



**VIOLENCIA DE GÉNERO: SU IMPACTO EN EL PSIQUISMO INFANTO  
JUVENIL. TEORÍA DEL APEGO Y NEUROCIENCIAS**

Ana María Martorella

[amartor@intramed.net.ar](mailto:amartor@intramed.net.ar)

Violencia de género, teoría del apego, neurociencias.

**RESUMEN**

La Violencia de Género se ha transformado en un síntoma social alarmante para la sociedad toda. Los hijos se convierten así en testigos obligados de estos episodios aterradoros, impactando en su psiquismo y afectando, no sólo su proceso de identificación con estos modelos aberrantes de vinculación, sino además su biología (eje hipotálamo-hipófisis-adrenal), lo cual determina el desarrollo de psicopatologías asociadas a trastorno de estrés postraumático como ser el Trastorno Explosivo Intermitente y del Control de los Impulsos. Se plantean una serie de casos de pacientes menores de edad (5 varones, 3 mujeres) que consultan por sintomatología compatible, cuyas familias presentan este tipo de disfuncionalidades violentas. Se utilizan herramientas de medición de riesgo para ofrecer sus resultados cuantitativos (cuestionario de maltrato psicológico, escala de autoestima, escala de inadaptación, escala de gravedad de síntomas de estrés post-traumático, subescala de ansiedad de la escala de depresión de Beck) estimativos para la visualización del debilitamiento del rol materno como figura de apego seguro, y las conclusiones de la entrevista semiestructurada de recolección de datos de la anamnesis. Se proponen modelos de intervención asistencial y preventivas tendientes a fortalecer grupos de apoyo social y lazos solidarios, a partir de los aportes antropológicos basados en la teoría del apego, y asesoramiento a los dispositivos de protección de la niñez y de la mujer, con el objeto de orientarlos en el reconocimiento de riesgos y la necesidad de decisiones adecuadas en cuanto a acciones de protección de los miembros de dichas familias.



## **INTRODUCCIÓN**

Ante la necesidad de conocer las causas del aumento de consultas de psicopatologías infanto juveniles por trastornos de conducta y si existe relación con violencia interparental, se ha realizado una revisión bibliográfica mediante la consulta de varias bases de datos, con mejores resultados en obtención de material adecuado y fiable en Google, PubMed, Dialnet y EBSCO. Los autores seleccionados han focalizado sus investigaciones sobre la problemática de la violencia doméstica asistida por los hijos, a través de diversos marcos teóricos como son la teoría del apego, el estrés postraumático, las psicopatologías infanto juveniles y la disfuncionalidad en las relaciones parentales. Se han observado coincidencias que respaldan la perturbación del psiquismo inmaduro a partir de la convivencia con la victimización de la madre por parte de la figura paterna, que promueve dificultades de ajuste adaptativo socioemocional junto a reproducción de conductas agresivas externalizadas y/o autolesivas, y a identificaciones por modelado de la figura paterna violenta, en los hijos varones, y de pasividad y sumisión en las muchachas. Además, se observan trastornos de personalidad basados en apego desorganizado. Finalmente, se recomienda la evaluación de indicadores de la pareja parental ante cualquier psicopatología infanto juvenil. Se sabe que "las relaciones parento-filiales han sido halladas como mediadoras y moderadoras del vínculo existente entre los conflictos maritales y las desregulaciones emocionales infantiles manifiestas a través de la externalización de su comportamiento". (Davies et al., 2002, en Johnson & Lieberman, 2007). Existe, por lo tanto, "la necesidad de dar visibilidad a estos niños y niñas que, a pesar de verse inmersos en el proceso que implica una situación de violencia de género, no son considerados legal ni socialmente como víctimas directas, dificultando así el proceso de intervención y de recuperación" (Monsalve, 2014). Si bien existen trabajos publicados al respecto en la bibliografía internacional y española actual, en Argentina se comprueba escaso material destinado a guiar a los dispositivos sanitarios para que se impliquen en la resolución de esta problemática en forma integral, como así tampoco la existencia de trabajos nacionales comprometidos con este tema y de autoría confiable, pese a que uno de los estudios encontrados refiere que "el 40 a 60% de las mujeres entrevistadas (en la maternidad del Hospital Álvarez de la Ciudad de Buenos Aires) refirieron haber sufrido alguna forma de violencia conyugal o familiar" (Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, 2010).



