazo	1	0.4
Leer la biblia	1	0.4
Arrodillarse sobre maíz	5	2.2
Amenazar con castigos físicos	3	1.3

Pegarle con la mano	2	0.9
Arrodillarse y sin TV	2	0.9
Arrodillarse y pegarle con berrenque	4	1.7
No hablarle	2	0.9
Le castiga con lo que encuentra en su camino	2	0.9
Que se quede en su pieza	3	1.3
Parado mirando la pared	1	0.4
Le derrama agua fría	1	0.4
Total	**228**	**100**

DISCUSIÓN

Para poder comprender las prácticas utilizadas por este grupo de madres y sus respectivas parejas hacia sus hijos/as es importante tomar en cuenta el contexto cultural que enmarca las formas de disciplina o educación hacia los hijos/as encontrándose ampliamente extendidos el uso del maltrato probando ser una práctica culturalmente extendida y ampliamente justificada (4) (6), ya que el uso de castigos de tipo moral sin utilizar alguna forma de violencia psicológica o emocional y física quedó muy relegado. De acuerdo a los datos proporcionados por las entrevistadas, sus parejas recurrieron en menos ocasiones que ellas a la utilización de discutir calmadamente y lo mismo en la práctica de traer a terceros para intermediar en el conflicto (ligeramente superior).

Sin embargo el grito fue utilizado por más de la mitad de las madres, y por un tercio de los padres. El insulto fue levemente superior en los hombres y respecto de tirar o romper o patear objetos en ambos progenitores se dio por igual. El encierro lo utilizaron más las madres, así como la amenaza con golpearle o tirarle objetos y la concreción de estas amenazas. Pegarle cachetadas y golpearles con objetos fue una práctica más extendida entre las madres que sus parejas hacia los niños en mayor medida y darle una golpiza de puño también pero en mucho menor medida. Formas más extremas de violencia intencional como quemarles, utilizar armas como amenaza y utilizar el arma para agredir han sido también utilizadas por un grupo de 4 padres y 3 madres. Un factor importante que explique la mayor proporción de castigos hacia los niños y niñas de parte de sus madres puede tener que ver con que el 60 % del grupo estudiado se desempeña como ama de casa y debe realizar la crianza de los hijos/as al mismo tiempo que las tareas del hogar. Como los quehaceres domésticos han sido históricamente invisibilidades y constituyen una pesada carga cultural de las mujeres, esto constituiría una situación que altera con facilidad la capacidad de tolerancia de las mismas, elemento citado por Ramírez M. (3) en su trabajo de prácticas de crianza en cuanto al tercer elemento que se encuentra como factor en la violencia intrafamiliar, es decir, la situación.

Estas formas de violencia física y la creciente gravedad de la misma remarcan la vulnerabilidad de los niños/as víctimas donde los adultos utilizaron la fuerza física como un vínculo abusivo consecuente al desequilibrio de poder (7), dejando a los infantes:

- con la enseñanza de ser víctimas, porque los castigos de estas formas tienden a tomarse como algo natural, que deben acatar sin protestar;
- con la enseñanza de ser violentos, porque al considerar como válidos los castigos que reciben, ellos/as estarán más proclives a utilizar los mismos cuando sean adultos/as:
- la enseñanza de ser sumisos o sumisas sin cuestionar las normas a pesar de considerarlas injustas:
- la enseñanza de no razonar para resolver conflictos;
- riesgos de aumentar la ansiedad y el estrés;
- riesgo de disminuir su autoestima, ya que consideran que no hacen bien las cosas;
- enseñanza a repetir esa conducta con quienes pueden mientras no sean vistos por los adultos;
- promueven el miedo hacia sus padres/madres
- degradan los vínculos emocionales con sus padres
- los invitan a desahogarse con otros niños/as o con animales;

Resaltan las formas culturales de castigo físico como golpes con objetos y arrodillarse sobre elementos que lastiman y arrodillarse frente a imágenes religiosas, situaciones que doblegan y dejan profundas huellas de culpa, inapropiada para una educación más liberadora.

Paraguay no ha tenido grandes avances con las leyes contra el castigo físico en todas sus formas. Si bien se está considerando un anteproyecto de Ley que pretende prohibir el castigo corporal, se requiere que el anteproyecto prohíba toda forma de castigo corporal sin excepción y que se tramite y pase a ser Ley cuanto antes. (8)(9).

Esta situación expuesta en el estudio recuerda el histórico poder que los padres, madres y adultos en general han ejercido durante siglos sobre los niños y niñas, "estos sujetados al adulto, padre o madre, al estado o a la sociedad que deben tener en cuenta lo que según su criterio es lo mejor para el niño o la niña" que permite tratarlos como objetos de posesión, es un hecho que aún no se reconoce. (10).

ACERCA DE LOS AUTORES

La Mgtr. CRISTINA ARROM es Docente Investigadora del Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud y psicóloga de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

La Mgtr. MÓNICA RUOTI es Docente Investigadora del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Asunción.

La Mgtr. ELIZABETH ORUÉ es Docente Investigadora del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Asunción.

La Mgtr. CARMEN MARINA ARROM es Investigadora del Centro para el Desarrollo de la Investigación Científica (CEDIC-Díaz Gill).

BIBLIOGRAFÍA

1. Naciones Unidas [Internet]. Asunción-Paraguay: Movimiento Mundial por la Infancia y Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia; [citado 4 de junio de 2013]. Disponible en: http://www.activamente.com.py/sites/default/files/hoja_datos_sobre_violencia_en_paraguay.pdf
2. Sauceda-GARCIA, J.M.; Olivo-Gutiérrez, N.A.; Gutiérrez, J. y Maldonado-Duran, J.M. El castigo físico en la crianza de los hijos: Un estudio comparativo. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 2006; vol.63 (6): pp. [382] - [388].
3. Ramírez, M.A. Padres y desarrollo de los hijos: practicas de crianza. Estud. pedagóg. 2005; vol.31 (2): pp. [167] - [177].
4. UNICEF [Internet]. Asunción-Paraguay: Base Educativa y Comunitaria de Apoyo (BECA), UNICEF; [citado 11 de junio 2013]. Disponible en PDF: http://www.unicef.org/paraguay/spanish/py_resources__Estudio_Maltrato.pdf
5. Mora Ríos J., Natera Rey G., Tiburcio Sainz M., Juárez F. Propiedades Psicométricas de la Escala de Tácticas de Conflicto (CTS2) en Mujeres Mexicanas. Revista Mexicana de Psicología. 2008; Vol. 25 (1): pp. [107]-[117].
6. ACABARCASTIGO.org [Internet]. Suecia: Save the Children; [citado 4 abril 2014] Disponible en: http://www.acabarcastigo.org/que-es-castigo-fisico
7. Paternidad con apego [Internet]. Himar; [citado 14 mayo 2014] Disponible en: http://paternidadconapego.com/los-castigos-y-sus-efectos
8. End All Corporal Punishment of Children-UNICEF-Save the Children [Internet]. Washington D.C.-EEUU: [citado 4 de junio 2015]. Disponible en: http://www.endcorporalpunishment.org/pages/pdfs/briefings/LA%20briefing%20FINAL%20SP.pdf
9. Save the Children [Internet]. Lima-Perú; [citado 4 abril 2014] Disponible en: http://www.savethechildren.org.pe/noticias/la-comision-de-la-mujer-y-familia-aprobo-la-ley-que-prohibe-el-uso-del-castigo-fisico-y-humillante-contra-los-ninos-ninas-y-adolescentes.html
10. Cabrera Díaz, E. Prácticas de poder en la Convención de los Derechos del Niño. Revista Colombiana de Bioética. 2013; Vol. 8 (2): pp. [9]-[17].

SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y SU RELACIÓN CON LA EDAD Y EL SEXO EN ADOLESCENTES ESTUDIANTES DE COLEGIOS SECUNDARIOS DE ALTO PARANÁ.

[DEPRESSIVE SYMPTOMS AND ITS RELATIONSHIP WITH AGE AND SEX IN SECONDARY SCHOOLS STUDENTS TEENAGERS OF ALTO PARANA].

Cristina Arrom, Mónica Ruoti, Margarita Samudio, Elizabeth Orué.

Correspondencia: Mgtr. Cristina Arrom, Docente Investigadora del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, UNA | crisarrom@gmail.com | Campus Universitario de la UNA, San Lorenzo-Paraguay.

Manuscrito recibido: 15 de enero de 2015.
Manuscrito aceptado: 21 de mayo de 2015.

RESUMEN

Actualmente es común observar estudiantes con síntomas depresivos por problemas familiares, ambientales y sociales. La depresión en edad escolar es un tema prioritario por el sufrimiento y las implicancias en la vida adulta. El objetivo fue determinar la presencia de sintomatología depresiva y su relación con edad y sexo en estudiantes de Educación Media de Alto Paraná. Es un estudio descriptivo de corte transversal con muestreo probabilístico, trietápico y representativo de colegios públicos y privados. La muestra fue de 661 estudiantes de 56 colegios sorteados. Los datos se analizaron con SPSS 15.0 para Windows. Fue aplicado un cuestionario auto-administrado y anónimo, previa autorización de padres. El 2,7% (18) no refirió síntomas; 5.7% (38) refirió 1 síntoma; 7.7% (51) 2 síntomas; 11.5% (76) 3 síntomas; 8.9% (59) 4 síntomas; 8.8% (58) 5 síntomas; 11.2% (74) 6 síntomas; 7.6% (50) 7 síntomas; 8.5% (56) 8 síntomas; 7.4% (49) 9 síntomas; 4.2% (28) 10 síntomas; 4.4% (29) 11 síntomas; 4.8% (32) 12 síntomas; 2.4% (16) 13 síntomas; 1.4% (9) 14 síntomas; 1.7% (11) 15 síntomas; 0.8% (5) 16 síntomas y 0.3% (2) 17 síntomas. El 16.2% (104) sintomatología severa. Mujeres presentaron sintomatología el doble que varones. Hubo asociación entre mayor edad y sintomatología en mujeres, no en varones. Los resultados de este trabajo son consistentes con reportes internacionales. Queda pendiente investigar niveles de severidad que evidenciaría la repercusión en la vida.

Palabras clave: depresión, estudiantes, sexo, edad.

ABSTRACT

Currently it is common to see students with depressive symptoms due to family, environmental and social problems. School-age depression is a priority issue for the suffering and the implications in adulthood. The objective was to determine the presence of depressive symptoms and their relation to age and sex in high school students of Alto Parana. It is a descriptive, cross-sectional study with probabilistic, three-staged and representative sampling of public and private schools. The sample consisted in 661 students from 56 schools. Data were analyzed with SPSS 15.0 for Windows. It was applied a self-administered and anonymous questionnaire, previously authorized by parents. 2.7% (18) reported no symptoms; 5.7% (38) reported 1 symptom; 7.7% (51) 2 symptoms; 11.5% (76) 3 symptoms; 8.9% (59) 4 symptoms; 8.8% (58) 5 symptoms; 11.2% (74) 6 symptoms; 7.6% (50) 7 symptoms; 8.5% (56) 8 symptoms; 7.4% (49) 9 symptoms; 4.2% (28) 10 symptoms; 4.4% (29) 11 symptoms; 4.8% (32) 12 symptoms; 2.4% (16) 13 symptoms; 1.4% (9) 14 symptoms; 1.7% (11) 15 symptoms; 0.8% (5) 16 symptoms and 0.3% (2) 17 symptoms. 16.2% (104) severe symptoms. Women had symptoms twice as males. There was an association between older age and symptoms in women, not men. The results of this study are consistent with international reports. It remains to investigate levels of severity that may evidence the impact on life.

Keywords: depression, students, gender, age.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad es común observar en el aula escolar adolescentes con síntomas de depresión ocasionados por múltiples problemas emocionales, familiares, ambientales y sociales que muchas veces desencadenan comportamientos de «escape» como son el consumo de sustancias psicoactivas, convirtiéndolos en el tercer grupo con mayor prevalencia de ingesta de sustancias ilícitas a nivel nacional y distrital (1).

A los problemas anteriores se suma el hecho de que en el contexto social y económico de la crisis actual, muchos adolescentes que viven en zonas marginadas o excluidas en América Latina, deben enfrentar problemas como la pobreza (2). De esta forma, el individuo afectado por problemas personales descubre en los productos psicoactivos un alivio inmediato a sus angustias cotidianas reforzando así la conducta de consumo (3).

La depresión en la infancia y adolescencia es un tema prioritario no sólo por el sufrimiento que representa, sino por las implicaciones para el funcionamiento en la vida adulta. Estudios dan cuenta que quienes padecen depresión en la infancia o la adolescencia, quedan vulnerables, llevando "una vida adulta con menos amistades, menos redes de apoyo, mayor estrés y menor alcance educacional, ocupacional y económico".

La depresión adolescente últimamente ha sido catalogada entre las enfermedades que mayor sufrimiento causa a las personas, convirtiéndose en uno de los principales motivos de consulta clínica. (4)

Según la Organización Mundial de la Salud (4), 121 millones de personas en el mundo sufren de depresión. La prevalencia de esta enfermedad es dos veces mayor en las mujeres y afecta cada vez más a los jóvenes. Cada año se suicidan más de 800.000 personas, y más de la mitad de los suicidios corresponde al grupo de los jóvenes que resulta así el de mayor riesgo.

Según la OPS (2005) la depresión ocupa el cuarto lugar entre las diez principales causas de morbilidad y se calcula que para el año 2020 ocupará el segundo lugar, siendo la segunda causa de enfermedad entre personas de 15 a 44 años de ambos sexo. (4)

Algunos investigadores han sugerido que, en su mayor parte, la diferencia entre la incidencia de depresión en las mujeres y en los hombres puede que no se deba a la biología, sino más bien a la pobreza, la discriminación basada en el género y a la violencia basada en el género.

Las mujeres que sufren el abuso infligido por la pareja sufren más depresión, ansiedad y fobias que las que no lo han sufrido, según estudios de Australia, Nicaragua, Pakistán y los Estados Unidos.

Para algunas mujeres el peso de la violencia es tan grande que se suicidan o lo intentan. Estudios de numerosos países, incluidos Nicaragua, Suecia y los Estados Unidos, han mostrado que la violencia en el hogar está estrechamente relacionada con la depresión y el suicidio subsiguiente. Las mujeres maltratadas que desarrollan TEPT (trastorno de estrés post-traumático) son aparentemente quienes más tienden a suicidarse.

Si la depresión no se diagnostica en forma temprana, podría llevar a mujeres y varones en esta etapa al abandono o mal aprovechamiento escolar y afectar otros aspectos de su bienestar. Por todo esto, se traza como objetivo de este trabajo determinar la presencia de sintomatología depresiva y su relación con la edad y el sexo en estudiantes de la educación media de colegios de Alto Paraná.

SUJETOS Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de corte transversal. Muestreo probabilístico y trietápico, representativo de colegios públicos y privados de Hernandarias, Puerto Pdte. Franco, Minga Guazú y Ciudad del Este del Departamento de Alto Paraná, Paraguay. En la primera etapa fueron seleccionados los colegios en forma sistemática, con arranque aleatorio y probabilidad proporcional al tamaño de cada colegio. En la segunda etapa fueron seleccionados los cursos dentro de cada colegio en forma sistemática con arranque aleatorio y probabilidad aproximada al tamaño de cada curso. En la tercera etapa, fueron seleccionados los alumnos con igual probabilidad dentro de los cursos seleccionados.

El tamaño de la muestra es de 661 estudiantes de 56 colegios que fueron sorteados.

Fue aplicado un cuestionario auto-administrado, estructurado y anónimo, completado previa autorización de los padres. Para conocer la sintomatología referida al síndrome depresivo se utilizaron 20 preguntas referidas a niveles de malestar psíquicos utilizadas en la encuesta nacional. (5)

La presencia de 8 o más síntomas fue indicador de depresión. Se comparó la frecuencia de depresión por sexo y por tres grupos de edad, 9 a 13 años; 14 a 16 años y 17 a 20 años. Para el análisis estadístico se aplicó estadística descriptiva y analítica a un nivel de significancia de 0,05. Los datos se analizaron con SPSS 15.0 para Windows.

La participación de los/las adolescentes fue en forma voluntaria, proporcionándoles información suficiente y clara sobre la utilización de los datos y fines de la investigación, para la que se contó con autorización del Ministro de Educación y Cultura.

RESULTADOS

El 2,7 % (18) no refirió síntomas; 5.7 % (38) refirió **1** síntoma; 7.7 % (51) **2** síntomas; 11.5 % (76) **3** síntomas; 8.9 % (59) **4** síntomas; 8.8 % (58) **5** síntomas; 11.2 % (74) **6** síntomas; 7.6 % (50) **7** síntomas; 8.5 % (56) **8** síntomas; 7.4 % (49) **9** síntomas; 4.2 % (28) **10** síntomas; 4.4 % (29) **11** síntomas; 4.8 % (32) **12** síntomas; 2.4 % (16) **13** síntomas; 1.4 % (9) **14** síntomas; 1.7 % (11) **15** síntomas; 0.8 % (5) **16** síntomas y 0.3 % (2) **17** síntomas. El 16.2 % (104) con sintomatología severa.

Fig. 1. Frecuencia de depresión (presencia de 8 o más síntomas) según género

Se encontró una asociación significativa entre la condición de mujer y presencia de sintomatología depresiva. Valor de p = 0,001

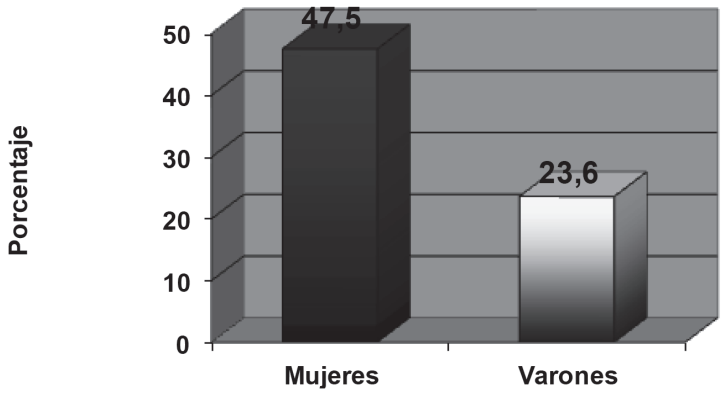
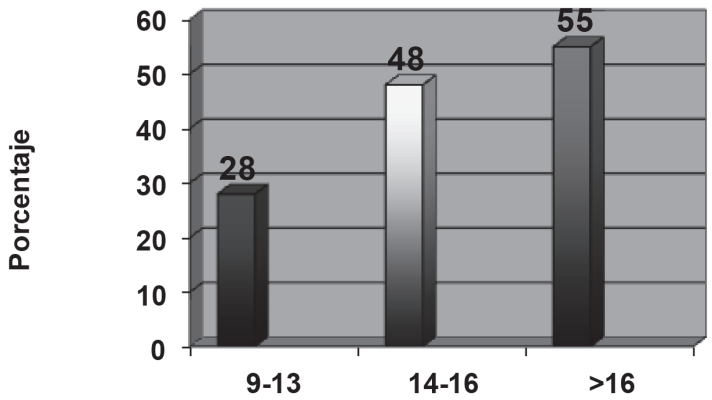


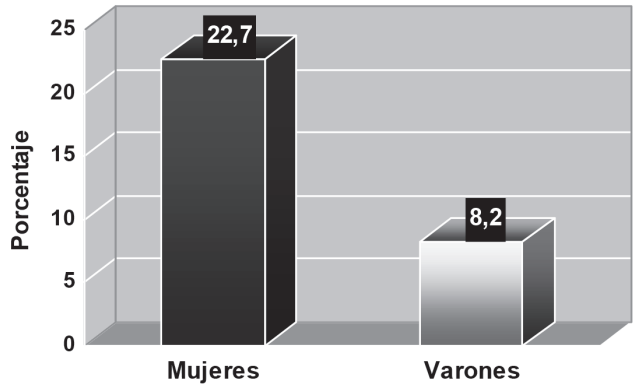
Fig. 2. Frecuencia de depresión (presencia de 8 o más síntomas) en mujeres por grupo etario

Se encontró una asociación significativa entre adolescentes de mayor edad y presencia de sintomatología depresiva. Valor de p = 0,001



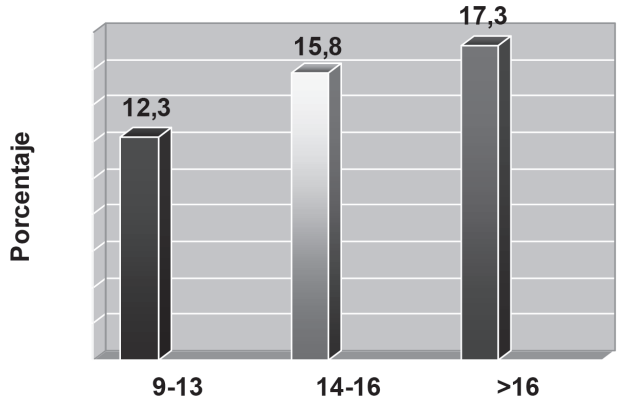
Se encontró una asociación significativa (presencia de 11 síntomas) entre la condición de mujer y presencia de sintomatología depresiva.

Fig. 3. Frecuencia de depresión (presencia de 11 o más síntomas) según género. Valor de p = 0,001



No se encontró una asociación significativa entre la mayor edad y sintomatología depresiva con la presencia de 11 síntomas.