Olaya, Tarragona, de la Osa & Ezpeleta, (2008) afirman: "La violencia doméstica se refiere a un patrón de comportamientos agresivos y coercitivos que presentan los adultos hacia su compañero/a íntimo/a (Jouriles, McDonald, Norwood, & Ezell, 2001). Actualmente, este es uno de los problemas más importantes en nuestra sociedad. (...) Las estadísticas disponibles no informan de cuántos niños en esos hogares han sido testigos de esa violencia. Por cada millón de mujeres, 4 fueron asesinadas por su pareja en 2006; en este caso las estadísticas indican que en al menos 10.14% de los asesinatos el agresor mató a su pareja en presencia de los hijos (Centro Reina Sofía para el estudio de la Violencia, 2007). Se estima a la baja que alrededor de 3.3 millones de niños al año son testigos de la violencia física y verbal entre esposos (Farnós & Sanmartín, 2005). En población general de edad escolar entre un 20 y un 25% de los niños han visto a sus padres pegarse (McCloskey & Walker, 2000). Entre el 30 y el 60% de los casos en los que la mujer es maltratada, los niños también lo son (Edleson, 1999). (...) Mientras la sociedad está tomando conciencia de la gravedad del problema de las mujeres maltratadas, la problemática de los niños, que también viven día a día el conflicto, pero con menos recursos para afrontarlo, es un tema ignorado" (p.123). Basan su investigación en una revisión de instrumentos para el cribado y el diagnóstico del abuso físico, psicológico y sexual y el patrón de violencia hacia la mujer del Observatorio de la Salud de la Mujer de la Escuela Andaluza de Salud Pública (2005). "Sin embargo, cuando hay niños en el círculo de la violencia doméstica, existen algunas cuestiones específicas sobre la exposición que se deben conocer y evaluar desde su perspectiva. A pesar de la importancia de la información proporcionada por el niño, la mayoría de los estudios sobre maltrato infantil en general, y de exposición a violencia doméstica en particular, no lo incluyen en el proceso evaluativo. Con poca frecuencia las investigaciones estudian el contexto familiar desde los ojos del niño (...). Tanto los organismos que atienden a las mujeres víctimas de maltrato por su pareja y los servicios de protección al menor suelen dejar de lado la evaluación de la violencia doméstica en los niños, a pesar de que la presencia de esta circunstancia dificulta las intervenciones. El resultado es que los niños testigos de violencia doméstica se convierten, como señala Osofsky (1995), en las víctimas invisibles" (p. 124). Parfraseando a estas autoras, coincido en que la violencia doméstica se establece en relación a la ley de silencio social, dejando además a los menores desprotegidos debido a la falta de instrumentos adecuados para medir el nivel cognitivo de los niños y consideraciones éticas en relación al abordaje de este tema directamente con las víctimas infantiles y adolescentes, ya



que la disponibilidad de sistemas de evaluación de violencia doméstica que se centren tanto en la madre como en el niño y que evalúen directamente la violencia de género es escasa.

También Serrano, Moreno & Galán (2014) ponen de relieve "la importancia de las relaciones familiares, ya sean parento-filiales o interparentales, en la aparición de psicopatología en la infancia y adolescencia" y consideran de "suma importancia identificar y explicar la influencia que aporta la familia, y qué dinámicas conyugales se establecen en factores de riesgo para los problemas de salud mental de los menores", ya que, "son los padres los que garantizan la adaptación y el desarrollo de los hijos al ofrecer una relación interactiva estable, que se constituirá en una base emocional segura para que los hijos exploren su ambiente" (p. 7).

Existen varios autores, de diversos marcos teóricos, dedicados a investigar los efectos de la violencia interparental en el psiquismo infanto juvenil, que se manifiestan a través de diversos tipos de conductas. Zhang, Finy, Bresin, & Verona, (2015) establecen que "la investigación sobre las relaciones ante agresión familiar (ej. agresión interparental, abuso parental de hijos) y regulación en los jóvenes sugiere que los niños/as y adolescentes que crecen en familias violentas y desarmoniosas presentan elevado riesgo para un amplio rango de internalización y externalización psicopatológica, incluyendo agresividad y pensamientos y conductas suicidas. Sin embargo, las relaciones entre los problemas de conducta infantil y los patrones específicos de conflicto en el hogar no han sido explorados en forma completa. Son necesarias más investigaciones sobre si el conflicto ocurre entre los padres o en el vínculo parento-filial, o si el conflicto toma la forma de agresión física o psicológica (...) La mayoría de los estudios han utilizado medidas de banda ancha de psicopatología infantil en oposición al examen de formas específicas de mala adaptación tal como autolesión versus daño dirigido a otros (...) A pesar de investigaciones sustanciales sobre riesgo temperamental para la psicopatología juvenil, pocos estudios han examinado los rasgos de la personalidad juvenil como factores protectores o de riesgo para la mala adaptación relacionada con exposición a agresividad familiar" (p.161).

**Violencia Intrafamiliar: Relaciones Parentales disfuncionales**

Serrano et al. (2014) analizan la relación existente entre la psicopatología infanto-juvenil y el vínculo conyugal, donde refieren: que los conflictos en el vínculo conyugal podrían provocar en los hijos un sufrimiento traducido, en muchos casos, en problemas conductuales que vislumbran una falta de adaptación del niño a su ambiente; que son las disputas maritales las que dan lugar a los problemas de adaptación del niño y no a la inversa, en coincidencia con Cortés (2002); y que no es precisamente el divorcio, sino las divergencias conyugales lo que mejor puede predecir los problemas adaptativos en la infancia. Existen numerosos estudios que relacionan la presencia tanto de los problemas externalizados como de los conflictos internalizados en los niños con el vínculo conyugal disfuncional, por lo que correlacionan la desarmonía conyugal con la conducta agresiva en los hijos como una herramienta apropiada para resolver los problemas con los demás, lo cual los conduce a más probabilidades de desarrollar conductas delictivas y antisociales. Así mismo, hallaron "varios estudios que postulan que, a mayor percepción de hostilidad entre los padres, los hijos tienen más probabilidades de presentar síntomas ansiosos y depresivos" (p. 9).

Los resultados de su trabajo, con respecto a las dimensiones psicopatológicas de los niños y adolescentes (Tabla 1) concluyen que las parejas que presentan vínculo conyugal desajustado tienen hijos que evidencian mayor grado de síntomas psicopatológicos, menor nivel de competencia y más conductas de aislamiento depresivo; mientras que en aquellas parejas que alcanzan mayor grado de acuerdo en aspectos importantes de la relación, los hijos manifiestan menos somatizaciones, menor tendencia a externalizar los conflictos y a desarrollar psicopatología en general, si se tiene en cuenta el consenso marital percibido por la madre. También, han hallado "mayor puntuación en problemas internalizados cuando hay desarmonía en las dimensiones satisfacción conyugal, expresión del afecto y ajuste global, y mayor puntuación en problemas externalizados cuando el desajuste se produce en el consenso marital" (p. 20). La sintomatología externalizante y el grado de psicopatología general de los niños depende de la vivencia y percepción que tiene la madre de su relación de pareja. "En efecto, a excepción de la "cohesión", todas las dimensiones analizadas del vínculo conyugal informadas por la madre se relacionan con problemas externalizados y con la puntuación global de psicopatología. Esto solo ocurre en el caso de la madre y no del padre, con lo que la vivencia placentera de la madre con respecto a su relación de pareja va a suponer un factor protector contra



la manifestación de problemas externalizados en los hijos y con el grado de psicopatología en general” (p. 20). Mientras que, la ausencia de problemas somáticos y/o problemas internalizados en los hijos se asocia a la percepción de ajuste en tres de las dimensiones conyugales analizadas (consenso, expresión de afecto y ajuste total), lo cual sugiere que el sentimiento de bienestar materno en su relación de pareja representa una variable preventiva de estos síntomas en la descendencia (Serrano et al., 2014).

Medias y desviaciones típicas de las de las escalas del CBCL		
	<b>M</b>	<b>SD</b>
<b>Escalas clínicas</b>		
Ansiedad/Depresión	64	9.8
Aislamiento Depresivo	63.7	10.7
Quejas Somáticas	62.2	8.6
Conducta Delincuente	61.4	9.3
Conducta Agresiva	65.9	10.3
Problemas Sociales	61.1	8.1
Problemas de Pensamiento	61.1	8.7
Problemas de Atención	63.7	9.1
<b>Subescalas clínicas</b>		
Problemas internalizados	64.1	10.1
Problemas externalizados	63.6	10.3
Problemas Total	65.3	8.5
<b>Escalas de competencia</b>		
Actividades	31.2	7.5
Socialización	37.4	8.8
Escolarización	39.7	10.4
Competencia Total	29.4	9.2

Tabla 1. Dimensiones psicopatológicas de los niños y adolescentes (Serrano et al., 2014, p. 14).