Fig. 4. Frecuencia de depresión (presencia de 11 o más síntomas) en mujeres por grupo etario.
Valor de p = no significativo.



DISCUSIÓN

El 16.2 % (104) de los/as estudiantes presentó sintomatología severa de depresión, (presencia de 11 síntomas)

Las adolescentes presentaron sintomatología depresiva dos veces más que los varones, encontrándose asociación entre mayor edad y sintomatología depresiva en adolescentes mujeres, no así en los varones.

Los resultados de este trabajo son consistentes con diversos hallazgos reportados en otros estudios respecto al comportamiento de las variables abordadas que coinciden con un estudio realizado en el Uruguay por Cajigas-Segredo y que con respecto al género, se confirmó la existencia de puntuaciones más altas en las chicas, tanto en la Puntuación Global como en la mayoría de las otras dimensiones (6) y si bien el presente estudio no utilizó categorías de severidad (leve, moderada, grave), los hallazgos coinciden con otros estudios tales como Bebbington (7) la depresión severa se incrementa con la edad y la depresión leve tiene su pico al inicio de la edad adulta. Blazer, Kessler, McGonagle & Swartz, 1994, citados por Cassano & Fava, 2002 (1), refieren que la depresión tiende a presentarse con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres. Se ha reportado que en Estados Unidos la prevalencia del trastorno depresivo mayor a los largo de la vida, corresponde al 21,3 % en mujeres y 12,7 % en hombres (1). Así mismo, un estudio realizado en Colombia acuerdo con la comparación de medias de los dos grupos, también se observa que las mujeres presentan mayor depresión que los hombres, esta diferencia es estadísticamente significativa (2), al igual que otro estudio que busco determinar las

diferencias en la sintomatología depresiva entre los consumidores de alcohol por sexo, donde los resultados mostraron mayores puntajes en las mujeres (M=10.3) en comparación con los hombres (M=8.8) ($p<0.05$). (8)

Queda pendiente para próximos estudios investigar los niveles de severidad de los cuadros depresivos que permitiría evidenciar la repercusión de este estado en la vida cotidiana de las adolescentes y además la distribución que tuvo según criterios de edad de la muestra.

Se requiere establecer políticas públicas del sector educativo con perspectiva de género, de manera a ofrecer un apoyo oportuno a adolescentes escolarizados quienes pudieran presentar cuadros depresivos importantes.

ACERCA DE LOS AUTORES

La Mgtr. CRISTINA ARROM es Docente Investigadora del Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud y psicóloga de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

La Mgtr. MÓNICA RUOTI es Docente Investigadora del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Asunción.

La PhD. MARGARITA SAMUDIO es Docente Investigadora del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Asunción.

La Mgtr. ELIZABETH ORUÉ es Docente Investigadora del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Asunción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez Rodríguez, Dustin Tahisin, Gutiérrez Herrera, Martha, & Londoño, Sandra Paola. Depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en la ciudad de Bogotá. *Psychologia. Avances de la Disciplina*. (2013); Vol. 7(1): pp. [45] - [51].
2. Ferrel Ortega, R.F.; Celis Barros, A. e Hernández Cantero, O. Depresión y factores socio demográficos asociados en estudiantes universitarios de ciencias de la salud de una universidad pública (Colombia). Psicol. Caribe. 2011; N°.27: pp. [40] - [60].
3. Gómez Restrepo, C; Bohorquez, A.; Pinto Masis, D; Gil Laverde, J.F A.; Rondón Sepúlveda M; et al. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población de Colombia. Rev Panam Salud Pública. 2004; vol. 16 (6): pp. [378]-[386].
4. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra-Suiza: OMS; [citado 6 de junio de 2014]. Disponible en: http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf
5. Míguez H., Pecci M., Carrizosa A. Estudio sobre salud mental y hábitos tóxicos en el Paraguay. Proyecto Marandú del Comité Paraguay Kansas. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Asunción-Paraguay: Comité Paraguay Kansas. 1991.
6. Cajigas-Segredo, N.; Kahan, E.; Luzardo, M. y Ugo, M. del C. Depresión En Estudiantes De Enseñanza Media Pública, Severidad, Género Y Edad. Cienc. Psicol. 2010; vol.4 (2): pp. [149]-[163].
7. Pardo A. G.; Sandoval, D.A; Umbarila Z. D. Adolescencia y Depresión. RCP. 2004; Universidad Nacional de Colombia. Revista Colombiana de Psicología. 2004. (No. 13): pp. [13]-[28].
8. González-González, A.; Juárez García, F.; Solís Torres, C; González-Forteza, C; Jiménez Tapia, A.; Medina-Mora, M.E.; Fernández-Varela M.H. Depresión y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato y licenciatura. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. 2012; Vol. 35 (1): pp. [51]-[55].

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

[DOMESTIC VIOLENCE].

Cristina Arrom, María del Pilar Fresco, Carmen Marina Arrom, Andrés Arce, María Auxiliadora Arrom, Mirta Romero, Margarita Samudio, Valentina Vargas, Marcos Capurro.

Correspondencia: Mgtr. Cristina Arrom, Docente Investigadora del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, UNA | crisarrom@gmail.com | Campus Universitario de la UNA, San Lorenzo-Paraguay.

Manuscrito recibido: 15 de enero de 2015.
Manuscrito aceptado: 21 de mayo de 2015.

RESUMEN

La violencia contra niños, niñas y adolescentes sigue siendo una preocupación mundial, su exposición durante la primera infancia puede producir afecciones cerebrales, la exposición prolongada como víctimas o testigos, alterar el sistema nervioso, provocar trastornos sociales, emocionales, cognitivos y otras conductas que causan enfermedades, lesiones y problemas sociales. Objetivo: describir la prevalencia de violencia intrafamiliar en Niños y Niñas de 3 a 18 años que consultó al Servicio Ambulatorio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas. Metodología: estudio trasversal, descriptivo. Se utilizaron 163 fichas clínicas de niñas, niños y adolescentes en psicoterapia del Servicio Ambulatorio entre el 2010 y 2013 y para el análisis, el paquete estadístico SPSS versión 15.0 para Windows. Resultados: La franja etaria de mayor porcentaje de violencia, 37% (60) fue entre 15 a 18 años. 14,7 % (24) fue víctima de violencia psicológica; 10,4% (17) de violencia física, 20,8% (34) física y psicológica, 5,5% (9) abuso sexual y 3,7% (6) abuso sexual, física, psicológica, 18,4% (30) sin violencia, 4,3% (7) otras formas y 22,1% (36) sin información. Conclusiones: la mayoría de la población consultante fue adolescente víctima de más de una forma de violencia. Palabras clave: violencia intrafamiliar-infanto-juvenil-factores asociados.

Palabras clave: violencia intrafamiliar, infanto-juvenil, factores asociados.

ABSTRACT

Violence is a world concern. Exposure during the childhood could affect the nervous system; causing social, emotional and cognitive disorders that could generate diseases, lesions and social problems. Objective: To characterize intrafamily violence in a child-youth population between 3 and 18 years attending the Outpatient Service of the Department of Psychiatry of the Faculty of Medical Sciences. Methodology: Cross-sectional descriptive study. 163 clinical records of children and adolescents receiving psychotherapy at the Outpatients Service between 2010 and 2012 were analyzed. The SPSS 15.0 for Windows was used for data analysis and DSM-IV-TR to diagnose. Results: The higher percentage, 37% (60), was found between 15 and 18 years; 14.7 % (24) suffered psychological violence, 10.4% (17) physical, 20.8% (34) physical and psychological, 5.5% (9) sexual abuse and 3.7% (6) a combination of the three kinds, 18.4% (30) no violence. Out of the total, Conclusions: Most of this population was adolescent and a high percentage was victim of more than one form of violence.

Keywords: domestic violence, children, youth, associated factors.

INTRODUCCIÓN

Una gran proporción de niños y niñas en todas las sociedades es víctima de violencia en sus hogares. 16 Estados en el mundo prohíben los castigos físicos a los niños en los diferentes entornos, situación que permite que el resto de la población infantil del mundo se encuentre desprotegida legalmente de ser golpeada y humillada en sus hogares. (1)

Aunque las consecuencias de la violencia contra niños y niñas varía según la naturaleza y la severidad, las consecuencias a corto y largo plazo se consideran devastadoras, como ser la perturbación del sistema nervioso e

inmunológico con limitaciones sociales, emocionales y cognitivas y dar lugar a comportamientos que causan enfermedades, lesiones y problemas sociales (1) (2).

Un primer informe de Naciones Unidas (ONU) sobre todas las formas de violencia ejercida contra niños y niñas, llevada a cabo en 2005 (Pinheiro 2005, Informe Mundial) contenía un mensaje central que rezaba: "Ninguna forma de violencia contra los niños y niñas es justificable y que toda la violencia es prevenible". (3).

Mencionaba que en todas las regiones, en absoluta contradicción con las obligaciones propias de cada Estado, en lo referente a los derechos humanos y necesidades de desarrollo de niños y niñas, muchas de esas formas de violencia continúan siendo legales, consentidas por el Estado y socialmente aprobadas. El mismo informe señala que no puede haber concesiones en el rechazo a la violencia contra los niños y niñas. La fragilidad y vulnerabilidad en la infancia, la dependencia de adultos para su crecimiento y desarrollo son un argumento incontrovertible que justifica mayor inversión en la prevención y protección contra todo tipo violencia. (3).

El presente estudio se propuso como objetivo caracterizar la violencia intrafamiliar en población infanto-juvenil entre 3 a 18 años que consultó al Servicio Ambulatorio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio trasversal, descriptivo. Se utilizaron 163 fichas clínicas de niñas, niños y adolescentes en psicoterapia del Servicio Ambulatorio entre el 2010 y 2013 y para el análisis, el paquete estadístico SPSS versión 15.0 para Windows.

RESULTADOS

La franja etaria de mayor porcentaje 37% (60) se dio entre niños/niñas de 15 a 18 años, seguida de la franja de 12 a 14 años, 25.8% (42). (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución de la población por Edad (N=163)

Edad	n	%
De 1 a 5 años	15	9,2
De 6 a 8 años	21	12,9
De 9 a 11 años	25	15,3
De 12 a 14 años	42	25,8
De 15 a 18 años	60	36,8

La población estudiada estaba distribuida de la siguiente manera: 51% (83) de sexo masculino y 49% (80) de sexo femenino. Tabla (2)

Tabla 2. Distribución de la población por Sexo (N=163)

Sexo	n	%
Masculino	83	51
Femenino	80	49

El mayor porcentaje de niños y niñas provenían de la ciudad de Asunción, 54% (88) y del Departamento Central con un 29.4% (48). (Tabla 3)

Tabla 3. Distribución de la población según procedencia (N=163)		
Edad	**n**	**%**
Asunción	88	54.0
Departamento Central	48	29.4
Interior Del Pais	18	11.0
Exterior	1	0.6
Sin datos	8	5.0

Resalta en primer lugar la violencia combinada física y psicológica 20,9% (34) que sufrieron niños, niñas y adolescentes; seguida de la violencia psicológica 14,7 % (24) y la violencia física 10,4% (17); 5,5% (9) abuso sexual, 3,7% (6) abuso sexual, violencia física y psicológica. (Tabla 4)

Tabla 4. Distribución de la población por tipo de violencia (N=163)		
Tipo de violencia	**n**	**%**
Psicológica	24	14,7
Física	17	10,4
Física y Psicológica	34	20,9
Abuso sexual	9	5,5
Abuso sexual, física, psicológica	6	3,7
Otras formas	7	4,3
Sin violencia	30	18,4
Sin información	36	22,1

DISCUSIÓN

Mayoría de la población consultante fue adolescente, víctimas en alto porcentaje de violencia física y psicológica en forma combinada, de violencia psicológica en segundo lugar y de violencia física en tercer lugar. El porcentaje de violencia es coincidente con la prevalencia encontrada en estudios a nivel nacional donde se expone que la violencia física como la psicológica constituyen las formas más frecuentes de relacionamiento y disciplina que utilizan las madres y los padres con sus hijos e hijas (4) y a nivel internacional (1). Más de la mitad de niños y niñas encuestados en una investigación (4) que habían padecido maltrato, consideraban normal que los padres los golpeen.

El abuso sexual en forma individual y combinado con otras formas de violencia apareció en cuarto lugar, con porcentajes coincidentes con estudios citados por UNICEF (1) (4).

El estudio pone en evidencia en el grupo estudiado que la violencia constituye la forma de interacción familiar para disciplinar a los niños en su mayoría, que se encuentra aun profundamente arraigada y justificada la idea de la utilización de castigos físicos y psicológicos para resolver situaciones de conflicto con los hijos en el hogar. Y que se requiere generar habilidades de resolución de conflictos utilizando la razón y otras limites que no incluyan las modalidades encontradas, ya que la población de estudio se encuentra en consulta en un servicio por padecer ya trastornos de su salud mental, lo que muestra a las claras el rol que puede estar ejerciendo el uso de la violencia en el ámbito familiar.

ACERCA DE LOS AUTORES

La Mgtr. CRISTINA ARROM es Docente Investigadora del Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud y psicóloga de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

La Dra. MARÍA DEL PILAR FRESCO es Médica Residente de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

La Mgtr. CARMEN MARINA ARROM es Investigadora del Centro para el Desarrollo de la Investigación Científica (CEDIC-Díaz Gill).

El Prof. Dr. ANDRÉS ARCE es Profesor Titular y Jefe de Cátedra y Servicio de Psiquiatría y Jefe del Departamento de Neurociencias de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

La Mgtr. MARÍA AUXILIADORA ARROM es Investigadora del Centro para el Desarrollo de la Investigación Científica (CEDIC-Díaz Gill).

La Lic. MIRTA ROMERO es psicóloga de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

La PhD. MARGARITA SAMUDIO es Docente Investigadora del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Asunción.

La Dra. VALENTINA VARGAS es Médica Residente de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

El Dr. MARCOS CAPURRO es médico del Centro Nacional de Control de Adicciones del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

BIBLIOGRAFÍA

1. UNICEF [Internet]. Ginebra-Suiza: Pinheiro, P.S.-NNUU; [citado 10 junio 2013]. Disponible en: http://www.unicef.org/lac/Informe_Mundial_Sobre_Violencia_1%281%29.pdf
2. Viola L. (2010). Repercusión de la violencia doméstica en la salud mental infantil. Valoración del daño psíquico. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 74 N° 1. Agosto 2010.
3. Chamorro J., Otero H., (2009). Derechos de la Niñez y la adolescencia. Pendientes con más de veinte años para quienes todavía no tienen dieciocho. Codehupy (2009). Derechos Humanos en Paraguay 2009. Asunción, pp. [379] - [392].
4. UNICEF (2009). Estudio sobre maltrato infantil en el ámbito familiar. Disponible en PDF http://www.unicef.org/paraguay/spanish/py_resources__Estudio_Maltrato.pdf
5. González Vera, M. (2012). Patriarcado, machismo e impunidad: causas de la cotidiana violencia de género en: Codehupy (2012) Yvypóra Derécho Paraguáipe. Derechos humanos en Paraguay 2012. Asunción: Codehupy pp. [447]-[463].
6. UNICEF (2009). Abordajes frente a la violencia familiar desde una perspectiva de género y de infancia. Disponible en PDF. http://www.unicef.org/argentina/spanish/abordajes.pdf

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR SUFRIDA POR MUJERES EN UN HOSPITAL PÚBLICO.

[DOMESTIC VIOLENCE AGAINST WOMEN IN A PUBLIC HOSPITAL].

Alexandra Galeano, Belén Orrego, Mara Pérez, Vanessa Ruiz, María Auxiliadora Arrom, Mónica Ruoti, Cristina Arrom, Carmen Marina Arrom, María del Pilar Fresco, Marcos Capurro.

Correspondencia: Mgtr. María Auxiliadora Arrom, Docente Investigadora del Centro para el Desarrollo de la Investigación Científica (CEDIC-Díaz Gill) | maryarrom@yahoo.com.ar | Asunción-Paraguay.

Manuscrito recibido: 15 de enero de 2015.
Manuscrito aceptado: 10 de mayo de 2015.

RESUMEN

La violencia de género constituye una muestra del relacionamiento desigual entre hombre y mujer, que conduce a la dominación a la mujer, su discriminación por parte del hombre e impide su adelanto. El objetivo fue describir la violencia intrafamiliar sufrida por mujeres que acuden al Hospital Distrital de Lambaré. Es un estudio descriptivo, de corte transversal con una muestra consecutiva de 100 mujeres consultantes de control prenatal en septiembre de 2.010. Se utilizó un cuestionario que integra elementos de la escala de Tácticas de Conflicto (Straus Gelles). Los datos se analizaron con SPSS 15.0 para Windows. El edad más frecuente con 52 % (52) fue entre 18 y 25 años, el 33% (33) 26 a 35 años. El 34% (34) convivía con su pareja, 29% (29) casada y 21% (21) soltera. El 89%(89) procedía de Lambaré. El 31% (31) no concluyó la secundaria, el 25% (25) tenía la secundaria completa, el 15% (15) primaria incompleta y el 13% (13) primaria completa. El 56% (56) había recibido castigo físico de la madre al menos una vez, 12% (12) una vez, 16% (16) dos a cinco veces y 4% (4) más de veinte veces. 51% (51) recibió castigo físico del padre. El 28% (28) de las mujeres fue testigo de violencia del padre contra la madre. El 8% (8) recibió abuso sexual y el 6% (6) intento de abuso el año previo. El 100% de las abusadas fueron abusadas anteriormente. El porcentaje de testigos de violencia coincide con literatura internacional. El número de víctimas de castigo físico concuerda con datos de estudios previos en el país.

Palabras clave: violencia intrafamiliar, mujeres, abuso sexual.

ABSTRACT

Gender violence is a sign of unequal relations between men and women, leading to the domination of women by men, their discrimination and hinders their advancement. The objective was to describe the domestic violence suffered by women attending the Hospital of Lambare. It is a descriptive, cross-sectional study with a consecutive sample, which included 100 women attending antenatal care in September 2.010. A questionnaire that integrates elements of the Conflict Tactics Scale (Straus Gelles) was used. Data were analyzed with SPSS 15.0 for Windows. The most common age with 52% (52) was between 18 and 25 years old, 33% (33) between 26 and 35 years. 34% (34) lived with their partner, 29% (29) married and 21% (21) single. 89% (89) came from Lambare. 31% (31) did not complete high school, 25% (25) had completed it, 15% (15) did not complete primary school and 13% (13) did it. 56% (56) had received physical punishment from their mother at least once, 12% (12) once, 16% (16) between two and five times. 51% (51) received physical punishment from their father. 28% (28) had been witness of domestic violence. 8% (8) suffered sexual abuse and 6% (6) an attempt of sexual abuse the year before. All of the abused women suffered abuse previously. The percentage of witnessing violence coincides with international literature. The number of victims of physical punishment is consistent with data from previous studies in the country.

Key words: domestic violence, women, sexual abuse.

INTRODUCCIÓN

La violencia de género constituye una muestra del relacionamiento históricamente desigual entre el hombre y la mujer, que han conducido a la dominación a la mujer, la discriminación en su contra por parte del hombre e

impedido el adelanto de la mujer. La violencia doméstica, existente desde los orígenes del ser humano, recién en los últimos años ha adquirido visibilidad. Los gobiernos han comenzado a legislar para prevenir y sancionar al agresor y los hechos de violencia doméstica son noticia para la prensa mundial. Esto ha sido ayudado fundamentalmente por la emancipación económica de la mujer y, trascendentalmente, por el trabajo esclarecedor de muchísimas mujeres que lograron poner el tema en la agenda de los gobiernos y especialmente en la preocupación de los organismos internacionales. (1)

Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como "todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada" (2).

Mundialmente, por lo menos una mujer de cada tres ha sido golpeada, forzada a tener relaciones sexuales o maltratadas de alguna manera en el curso de su vida. El agresor es con frecuencia un familiar. Cada vez más se reconoce que la violencia basada en el género es un importante problema de salud pública y una violación de los derechos humanos (3).

La mayor parte de esta violencia corresponde a la ejercida por la pareja. Basado en los datos de 80 países la OMS reveló que el 35% de las mujeres han sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja (2).

Entre los factores de riesgo para ser víctima de violencia se citan el bajo nivel de instrucción, haber sido testigo de violencia entre padres, maltrato durante la infancia, actitud de aceptación de desigualdad de género (2)

Diversos estudios realizados en Latinoamérica demuestran que el lugar más inseguro para las mujeres, las niñas y los niños, es su propio hogar. En todo el mundo, se ha calculado que la violencia contra la mujer es una causa de muerte entre las mujeres en edad reproductiva tan frecuente como el cáncer y es una causa de mala salud, mayor que los accidentes de tránsito y la malaria combinados (4).

En general, la violencia se desata con mayor frecuencia en hogares rurales que en los urbanos, aunque la mayoría de los estudios se centra en áreas urbanas. En casi dos terceras partes de los casos estudiados en América Latina, los agresores son miembros o parientes más cercanos (5).

Un informe sobre la Violencia de UNIFEM (Fondo de desarrollo de las Naciones Unidas para la mujer) plantea que "la mujer no puede ofrecer plenamente su trabajo y sus ideas creadoras si vive oprimida por las cicatrices físicas y psicológicas del abuso" (6, 7).