### **Teoría del Apego: su clasificación.**

Bowlby elaboró la teoría del apego en el infante humano entre 1969 y 1980, a partir de conceptos aportados por la etología y el psicoanálisis, para describir los efectos que producen las experiencias tempranas con respecto a la relación de la primera figura vincular en el desarrollo del niño, para luego investigar sus influencias en la capacidad de resiliencia frente a eventos estresantes que ocurren en el niño durante el primer año de vida con el cuidador, generalmente la madre, dependiendo de su grado de disponibilidad (Moneta, 2014). Clasifica al apego en dos tipos: *seguro* e *inseguro* (Tabla 2), siendo este último subclasificado en *evitativo* y *ambivalente*, y caracterizado por inestabilidad, dependencia y temor al abandono de la figura significativa de apego (Ippolito, S., 2014).

Para Zeanah et al. (2008), “la teoría del apego es actualmente aceptada como un componente vital del desarrollo social y emocional en edades tempranas de la vida (...) y ha sido muy útil debido a que ha inspirado considerables investigaciones que han incrementado nuestra comprensión de los principios de la misma” (p. 221).



Lyons-Ruth, (2008) pone de manifiesto que cuando se interrumpe la comunicación afectiva en edades tempranas, en torno a los 18 meses del niño, es un predictor significativo de sintomatología patológica y otras conductas disruptivas en el futuro. Por otra parte, un *apego desorganizado* va a influir en los procesos de desarrollo, al ser interrumpidos de forma temprana en la infancia, y también en otros procesos en el futuro (Figuras 1 y 2, y Tabla 3).

Por su lado, Zeanah et al. (2008) han revisado la construcción de los desórdenes del apego, poniendo especial atención en el *trastorno del apego reactivo* (RAD), descritos formalmente en la literatura psicológica desde 1980, en la tercera edición del *Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Desórdenes Mentales (DSM III)*, cuyos criterios han sido revisados tanto en los *DSM IV y V* como en el *CIE-10* de la OMS en 1992; recogen información de otros investigadores, quienes establecieron su validez de constructo para la evaluación de la calidad del apego parento-filial en niños pequeños, y describen el *apego desorganizado* extendiendo el valor de la clasificación del Procedimiento de Situación Extraña (SSP) a las poblaciones clínicas de niños pequeños.

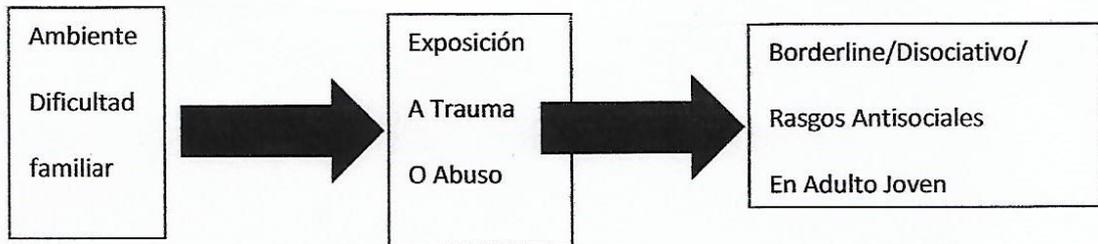
Se ha dado especial importancia a la clasificación del SSP, tipificando el apego como *seguro, evitativo, resistente y desorganizado* respectivamente, que son considerados factores de riesgos o de protección para los diferentes desórdenes psicopatológicos y no como entidades diagnósticas en sí mismas (Zeanah et al, 2008). La existencia de problemas de apego en la infancia, especialmente los apegos inseguros como el *desorganizado*, son un indicador de alto riesgo de trastornos de ansiedad, disociativos, conductas disruptivas, abuso de sustancias, delincuencia y trastornos de personalidad. Existe una asociación, según señala Zeanah et al. (2008), entre los problemas de apego tempranos y un mayor riesgo de trastornos psiquiátricos más allá de los asociados con los patrones de apego y los tipos de trastornos, y, por otro lado, acuerdan con Sroufe, (2005) en que "parece cada vez más claro que, (...) las clasificaciones de apego (...) cuando son consideradas con otras variables, parecen ser ponderaciones más importantes y vitales" (p. 222).