El maltrato se puede presentar en la calle, con agresores desconocidos (8), sin embargo, la que sufren las mujeres con mayor frecuencia se presenta dentro de la misma casa, lo que provoca que se viva con mucho temor y angustia (9).

Los efectos de la violencia pueden ser devastadores para la salud reproductiva de la mujer y para otros aspectos de su bienestar físico y mental. Además de causar lesiones, la violencia lleva a que aumente el riesgo a largo plazo de la mujer a desarrollar otros problemas de salud, como dolores crónicos, discapacidad física, uso indebido de drogas y alcohol y depresión. Las mujeres con una historia de maltrato físico o abuso sexual también enfrentan un riesgo mayor de embarazos involuntarios, infecciones de transmisión sexual y resultados adversos del embarazo (10).

A pesar de la existencia de algunos estudios que muestran ciertas realidades de la problemática, la información que se dispone sobre el alcance de esta violencia en Paraguay, a partir de estudios científicos, es todavía relativamente escasa.

Es necesario contar con datos exactos y comparables sobre la violencia a nivel comunitario, nacional e internacional, para fortalecer los esfuerzos de promoción de la causa, ayudar a los formuladores de políticas a comprender el problema y servir de guía para el diseño de intervenciones (10). Es por esto que este trabajo busca describir las características de la violencia intrafamiliar sufrida por mujeres que acuden al Hospital Distrital de Lambaré.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte transversal por su alcance, pues fue analizado el fenómeno social en un momento determinado del tiempo. El muestreo fue consecutivo. La muestra fue compuesta por 100 mujeres que consultaron al Hospital Distrital de la ciudad de Lambaré, Departamento Central, en el mes de septiembre de 2010.

Se utilizó un cuestionario que integró algunos elementos de instrumentos ya existentes: La Escala de Tácticas de Conflicto (Conflict Tactics Scale,Staruss,Gelles,1985), instrumento utilizado en el estudio Relaciones Familiares en Mujeres consultantes de Centros de Atención Pre-Natal de Alto Paraná (Arrom, Cristina; Ruoti, Mónica; Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud- Universidad Nacional de Asunción; departamento de Ciencias Sociales Itaipú Binacional,2002) e Instrumento de la encuesta nacional de Depresión(Primera Encuesta Nacional sobre Consumo de Sustancias, depresión, Violencia y Salud Reproductiva de Mujeres, Instituto de Investigaciones en Ciencias de La Salud, mayo 1992.

Para el análisis de los datos se utilizó SPSS versión 15.0 para Windows.

RESULTADOS

El rango de edad que concentra a la mayoría de mujeres de la población de estudio con el 52 % (52) fue entre 18 y 25 años. (Tabla 1).

Resalta que el 34% (34) conviven con sus parejas, seguida de un 29% (29) que están casadas. (Tabla 1).

En su mayoría, 31% (31) las mujeres consultantes tiene la Secundaria Incompleta y el 25% (25) de las mismas completó la secundaria. (Tabla 1).

El 89% (89) de ellas pertenecen al distrito de Lambaré y un 4% (4) son de Asunción. (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de la población por Edad, Estado civil, Nivel Educativo y Distrito (N=100)

Edad	**n**	**%**
De 18 a 25 años	52	52.0
De 26 a 35 años	33	33,0
De 36 a 45 años	9	9.0
De 46 a 55 años	5	5.0
De 56 y más años	1	1.0
Estado civil	**n**	**%**
Soltera	21	21.0
Conviviendo	34	34.0
Casada	29	29.0
Separada	5	5.0
Viuda	2	2.0
Con pareja-no conviviendo	9	9.0
Nivel educativo	**n**	**%**
Primaria Incompleta	15	15.0
Primaria Completa	13	13.0
Secundaria Incompleta	31	31.0
Secundaria Completa	25	25.0

Universidad Incompleta	8	8.0
Universidad Completa	3	3.0
Técnico	5	5.0
Distrito	**n**	**%**
Asunción	4	4.0
Fernando de la mora	2	2.0
Lambaré	89	89.0
Luque	1	1.0
San Antonio	1	1.0
Villa Elisa	3	3.0

El 44% (44) de las mujeres consultantes dijo que nunca su madre utilizó castigos físicos con ellas.; un 12% (12) respondió que una vez; el 8% (8) dijo que fueron dos veces; un 8% (8) refirió que 3-5 veces; 11-20 veces dijo el 6% (6); más de 20 veces respondió el 4% (4) y el 16% (16) no contestó a la pregunta. (Tabla 2)

Tabla 2. Cuando usted era adolescente, ¿cuántas veces su madre utilizó castigos físicos, como abofetearle o pegarle? (N: 100)

Cuántas veces	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	44	44,0
Una vez	12	12,0
Dos veces	8	8,0
3-5 veces	8	8,0
11-20 veces	6	6,0
Más de 20 veces	4	4,0
No sabe/no responde	18	18,0
Total	**100**	**100,0**

Con respecto si su padre/padrastro utilizó castigos físicos el 49% (49) dijo que nunca; un 6% (6) respondió que una vez; el 8% (8) dijo que fueron dos veces; un 9% (9) refirió que 3-5 veces; 11-20 veces dijo el 3% (3); más de 20 veces respondió el 6% (6) y el 17% (17) no contestó a la pregunta. (Tabla 3)

Tabla 3. Cuando usted era adolescente, ¿su padre/padrastro utilizó castigos físicos, como abofetear o pegarle? (N: 100)

Cuántas veces	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	49	49,0
Una vez	6	6,0
Dos veces	8	8,0
3-5 veces	9	9,0
11-20 veces	3	3,0
Más de 20 veces	6	6,0
No sabe/no responde	17	17,0
Total	**100**	**100,0**

Con relación a si otra persona encargada utilizó castigos físicos el 69% (69) dijo que nunca; un 6% (6) respondió que una vez; 11-20 veces dijo el 2% (2); más de 20 veces respondió el 2% (2) y el 21% (21) no contestó a la pregunta. (Tabla 4)

Tabla 4. ¿Qué tan seguido otra persona encargada (abuelo/a, tío/a, hermano/a, pariente, etc.) usó castigos? (N: 100)

Cuántas veces	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	69	69,0
Una vez	6	6,0
11-20 veces	2	2,0
Más de 20 veces	2	2,0
No sabe/no esponde	21	21,0
Total	**100**	**100,0**

El 28,6% (28) dijo que sí recuerda que su padre le pegó a su madre o le tiró algo; un 61,2% (60) respondió que no y el 10,2% (19) no contestó a la pregunta. (Tabla 5)

Tabla 5. Cuando usted era adolescente, ¿recuerda si su padre le pegó a su madre o le tiró algo? (N: 100)

Le pegó o arrojó objeto	Frecuencia	Porcentaje
Sí	28	28,0
No	60	60,0
No sabe/no responde	12	12,0
Total	**100**	**100,0**

El 47% (47) dicen sentir temor de que su pareja tenga una reacción violenta; el 48% (48) dijo no sentirlo y un 2% (2) no respondió la pregunta. (Tabla 6)

Tabla 6. ¿Algunas mujeres sienten temor de que su pareja tenga una reacción violenta si ellas discuten con ellos o hacen algo que a él no le gusta. ¿Le ha sucedido esto en una ocasión? (N:100)

¿Le sucedió?	Frecuencia	Porcentaje
Sí	47	47,0
No	48	48,0
No sabe/no responde	5	5,0
Total	**100**	**100,0**

Un 8% (8) de las mujeres encuestadas dijo que su pareja le forzó a tener relaciones; un 6% (6) respondió que trató de forzarla; el 77% (77) dijo que no y un 3% (3) no contestó la pregunta. (Tabla 7)

Tabla 7. ¿En el año pasado, su pareja trató o le forzó a tener relaciones usando la fuerza física o amenazándola? (n: 100)

¿La forzó?	Frecuencia	Porcentaje
Sí la forzó	8	8,0
No	77	77,0
Trató	6	6,0
No sabe/no responde	9	3,0
Total	**100**	**100,0**

Del total de mujeres encuestadas un 12,5% (1) dijo que su pareja la forzó todas las veces; el 12,5% (1) respondió que fueron varias veces; 20 veces dijo un 12,5% (1); 8 veces el 12,5% (1); 3 veces un 12,5% (1); 2 veces otro 12,5% (1) y 1 vez el 25% (2). (Tabla 8).

Tabla 8. ¿Cuántas veces la forzó? (N: 8)		
La forzó	**Frecuencia**	**Porcentaje**
1 vez	2	25,0
2 veces	1	12,5
3 veces	1	12,5
8 veces	1	12,5
20 veces	1	12,5
Todas las veces	1	12,5
Varias veces	1	12,5
Total	**8**	**100,0**

A la pregunta si ha pasado esto el año pasado el 50% (4) dijo que 3 veces; un 25% (2) respondió que 1 vez; 2 veces el 12,5% (1) y un 12,5% (1) dijo que le ha ocurrido todas las veces. (Tabla 9).

Tabla 9. ¿Ha pasado esto antes del año pasado? (N: 8)		
Pasó	**Frecuencia**	**Porcentaje**
1 vez	2	25,0
2 veces	1	12,5
3 veces	4	50,0
Todas las veces	1	12,5
Total	**8**	**100,0**

En base a las preguntas de la Primera Encuesta Nacional sobre consumo de Sustancias, Depresión, Violencia y Salud Reproductiva de Mujeres, el 31,0% (31) de las mujeres encuestadas tiene signos de depresión y el 69% (69) no lo tiene.

DISCUSIÓN

La muestra corresponde a un grupo joven en su mayoría con edades que oscilan entre 18 y 35 años. El 29% (29) de las mismas están casadas; el 34% (34) conviviendo; el 9% (9) están con pareja pero no conviviendo juntos. El 89% (89) pertenecen al distrito de Lambaré. En cuanto a su nivel educativo un 13% (13) tiene la primaria completa; el 25% (25) la secundaria completa; sólo un 3% dijo haber concluido la universidad y un 5% (5) completó un nivel técnico.

El 15% de las mujeres refirió que ha sido víctima de abuso sexual o intento de abuso sexual.

Más de la mitad manifestó haber sido víctima de algún tipo de maltrato al menos una vez. Este dato es mayor al encontrado en otros estudios internacionales que estiman que un tercio de las mujeres han sufrido violencia (3). Sin embargo, coincide con UNIFEC en Paraguay que estima que 6 de cada 10 niños han sufrido violencia en el hogar (11). Esta diferencia con otros sitios probablemente se deba a la amplia aceptación que existe en nuestro país hacia los castigos físicos en el contexto familiar como mecanismos de corrección de la conducta (11). Incluso el castigo físico fue proveído por las madres es un 56%.

Un tercio de la población consultada ha sido testigo de violencia en su casa por parte del padre hacia la madre. Este resultado coincide con investigaciones uruguayas (12) e de otros países (13, 14), que resaltan que entre el 35% y el cuarenta de las mujeres víctima de violencia familiar refieren que sus hijos han presenciado el maltrato perpetrado contra ellas. Tanto es el impacto en el desarrollo y en el futuro de los adolescentes el hecho de ser testigos de violencia que se los denomina víctimas silenciosas o invisibles (15, 16).

ACERCA DE LOS AUTORES

ALEXANDRA GALEANO, BELÉN ORREGO, MARA PÉREZ y VANESSA RUIZ son estudiantes del Colegio Saint Diego & Saint Catherine.

La Mgtr. MARÍA AUXILIADORA ARROM es Investigadora del Centro para el Desarrollo de la Investigación Científica (CEDIC-Díaz Gill).

La Mgtr. MÓNICA RUOTI es Docente Investigadora del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Asunción.

La Mgtr. CRISTINA ARROM es Docente Investigadora del Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud y psicóloga de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

La Mgtr. CARMEN MARINA ARROM es Investigadora del Centro para el Desarrollo de la Investigación Científica (CEDIC-Díaz Gill).

La Dra. MARÍA DEL PILAR FRESCO es Médica Residente de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

El Dr. MARCOS CAPURRO es médico del Centro Nacional de Control de Adicciones del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

BIBLIOGRAFÍA

1. Naciones Unidas [Internet]. New York-EEUU: Secretario General de las Naciones Unidas; [citado 12 de agosto de 2013]. Disponible en: http://www.un.org/womenwatch/daw/public/VAW_Study/VAW-Spanish.pdf General, (Diciembre de 1993.).
2. Organización mundial de la salud [Internet]. Ginebra-Suiza: OMS; [citado 15 mayo 2013]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/
3. Angulo, V; Araneda, I; Atabales, G; Buendía, M; De La Barrera, E; Díaz Núñez, M; Dini Valenzuela, R; Gavilán, V; Ochoa, O. Manual de Violencia Intrafamiliar. Ministerio de Salud. Servicio de Salud Arica. Servicio Nacional de la Mujer. (1995). Herco Edit. Arica, Chile
4. Violencia contra las Mujeres. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Programa sobre Mujer, Salud y Desarrollo. Washington, DC, Junio 1998.
5. Gelles, Richard J.; Straus Murria A.; "Intimate Violence". The definitive Study of the Causes and Consequences of Abuse in the American Family. Simon and Schuster Building, Rockefeller Center. 1988. New York, United States.
6. UNITED NATIONS DEVELOPMENT FUND FOR WOMEN (UNIFEM). A world free from violence against women. UNIFEM Nov. 25, 1999. Accessed Dec. 14, 1999.
7. UNITED NATIONS DEVELOPMENT FUND FOR WOMEN (UNIFEM). The trust fund in support of actions to eliminate violence against women. UNIFEM (Website). 1999. Accessed Dec. 14, 1999.
8. Foucault M. "Las Redes del Poder". Buenos Aires-Argentina. Alianza Editorial. 1996.
9. Organización Mundial de la Salud-Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Ginebra-Suiza: OPS/OMS. [citado 15 mayo 2015]. Disponible en: http://www.who.int/gender/violence/violencia_infopack1.pdf
10. Corsi, J. [Internet]. Buenos Aires-Argentina: [citado 10 mayo 2015]. Disponible en: [citado 15 de mayo de 2015]. Disponible en:http://www.euskara.euskadi.eus/contenidos/informacion/material/eu_gizonduz/adjuntos/laviolenciahacialamujerenelcontextodomestico.pdf
11. PARAGUAY.com [Internet]. Asunción-Paraguay: UNICEF; [citado 15 mayo 2015]. Disponible en: http://www.paraguay.com/nacionales/pobreza-afecta-al-45-de-los-ninos-paraguayos-y-la-violencia-al-61-82053
12. Viola L, Garrido G, Curone G, Roca G, Varela A. Evaluación de las características emocionales y conductuales en niños provenientes de un medio socioeconómico crítico. International ASEBA Conference on Empirically based Mental Health Knowledge. 2009; Burlington-Vermont, USA.
13. Emond I, Fortin L, Royer E, Potvin P. Internalized and externalized disorders in children witness to conjugal violence and their associated variables: a literature review. Sante Ment Que 2000; 25(1): pp. [258]-[287].
14. Rodgers K, MacDonald G. Les refuges pour femmes victimes de Violence au Canada. In: Statistique Canada. Tendances sociales canadiennes; 1994, pp. [10]-[14].
15. Viola L. Repercusión de la violencia doméstica en la salud mental infantil. Valoración del daño psíquico. Rev Psiquiatr Urug. 2010. Volumen 74 (N° 1): pp. [73]-[83].
16. Osofsky JD. The effects of exposure to violence of young children. Am Psychol. 1995; Vol. 50 (9): pp. [782]-[788].

DIFERENTES FORMAS DE VIOLENCIA PADECIDAS POR ADOLESCENTES DURANTE SU CRIANZA.

[DIFFERENT FORMS OF VIOLENCE SUFFERED BY ADOLESCENTS DURING THEIR UPBRINGING].

Mónica Ruoti, Cristina Arrom.

Correspondencia: Mgtr. Mónica Ruoti, Docente Investigadora del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Asunción | monicaruoti@gmail.com | San Lorenzo-Paraguay.

Manuscrito recibido: 17 de enero de 2015.
Manuscrito aceptado: 13 de mayo de 2015.

RESUMEN

En el año 2009, Amnistía Internacional instó al gobierno de Paraguay a erradicar la violencia contra mujeres y niñas, comprometiéndose a cumplir una serie de requisitos entre los que resaltan desarrollar un programa integral, gratuito, asequible y descentralizado, de asistencia a víctimas de violencia por parte instituciones del Estado, que aseguren la correcta atención, tratamiento y rehabilitación de las víctimas; con casas de refugio para víctimas y sus hijos/as, garantizando su protección y eliminar barreras que impidan el acceso de mujeres y niñas al sistema educativo, con políticas necesarias para ello. El estudio fue descriptivo de corte transverso y de carácter cuantitativo, muestreo probabilístico. La población compuesta por adolescentes de 12 a 19 años, residían en 4 ciudades. La investigación abarcó la totalidad de los Colegios Secundarios Públicos y Privados de las ciudades de Hernandarias, Ciudad del Este Minga Guazú y Puerto Presidente Franco. Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó el muestreo aleatorio simple, obteniéndose mediante este procedimiento una muestra representativa de adolescentes escolarizados. La muestra fue cerrada en 661 personas. SPSS Versión 15.0 para Windows, para procesamiento de datos. De los 661 estudiantes, El 17 % de la población había estado involucrada en peleas o riñas, 16,6 % dijo haber realizado un intento de suicidio; 16 % refirió que sufrió golpes o maltrato y un 6,5 % abuso sexual, 77, 8 % refirió que sus padres discutieron calmadamente en situaciones de conflicto. 21,6 % planteó el empleo de intermediación de un tercero para solucionar un problema con ellos/as. El grito fue una de las formas de disciplinar más significativas (55 %). 30 % reportó que fue objeto de insultos; 21 % vio a padres tirar, romper o patear objetos. 15,8% declaró algún incidente de encierro; 29,1 % amenazas de golpes de sus familiares, 22,8 % objetos tirados al cuerpo; 19 % empujones o zarandeo. Quienes recibieron cachetadas o puñetazos fueron 42,3 %, mientras que un 39,3% recibió golpes con objetos (correa o cinto) y en porcentaje menor golpiza, 16,4 %. El 2,1 % recibió quemaduras, 0,8 % amenazas con un arma; y el 1,1 % recibió agresión con un arma. Diferentes formas de violencia psicológica y física, así como algunas formas de violencia extrema se evidenció en el grupo de adolescentes escolarizados, en proporciones altamente alarmantes.

Palabras clave: adolescencia, castigo, crianza, violencia doméstica.

ABSTRACT

In 2009, Amnesty International urged the government of Paraguay to eradicate violence against women and girls, involving the country in the task of meeting certain requirements. Among these, highlights the development of a comprehensive, free or affordable, and decentralized program of assistance to victims of violence who are part of state institutions. All these assuring proper care, treatment and rehabilitation of victims, providing houses of refuge for victims and their children, ensuring their protection and eliminating barriers that impede access of women and girls in the educational system, necessary for this policy. The study was cross sectional descriptive and quantitative, with probabilistic sampling. The population consisted in adolescents from 12 to 19 years old, residing in 4 cities. The investigation covered all the public and private high schools in the cities of Hernandarias, Minga Guazú Ciudad del Este and Puerto Presidente Franco. To determine the sample size, it was used simple random sampling, obtained by this method a representative sample. The total consisted in 661 people. SPSS version 15.0 for Windows, for data processing was used. The total was 661 students, 17% of the population had been involved in fights or brawls, 16.6% said they attempted suicide; 16% said they suffered beatings or mistreatment and sexual abuse 6.5%, 77, 8% said that their parents discussed calmly in conflict situations. 21.6% stated the use of third party mediation to solve a problem. The screams were one of the most significant forms of discipline (55%). 30% reported that they were subjected to insults; 21% saw pa-

rents pulling, breaking or kicking objects. 15.8% reported an incident of confinement; 29.1% reported threats of beatings from their families, 22.8% objects thrown to the body; 19% jostling or shaking. 42,3% reported slaps or punches, while 39.3% was beaten with objects (belt or leash). beating was the smaller percentage, 16.4%. Burns were received in 2.1%, 0.8% threats with a gun; and 1.1% received assault with a weapon. Different forms of psychological and physical violence as well as some forms of extreme violence was evident in the group of school adolescents in highly alarming proportions.

Keywords: adolescence, punishment, breeding, domestic violence.

INTRODUCCIÓN

La violencia es una forma de relación social que produce un profundo daño en el desarrollo sicosocial de las personas y en la expresión de sus múltiples capacidades. También atenta contra derechos humanos fundamentales como la libertad, la igualdad y la propia vida señala la Coordinadora por los Derechos de la Infancia y Adolescencia (1). Ella se encuentra sustentada en relaciones de poder jerárquicas, donde la persona que por determinados factores, vinculados al sexo, la edad o generacional, impone sus puntos de vista sobre otra que está en desventaja, quien es incorporada a un proceso de sumisión y victimización. (1).

Si bien las consecuencias de la violencia contra niños y niñas varían según factores de naturaleza y gravedad, sus consecuencias a mediano y largo plazo son poco difundidas. La exposición durante la primera infancia puede producir afecciones cerebrales en el proceso de maduración y la exposición prolongada como víctimas o testigos puede alterarles el sistema nervioso, provocar trastornos sociales, emocionales y cognitivos, además de otras conductas que causan enfermedades, lesiones y problemas sociales. Se citan además otras consecuencias como el abuso de substancias, actividad sexual precoz, problemas de salud mental como trastornos de ansiedad y depresivos, deterioro en rendimiento laboral, alteraciones de la memoria y comportamientos agresivos. Finalmente el costo económico de este problema resulta muy alto a nivel de los países como a escala mundial. (2) (3).

De acuerdo a lo señalado por la Sociedad española de Psiquiatría (2009) (3), los niños se sienten muy afectados cuando observan a uno de sus padres abusando o atacando al otro. Habitualmente muestran signos de mucha angustia. Los más pequeños suelen desarrollar ansiedad, quejarse de dolores de barriga o empezar a mojar la cama. Pueden hallar difícil dormir, tener arrebatos de mal humor y comenzar a comportarse como niños más pequeños de lo que son. Los niños mayores parecen manifestar dolor más hacia afuera, tornándose más agresivos y desobedientes. A veces pueden volverse violentos para intentar solucionar sus problemas, como un aprendizaje de la forma de conducta de los adultos en su casa. De igual manera, es usual comenzar a hacer novillos y a consumir alcohol y drogas.

Araneda (1995) (4) resalta la definición de maltrato infantil como la agresión ejercida sobre un individuo que no tiene capacidad de defenderse y de entender el porqué de la violencia. Menciona además que existen varias formas de maltrato infantil:

- Abuso físico: toda lesión física con intencionalidad que se debe a castigo único o repetido que muestra características e intensidad variables.
- Abuso emocional: en este tipo de abuso están incluidos todo tipo de críticas, insultos, descrédito y ridiculización, sumado al rechazo directo o indirecto y la indiferencia.
- A través del abandono y negligencia: se produce cuando existe desatención en el cuidado y protección mínima de parte de los adultos encargados, para el desarrollo físico de los niños. Se agrega también la falta de estimulación cognitiva que son imprescindibles en el desarrollo evolutivo, sin que esta situación se deba a necesidades económicas extremas.
- Abuso sexual: aquí señala que cualquier tipo de actividad sexual que se da entre un niño y un adulto incluye la exploración.

Agrega Araneda (4) que a pesar de no existir evidencia de lesiones en los niños afectados, siempre debe tenerse en cuenta la posibilidad de maltrato cuando se acude a las consultas de salud.

En Paraguay de acuerdo a estudios del año 2010 (5), 6 de cada 10 niños reportó alguna forma de maltrato en el hogar. Los castigos físicos continúan siendo una práctica corriente en numerosos hogares y ampliamente justificada. (Naciones Unidas 2011). (6)

Existen estudios precedentes que han abordado la problemática de la violencia doméstica e intrafamiliar en población general, entrevistando a mujeres que acuden a control prenatal en Hospitales Públicos. El estudio en una

población de 1049 mujeres embarazadas de Alto Paraná, mostró formas culturales de castigo físico como la utilización de cachetadas y golpes con objetos, (cintos, chicotes o ramas de árbol) arrodillarse (sobre maíz o frente a imágenes religiosas), implementados por los padres o responsables del cuidado de niños y niñas y adolescentes. (7).

El presente estudio se propuso aportar información sobre el castigo y diferentes formas de violencia padecidas por adolescentes durante su crianza en el ambiente intrafamiliar, para implementar intervenciones educativas posteriores.

SUJETOS Y MÉTODOS

El estudio fue descriptivo de corte transverso y de carácter cuantitativo. La población estaba compuesta por adolescentes de 12 a 19 años que residían en las Ciudades de Hernandarias, Minga Guazú, Puerto Presidente Franco y Ciudad del Este de Paraguay. La investigación abarcó la totalidad de los Colegios Secundarios Públicos y Privados de las ciudades de Hernandarias, Ciudad del Este Minga Guazú y Puerto Presidente Franco. Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó el muestreo aleatorio simple, obteniéndose mediante este procedimiento una muestra representativa de adolescentes escolarizados. La muestra fue cerrada en 661 casos para su procesamiento estadístico. Se utilizó el diseño de muestreo probabilístico trietápico: en la primera etapa fueron seleccionados los colegios en forma sistemática, con arranque aleatorio y probabilidad proporcional al tamaño de cada colegio. En la segunda etapa fueron electos los cursos dentro de cada colegio en forma sistemática con arranque aleatorio y probabilidad aproximada al tamaño de cada curso. Para el proceso de toma de datos fue elaborado un cuestionario autosuministrado, anónimo, estructurado con preguntas cerradas precodificadas y abiertas conteniendo todas las variables a ser observadas. El mismo fue ajustado tras ser sometido a prueba de verificación y crítica de laboratorio.

El procesamiento de datos se realizó con el programa SPSS (Paquete estadístico para las Ciencias Sociales); El trabajo de recolección fue realizada con la asistencia de supervisoras del trabajo de campo, quienes en los locales de los colegios seleccionados, procedieron a motivar a los/las estudiantes para el llenado de los mismos, brindaron las explicaciones referentes a los objetivos de la encuesta y al correcto llenado de los mismos.

RESULTADOS

La tabla 1 presenta la distribución por edad de los/las estudiantes encuestados/as; el 42.5% (281) está comprendida en el grupo etareo de 12 a 15 años; el 38.5% (254) tiene 16 y 17 años y el 18.5% (122) 18 y 19 años. 0.6% (4) no han respondido a la pregunta. (Tabla 1)

Tabla 1. Edad de los/las estudiantes encuestados/as (N: 661)

Grupo etario	n	%
12-15	281	42.5
16-17	254	38.4
18-19	122	18.5
No Contesta	4	0.6
Total	**661**	**100**

El 48.1% (318) son del sexo masculino y el 51.9% (343) femenino. (Tabla 2)

Tabla 2. Distribución de los/las estudiantes encuestados/as por sexo (N: 661)

Sexo	n	%
12-15	318	48.1
16-17	343	51.9
Total	**661**	**100**

El 15.6% (103) se hallan cursando actualmente el primer curso (7mo. Grado); 18.0% (119) segundo (8vo. Grado); 18.8% (124) el tercer curso (9no. Grado); 20.0% (132) cuarto; 17.5% (116) quinto curso; 9.1% (60) sexto y

1.1% (7) no contestó la pregunta; de los cuales el 64.8% (428) pertenece a un colegio público y el 28.2% (187) privado. Un 7.0% (46) no han mencionado la categoría de su colegio. (Tabla 3 y Tabla 4)

Tabla 3. Curso al cual pertenecen los/las encuestados/as (N: 661)		
Curso	**n**	**%**
Primero	103	15.6
Segundo	119	18.0
Tercero	124	18.8
Cuarto	132	20.0
Quinto	116	17.5
Sexto	60	9.1
No contesta	7	1.1
Total	**661**	**100**

Tabla 4. Categoría del colegio (N: 661)		
Categoría	**n**	**%**
Público	428	64.8
Privado	187	28.2
No contesta	46	7.0
Total	**661**	**100**

El 74.6% (493) vive con sus padres (padre y madre); 13.0% (86) con su madre; 5.7% (38) con parientes; 2.7% (18) con su padre; 2.4% (16) con un encargado no pariente. Por otro lado, 1.1% (7) con el marido o pareja y un 0.2% (1) con un amigo, con su compañero y en el seminario respectivamente. (Tabla 5)

Tabla 5. Personas con quienes estás viviendo (N: 661)		
Con quien vive	**n**	**%**
Padre y Madre	493	74.6
Madre	86	13.0
Parientes	38	5.7
Padre	18	2.7
Encargado no pariente	16	2.4
Marido-pareja	7	1.1
Amigos	1	0.2
Compañero/a	1	0.2
Seminario	1	0.2
Total	**661**	**100**

El 17 % de la población había estado involucrada en peleas o riñas, 16,6 % dijo haber realizado un intento de suicidio; 16 % refirió que sufrió golpes o maltrato y un 6,5 % abuso sexual. (Tabla 6)

Tabla 6. Situaciones de violencia que pudieron haber sufrido (N: 661)				
Situaciones	**Adolescentes**		**Algún miembro de la familia**	
	n.º sí	**%**	**n.º sí**	**%**
Te has involucrada en peleas o riñas alguna vez	115	17.4	103	15.6
Has intentado matarte alguna vez	110	16.6	90	13.6
Recibiste golpes o maltrato	106	16.0	84	12.7
Sufriste abuso sexual	43	6.5	57	8.6

De los 661 estudiantes 77,8 % refirió que sus padres utilizaron con ellos/as la práctica de *discutir calmadamente* en situaciones de conflicto. 21,6 % planteó que los padres y madres suelen emplear el recurso de *intermediación de un tercero para solucionar un problema* con sus ellos/as. El grito fue una de las formas de disciplinar que en una significativa cantidad (55 %) utilizaron los padres con ellos/as en situaciones de conflicto. Además un 30 % reportó que fue objeto de insultos; un 21 % vio cómo los padres tiraron, rompieron o patearon objetos en esos momentos. Un 15,8% declaró algún incidente en el cual les *encerraron* una o más veces durante situaciones de conflicto.

Una práctica bastante extendida fue que reciban *amenazas de golpes de sus familiares*, 22,8 % fue víctima de que le arrojen objetos al cuerpo; 19 % fue empujado/a o zarandeado/a.

Quienes recibieron *cachetadas o puñetazos* fueron 42,3 % de los/as adolescentes, mientras que un 39,3% recibió *golpes con objetos (correa o cinto)*.

En un porcentaje menor se ubica la práctica de dar una golpiza en el 16,4 %

El 2,1 % recibió quemaduras, 0;8 % amenazas con un arma; y el 1,1 % recibió agresión con un arma (6 estudiantes). (Tabla 7)

Tabla 7. Formas de castigo que los padres o encargados de su crianza pudieron haber utilizado con ellos/as (N: 661)												
Formas de resolver	**Nunca**		**1 vez**		**A veces**		**Frecuentemente**		**Muy Frecuentemente**		**Muy Frecuentemente**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Discutir el tema calmadamente	100	15.4	49	7.5	235	36.1	116	17.8	107	16.4	507	77.8
Traer a alguien p/ que les ayude a arreglar el probl.	447	67.9	36	5.5	73	11.1	21	3.2	12	1.8	142	21.6
Gritarle	255	38.6	58	8.8	235	35.6	42	6.4	31	4.7	336	55.5
Insultarte, decirte groserías	414	62.6	55	8.3	101	15.3	27	4.1	15	2.3	198	30
Tirar, romper o patearte o tirarte algo	473	71.9	46	7.0	71	10.8	15	2.3	6	0.9	138	21
Encerrarte	505	76.9	48	7.3	46	7.0	6	0.9	4	0.6	104	15.8
Amenazar con golpearte	422	64.1	42	6.4	112	17.0	22	3.3	16	2.4	192	29.1
Tirarte con algún objeto	458	69.3	61	9.2	75	11.3	8	1.2	7	1.1	151	22.8
Empujarte o zarandearte	484	73.7	47	7.2	63	9.6	9	1.4	5	0.8	124	19

Pegarte una cachetada (puñetazo)	331	50.3	97	14.7	156	23.7	18	2.7	8	1.2	279	42.3
Golpearle con un objeto (correa, cinto)	351	53.1	78	11.8	159	24.1	13	2.0	9	1.4	259	39.3
Darte una golpiza (puño)	501	75.9	45	6.8	55	8.3	3	0.5	5	0.8	108	16.4
Quemarte	600	91.0	9	1.4	3	0.5	1	0.2	--	--	13	2.1
Amenazarte con un arma	606	92.0	5	0.8	--	--	--	--	--	--	5	0.8
Usar un arma para agredirte	594	91.4	2	0.3	4	0.6	--	--	1	0.2	7	1.1

DISCUSIÓN

La mayor parte de la población contaba con edades en el rango de 12 a 15 años, siendo levemente superior el grupo de mujeres que varones; la mayor proporción pertenecía a colegios públicos y la menor proporción a los privados. La mayor proporción vivía con ambos padres y en menor proporción con sus madres, con otros parientes y con el padre. Llamó la atención que 16,6 % dijo haber realizado un intento de suicidio 6,5 % haber sido víctima de abuso sexual.

A pesar del intento de los padres de resolver los conflictos utilizando la razón, calmadamente, o trayendo intermediarios durante los conflictos, surgieron evidencias de situaciones de violencia psicológica o emocional utilizadas al disciplinar, como los gritos utilizados por más de la mitad de los padres, los insultos, el romper o tirar objetos y el encierro. A lo que se sumaron las amenazas de golpes. Y con respecto a la violencia física, desde tirarle objetos al cuerpo, empujarles, zarandearles, darles cachetadas o puñetazos y golpearles con objetos (cintos, correas) y proporcionarle golpizas, quedaron en evidencia en una alta proporción del que fueron víctimas los/as jóvenes del grupo de estudio. Y otras formas extremas de violencia se pudieron constatar en una pequeña proporción de los y las estudiantes.

El porcentaje de violencia ejercida hacia este grupo de adolescentes, medido con la escala de conflictos de Gelles (8) fue superior al encontrado en un estudio de violencia intrafamiliar en 1049 mujeres (7), en Alto Paraná, lo cual puede explicarse por el hecho de que el reporte de la violencia en el presente estudio lo realizaron los propios estudiantes, en un espacio de anonimato, en tanto los resultados del estudio en Alto Paraná se obtuvieron a través de entrevistas con las madres, situación menos cómoda para reconocer el ejercicio de actos violentos para disciplinar a los/as hijos/as. No obstante, la proporción de violencia encontrada es similar al estudio de Unicef-beca (5) donde se constató que la violencia se recibió en el ámbito privado, del hogar o domicilio, perpetrado por los progenitores o encargados de la crianza.

El uso de la violencia como forma de crianza hacia los hijos/as está plenamente justificado en Paraguay, lo cual no colabora con la situación tal como se presenta en las cifras precedentes. El hecho de ser víctima de violencia en la infancia y en la adolescencia repercute en el futuro con altas posibilidades de padecer de trastornos mentales tales como trastornos en la esfera afectiva, en la esfera del estrés y trauma, y en la esfera de la ansiedad entre otros (9). Éstos tendrán diferentes niveles de influencia en la funcionalidad y en el relacionamiento de las personas adultas (10). Por lo que es de vital importancia la detección y el abordaje temprano como de las situaciones crónicas para mejorar la calidad de vida de las víctimas. Y a más largo plazo poder trabajar con los cambios de paradigmas que adoptan la violencia como parte de la crianza y de la convivencia en el hogar. (11).

ACERCA DE LOS AUTORES

La Mgtr. MÓNICA RUOTI es Docente Investigadora del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Asunción.

La Mgtr. CRISTINA ARROM es Docente Investigadora del Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud y psicóloga de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso Varea, J.M. Castellanos Delgado, J.L. Por un enfoque integral de la violencia familiar. *Intervención Psicosocial*. 2006. Vol.15 (3): pp. [253] - [274].
2. UNICEF [Internet]. Ginebra-Suiza: Unión Interparlamentaria (UIP), Oficina del Observador Permanente de la UIP, UNICEF; [citado 10 junio 2013]. Disponible en PDF: http://www.ipu.org/PDF/publications/violence_es.pdf
3. Sociedad Española de Psiquiatría SEP [Internet]. Madrid-España: SEP; [citado 10 junio 2014]. . Disponible en PDF http://www.sepsiq.org/file/Royal/17-La%20violencia%20dom+%C2%AEstica%20y%20sus%20efectos%20en%20los%20ni+%C2%A6os.pdf
4. Angulo, V; Araneda, I; Atabales, G; Buendía, M; De La Barrera, E; Díaz Núñez, M; Dini Valenzuela, R; Gavilán, V; Ochoa, O. Manual de Violencia Intrafamiliar. Ministerio de Salud-Servicio de Salud Arica-Servicio Nacional de la Mujer. 1995. Herco Edit. Arica-Chile
5. UNICEF [Internet]. Asunción-Paraguay: Base Educativa y Comunitaria de Apoyo (BECA), UNICEF; [citado 11 de junio 2013]. Disponible en PDF: http://www.unicef.org/paraguay/spanish/py_resources__Estudio_Maltrato.pdf
6. Naciones Unidas [Internet]. Asunción-Paraguay: Movimiento Mundial por la Infancia-NNUU-Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia de la Presidencia de la República del Paraguay; [citado el 11 de junio 2013]. Disponible en:
7. http://www.activamente.com.py/sites/default/files/hoja_datos_sobre_violencia_en_paraguay.pdf
8. Arrom, C., Ruoti, M. Violencia Intrafamiliar y Consumo de Sustancias Psicoactivas en mujeres consultantes de Centros de Atención Prenatal de Alto Paraná. Universidad Nacional de Asunción. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la
9. Salud- Dpto. de Ciencias Sociales. IICS-UNA-Itaipú Binacional. (2001-2002). Paraguay.
10. Mora Ríos J., Natera Rey G., Tiburcio Sainz M., Juárez F. Propiedades Psicométricas de la Escala de Tácticas de Conflicto (CTS2) en Mujeres Mexicanas. Revista Mexicana de Psicología. 2008; Vol. 25 (1): pp. [107]-[117].
11. Viola L. Repercusión de la violencia doméstica en la salud mental infantil. Valoración del daño psíquico. Rev Psiquiatr Urug. 2010. Volumen 74 (N° 1): pp. [73]-[83].
12. Rodríguez Sánchez, I.; Torres Lugo, D.J.; Castillo Ledo, I.; La violencia intrafamiliar y su repercusión en la salud mental del niño y del adolescente. Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente. 2007; V. 7 (1): pp. [20] - [37].
13. Patró Hernández R., Limiñana Gras, R.M. Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. Vol. 21, N° 1. Murcia-España: Anales de Psicología, Universidad de Murcia; 2005.

ESQUIZOFRENIA Y VIOLENCIA.

[SCHIZOPHRENIA AND VIOLENCE].

Susana Recalde Berni, Julio Torales, Andrés Arce.

Correspondencia: Dra. Susana Recalde Berni, Auxiliar de la Enseñanza de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría, FCM-UNA | susanarecaldeberni@gmail.com | Avda. Mcal. López esquina Cruzada de la Amistad, Campus Universitario de la UNA, San Lorenzo-Paraguay.

Manuscrito recibido: 12 de febrero de 2015.
Manuscrito aceptado: 10 de marzo de 2015.

INTRODUCCIÓN

Nadie es pacífico por naturaleza. Es más, el ser humano por naturaleza es conflictivo, aunque uno puede ser pacífico o violento por la cultura. (1) Se estima que aproximadamente el siete por ciento de los sujetos que presentan esquizofrenia podría presentar comportamiento violento, sin embargo, esta cifra no varía en demasía del porcentaje en que la población general podría presentar comportamiento violento sin presentar ninguna alteración mental, esta cifra es alrededor del dos por ciento; ahora bien, estas cifras se disparan hasta cuatro veces más en el sexo masculino, y hasta veintisiete veces más en el sexo femenino cuando se presenta alguna comorbilidad como psicopatía, abuso o dependencia de sustancias legales como el alcohol o ilegales. (2) Las hipótesis neurobiológicas de comportamiento violento en sujetos con esquizofrenia son, un polimorfismo en el codón 158 de la enzima Catecol-O-Metiltransferasa, que se da por la sustitución de Valina por Metionina, (3) además se ha observado que la monoamina oxidasa tipo A y a los esteroides neuroactivos, se asocian a comportamiento violento en los sujetos que presentan esquizofrenia. (4) Las regiones encefálicas que aparentemente se encuentran comprometidas son, la corteza frontal, la corteza temporal y el sistema límbico; se observa comportamiento violento en sujetos que presentan adelgazamiento cortical bilateral de la corteza frontal, además de la corteza sensioriomotora y la corteza motora, así como la reducción de la sustancia blanca en la corteza prefrontal; también se cree que existe un déficit en el circuito prefrontal límbico. (5) Esto no explica del todo el comportamiento violento de los sujetos con esquizofrenia, se cree además influye otro tipo de factores como un deficiente apoyo familiar, uso de sustancias, los síntomas productivos que provocan una mala interpretación de la realidad, el estrés, la discriminación y la mala adherencia al tratamiento. (6)

CONCEPTO

"La violencia es vivida como la ruptura de un orden establecido, de una armonía preexistente, de unas condiciones de vida en las que se realizan las expectativas de existencia de la especie humana".(7) La violencia no es una característica de la especie humana, sino que es un acto que se aprende a lo largo de la vida y podría ser transmitida de forma inconsciente, de generación en generación; se puede heredar rasgos y ello podría influir en nuestro carácter, pero un comportamiento violento es una evolución condicionada por el entorno social donde nos hallamos. Según la Organización Mundial de la Salud la violencia es "el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, 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". (8)

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que se inicia por lo general a finales de la adolescencia o principio de la vida adulta, se caracteriza por ser crónica, su etiología aún no es bien conocida, pero la más aceptada hasta la actualidad es una hipersecreción dopaminérgica. Se puede presentar con alucinaciones, ideas delirantes, discurso incoherente, comportamiento desorganizado o catatónico y síntomas negativos, debe tener una duración de al menos seis meses. (9) La evolución es deteriorante en la mayoría de los casos, las áreas que más afectada son, la atención, la concentración y la planificación ejecutiva, compromete la calidad de vida de la persona provocando una respuesta social desadaptativa, pobres habilidades de afrontamiento interpersonal y en muchos casos provocando un impedimento en la adquisición de nuevos conocimientos. (10)