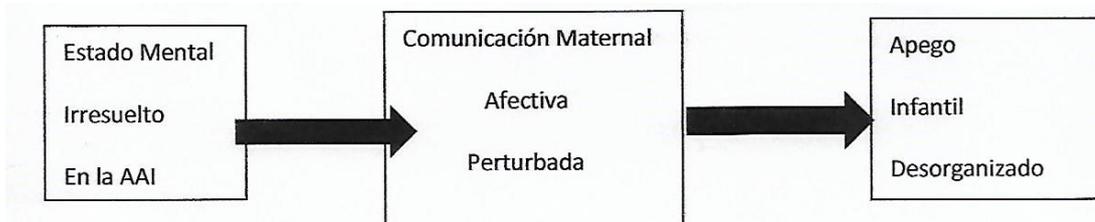
<b>TIPOS DE APEGO</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>
Seguro	Niño educado a contar con el apoyo de la figura de referencia, percibiendo seguridad, protección y afecto, que en caso de alejamiento, no suscitará crisis de angustia.
Inseguro	Inestabilidad Dependencia Temor al abandono En caso de separación conduce a la desesperación.
Inseguro evitativo	El niño que ha experimentado situaciones de abandono o rechazo materno, no mostrará signos de angustia durante su alejamiento y en el reencuentro mantendrá la actitud de evitación hacia ella. La madre se muestra propuesta a ignorar o rechazar solicitudes de acercamiento del hijo, genera reacciones de independencia y autosuficiencia afectiva.
Inseguro ambivalente	Contempla la experiencia de inestabilidad y contradicciones que confunden al niño, quien en el momento de separación de la figura de referencia, expresará su angustia/ira sin lograr consolarse en el momento del acercamiento. Se configura con un progenitor de estilo fuertemente inseguro e imprevisible, que a menudo se impone como hipercontrolador, generando confusión y fuerte dependencia en el hijo, a quien parece faltarle una base segura en que confiar.
Inseguro desorganizado	Marcada desorientación del niño en el ambiente y en la organización de las situaciones. En algunos momentos, parece carente de estrategias para relacionarse con la figura de referencia. Durante la separación de la madre, el hijo se desespera, pero a su regreso es él mismo quien se aleja o se contradice en sus comportamientos o sus actitudes. El estilo de los cuidados está influenciado por un sufrimiento dependiente de la figura de apego derivado de eventos traumáticos, ausencia de elaboración de un duelo, ausencia de lazos significativos, a partir de experiencias de abuso o dependencia de sustancias, maltrato interparental, en que el otro cuidador disponible (el padre) es activamente aterrador y amenazante, y genera ulteriores dificultades, que repercuten en los comportamientos confusos y contradictorios que lo conducen a mostrarse excesivamente autónomo o demasiado dependiente, y con representaciones mentales deficitarias e incoherentes respecto a la comprensión del funcionamiento psicológico propio y de los otros.



**Tabla 2.** Clasificación de Tipos de Apego según Bowlby, Ainsworth, Main y Solomon (basado en Ippolito, 2014, p. 51).



**Figura 1.** Modelo hipotético de desarrollo de ambiente familiar temprano y posteriores rasgos psicopatológicos (Lyons-Ruth, 2008, p. 205).



**Figura 2.** Comunicación materna perturbada, desorganización infantil, y estado mental materno irresuelto: Resultados Metanalíticos (Madigan et al, 2006, en Lyons-Ruth, 2008, p. 209).

Errores de comunicación afectiva (ej., hablar con voz invitante, pero bloqueando físicamente el acceso del infante)
Confusión de roles: (ej., dirige la atención a sí misma cuando el bebé la necesita)
Desorientación: (ej., parece confundida, vacilante o asustada con el bebé; afecto incongruente)
Comportamiento Intrusivo -Negativo: (ej., se mofa o se burla del bebé)
Comportamiento de Retirada: (ej., no inicia la interacción, no saluda al bebé después de la separación)

Tabla 3. Dimensiones de la Comunicación Afectiva Maternal Distorsionada o Interrumpida (Lyons-Ruth, 2008, p. 207).