EPIDEMIOLOGÍA

Los sujetos que presentan un trastorno mental tienen más posibilidades de cometer un delito, crimen o acto violento que la población general; la mayoría de los delitos cometidos por personas con esquizofrenia son asaltos, en tanto, los actos homicidas son raros. Se ha observado que la población general también puede cometer un acto violento sin padecer de un trastorno mental, esta cifra es del 2% aproximadamente; mientras que los sujetos que presentan esquizofrenia, tienen un riesgo del 8% de poder cometer un acto violento. (11) Fazel observó que la esquizofrenia por sí misma representa un factor de riesgo para desarrollar un comportamiento violento, este riesgo es mayor que la población general, pero cuando se asocia al consumo de sustancias el riesgo aumenta hasta cuatro veces más; lo que llama la atención es que un sujeto que solo presente diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias presenta el mismo riesgo de comportamiento violento que un sujeto que padece esquizofrenia y trastorno por consumo de sustancias; además lo que sí presentan los pacientes esquizofrénicos que se encuentran en estado psicótico es mayor riesgo homicida que la población general. Además encontró que trece por ciento de los pacientes con esquizofrenia habían cometido al menos un delito violento en comparación con el cinco por ciento que habían cometido un delito pero no presentaban ningún diagnóstico de trastorno mental; cuando se presenta una comorbilidad como abuso de sustancias, podría aumentar hasta el treinta por ciento las posibilidades de cometer un delito. (12,13) Las investigaciones que estudian la comorbilidad de esquizofrenia y trastornos por consumo de sustancias, hallaron que los latinos presentaban menos consumo que los sujetos con las mismas características de otras regiones, además, esta comorbilidad es mayor en el sexo masculino y dicha asociación empeora el cuadro de esquizofrenia, produciendo más síntomas positivos, una mala adherencia al tratamiento, menos respuesta a la medicación y mayor comportamiento violento. (14,15)

ETIOLOGÍA

La neurobiología de la conducta violenta en los sujetos con esquizofrenia podría llevarnos a una mejor comprensión de la naturaleza de su comportamiento violento, una de las hipótesis plantea el polimofismo funcional de la Catecol-o-metiltransferasa (COMT). La COMT es una enzima catabólica que se encuentra implicada en la degradación de moléculas bioactivas, entre ellas la dopamina; la enzima es codificada por el gen COMT, que se encuentra, junto con otros 47 genes, en un fragmento del cromosoma 22q11 que cuando se elimina da como resultado manifestaciones psiquiátricas. (16) Se ha discutido a ésta como un gen susceptible para la esquizofrenia y relevante en la búsqueda de las bases neurobiológicas de la agresión en la esquizofrenia. La COMT tiene un polimorfismo funcional (valina [Val] o metionina [Met]) en el codón 158 que determina la actividad enzimática (polimorfismo Val158Met): el alelo Met es menos estable y tiene una actividad biológica más baja que el alelo de la Val. La COMT metaboliza la dopamina, noradrenalina, y adrenalina, pero no la serotonina. Los individuos que poseen una delección o dos fenocopias del alelo Met se postulan como hipótesis de los niveles más altos de dopamina observados en ciertas regiones cerebrales, en especial, en la corteza prefrontal. (17) Varios estudios encontraron una asociación entre el alelo de baja intensidad de la COMT y violencia de los pacientes esquizofrénicos. (18,19) La violencia podría verse hasta en un cincuenta por ciento con el polimorfismo en los sujetos con esquizofrenia de sexo masculino, no así en el sexo femenino, así como tampoco está relacionado el polimorfismo con el homicidio, sí con la violencia verbal o física. Los pacientes con esquizofrenia que eran homocigotos Met/Met han demostrado que presentan una mayor reactividad psicótica y afectiva al estrés en comparación con los genotipos Val/Met y Val/Val. (20) También se han estudiado a: la monoamina oxidasa tipo A (MAOA), el polimorfismo A218C de la triptófano hidroxilasa y la relevancia de los esteroides neuroactivos, en la primera, se observó que la deficiencia de la MAOA, enzima que degrada a la serotonina y noradrenalina, se asocia con comportamiento agresivo en los individuos esquizofrénicos; (21) en la segunda, no encontraron asociación entre la agresión en la esquizofrenia y el polimorfismo A218C de la triptófano hidroxilasa, (22) y en la última concluyó que 3α, 5α-tetrahidroprogesterona aumenta la agresividad y hostilidad de los sujetos con esquizofrenia. (23)

Las regiones del cerebro que se encuentran implicadas cuando hablamos de violencia en los sujetos con esquizofrenia son la corteza frontal, corteza temporal y el sistema límbico, incluyendo en esta última a la amígdala, hipocampo, circunvolución cingulada y porciones del tálamo. (24) Las lesiones que se encuentran limitadas a los lóbulos frontales presentan diez por ciento más comportamiento violento en comparación con los sujetos que no presentan lesiones; los estudios de neuroiamgen han encontrado dichas anormalidades, se observó que los sujetos presentan un adelgazamiento cortical bilateral en la corteza frontal medial inferior, además de la corteza sensoriomotora del hemisferio derecho y algunas áreas de la corteza motora del hemisferio izquierdo, también se observó reducción de la sustancia blanca en la corteza prefrontal ventral. (25) La corteza

prefrontal es responsable de las funciones ejecutivas, ésta regula la inhibición, las emociones, el movimiento, el autocontrol y el comportamiento cognitivo y social; los daños provocarían un aumento de la impulsividad, falta de juicio y malas habilidades en la toma de decisiones. Una de las hipótesis es que existe un déficit en el circuito prefrontal-límbico de los sujetos con esquizofrenia y comportamiento violento ya que poseen disminución de las funciones orbitofrontales y aumento del volumen de la corteza orbitofrontal; además, aumento del tamaño del putamen, disminución del volumen de la amígdala y el hipocampo. (26)

Las anomalías de la integridad de la sustancia blanca en la esquizofrenia se asociaron a alucinaciones, síntomas negativos, violencia, impulsividad y un pobre rendimiento cognitivo. Los estudios apoyan la idea de que una disfuncionalidad en los circuitos de la amígdala/corteza frontal está asociada a la violencia y conductas antisociales; más específicamente, en la corteza prefrontal ventral como ya hemos comentado se observó una anormalidad de la integridad de la sustancia blanca que se asoció con la violencia, la impulsividad y las conductas antisociales en los sujetos con esquizofrenia. (27)

La disminución del volumen de sustancia gris en regiones del hipocampo y parahipocampo podrían predisponer al comportamiento violento. En los seres humanos, el hipocampo y la circunvolución parahipocampal constituyen nuestro mecanismo de inhibición conductual a través del procesamiento de información para el control de los impulsos, la regulación emocional, y la modulación del razonamiento moral. Los estudios en animales demuestran que las lesiones en el hipocampo están relacionadas con cambios en el comportamiento social, como aumento de la excitabilidad y reducción de la respuesta a las señales sociales. Por lo tanto, la disminución de volumen del hipocampo podría predisponer a los individuos con esquizofrenia a ser menos sensibles a las señales sociales y emocionales y esto contribuiría a generar conflictos por la incapacidad de reconocer dichas señales y recurrir a la violencia en situaciones de conflicto. (28) En un estudio con resonancia magnética nuclear (RMN) realizado por Puri y colaboradores, observaron que los sujetos con esquizofrenia y comportamiento violento presentan una disminución del volumen de la sustancia gris en el cerebelo y en la circunvolución supramarginal. (29)

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo que se detallan a continuación, se ven implicados para que los sujetos con esquizofrenia presenten comportamiento violento.

- **Familiares.**
  La evidencia sugiere que los factores familiares, genéticos o ambientales tempranos, tienen importancia en el comportamiento violento de los sujetos con esquizofrenia. Fazel y colaboradores observaron que los factores de riesgo familiares, esto es, padres que han cometido un delito violento, aumentaron el riesgo de condenas por delitos violentos en un 50 a 150% de los hijos de éstos, tanto de sexo masculino, como femenino, que presentaban esquizofrenia; esta asociación que observaron era mayor que la población de individuos con esquizofrenia que no tenían padres que cometieron un delito violento. (30)

- **Uso de sustancias.**
  Los trastornos por uso de sustancias juegan un papel fundamental en el riesgo de violencia de los sujetos con esquizofrenia, que por cierto, también lo hace en los sujetos que no presentan trastorno mental grave, el uso de sustancias eleva el riesgo de comportamiento violento, así como también, poseer esquizofrenia eleva el riesgo de consumo de sustancias. El riesgo de cometer un delito violento en los sujetos que presentan consumo de sustancias y esquizofrenia es de 27%, cifra bastante distante de la que presentan los sujetos con esquizofrenia que no poseen consumo de sustancia. (31) Además, llama la atención que un estudio francés halló que dicha comorbilidad no solo aumenta el riesgo de comportamiento violento, sino que, este riesgo es mucho mayor en el sexo femenino, que en el masculino. (32) Se cree que uno de los factores que aumenta el riesgo de violencia es que las sustancias podrían exacerbar los síntomas de la esquizofrenia y disminuir la adherencia al tratamiento; (33) además, las sustancias limitan aún más el funcionamiento psicosocial y aumentan los problemas cognitivos, interfieren en la adherencia al tratamiento y en el abandono de la medicación. (34

- **Sintomatología.**
  Una de las formas de evaluación objetiva en los sujetos con esquizofrenia es la utilización de la escala de síndromes positivos y negativos, PANSS, por sus siglas en inglés. El PANSS consta de tres subclasificaciones, que son síndrome positivo, síndrome negativo y psicopatología general. (35) Para la evaluación del compor-

tamiento violento se utilizó la subclasificación de síndrome positivo y negativo, y se halló, que dentro de la primera, los síntomas que más se asociaron con riesgo de violencia grave fueron: *la hostilidad, la suspicacia/perjuicio, la conducta alucinatoria, la grandiosidad, y la excitación,* a medida que la puntuación es más cercana la siete, mayor riesgo, además, cuando existe mayor asociación entre estos cinco síntomas, existe la posibilidad que se presente mayor riesgo; en cuanto al síndrome negativo, los síntomas que se asociaron a menor riesgo de conducta violenta son: *el embotamiento afectivo, la pobre relación, la retracción social, la apatía pasiva, la dificultad de pensamiento abstracto, y la falta de espontaneidad y fluidez de la conversación,* a medida que más cercano al siete sea la puntuación el riesgo de violencia va disminuyendo. (30-35) Además Nolan en su estudio sobre la esquizofrenia y el comportamiento violento observó que los potenciadores eran los síntomas psicóticos positivos, la desorganización psicótica y la impulsividad psicopática. (36))

- **El estrés**
  Es estrés es un factor fisiopatológico de comportamiento violento en los sujetos con esquizofrenia, su papel hasta la actualidad aún no se ha investigado abundantemente, pero conocemos que tanto animales como seres humanos son más propensos a desarrollar comportamiento violento en situaciones de estrés; por ello suponemos que podría facilitarla. Volavka se refiere a ello comentando que los sujetos con esquizofrenia se encuentran en desventaja con respecto a la población general para manejar el estrés, debido a que los individuos con esquizofrenia presentan menor control de los impulsos, malos entendidos en situaciones sociales y una identificación errónea de los estímulos faciales. (37) Existen situaciones que elevan el nivel de estrés en los sujetos con esquizofrenia, y por ende elevan el riesgo del comportamiento violento, las situaciones que mayormente podrían provocar estrés son el divorcio y la pérdida de empleo o no poder conseguirlo. (38)

- **La mala adherencia al tratamiento**
  Nos enfrentamos a menudo con que los sujetos portadores de esquizofrenia presentan una mala adherencia al tratamiento, y los principales motivos de la poca adherencia son: la falta de conciencia respecto a la enfermedad, así como una interpretación errada de la enfermedad, tratamiento y evolución, también se observa la falta de adherencia debido a un temor hacia los efectos secundarios de la medicación, como el aumento de peso y la sedación, una eficacia inadecuada de la medicación con respecto a los síntomas que persisten y el cese de consumo de la medicación debido a que los pacientes se encuentran convencidos que la remisión de síntomas de debe a la cura de la patología y por ende, si no hay síntomas no creen necesario el consumo de mediación. (39)

- **Tendencia suicida**
  Witt y colaboradores, observaron la asociación de tendencia suicida y comportamiento violento en un estudio que se realizó con 1460 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, reclutados entre el 2001 y el 2004 como parte del proyecto de *Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness* (CATIE). Se encontró que existe asociación entre la amenaza e intento suicida con el comportamiento violento, pero no así con la ideación suicida; se cree que la impulsividad puede mediar esta asociación que explicaría el porqué del intento suicida podría estar asociado con el riesgo de violencia, pero aún no hay explicaciones claras sobres el tema. Para el análisis de este estudio se ajustaron las variables de abuso de alcohol y otras drogas, trastorno depresivo mayor, trastorno de la personalidad antisocial, sintomatología positiva no encontrándose cambios en el resultado de la asociación. (40)

- **Factores psicosociales, demográficos y premórbidos.**
  El comportamiento agresivo refleja también una falta de habilidades interpersonales o de un aspecto psicosocial. Los factores demográficos que Witt encontró en su estudio y que se asociaban con mayor comportamiento violento fueron: la que se asoció con mayor violencia, historia de ser víctima de violencia, con violencia moderada, falta de vivienda, historia de personas sin hogar, sexo masculino y una asociación pobre con el origen étnico no blanco y situación socioeconómica baja. Con respecto a los factores premórbidos halló una asociación moderada con la violencia, maltrato físico o abuso sexual durante la niñez, historia familiar de conductas criminales de la familia e historia familiar de consumo abusivo de alcohol. (41)

- **Discriminación.**
  Los individuos con esquizofrenia tienen mucho más riesgo de ser víctimas de distintas formas de discriminación, 14 veces más que la población general, que el riesgo que existe de que cometan un acto violento, recién desde 1990 se incluye en las publicaciones y se tiene en cuenta como un factor de riesgo. (42) Sadeh halló que la discriminación de los sujetos con trastorno mental grave en los últimos seis meses predijo significativamente el comportamiento violento en los siguientes dos años. (43)

- **Conductas antisociales.**
  Hodgins señala que los síntomas psicóticos en los episodios agudos de la esquizofrenia podría explicar el comportamiento violentos de éstos es dicha situación, pero no se aplica a las otras etapas del trastorno o antes de que el paciente inicie con el cuadro, por ello propone tres fenotipos diferentes de los delincuentes con esquizofrenia, que se diferencian en la de aparición y persistencia de la conducta antisocial. (44)

  - Individuos con *inicio en la infancia o adolescencia temprana de trastorno de la conducta* que muestran comportamiento antisocial y agresivo, tanto antes como después de haber iniciado la esquizofrenia. Este tipo de pacientes representan un alto grado de peligrosidad, su conducta es estable a lo largo de su vida y por lo general son declarados culpables de crímenes antes del inicio de la enfermedad.
  - Individuos *sin antecedentes de problemas de conducta* que inician comportamientos agresivos en el inicio de la enfermedad, esto es, durante el pródromo o su debut psicótico.
  - Individuos que cometen severos daños *después de muchos años de enfermedad*, generalmente luego de los 40 o 50 años de edad. Se observó que estos pacientes son los que podrían cometer homicidios y delitos más graves que los otros tipos de pacientes.

Algunas hipótesis sugieren que los individuos que presentan comportamiento antisocial en la infancia y adolescencia, tendrían más riesgo de desarrollar esquizofrenia, ya que un estudio de Dinamarca investigó a 780 jóvenes de 15 a 19 años, durante un periodo de 9 años desde 1992 al 2001, éstos jóvenes eran convictos y presentaron conductas antisociales y violentas, se halló durante el seguimiento, que el 3,3 por ciento de la cohorte había sido diagnosticada con esquizofrenia, en comparación con el 0,7 por ciento esperado. Este estudio concluyó que el comportamiento violento entre los criminales violentos es un factor predictor para desarrollar esquizofrenia en el futuro, y que podría considerarse como una fase prodrómica de la enfermedad. (45) Los mismos resultados también son avalos por otros estudios donde identifican al comportamiento antisocial antes del inicio de la esquizofrenia en un subgrupo de delincuentes jóvenes. (46) Los trastornos de conducta y la conducta disocial son mucho más comunes en los sujetos que desarrollan esquizofrenia que en la población general; las personas que presentan esquizofrenia y trastorno disocial o de la personalidad antisocial son 7 veces más violentos que los sujetos que no poseen dicha cormorbilidad. (47) Ahora bien, los pacientes que presentan comorbilidad de conducta antisocial y esquizofrenia se desempeñan mejor en las pruebas de funciones ejecutivas específicas, peor en la evaluaciones de funciones orbitofrontales, presentan menos signos neurológicos leves, el volumen de la amígdala más reducida, mayor anormalidad estructural en el sistema orbitofrontal, más anomalías de la materia blanca en el sistema amígdala-orbitofrontal y poca disminución del hipocampo. Por lo tanto, este tipo de sujetos presenta mejor funcionamiento ejecutivo, mayor habilidad verbal y mayor impulsividad; entonces, el deterioro cognitivo que caracteriza a la esquizofrenia y que afecta el funcionamiento psicosocial de los individuos se distingue de los sujetos que presentan un inicio precoz y un patrón estable de conducta antisocial de los sujetos que solo presentan esquizofrenia, pero sin conducta antisocial. (48)

EVALUACIÓN DEL RIESGO

Los sujetos con esquizofrenia, tienen más probabilidades de presentar un comportamiento violento que el resto de la población general, la incidencia podría ser mayor si se consideran las comorbilidades de uso de sustancias y comportamiento antisocial. Se ha observado que el comportamiento violento se presenta en mayor medida como un acto delictivo menor, Bobes, ha estudiado a pacientes con esquizofrenia, sin comorbilidad y con buena adherencia al tratamiento que han presentado comportamiento violento, y ha observado que la mayoría del comportamiento violento fue verbal (44%), seguida por violencia física hacia los objetos (29%), violencia hacia los demás (19%) y violencia autodirigida (8%), halló que los pacientes que presentaban historia de violencia y recaídas el año anterior al estudio eran más propensos a cometer actos violentos. (49)

Las guías actuales de tratamiento publicadas por la American Psychitric Asociation y el Instituto Nacional de Salud del Reino Unido y la Excelencia Clínica, recomiendan que se debe evaluar el riesgo de violencia en todas las personas que presenten el diagnostico de esquizofrenia, (50) los instrumentos de evaluación de riesgo con los cuales se cuenta en la actualidad son: the Classification of Violence Risk (COVR), the Historical, Clinical, Risk Management-20 (HCR-20), the Historische, Klinische, Toekomstige-30 (HKT-30), the Structured Assessment of Protective Factors (SAPROF), the Structured Outcome Assessment and Community Risk Monitoring (SORM), the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START), the Violence Risk Appraisal Guide (VRAG), the Violence Risk Screening-10 (V-RISK-10), the Violence Risk Scale (VRS), dichos instrumentos

no son específicos para los sujetos con esquizofrenia, pero supoenen que pueen predecir el riesgo de violencia en estos pacientes. (51) La herramienta más utilizada en la actualidad es **the Historical, Clinical, Risk Management-20** *(HCR-20)*, que utiliza un esquema histórico, clínico y de riesgo, está vigente desde el año 1997. Esta herramienta se divide en tres partes, la primera, historia (H) es retrospectiva, con rasgos descriptivos y estático, esta subdivisión comprende: H1: violencia previa, H2: edad temprana en el momento de la primera conducta violenta, H3: inestabilidad en las relaciones de pareja, H4: problemas laborales, H5: problemas relacionados con el uso de sustancias, H6: trastorno mental mayor, H7: psicopatía, H8: inadaptación temprana, H9: trastorno de personalidad, H10: fracaso previa al alta o liberación; la segunda, la clínica (C) evalúa el momento actual del paciente, comprende los siguientes ítems clínicos, C1: deficiencia en el juicio, C2: actitudes negativas, C3: síntomas activos de trastorno mental mayor, C4: impulsividad y C5: respuesta desfavorable al tratamiento y la tercera, (R) se refiere a los ítems de manejo de riesgo, pertenecientes a situaciones existentes en la comunidad del individuo o situaciones futuras que el sujeto pueda encontrar al salir de la institución, comprende: R1: deficiencia del plan de reinserción social, R2: exposición a factores desestabilizadores, R3: falta de apoyo personal, R4: incumplimiento del plan terapéutico y R5: estrés; C y R son dinámicas, sujetos a cambios con el tratamiento; cada ítem equivale a 2 puntos, y la herramienta cuenta con un total de 40 puntos, cuando no se tiene la información, el ítem puede ser omitido y el valor total de puntos se disminuye al número de ítems evaluados, se admite la pérdida de hasta 4 ítems, pero solo pueden omitirse 2 de la subescala H, 1 de la subescala C y 1 de la subescala R, en el ítem H7 corresponde a evaluación de psicopatía, donde en general se utiliza el Psychopathy Checklist, Revised (PCL-R), los autores del HCR-20 sugieren que el resultado se clasifique en niveles de riesgo bajo, moderado o alto, el punto de corte es de 28 puntos, a partir de allí se establece que implicaría un riesgo de 80% de recurrencia de violencia, el HCR-20 es útil para predecir con bastante precisión el riesgo de comportamiento violento; es muy importante correlacionar la herramienta con la evaluación clínica y debe ser aplicada cada 6 a 12 meses dependiendo del caso.(52)Un dato importante sobre la utilización del HCR-20 en pacientes del sexo femenino, es que aparentemente hay datos limitados sobre su utilidad y posee poca validez hasta la actualidad en dicho sexo.(53)

DISCUSIÓN

La esquizofrenia de por sí no predice un comportamiento violento en el futuro, puede funcionar como un facilitador de comportamiento violento, pero no como un generador de conductas criminales; sí se observa en diferentes estudios que los sujetos que padecen esquizofrenia presentan un índice mayor que la población general de poder desarrollar en el transcurso de su vida comportamiento violento, pero esto debido a varios factores que podrían desencadenarlo, (35,36) no está bien determinado aún la causa exacta, las hipótesis sugieren que son un conjunto de factores, tanto neurobiológicos como factores psicosociales y psicopatológicos que provocan vulnerabilidad y podría desencadenar este comportamiento. (40) Lo que sí se sabe con certeza es que los sujetos que además de esquizofrenia presenten diagnóstico de abuso o dependencia de sustancias tanto legales como el alcohol así como de las ilegales, (45) y también los que presenten conductas antisociales desde la adolescencia temprana tienen un riesgo mucho más elevado de comportamiento violento y de conductas criminales. (48)

Las recomendaciones actuales refieren que es de suma importancia que todos los sujetos que presenten diagnóstico de esquizofrenia puedan contar con una evaluación de riesgo de comportamiento violento en el futuro, debido a que con ello podríamos estar protegiendo a la familia, a la sociedad y al equipo de salud mental que lleva adelante el tratamiento de los usuarios; (50) se cuentan con varias herramientas para dicha evaluación, pero éstas herramientas presentan ciertas desventajas, una de ellas es el entrenamiento que requieren para ser utilizadas, y el costo que implica dichos entrenamientos, además del tiempo que requieren para su aplicación y que la mayoría están enfocadas para usuarios que se encuentran internados en unidades forenses, la mayoría de los instrumentos de evaluación presentan pocos estudios y poca fiabilidad en cuanto a la evaluación de riesgo en usuarios del sexo femenino, ninguna es específica para evaluación de riesgo en usuarios con esquizofrenia, pero se utilizan de igual forma; un instrumento mal utilizado puede incrementar un riesgo irreal de comportamiento violento que podría hacer que el sujeto a quien se somete a dicha evaluación presente un riesgo sobreevaluado. (52)

El instrumento de evaluación de riesgo de comportamiento violento que es más utilizado a nivel mundial y validado por varios países es el HCR-20, que además según algunos autores también pueden ser utilizado para los usuarios que se encuentran internados en hospitales psiquiátricos y también para los que viven en la comunidad. (53

CONCLUSIONES

El comportamiento violento en los sujetos que presentan diagnóstico de esquizofrenia es mayor que la población general, pero esta diferencia no es muy grande cuando se compara con el riesgo de violencia que existe en la población general sin que posea un trastorno mental, dicha diferencia es de cinco por ciento.

Los mecanismos que producen que los usuarios con esquizofrenia presenten comportamiento violento es bastante heterogéneo, y aún no bien conocido, influyen factores neurobiológico, así como factores psicosociales y psicopatológicos.

La herramienta que más se utiliza para evaluar riesgo de violencia, tanto en usuarios con esquizofrenia, como con otros trastornos mentales es el HCR-20, que cuenta con la mayor cantidad de estudios de validación.

ACERCA DE LOS AUTORES

La Dra. SUSANA RECALDE BERNI es Auxiliar de la Enseñanza de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

El Prof. Dr. JULIO TORALES es Profesor Asistente de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría y Jefe de la Unidad de Neuropsiquiatría del Departamento de Neurociencias de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

El Prof. Dr. ANDRÉS ARCE es Profesor Titular y Jefe de Cátedra y Servicio de Psiquiatría y Jefe del Departamento de Neurociencias de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

BIBLIOGRAFÍA

1. González, S., Molina, J., Huertas, D., Blaco-Foncetilla, H., Mora-Minguéz, F., Pascual-Pinazo, F. Violencia asociada con los trastornos esquizofrénicos. 2008 [citado el 19 de agosto de 2014];71(2):109-127.
2. Baran, B., Gazdag, G. Relationship between schizophrenia and criminal behavior. NeuropsychopharmacolHung. [Internet]. 2011 [citado el 18 de junio de 2014];13 (4): 257-61. Disponible en: http://www.mppt.hu/images/magazin/pdf/xiii-evfolyam-4-szam/baran%20web.pdf
3. Farrell, S., et al. COMT Val(158)Met genotype determines the direction of cognitive effects produced by catechol-O-methyltransferase inhibition. Biol Psychiatry. [Internet]. 2012 [citado el 18 de junio de 2014];71(6):538-544. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22364739
4. W, L., et al. Synaptic Proteins in the Hippocampus Indicative of Increased Neuronal Activity in CA3 in Schizophrenia. Am J Psychiatry. [Internet]. 2015 [citado el 19 de agosto de 2014];13:appiajp201414010123. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25585032
5. Sariah, A., Outwater, A., Malima, K. Risk and protective factors for relapse among individuals with schizophrenia: a qualitative study in Dar es Salaam, Tanzania. BMC Psychiatry. [Internet]. 2014 [citado el 19 de agosto de 2014]30;14:240. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25168715
6. Burns, J. Dispelling a myth: developing world poverty, inequality, violence and social fragmentation are not good for outcome in schizophrenia. Afr J Psychiatry. [Internet] 2009 [citado el 18 de junio de 2014];12(3):200-5. Disponible en: http://ajop.co.za/Journals/August2009/Dispelling%20a%20myth.pdf
7. Jiménez-Bautista, F. (2012). To know the violence in order to understand it: origin, causes and reality. Convergencia [Internet]. 2012 [citado el 15 de junio de 2014]; 19(58):13-52. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352012000100001&lng=es&tlng=en.
8. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión. Whashintong, D.C. Organización Panamericana de la Salud. 1993.
9. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V. Arlington, VA. 2013. p: 49-69.
10. Cavieres F. Alvaro, Valdebenito V. Mónica. Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [Internet]. 2005 [citado 15 de junio de 2014]; 43(2): 97-108. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272005000200003&lng=es.
11. Swanson, J.,Holzer, C., Ganju, V., Jono, R. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. Hosp Comunidad Psiquiatría. [Internet]. 1990 [citado el 18 de junio de 2014];41 (7): 761-70. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2142118?dopt=

12. Fazel, S., Långström, N., et. Al.Schizophrenia, substance abuse, and violent crime.JAMA. [Internet]. 2009. [citado el 16 de junio de 2014];301(19):2016-2023. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19454640
13. Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J., Grann, M. Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis PLoS Med. [Internet]. 2009. [citado el 16 de junio de 2014];6(8):e1000120. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2718581/
14. Jiménez-Castro, L., Raventós-Vorst, H., Escamillah, M. Esquizofrenia y trastorno en el consumo de sustancias: prevalencia y características sociodemográficas en la población Latina. Actas Esp Psiquiatr. [Internet] 2011 [citado el 17 de junio de 2014]; 39(2): 123–130. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3395996/.
15. Valença, A., Moraes, T. Relationship between homicide and mental disorders. Rev. Bras. Psiquiatr. [Internet]. 2006 [citado el 17 de junio de 2014] ; 28(2): 62-68. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000600003&lng=en.
16. Crump, C., Sundquist, K., Winkleby, M., Sundquist, J. Mental disorders and vulnerability to homicidal death: Swedish nationwide cohort study.BMJ[Internet] 2013 [citado el 17 de junio de 2014];346:f557. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23462204
17. Soyka, M. Neurobiology of Aggression and Violence in Schizophrenia. Schizophr Bull. [Internet]2011 [citado el 18 de junio de 2014]; 37(5): 913–920. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3160223/#bib14
18. Williams, H., Owen, M., O´Donovan, M.Is COMT a Susceptibility Gene forSchizophrenia?.Schizophr Bull. [Internet] 2007 [citado el 19 de junio de 2014]; 33(3): 635–641. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2526139/
19. Lachman, H., Nolan, K., Mohr, P., Saito, T., Volavka, K. Association between catechol O-methyltransferase genotype and violence in schizophrenia and schizoaffective disorder.Am J Psychiatry. [Internet] 1998 [citado el 18 de junio de 2014];155(6):835-7. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9619160
20. Strus, R., Bark, N., Parsia, S., Volavka, J,.Lachman, H. Analysis of a functional catechol-O-methyltransferase gene polymorphism in schizophrenia: evidence for association with aggressive and antisocial behavior. Psychiatry Res. [Internet] 1997 [citado el 18 de junio de 2014];69(2-3):71-7.Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9109174
21. Han, D., et al. Effects of catechol-O-methyltransferase Val158Met polymorphism on the cognitive stability and aggression in the first-onset schizophrenic patients. Neuroreport. [Internet] 2006 [citado el 18 de junio de 2014];17(1):95-9..Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16361958/
22. Liou, Y., Tsai S., Hong, C., Wang, Y., Lai, I. Association analysis of a functional catechol-o-methyltransferase gene polymorphism in schizophrenic patients in Taiwan. Neuropsychobiology. [Internet] 2001 [citado el 18 de junio de 2014];43(1):11-4.. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11150892/
23. Tosato, S. et. al. Effect of COMT genotype on aggressive behaviour in a community cohort of schizophrenic patients. Neurosci Lett. [Internet] 2011 [citado el 18 de junio de 2014];495(1):17-21.disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21402125/
24. Singh, J., Volavka, J., Czobor, P., Van Dorn, R. A Meta-Analysis of the Val158Met COMT Polymorphism and Violent Behavior in Schizophrenia. PLoSOne. [Internet] 2012 [citado el 8 de julio de 2014];7(8): e43423. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3419214/
25. Cases, O. et al. Aggressive Behavior and Altered Amounts of Brain Serotonin and Norepinephrine in Mice Lacking MAOA.Science.[Internet] 1995 [citado el 18 de junio de 2014]; 268(5218): 1763–1766.Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2844866/
26. Kim, Y., Lee, J., Min, S. No Evidence of an Association between A218C Polymorphism of the Tryptophan Hydroxylase 1 Gene and Aggression in Schizophrenia in a Korean Population. YonseiMed. Science. [Internet] 2010 [citado el 18 de junio de 2014]; 51(1): 27–32.Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2799974/
27. Spalletta, G. et al. Preliminary evidence for an association between aggressive and hostile behaviour and 3α,5α-tetrahydroprogesterone plasma levels in schizophrenia. J PsychiatryNeurosci. [Internet] 2005 [citado el 18 de junio de 2014]; 30(1): 49–52. Disponible en: ww.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC543841/
28. Naudts, K., Hodgind, S. Neurobiological Correlates of Violent Behavior Among Persons With Schizophrenia. Schizophr Bull. [Internet] 2006 [citado el 18 de junio de 2014] ; 32(3): 562–572. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2632244/
29. Lane, S., Kjome, K., Moeller, F. Neuropsychiatry of Aggression. Neurol Clin. [Internet] 2011 [citado el 18 de junio de 2014];29(1): 49–vii. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3053027/
30. Narayan, V., Narr, K., Sharma, T. Regional Cortical Thinning in Subjects With Violent Antisocial Personality Disorder or Schizophrenia.The American journal of psychiatry.[Internet] 2007 [citado el 20 de junio de 2014];164(9):1418-1427. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3197838/?report=reader#!po=2.17391

31. Hoptman, M., D´Angelo, D., Milham, M. AmygdalofrontalFunctionalDisconnectivity and Aggression in Schizophrenia.SchizophreniaBulletin.[Internet] 2010 [citado el 20 de junio de 2014];36(5):1020-1028. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2930349/#!po=2.63158
32. Yang, Y., Raine, A., Han, C., Schug, R., Toga, A., Narr, K. Reduced hippocampal and parahippocampal volumes in murderers with schizophrenia. Psiquiatría Res. [Internet] 2010[citado el 20 de junio de 2014]; 182 (1): 9-13. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2855857/
33. Puri, B., Counsell, S., Bydder, G. Regional grey matter volumetric changes in forensic schizophrenia patients: an MRI study comparing the brain structure of patients who have seriously and violently offended with that of patients who have not. BMC Psychiatry. Psiquiatría Res. [Internet] 2008 [citado el 20 de junio de 2014];8(1):S6. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25396493
34. Fazel, S., Grann, M., Carlström, E., Lichtenstein, P., Långström, N. Risk factors for violent crime in Schizophrenia: a national cohort study of 13,806 patients. J Clin Psiquiatría. [Internet] 2009 [citado el 21 de junio de 2014]; 70 (3): 362-9. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19284931
35. Fazel, S., Långström, N., Hjern, A., Grann, M., Lichtenstein, P. Schizophrenia, substance abuse, and violent crime.JAMA.[Internet] 2009 [citado el 21 de junio de 2014];301(19):2016-23. Disponible en: http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=183929
36. Richard-Devantoy, S., Olie, J., Gourevitch, R. Risk of homicide and major mental disorders: a critical review. Encephale. [Internet] 2009 [citado el 10 de julio de 2014];35(6):521-30. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20004282
37. Steinert, T., Wiebe, C., Gebhardt, R. Aggressive behavior against self and others among first-admission patients with schizophrenia.Psychiatr Serv. [Internet] 1999 [citado el 1 de julio de 2014];50(1):85-90. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9890585
38. Green, A., Drake, R., Brunette, M., Noordsy, D. Schizophrenia and co-occurring substance use disorder. Am J Psychiatry.[Internet] 2007 [citado el 29 de julio de 2014];164(3):402-408. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17329463
39. Swanson, J., Citrome, L. Heterogeneity of violence in schizophrenia and implications for long-term treatment.Int J Clin Pract. [Internet] 2008 [citado el 10 de julio de 2014];62(8):1237-45. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18564202
40. Swanson, J., Swartz, M., Van Dorn, R., et al. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. Arch Gen Psychiatry. [Internet] 2006 [citado el 21 de junio de 2014]; 63 (5): 490-9. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16651506
41. Nola, K., Czobor, P., Roy, BB et al. Characteristics of assaultive behavior among psychiatric inpatients. Psychiatr Serv.[Internet] 2003 [citado el 21 de junio de 2014];54(7):1012-6. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12851439
42. Elbogen, E., Johnson, S. The Intricate Link Between Violence and Mental Disorder.Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. [Internet] 2009 [citado el 1 de julio de 2014];66(2):152-161. Disponible en: http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=210191
43. Volavka, J., Citrome, L. Pathways to Aggression in Schizophrenia Affect Results of Treatment. Schizophr Bull. [Internet] 2011 [citado el 21 de junio de 2014]; 37(5): 921–929. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3160235/#!po=72.9167
44. Velligan, D. et al. AdhrenceProblems in PatientswithSerious and Persistent Mental Illnes.JClinPsychiatry. [Internet] 2011 [citado el 21 de junio de 2014]; 70(4):1-48. Disponible en: http://www.psychiatrist.com/JCP/article/Pages/2009/v70s04/v70s0401.aspx
45. Witt, K., Hawton, K., Fazel, S. The relationship between suicide and violence in schizophrenia: Analysis of the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) dataset. Schizophr Res. [Internet] 2014 [citado el 7 de julio de 2014];154(1-3): 61–67. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3988953/
46. Witt, K., Van Dorn, R., Fazel, S. Risk Factors for Violence in Psychosis: Systematic Review and Meta-Regression Analysis of 110 Studies. PLoSOne.[Internet] 2013 [citado el 7 de julio de 2014];8(2): e55942. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3572179/
47. Wehring, H., Carpenter, W. Violence and Schizophrenia. Schizophr Bull. [Internet] 2011 [citado el 8 de julio de 2014];37(5): 877–878. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3160236/
48. Hodgind, S., Müller-Isberner, R. Schizophrénie und Gewalt.Der Nervenarzt. PsychiatrServ. [Internet] 2014 [citado el 29 de julio de 2014];8(3):273-278. Disponible en:http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00115-013-3900-y
49. Hodgins, S. Violent behaviour among people with schizophrenia: a framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention. PhilosTrans R SocLond B BiolSci. [Internet] 2008 [citado el

29 de julio de 2014]; 363(1503): 2505–2518. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2606714/
50. Joya, C. et al. Violent persons with schizophrenia and comorbid disorders: a functional magnetic resonance imaging study. Schizophr Res. [Internet] 2007 [citado el 29 de julio de 2014];91(1-3):97-102. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17291724/
51. Bobes, J., Fallat, O., Arango, C. Violence among schizophrenia out-patients compliant with medication: prevalence and associated factors. Acta Psychiatr Scand. [Internet] 2009 [citado el 29 de julio de 2014];119(3):218-225. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19178395
52. American Psychiatric Association. Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Schizophrenia. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2004.
53. Singh, J., Serper, M., Reinharth, J., Fazel, S. Structured Assessment of Violence Risk in Schizophrenia and Other Psychiatric Disorders: A Systematic Review of the Validity, Reliability, and Item Content of 10 Available Instruments. Schizophr Bull. [Internet] 2011 [citado el 2 de agosto de 2014]; 37(5): 899–912. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3160213/

QUIERO SEGUIR SIENDO NIÑA.

[I WANT TO REMAIN A GIRL].

Celeste Houdin.

Correspondencia: Mgtr. Celeste Houdin, docente investigadora del Instituto de Trabajo Social, Universidad Nacional de Asunción | cele.houdin@hotmail.com | Asunción-Paraguay.

Manuscrito recibido: 20 de marzo de 2015.
Manuscrito aceptado: 25 de marzo de 2015.

Recientemente la ciudadanía paraguaya se enteró a través de medios masivos de comunicación, de un delito, digo bien, delito y no crimen, (la diferencia en términos sencillos es que un delito tiene una pena privativa de libertad como piso relativamente baja y se pueden aplicar medias alternativas), dejando entrever que el hecho para el sistema de justicia nacional no resulta ser la disputa entre la vida o la muerte.

El hecho al cual hago referencia es el caso de la niña de 10 años que fue víctima de violencia sexual por más de 2 años, y finalmente quedó embarazada; su victimario un hombre que se encontraba cumpliendo el rol paterno, su padrastro.

Aunque sabemos que hechos como este no son nuevos en el país, ni en el mundo. Definitivamente lo que nos genera es mucha indignación, rabia e impotencia, y a veces ira, pues parece que perdemos la memoria de todas las demás niñas que han pasado por este tipo de crimen, cuando un medio de comunicación lo vuelve a colocar. *Se calcula que 150 millones de niñas y 73 millones de chicos menores de 18 años han experimentado relaciones sexuales forzadas u otras formas de violencia sexual con contacto físico en 2002 (1)*. En nuestro país, la Dirección General de Estadísticas Encuestas y Censos, en el año 2011, realiza por primera vez un relevamiento sobre casos de coacción sexual denunciados, teniendo como fuente principal a la Policía Nacional, indica que del total registrados 416 casos, los que corresponden a niñas de entre 0 y 13 años corresponde 167 casos. De forma que el problema está identificado, conocido, pero sigue siendo invisibilizado. (2)

Razones como esta requieren que el problema pueda ser abordado en forma crítica, es decir desde un pensamiento que integre las historias y las búsquedas emancipadoras que se han dado para tener derecho a ser mujeres. Por tanto, quisiera posibilitar que este artículo además de la opinión sentada, también pueda constituirse en un diálogo con las demás mujeres y hombres de todas las edades que quieren dejar atrás el pensamiento único, además de un dialogo permanente con nosotras mismas, con su hijas, nietas, hermanas y supongo que también con nuestras madres. Con los apuntes aquí expuestos invitamos al diálogo, al pensamiento amplio, que incluya también la esperanza de que esta sociedad pueda entender las demandas de las que quienes no logran aún ser escuchadas, pero no por ello dejan de ser humanas, **demandas de las muchas niñas a las que se las obliga a ser madres.**

Resulta difícil desvincular a los niños y los adolescentes en este artículo, pues también en forma cotidiana son victimizados sexualmente. Sin embargo las mujeres –por ser mujeres– además de ser la víctima más frecuente, una consecuencia de esa victimización sexual puede resultar entre otras muchas situaciones críticas, la del embarazo. Este es el punto que hace la diferencia, razón por la cual se hace énfasis en *el tema de las niñas madres*.

Paraguay es un país con tremendas desigualdades económicas, políticas, culturales y sociales. Del total de la población del país un 23,8% (1.600.000) se encuentra en situación de pobreza, es decir que no logran tener ingresos para tener acceso a lo que llaman canasta básica de consumo (3). Sumado a esto las desigualdades vincularas a las relaciones de género, palabra que a veces molesta mucho a ciertos sectores de la sociedad, dan como respuestas atentados contra la vida, la sexualidad y la dignidad de las niñas.