A su vez, basados en estudios descriptivos sobre niños pequeños criados en ambientes de cuidado extremo y maltratados, según los criterios del *DSM-IV*, se incluyen los subtipos *inhibido/ emocionalmente retraído* y *desinhibido/ indiscriminadamente social*, mientras que los criterios del *CIE-10* definen el tipo inhibido como *Desorden de Apego Reactivo (RAD)* y al tipo desinhibido como *Desorden del Apego Desinhibido (DAD)*. Se considera que, sumado a los comportamientos perturbadores sociales de los trastornos del apego, la etiología del desorden es el cuidado extremadamente pobre. Los criterios del *DSM-IV* requieren “*cuidado patogénico*”, y la descripción del *CIE-10* advierte contra la realización de diagnóstico en ausencia de maltrato; a la vez que ambos apuntan que los signos y síntomas del desorden no son debidos al retraso del desarrollo o al trastorno generalizado del desarrollo. La esencia de los patrones de *RAD* (Tabla 4), se sustentan en el “Proyecto de Intervención Temprana de Bucarest (BEIP), sobre los puntajes de comportamiento de apego observado con los cuidadores y el informe de signos de *RAD emocionalmente retraído/inhibido*” (Zeanah et al, 2008, p. 224).

<b><u>RAD</u></b>	<b><u>emocionalmente retraído/inhibido</u></b>	<b><u>indiscriminado/desinhibido</u></b>
Patrón	Niño pequeño comportamiento de apego mínimo o no discriminado	fracaso para exhibir reticencia esperable en términos de desarrollo en relación a adultos desconocidos niños a quienes les faltan y no les faltan figuras de apego preferidas
fenomenológico	Ausencia de comportamientos de apego organizado, compromiso y reciprocidad social deficitarios, dificultades en la regulación emocional (por ejemplo, bajos niveles de afecto positivo, arranques de irritabilidad, temor e hipervigilancia inexplicables), no buscar el consuelo consistentemente o en absoluto cuando están angustiados y no se calman fácilmente cuando se angustian.	falta de reticencia del niño/a sobre la participación social con ellos, fracaso del niño/a para comprobar de nuevo con el cuidador en escenarios desconocidos y en lugar de tender a alejarse, y en el deseo del niño/a a acercarse, interactuar, e “irse” con un extraño. consciencia en relación a los extraños está ausente o sustancialmente disminuida



Apego	El grado de generalización de la falta de respuesta en el contexto de comportamientos de apego mínimo o de su ausencia aquello que distingue al RAD	Relación de apego seriamente perturbada con un cuidador discriminado, distorsiones de base segura”
	Apego a sus cuidadores que eran calificados como incompletamente desarrollado	patrones “autolesivo”, “vigilante/hipersumiso”, “inversión de roles”

Tabla 4. Desorden de Apego Reactivo (RAD) (basado en Zeanah et al., 2008, p. 222 - 228).

La “falta de lenguaje para describir lo que Stern (2006) expresó como una psicología de *dos personas* se constituye en un desafío sustancial para validar tales desórdenes relacionales” (Zeanah et al., 2008, p. 229). El DC: 0-3R (Zero to Three, 2005) incluyó un eje de trastornos relacionales, sin embargo, en más de una década, ha inspirado pocos esfuerzos de validación. En niños pequeños maltratados aumenta el riesgo de serias perturbaciones del apego, y los “apegos deberían formarse fácilmente si los pequeños poseen una fuerte propensión a formar apegos, en condiciones de crianza típicas de especie (es decir, en familias), lo cual explica que el RAD haya sido descrito sólo en niños pequeños en ambientes de extremo cuidado adverso, y no en niños que han sido retirados y ubicados en ambientes de cuidado más óptimo” (Zeanah et al., 2008, p. 229). Similares condiciones de riesgo dan lugar a los muy diversos cuadros clínicos de *RAD inhibido y desinhibido*, aunque no se han logrado determinar cuáles aspectos de cuidado son más cruciales para los signos de remediación de la perturbación (Zeanah et al., 2008).

**Psicopatologías Infanto Juveniles:**

El estudio de las psicopatologías infanto juveniles se ha iniciado más recientemente con respecto a las psicopatologías del adulto. Se ha comprobado que la infancia constituye una etapa de mayor vulnerabilidad frente a las experiencias traumáticas tempranas que facilitan el desarrollo de diversos cuadros nosológicos. Es por ello que el desarrollo de los niños/as y adolescentes dependerá de la calidad de las interacciones de su ambiente familiar y de los hechos traumáticos que repercutirán inclusive en las psicopatologías de su vida adulta (Weil et al., 2004).