> *Las niñas sufren considerablemente más violencia sexual que los niños y su mayor vulnerabilidad a la violencia en muchos entornos es en gran parte producto de la influencia de relaciones de poder basadas en el género, profundamente arraigadas en la sociedad* (1)

Una niña que vive en una familia en condiciones de pobreza, evidentemente está expuesta a un sin número de situaciones que no siempre son tomadas en cuenta, la primera sin duda está referida al cómo su familia –incluyéndola– logra satisfacer las necesidades materiales. Este punto se coloca aquí como punto de partida para hablar del problema, siendo conscientes de que los crímenes relacionados a la violencia sexual, están presentes en todas las clases sociales, sin embargo la clase empobrecida está expuesta además a la pérdida, de su libertad, del atropello a sus derechos básicos, a la construcción de su historia desde un NO sentido para su vida, al ser desvalorizados todos sus entornos. ¿Por qué decimos esto?; la niña de nuestra historia en un mismo día se enteró; que la habían embarazado, que su padrastro quedó libre de sospecha, que su madre quedó presa, y que ella debía ir a otro lugar para estar "protegida". En este mismo momento también ella –la niña– quedó presa, separada/apartada de su ámbito familiar, comunitario, de sus primas, primos, de sus compañeras y compañeros de la escuela, de las personas que seguro les tiene afecto. Quedó apartada de todos y todas, y recluida en un refugio de otras que son igual a ella. Si colocamos la palabra apartheid a esta situación seguro tendrá un efecto más crítico, pues no es correcto pensar hoy en la separación de personas por razones de color de su piel, pero sin embargo sí una niña puede ser separada de todo su contexto y ubicada en otro espacio institucional como medida de protección.[1]

Nos encontramos con un problema social complejo, pues toca puntos centrales en la sociedad, por un lado nos enfrenta al rol de la familia, a quien se la ubica como protectora, sin embargo sabemos que las familias no siempre han logrado responder al rol esperado y como sociedad los mensajes recibidos han sido el de minimizar los riesgos antes que colocar el problema desde sus propias estructuras. Sabemos que la mayoría de los casos de malos tratos incluyendo el abuso sexual tienen como escenario a este espacio social, la familia. El estudio realizado en el año 2011 sobre maltrato en Paraguay (4), en el que se preguntó en forma directa a niñas, niños y adolescentes sobre el tema, revela que el 61% de los encuestados (806) reportaron haber recibido *algún tipo de maltrato ya sea del padre, la madre o por ambos* (4).

Lo que no debe perderse de la conciencia es que toda **violencia es aprendida**, es decir, que necesitamos escudriñar más porqué esta sociedad sigue siendo violento y sigue cometiendo crímenes sexuales. Y es aquí que deberíamos detenernos a pensar sobre las ideas que aún son hegemónicas y pretenden confundir las situaciones, una niña, es niña, por lo tanto tiene derecho a que la sociedad, el estado, las confesiones religiosas, le permitan seguir siendo NIÑA. Ninguna niña elije ser madre, la maternidad no es sencillamente biológica, es un rol aprendido, y aún a las mujeres adultas que hay decido ser madres les cuesta mucho cumplir este rol, con apoyo o no de una pareja o un entorno familiar.

> *El temor está estrechamente relacionado con el estigma frecuentemente asociado a la denuncia de la violencia. En sociedades en las que las ideas patriarcales del "honor" familiar se valoran por encima de los derechos humanos y el bienestar de las niñas,* (Pinheiro, 2006, pág. 13)

Siguiendo la idea del autor, se puede decir que las niñas –sobre todo cuando se encuentran en situación de pobreza– carecen de valor, (en la sociedad capitalista, competitiva) la idea de familia precede a su propio sufrimiento, y ella queda sometida al arbitrio de las personas adultas, en muchos casos de su propio victimario.

Si la vida es una decisión, ¿porqué al ser truncada esta vida, dando un golpe mortal al cuerpo, a la sexualidad sana, placentera, segura y protegida, a la niñez, en desarrollo, las dobles moralidades atormentadas saltan a colocar sentencias históricas para impedir que una niña –pobre– continúe siendo niña?.

Hay que decirlo, esto es un problema de clase y género, como partida. De clase porque las intervenciones son diferenciadas, quien tiene plata puede viajar a otro país para practicar un aborto legal, o contratar el servicio de médicos que lo pueden realizar "cuidando las apariencias", a un costo importante. No estamos en contra de las intervenciones que salvan la vida de una niña que quiere seguir siendo niña, pero estamos indignados con una sociedad hipócrita, sociedad de profesionales, de todas las ramas de las ciencias jurídicas, ciencias sociales, y médicas, que niegan el problema y lo ubican como un elemento MORAL, antes que humano y de derecho. Pero estamos pues acostumbrados, tiene derecho quien tiene poder, político/social y poder económico, los que somos pobres solo podemos protestar y ya es hora que deje de ser así.

1. Aclaro que el análisis no pretende desestimar ni desvalorizar el trabajo que realiza el Hogar perteneciente a la Cruz Roja Paraguaya, aunque las estratégicas intervenidas para casos como este deben ser dadas desde la protección integral.

ACERCA DE LA AUTORA

La Mgtr. CELESTE HOUDIN es Docente Investigadora del Instituto de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Asunción y Feminista.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [Internet]. Ginebra-Suiza: Pinheiro, P.S.; [citado 11 de junio 2013]. Disponible en PDF en: http://www.unicef.org/lac/Informe_Mundial_Sobre_Violencia_1%281%29.pdf
2. Dirección General de Encuestas, Estadísticas y Censos (DGEEC). Compendio Estadístico 2012. DGEEC-Presidencia de la República-Secretaría Técnica de Planificación. Asunción-Paraguay: DGEEC; 2012.
3. Dirección General de Encuestas, Estadísticas y Censos (DGEEC). Principales Resultados, Encuesta Permanente de Hogares 2013. DGEEC-Gobierno Nacional. Asunción-Paraguay: DGEEC. 2014
4. UNICEF [Internet]. Asunción-Paraguay: Base Educativa y Comunitaria de Apoyo (BECA), UNICEF; [citado 11 de junio 2013]. Disponible en PDF: http://www.unicef.org/paraguay/spanish/py_resources_Estudio_Maltrato.pdf

LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES ES UN PROBLEMA DE ESTADO: PROGRAMA DE 14 PUNTOS PARA LA PREVENCIÓN, SANCIÓN Y ERRADICACIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRAS LAS MUJERES.

[VIOLENCE AGAINST WOMEN IS A STATE PROBLEM: 14-POINT PROGRAM FOR THE PREVENTION, PUNISHMENT AND ERADICATION OF VIOLENCE AGAINST WOMEN].

Julio Torales.

Correspondencia: Prof. Dr. Julio Torales, Miembro Titular de la Junta Directiva Mundial, responsable global de la estrategia de género y Director Titular de Amnesty International Limited | julio.torales@amnesty.org | 1 Easton Street, London WC1X 0DW, UK | Londres, Reino Unido.

Manuscrito recibido: 20 de marzo de 2015.
Manuscrito aceptado: 30 de marzo de 2015.

Amnistía Internacional recuerda que la violencia contra las mujeres, tanto en el ámbito público como en el privado, constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales y limita total o parcialmente a la mujer el reconocimiento, goce y ejercicio de tales derechos y libertades. Tal como lo expresa el preámbulo de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer (Convención de Belém do Pará), la violencia contra las mujeres es una ofensa a la dignidad humana y una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres. La violencia contra las mujeres es una realidad generalizada, diaria, que experimentan las mujeres en todos los países del mundo. Sus efectos son devastadores para las mujeres, su vida, su salud, su trabajo y el bienestar de sus familias. Hoy, a casi 7 años de su presentación original, Amnistía Internacional recuerda al gobierno nacional la necesidad imperiosa de cumplir con el "Programa de 14 puntos para la prevención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres".

A fin de que los esfuerzos por erradicar la discriminación y la violencia contras las mujeres sean fructíferos, el Gobierno paraguayo debe:

1. **Condenar la violencia contra las mujeres.**

   Los funcionarios del Estado y los líderes políticos de todos los ámbitos, nacional, departamental, municipal y comunitario deben condenar la violencia contra las mujeres de forma pública y sistemática, poniendo de manifiesto su gravedad y sus efectos en la dignidad humana. Deben reconocer que la violencia contra las mujeres en el ámbito público y privado, en especial la violencia doméstica e intrafamiliar es una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales, y en consecuencia, no constituye una cuestión privada, sino un asunto de interés público. Los funcionarios no deben invocar costumbres, tradiciones o creencias religiosas para evadir su responsabilidad de eliminar la violencia contra las mujeres.

2. **Aumentar el conocimiento público de la violencia contra las mujeres.**

   Deben sostenerse campañas generalizadas de concienciación en escuelas, universidades, foros ciudadanos y lugares de trabajo con el fin de denunciar la violencia contra las mujeres, eliminar la estigmatización de las mujeres que han sufrido violencia y alentar a las víctimas a buscar reparación y garantías de no repetición de estos hechos. Deben utilizarse todos los medios de comunicación disponibles, entre ellos la prensa, Internet, conferencias y debates, y las campañas deben contar con la participación de líderes comunitarios, políticos, periodistas y la sociedad civil. Toda la información debe resultar fácilmente accesible y estar disponible, como mínimo, en castellano y guaraní.

3. **Utilizar el sistema educativo para modificar los patrones socioculturales sexistas y los prejuicios.**

   Deben eliminarse las barreras que impiden el acceso de las mujeres y las niñas al sistema educativo, elaborando las políticas necesarias para ello. Las mujeres y niñas, en especial aquellas más pobres, deben incorporarse efectivamente a los programas de estudios de todos los niveles del sistema de enseñanza y deben elaborarse materiales educativos destinados a prevenir la violencia en el ámbito familiar y poner en tela de juicio los planteamientos que consideran aceptable esta práctica. El cuerpo docente y demás

personal de la enseñanza deben formar parte del esfuerzo para vencer los prejuicios y estereotipos que relegan a las mujeres y a las niñas a papeles subordinados y justifican la violencia contra las mismas como un mecanismo de dominación y control social.

4. **Reformar la legislación que discrimina a las mujeres.**

   Todas las leyes, incluidas las leyes penales, civiles, laborales, de familia, de vivienda, electorales etcétera, deben ser revisadas y adecuadas de conformidad con los principios que rigen los derechos humanos. Deben enmendarse todas las leyes, reglamentos y procedimientos que discriminen a las mujeres o permitan que persista la discriminación, así como toda ley que facilite o perpetúe la violencia contra las mujeres. Deben promulgarse leyes que garanticen la igualdad y no discriminación para las mujeres en todos los ámbitos.

5. **Asegurar que la violencia contra las mujeres sea considerada como violación a los derechos humanos.**

   Hay que asegurar que, tanto en el derecho como en la práctica, todas las formas de violencia contra las mujeres en el ámbito público y privado, se consideren como violaciones a los derechos humanos y se constituyan en delito. En esa medida, los actos de violencia deben ser investigados, juzgados y castigados y las víctimas deben recibir reparación adecuada. Todas las denuncias deben ser investigadas con la debida diligencia y sancionadas conforme a la legislación vigente.

6. **Investigar las denuncias de violencia contra las mujeres, procesar a los responsables y reparar a las víctimas.**

   Hay que garantizar que la Policía Nacional brinde asistencia integral a las víctimas de violencia, garantice un trato humano y un ambiente seguro y confidencial en el que las mujeres puedan denunciar casos de violencia. Todas las instancias estatales que prestan atención a las víctimas deben contar con sistemas de registro integrados, aplicando los estándares de derechos humanos reconocidos internacionalmente. Cuando se hayan recogido suficientes pruebas, debe procesarse a los sospechosos de conformidad con las normas internacionales sobre garantías procesales, garantizando al mismo tiempo que las condenas sean proporcionales a la gravedad del delito. En caso de sobreseimiento deben hacerse públicas las razones.

7. **Eliminar los obstáculos en el acceso a la justicia por actos de violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico e intrafamiliar.**

   Deben investigarse las razones por las cuales los índices de denuncia, procesamiento y condena por actos de violencia contra las mujeres en el ámbito familiar son tan reducidos, y deben abordarse los obstáculos y defectos detectados por dichas investigaciones. Deben reformarse los procedimientos judiciales y las reglas de prueba, de modo que no desalienten a las mujeres de presentar denuncias. Debe protegerse de intimidación, coacción y represalias a las denunciantes, testigos y otras personas que corren riesgo durante las investigaciones y procesamientos. Debe existir una estrecha colaboración entre la Policía Nacional, el Ministerio Público y otras autoridades de ámbito local.

8. **Proporcionar formación obligatoria a funcionarios en materia de violencia contra las mujeres.**

   Deben instituirse y financiarse programas obligatorios de formación para funcionarios –entre ellos jueces, fiscales, policías, médicos, trabajadores sociales y docentes– que les permitan identificar los casos de violencia contra las mujeres en el ámbito familiar, garantizar la seguridad de las víctimas y recoger, salvaguardar, examinar y presentar las pruebas.

9. **Proporcionar fondos adecuados.**

   Deben asignarse fondos adecuados a programas para abordar la violencia contra las mujeres en el ámbito familiar en todos los sectores, entre ellos el sistema de justicia penal, la educación, los servicios sociales, la salud y la vivienda, a través –por ejemplo– de un Plan de Acción Nacional que garantice que la asistencia sea igualmente accesible y de calidad equivalente en todo el país. Los fondos deben ser suficientes como para permitir la aplicación de leyes que protejan a las mujeres de la violencia en el ámbito familiar y proporcionar a las víctimas el apoyo y las medidas de rehabilitación necesarios.

Se debe desarrollar un programa integral, gratuito, accesible, asequible y descentralizado, de asistencia a víctimas de violencia por parte del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, en estrecha colaboración con el Ministerio del Interior, Policía Nacional y Ministerio Público, que asegure la correcta atención, tratamiento y rehabilitación de las víctimas.

10. Proporcionar refugios seguros a las mujeres que huyen de la violencia.

Deben financiarse y crearse suficientes refugios temporales u otros centros seguros para las mujeres, que no comprometan su intimidad, su autonomía personal ni su libertad de circulación. Estos lugares deben prestar apoyo y asistencia para la recuperación física y mental de las mujeres, y ayudarlas a conseguir acceso a viviendas adecuadas y seguras a más largo plazo.

11. Proporcionar servicios de apoyo a las mujeres.

Deben promoverse aún más los servicios de asistencia a las mujeres que han sido víctimas de violencia en el ámbito público y privado, en colaboración con organizaciones pertinentes de la sociedad civil cuando proceda, de modo que esas mujeres puedan tener garantizado su acceso a la salud, educación, a la justicia, incluyendo el asesoramiento jurídico gratuito y de calidad en cuestión de divorcio, custodia de menores y herencia. Debe garantizarse que las mujeres tengan acceso a servicios de salud gratuita y de apoyo adecuadamente financiados, incluida la asistencia psicosocial. Los servicios deben ser accesibles, gratuitos y universales tanto desde el punto de vista idiomático como cultural, a todas las mujeres que los necesiten.

12. Reducir el riesgo de violencia armada.

Deben retirarse todas las armas de fuego de los hogares en los que se han producido actos de violencia. Debe garantizarse que el personal de salud y de asistencia social formula preguntas sobre la posesión de armas de fuego en las encuestas sobre cuestiones demográficas, sociales y de salud.

13. Recoger y publicar información sobre la violencia contra las mujeres.

Hay que asegurar que la violencia contra las mujeres queda plenamente reflejada en los informes y estadísticas oficiales, y que la recolección de información cualitativa y cuantitativa se realiza en un formato normalizado, desglosada según el género y otros factores pertinentes, y puede verificarse. Debe asegurarse que todos los organismos pertinentes del gobierno recojan y publiquen información y estadísticas integradas sobre la violencia contra las mujeres en el ámbito familiar y público. El Estado Paraguayo debe garantizar el procesamiento y difusión de la información integrada, que servirá para la formulación de políticas públicas y la elaboración de programas y políticas con miras a abordar la violencia en el ámbito familiar.

14. Informar a las mujeres sobre sus derechos y empoderarlas a través de procesos de participación y organización.

Hay que asegurar que las mujeres que han sido víctimas de violencia tengan acceso a información sobre sus derechos y a los servicios y apoyo que les corresponden. Debe exigirse que las comisarías de policía, los centros de salud y otros organismos estatales publiquen información sobre los derechos de las víctimas, con inclusión de la gama de medidas de protección disponibles. Debe exigirse que todos los organismos competentes elaboren, apliquen y comprueben el cumplimiento de directrices y procedimientos que abarquen todos y cada uno de los pasos dados al responder a casos de violencia contra las mujeres en el ámbito familiar, y especifiquen las medidas que se tomarán en caso de incumplimiento.

Debe promoverse la sensibilización, capacitación, participación y organización de las mujeres para que se conviertan en protagonistas y agentes del cambio, en la construcción de una ciudadanía activa que demanda un Estado democrático, sin exclusiones y ningún tipo de discriminación en el Paraguay.

Las recomendaciones del Programa de 14 puntos están relacionadas entre sí, y son todas importantes para abordar la problemática. En todas ellas se plasman los principios básicos siguientes:

- El objetivo de toda acción debe ser garantizar la seguridad, protección y autonomía de las mujeres, así como su bienestar físico, mental y social en el periodo posterior al sufrimiento de abusos.

- Las políticas del gobierno, las prácticas y las leyes no deben discriminar contra las mujeres por razones de género, ni de edad, origen étnico, orientación sexual, capacidad física o mental, clase social, idioma, creencias culturales o religiosas, estado civil, maternidad, ciudadanía o lugar de residencia.

- El Gobierno Paraguayo debe consultar a las víctimas y sobrevivientes y trabajar en estrecho contacto con ellas y con organizaciones no gubernamentales que tengan experiencia en materia de procedimientos para abordar la violencia contra las mujeres.

Amnistía Internacional hace un llamamiento al Gobierno Paraguayo para que ponga en práctica el "Programa de 14 puntos para la prevención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres". El Estado Paraguayo debe actuar de inmediato para hacer frente a la violencia contra las mujeres, prevenir, sancionar, impedir su repetición y tomar medidas destinadas a erradicarla por completo. Esto es imperativo.

ACERCA DEL AUTOR

El Prof. Dr. JULIO TORALES es Miembro Titular de la Junta Directiva Mundial, responsable global de la estrategia de género y Director Titular de Amnesty International Limited.

REFERENCIA

1. Índice AI Paraguay: ACT 001/011/2009 "Programa de 14 puntos para la Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres", Asunción, 2009.

NORMAS DE PUBLICACIÓN

La Revista Paraguaya de Psiquiatría es el órgano de difusión científica oficial de la Sociedad Paraguaya de Psiquiatría. Su fin primordial es la difusión de los resultados de trabajos científicos elaborados por integrantes de la Sociedad Paraguaya de Psiquiatría (o de otras Sociedades hermanas, nacionales o extranjeras), en forma de artículos científicos de alta calidad que siguen la metodología de la investigación científica y los conceptos de la ética, aportando conocimientos científicos que contribuyan a la solución de los problemas de salud mental del país y la región latinoamericana. Se publica semestralmente en un volumen por año.

- **NORMAS GENERALES**
  Por cada trabajo presentar tres copias en papel tamaño A4 (212x297mm), letra tipo Arial 11, formato de texto Microsoft WORD, espacio simple, con márgenes de 2,5mm, más la versión electrónica. Escribir sólo a una cara y enumerar consecutivamente las páginas desde la del título, en el ángulo inferior derecho de cada página. Los trabajos deben estar corregidos, sin faltas ortográficas, gramaticales o de estilo y estar acompañados de un documento con la firma de todos los autores donde expresan la ausencia de conflictos de intereses y la aceptación de publicación en la revista. Los trabajos que no reúnen las condiciones básicas indicadas en estas normas, serán rechazados en la Secretaría de Redacción de la Revista.

- **DIRECCIÓN**
  Para la entrega de las 3 copias de manuscritos para publicación dirigirse a: Sociedad Paraguaya de Psiquiatría. Cerro Corá esquina Tacuary (Edificio del Círculo Paraguayo de Médicos), primer entre piso. Telefax: 595 21 328 15 07. Asunción, Paraguay. Luego de haber entregado los manuscritos, el trabajo deberá ser enviado al correo electrónico del Editor: revista@psiquiatriaparaguaya.org

- **CATEGORIAS DE PUBLICACIONES DE LA REVISTA**
  Artículo original: trabajo inédito derivado de una investigación médica que aporta información nueva sobre aspectos específicos y contribuye de manera relevante al conocimiento científico. Sigue el formato estándar internacional, Introducción, Material y Métodos, resultados y Discusión (IMRD).

  Artículo de revisión: presenta el estado actual del conocimiento sobre un tema e incluye dos categorías: 1. solicitado directamente por la editorial a personas expertas en el tema; 2. presentado por profesionales interesados en un tema particular. Debe incluir un resumen con énfasis en el significado de los hallazgos recientes, una introducción al tema señalando el desarrollo pasado y reciente actualizado con referencias de publicaciones de trabajos de otros autores sobre el tema. El desarrollo queda a discreción del autor y se aconseja que incluya tablas, esquemas y figuras que hagan ágil la lectura del texto y ofrezcan una comprensión más rápida de su contenido. La revisión debe incluir un análisis crítico de la literatura, datos propios de los autores y una conclusión final.

  Comunicaciones cortas: es el informe de resultados parciales (preliminares) o finales de una investigación cuya divulgación rápida es de gran importancia.

  Reporte de casos: son ejemplos de casos clínicos de enfermedades que destacan alguna particularidad llamativa o señalan un hallazgo especial de las mismas, con una revisión breve de la literatura pertinente.

  Artículo de interés: es un manuscrito científico que presenta la opinión sustentada del autor sobre un tema específico de psiquiatría o salud mental de actualidad.

  Artículo de opinión: es un manuscrito filosófico, literario o científico que presenta la opinión personal del autor sobre un tema específico de psiquiatría o salud mental de actualidad.

  Comentarios o cartas al editor: manuscritos cortos solicitando aclaraciones o presentando comentarios sobre el material publicado en la revista. La decisión sobre la publicación de las cartas recibidas queda a discreción del Editor de la Revista.

  Comentarios bibliográficos: son escritos críticos breves sobre libros de la psiquiatría, psicología o salud mental.

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LOS MANUSCRITOS

Todo material propuesto para publicación y presentado en la Revista Paraguaya de Psiquiatría será revisado por el Editor, Consejo Editorial y Comité de Revisores Externos y posteriormente será enviado para la "evaluación externa por pares" a dos evaluadores o pares científicos. El Editor o Secretario de Redacción informará al autor principal o correspondiente de la recepción de su trabajo, le comunicará posteriormente los comentarios de los revisores y le hará saber la decisión final sobre la publicación de su manuscrito en la revista.

La Revista Paraguaya de Psiquiatría se reserva el derecho de aceptar o rechazar los artículos y de hacer sugerencias para mejorar su presentación.

Una vez que el autor reciba los comentarios de los revisores, deberá contestarlos punto por punto e incorporar las modificaciones correspondientes en el texto. Si en el transcurso de las tres semanas siguientes no se recibe la respuesta de los autores, el Editor o Consejo Editorial retirará el manuscrito.

Una vez aceptado el manuscrito para publicación no se aceptarán modificaciones sobre su contenido y los autores deberán enviar una declaración de cesión de los derechos de autor a la revista, la cual debe ser firmada por todos los autores. Los originales de los artículos aceptados para publicación permanecerán en los archivos de la revista hasta por un año.

- **PREPARACIÓN DEL MANUSCRITO:**
  El manuscrito deberá incluir las siguientes secciones para todas las categorías de artículos:

Hoja de presentación:

- Título en español: corto (no más de diez palabras) claro, conciso y específico, sin abreviaturas.
- Título en inglés: traducción fiel del español.
- Apellidos completos y siglas de nombres de los autores separados por comas.
- Afiliación institucional: nombre de la/s Institución/es donde se llevó a cabo el trabajo.
- Autor correspondiente: nombre del autor responsable, dirección completa, teléfono, fax y correo electrónico para contactarlo.
- Fuentes de financiación.

Resúmenes:

- Resumen estructurado (introducción, objetivo, material y métodos, resultados y conclusión) o no estructurado en español y en inglés, redactado en tiempo pretérito. Cada uno no debe tener más de 250 palabras. No se permite el uso de referencias ni siglas o acrónimos.

Palabras clave:

- Se requieren 3 a 10 palabras clave en cada idioma (español e inglés). Consulte los descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) del índice de la Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS) en http://decs.bvs.br; para verificar el inglés consulte los Medical Subject Headings (MeSH) del Index Medicus en http://www.nlm.nih.gov/meshhome.htm

Conflicto de intereses y financiación:

- Se debe incluir antes de la referencias bibliográficas del manuscrito un párrafo en el que se expresa si existen o no conflictos de intereses, además de incluir la fuente de financiación de la investigación.

Referencias bibliográficas:

- Numere las referencias consecutivamente según el orden de las citas mencionadas en el texto utilizando referencias numéricas (número arábigo superíndice). No cite como referencias las observaciones inéditas o las comunicaciones personales. Si debe incluir como referencias artículos aceptados que aún no han sido publicados, indique el título de la revista y escriba el término "en prensa" para lo cual deberá tener la constancia del editor de dicha revista que lo habilita para citar dicho artículo.
- Consulte la lista de publicaciones periódicas del *INDEX MEDICUS* (http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html) para la abreviatura exacta de la revista citada. Si la revista no aparece, escriba el título completo de la revista. Transcriba solamente los seis primeros autores del artículo, seguido de et al. Consulte a Lilacs, Latindex, Scielo, Hinari u otras fuentes bibliográficas pertinentes para incluir referencias nacionales y latinoamericanas en su artículo.
- Todas las referencias bibliográficas seguirán las normas internacionales de Vancouver. (véase más adelante).

Artículos originales:

- Seguirán el formato internacional estandarizado **IMRD** (Introducción, Material y Métodos, Resultados y Discusión).
- **Introducción**: Empiece escribiendo una breve referencia al tema investigado. Redacte el cuerpo de la introducción con una revisión bibliográfica no muy extensa y pertinente al tema. Coloque la/s cita/s bibliográfica/s correspondiente/s a cada artículo que ha utilizado para escribir este apartado. No incluya datos ni conclusiones del trabajo que ha realizado. Incluya aquí el o los objetivos del trabajo y termine remarcando la relevancia del trabajo. Redáctelo en tiempo presente.
- **Material y Métodos:** Redáctelo en tiempo pasado, describiendo claramente el diseño del trabajo, la selección de los sujetos de observación o experimentación, características clínico-demográficas y periodo de tiempo del estudio, criterios de inclusión y exclusión. Identifique los métodos, equipos y procedimientos detalladamente de manera que otros investigadores puedan reproducir sus resultados. Identifique exactamente medicamentos y productos químicos utilizados, con su nombre genérico, dosis y vías de administración. Describa exactamente el experimento y los grupos de sujetos del estudio, así como su aleatorización, la estimación del tamaño de la muestra y los métodos estadísticos utilizados con detalle para que el lector pueda verificar los resultados. Cuantifique sus resultados y preséntelos con indicadores apropiados de error o incertidumbre de la medición (intervalos de confianza, valor de p, etc). Especifique el software utilizado.
- **Asuntos éticos:** Respete en todo momento los tres principios básicos de la ética como el respeto por los sujetos, el principio de beneficencia y el de justicia. No pueden publicarse nombres, iniciales ni número de historias clínicas de pacientes, descripciones, fotografías u otros detalles que identifiquen al paciente, especialmente en material ilustrativo, a menos que sea indispensable para la publicación. En este caso el paciente, padre o responsable legal debe expresar su consentimiento por escrito (con consentimiento informado). Cuando se trate de trabajos que incluyen experimentos en seres humanos, incluir si los procedimientos cumplen con los estándares éticos del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) y de la declaración de Helsinki de 1975, revisada en el 2000. Cuando se trate de experimentos con animales indicar si se han cumplido los principios básicos de carácter internacional aplicables a las investigaciones biomédicas con animales elaborados por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) y del Consejo Internacional de Ciencia y Animales de Laboratorio (ICLAS).
- **Resultados:** Presente sus resultados con una secuencia lógica mediante texto, tablas o figuras. No repita en el texto los datos de cuadros y figuras sin embargo destaque o resuma las observaciones más importantes. Las tablas, figuras y fotos se presentarán según el orden mencionado en el texto, ajustándose al formato de la publicación y la editorial podrá modificarlas si presentan dificultades técnicas. El número de gráficos no debe exceder de seis y cada uno debe tener título y nota explicativa al pié. Redáctelo en tiempo pasado y no utilice citas bibliográficas en este apartado. No presente las tablas con cuadrícula ni sombreado en el texto que impidan su buena visualización.
- **Discusión:** Destaque los aspectos nuevos e importantes del estudio y las conclusiones que se derivan de ellos, afrontándolos con resultados presentados por otros autores e indicando exactamente su referencia bibliográfica. No repita nuevamente los resultados u otra información ya destacada en los apartados anteriores del manuscrito. Explique el significado de sus resultados, las limitaciones que existieron y haga referencia a la relevancia de sus hallazgos y/ o posibles futuros trabajos de investigación. Relacione los resultados con otras experiencias

y establezca el nexo entre la conclusión y los objetivos. O sea concluya respondiendo a la pregunta de investigación u objetivo que figura en su introducción. A uno o más objetivos, una o más conclusiones, las cuales estarán insertas en los últimos párrafos de este apartado. Cuando sea pertinente puede incluir recomendaciones. Redáctelo en tiempo presente.
- **Referencias bibliográficas:** Los artículos originales deberán contener como mínimo 20 referencias bibliográficas.

Artículos de revisión:
- **Introducción:** Enuncie y defina el tema a ser tratado, siguiendo con una cuidadosa y pormenorizada revisión de la literatura de modo a presentar todos los datos más relevantes sobre su tema en los últimos años.
- **Subtítulos:** Usted tiene la libertad de dividir su escrito de acuerdo al orden de su plan de exposición utilizando diversos apartados subtitulados según crea conveniente. Puede utilizar además figuras, cuadros o esquemas ilustrativos que expliquen detalles de su tema de revisión. Siempre todo lo enunciado se acompañará de la cita bibliográfica correspondiente.
- **Conclusión**: Luego de redactar toda su revisión, terminará su manuscrito con una conclusión crítica, como especialista, acerca del tema revisado.
- **Referencias bibliográficas:** Deberán contener como mínimo entre 30 a 50 referencias bibliográficas de los últimos años.

Comunicaciones cortas:
- Como son comunicaciones que no alcanzan para una publicación completa (full papers) serán redactadas siguiendo los ítems de un artículo original con formato IMRD pero, en forma corta, de modo que el trabajo no alcance más de tres páginas. No más de una figura o una tabla. Agradecimientos y bibliografía igual que en un artículo original completo.

Reporte de casos:
- Puede ser de uno o de series de casos o casos familiares y siguen los siguientes ítems:
- **Introducción:** Sobre el tema con una breve revisión bibliográfica.
- **Presentación del caso clínico:** Describa completamente el o los casos a presentar, uno por uno, sin incluir referencias, en tiempo presente.
- **Discusión:** Siga la metodología de discusión como en un artículo original en base a la revisión de la literatura. Incluya además los diagnósticos diferenciales.
- **Referencias bibliográficas** no más de 25 y hasta tres tablas o tres figuras.

Artículo de interés:
- Serán solicitados por la editorial así como los artículos de revisión. Deberán aportar un real interés científico actualizado sin tener un análisis crítico, criterio que requiere el artículo de revisión.
- Introducción, texto o desarrollo del tema con sus citas bibliográficas, conclusión y referencias bibliográficas. Puede incluir no más de tres figuras o tres cuadros.

Artículo de opinión:
- Serán solicitados por la editorial así como los artículos de revisión. Deberán aportar un real interés filosófico, literario o científico, sin necesidad de tener un análisis crítico, criterio que requiere el artículo de revisión.
- Texto o desarrollo del tema, con citas y referencias bibliográficas. Puede incluir no más de tres figuras o tres cuadros.

Cartas al Editor:
- Tienen la finalidad de estimular la discusión de temas generales de interés para la psiquiatría, la psicología o la salud mental o de los artículos publicados (en el volumen inmediato anterior de la Revista) en forma de críticas constructivas. Puede ser también comunicaciones de observaciones científicas muy breves, que no requieran del espacio de artículos cortos o completos. Redacte máximo en tres páginas. Puede utilizar una tabla o figura y hasta cinco referencias bibliográficas si es necesario. No olvide su dirección de correspondencia.

Comentarios bibliográficos:
- Escritos críticos sobre libros de psiquiatría, psicología o salud mental que cree pertinente e informativo redactar. Incluye una redacción crítica de no más de una página con la referencia correspondiente.

▪ REQUERIMIENTOS UNIFORMES PARA LOS TRABAJOS ORIGINALES ENVIADOS A LAS PUBLICACIONES BIOMÉDICAS

Referencias bibliográficas

Las referencias se numerarán de manera correlativa según el orden en el que aparecen por primera vez en el texto. Se identificarán en el texto, tablas y leyendas mediante números arábigos entre paréntesis. Las referencias que se citan sólo en las tablas o en las leyendas de las figuras se numerarán de acuerdo con el orden establecido por la primera identificación dentro del texto de cada tabla o figura.

Los ejemplos siguientes están basados en la forma usada por la National Library of Medicine (NLM) de los Estados Unidos en el Index Medicus. Se deberán escribir en abreviatura los títulos de las revistas según el estilo empleado en el Index Medicus, para lo cual se puede consultar la List of Journals Indexed que se publica anualmente como publicación específica y en el número correspondiente al mes de enero de Index Medicus. El listado también se puede obtener a través de Internet: http://www.nlm.nih.gov.

Es conveniente evitar citar como referencia los resúmenes presentados en congresos u otras reuniones. Las alusiones a trabajos admitidos para su publicación pero aún no publicados deberán aparecer como «en prensa» o «de próxima aparición»; los autores deberán obtener permiso escrito para citar estos trabajos así como tener constancia de que están admitidos para su publicación. La información sobre trabajos presentados pero que no han sido aceptados deberá aparecer en el texto como «observaciones no publicadas» y siempre con consentimiento escrito por parte de los responsables de la fuente de información.

En la medida de lo posible, se evitará utilizar expresiones como «comunicación personal», a menos que lo citado suministre información esencial que no se pueda obtener de fuentes publicadas, en cuyo caso el nombre de la persona y la fecha en que se efectuó la comunicación deberán constar entre paréntesis en el texto. Si se trata de artículos científicos, los autores necesitarán obtener permiso escrito de donde proceda la información particular, y confirmación de la exactitud de la misma.

El autor deberá comprobar las referencias cotejándolas con los documentos originales.

El estilo de los «Requisitos de Uniformidad» (estilo Vancouver) se basa en su mayor parte en un estilo estándar ANSI adaptado por la NLM para sus bases de datos. En los puntos donde el estilo Vancouver difiere del estilo utilizado por la NLM, se ha hecho referencia a ello, explicando en qué consiste la diferencia.

Siempre consulte http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html a fin de obtener la versión más actualizada de los estilos de referencia.

Artículos de Revistas

(1) Artículo estándar
Incluir los seis primeros autores y a continuación escribir et al. (Nota: la NLM incluye un máximo de 25 autores; si hay más de 25 la NLM anota los 24 primeros, luego el último, y finalmente et al.).
Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart Transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. Ann Intern Med 1996 Jun 1;124(11):980-3.
Como opción, si una revista utiliza paginación correlativa a lo largo del volumen (como suelen hacer la mayoría de las revistas médicas) el mes y el número del ejemplar pueden omitirse. (Nota: Para ser coherentes, esta opción se utiliza a lo largo de los ejemplos en los «Requisitos de Uniformidad». La NLM no utiliza esta opción).
Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart Transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. Ann Intern Med 1996;124:980-3.
Más de seis autores: Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childood leukaemia en Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. Br J Cancer 1996;73:1006-12.

(2) Autor corporativo
The Cardiac Society of Australia and New Zeeland. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996;116:41-2.

(3) No se indica el nombre del autor
Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J 1994;84:15.

(4) Artículo en otro idioma distinto del inglés
(Nota: la NLM traduce el título al inglés, lo mete entre corchetes y añade una indicación del idioma original en abreviatura.
Ryder TE, Haukeland EA, Solhaug JH. Bilateral infrapatellar seneruptur hos tidligere frisk kvinne. Tidsskr Nor Laegeforen 1996;116:41-2.

(5) Suplemento de un volumen
Shen HM, Zhang QF. Risk assesment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. Environ Health Perspect 1994;102 Supl 1:275-82.

(6) Suplemento de un número
Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women´s psichological reactions to breast cancer. Semin Oncol 1996;23(1 Supl 2):89-97.

(7) Parte de un volumen
Ozben T, Nacitarhan S, Tuncer N. Plasma and urine sialic acid in non-insulin dependent diabetes mellitus. Ann Clin Biochem 1995;32(Pt 3):303-6.

(8) Parte de un número
Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in aging patients. N Z Med J 1994;107(986 Pt 1):377-8.

(9) Número sin volumen
Turan I, Wredmark T, Fellander-Tsai L. Arthroscopic ankle arthrodesis in reumathoid arthritis. Clin Orthop 1995;(320):110-4.

(10) Sin número ni volumen
Browell DA,Lennard TW. Inmunologic status of the cancer patient and the effects of blood transfusion on antitumor responses. Curr Opin Gen Surg 1993:325-33.

(11) Paginación en números romanos
Fisher GA, Sikic Bl. Drug resistance in clinical oncology and hematology. Introduction. Hematol Oncol Clin North Am 1995 Abr;9(2):XI-XII.

(12) Indicación del tipo de artículo según corresponda
Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson´s disease [carta]. Lancet 1996;347:1337. Clement J, De Bock R. Hematological complications of antavirus nephropathy (HVN) [resumen]. Kidney Int 1992;42:1285.

(13) Artículo que contiene una retractación
Garey CE, Schwarzman AL, Rise ML, Seyfried TN. Ceruloplasmin gene defect associated with epilepsy in the mice. [retractación de Garey CE, Schwarzman AL, Rise ML, Seyfried TN. En: Nat Genet 1994;6:426-31]. Nat Genet 1995;11:104.

(14) Artículo retirado por retractación
Liou GI, Wang M, Matragoon S. Precocius IRBP gene expression during mouse development [retractado en Invest Ophthalmol Vis Sci 1994;35:3127]. Invest Ophthalmol Vis Sci 1994;35:1083-8.

(15) Artículo sobre el que se ha publicado una fe de erratas
Hamlin JA, Kahn AM. Herniography in sinptomatic patients following inguinal hernia repair [fe de erratas en West J Med 1995;162:278]. West J Med 1995;162:28- 31.

Libros y Otras Monografías
(Nota: el estilo Vancouver anterior añadía, de manera errónea, una coma en lugar de un punto y coma entre el editor y la fecha).

(16) Individuos como autores
Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 20 ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

(17) Editor(es), compilador(es) como autores
Norman IJ, Redfern SJ, editores. Mental health care for elderly people. Nueva York: Churchill Livingstone; 1996.

(18) Organización como autor y editor
Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid programme. Washington (DC): The Institute; 1992.

(19) Capítulo de libro
(Nota: el anterior estilo Vancouver tenía un punto y coma en lugar de una «p» para la paginación).
Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertensión and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editores. Hypertensión: pathophysiology, diagnosis and management. 20 ed. Nueva York: Raven Press;1995. p. 465-78.

(20) Actas de conferencias
Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophisiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophisiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japón. Amsterdam: Elsevier; 1996.

(21) Ponencia presentada a una conferencia
Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. En: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienholf O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Ginebra, Suiza. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

(22) Informe científico o técnico
Publicado por la agencia patrocinadora:
Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Fynal report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US), Office of Evaluation and Inspections; 1994 Oct. Report No.: HHSIGOE169200860.
Publicado por la agencia responsable de su desarrollo:
Field MJ, Tranquada RE, Feasley JC, editors. Health Services Research: work force and educational issues. Washington: National Academy Press; 1995. Contrato N1.: AHCPR282942008. Patrocinado por la Agency for Health Care Policy and Research.

(23) Tesis doctoral (o similar)
Kaplan SJ. Post-hospital home health-care: the elderly´s acces and utilization [tesis doctoral]. San Luis (MO): Washington Univ.; 1995.

(24) Patente
Larsen CE, Trip R, Johnson CR, inventors; Novoste Corporation, assignee. Méthods for procedures related to the electrophisiology of the heart. US patente 5,529,067. 1995 Jun 25.

Otros trabajos publicados

(25) Artículo de periódico
Lee G. Hospitalitations tied to ozone pollution: study estimates 50.000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sec. A:3 (col. 5).

(26) Material audiovisual
VIH +/SIDA: the facts and the future [videocassette]. San Luis (MO): Mosby-Anuario; 1995.

(27) Documentos legales
Ley aprobada: Preventive Healths Amendments of 1993 Pub. L. No.103-183, 107 Stat 2226 (Dec. 14, 1993).
Proyecto de ley: Medical Records Confidentiality Act of 1995, S. 1360, 104th Cong., 1st Sess. (1995).
Código de Regulaciones Federales: Informed Consent, 42 C.F.R. Sect. 441257 (1995).
Comparecencia: Increased Drug Abuse: the impact of the Nation´s Emergency Rooms: Hearings before the Subcomm. on Human Resources and Intergovernmental Relations of the House Comm. on Goverment Operations, 103rd Cong., 1st Sess. (May 26, 1993).

(28) Mapa
North Carolina. Tuberculosis rates per 100,000 population, 1990 [mapa demográfico]. Raleigh: North Carolina Dept. of Environment, Health and Natural Resources Div. of Epidemiology; 1991.

(29) Libro de la Biblia
La Sagrada Biblia. Versión del Rey Jaime. Grand Rapids (MI): Zondervan Publishing House; 1995. Ruth 3:1-18.

(30) Diccionarios y obras de consulta similares
Stedman´s medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

(31) Obras clásicas
The Winter´s Tale: act 5, scene 1, lines 13-16. The complete Works of William Shakespeare. Londres: Rex; 1973.

Material no publicado

(32) En prensa
(Nota: la NLM prefiere poner «de próxima aparición» puesto que no todos los informes serán impresos). Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Engl J Med. En prensa 1997.

Material Informático

(33) Artículo de revista en formato electrónico
Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [citado 5 Jun 1996];1(1):[24 pantallas]. Disponible en: URL: http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm.

(34) Monografía en formato electrónico
CDI, clínical dermatology illustrated [monografía en CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Versión 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

(35) Archivos de ordenador
Hemodynámics III: the ups and downs of hemodynámics [programa de ordenador]. Versión 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

▪ CITACIÓN DE LOS REQUISITOS DE UNIFORMIDAD

Los «Requisitos de Uniformidad para manuscritos presentados a Revistas Biomédicas» y las declaraciones que se incluyen en este documento están publicados en revistas de todo el mundo (y ahora diferentes páginas WEB contienen el documento). Para citar la versión más reciente de los «Requisitos de Uniformidad», debemos asegurarnos de que sea una versión publicada el 1 de enero de 1997 o posteriormente a esa fecha.

REVISTA PARAGUAYA DE PSIQUIATRÍA