Olaya et al. (2008) sintetizan "las áreas principales de evaluación psicológica en niños y adolescentes expuestos a violencia doméstica" (p. 123) y consideran como objetos de atención, en el proceso de evaluación, a las características de la situación vivida (violencia doméstica), los efectos de la misma sobre la salud mental y el funcionamiento cotidiano de los niños y adolescentes, y las variables mediadoras de carácter individual, familiar y social, a la vez que remarcan la importancia de intervención psicológica para los niños expuestos a violencia doméstica. Para ello, se proponen diferentes instrumentos apropiados para evaluar las variables intervinientes en la determinación del impacto emocional y/o la psicopatología en estos niños y adolescentes víctimas, a pesar de las diversas dificultades para realizar este tipo de estudios, como ser la privacidad y la intimidad en la que tiene lugar este tipo de violencia, junto al "sesgo y la distorsión que puede presentar la información que dan las personas afectadas, que pueden y suelen vivir la violencia intrafamiliar con secretismo, miedos y sentimientos de culpa y vergüenza" (Olaya et al., 2008, p. 123). Esto dificulta la obtención de indicadores precisos acerca de su prevalencia, características y consecuencias. Además, se postula como dificultad la ausencia de disponibilidad de instrumentos de medida adecuados, aptos para el contexto español y validados por la comunidad científica, y se hace necesario evaluar las distintas variables que intervienen en el contexto de la violencia doméstica para poder comprender a las personas afectadas, y contar con la perspectiva del niño ante la estimación de más del 70% de los casos de violencia doméstica no detectados.

Llama la atención que otros autores defiendan la conveniencia de no incluir la exposición a la Violencia Doméstica dentro de la categoría de maltrato porque aumentaría de manera dramática la información sobre abuso infantil y porque la definición que existe sobre ser testigo de violencia doméstica es aún hoy día demasiado ambigua. Mientras algunos autores como Wolfe defendían su inclusión en



el maltrato infantil, debido a su asociación con problemas psicológicos y conductuales en los niños, otros como Osofsky, planteaban que, en los hogares de Estados Unidos donde hay violencia doméstica, los niños sufren abuso o negligencia 15 veces más que la media nacional, y que la gravedad de la violencia parental predice la gravedad del maltrato que sufre el niño. Además, existen evidencias, de mayor probabilidad de abuso de sus hijos por parte de hombres que abusan de sus esposas, como así también que el niño aprende que la violencia es un instrumento normalizado para la resolución de conflictos, facilitando la perpetuación del ciclo de la violencia en la edad adulta, cuando el maltratador es el padre. Algo diferente ocurre cuando se trata de la madre, en que aparecen dificultades en la vinculación y seguridad emocional del niño, así como problemas de ansiedad, depresión y culpa. Se han observado mayores proporciones de problemas de adaptación en los niños que son testigos de la violencia de sus padres y que a la vez sufren abuso, que en los niños que no lo han sufrido, como así también sus efectos negativos en su desarrollo: problemas interiorizados y exteriorizados, dificultades en las relaciones sociales, utilización de estrategias agresivas de solución de problemas o disminución del rendimiento escolar y de la capacidad empática (Olaya et al., 2008).

Se considera entonces que "Cuando un niño está expuesto a violencia es necesario evaluar: 1) las características de la exposición; 2) los efectos de la exposición a la violencia en su salud mental y en su funcionamiento cotidiano, y 3) los factores mediadores y protectores entre la exposición y las consecuencias, que pueden provenir tanto del propio niño (características individuales) como del ambiente familiar; y que la detección del niño expuesto a violencia doméstica puede llegar por diversos caminos, el más común de ellos es que la madre haya hecho una consulta y revele la situación. El problema también puede salir a la luz porque otro profesional, como el pediatra o profesor lo haya detectado, o porque el propio niño lo verbalice. La información sobre la exposición la proporcionará en gran medida la madre" (Olaya et al., 2008, p. 124). En otro párrafo, mencionan a los modelos de Davies & Cummings (1994), quienes subrayan la importancia del contexto familiar en relación a la influencia de la violencia en las reacciones infantiles a la misma a partir del significado e implicancia que los niños le atribuyan, como así también a la contribución de dicha violencia a la adaptación psicológica del niño según sus características, el tipo, la severidad, la frecuencia, la cronicidad y la edad de inicio, la relación con el agresor, el número de éstos, o la concurrencia de diversos tipos de violencia.



Siguiendo con las investigaciones de Olaya et al., (2008), se explica el impedimento en el desarrollo normal a lo largo de la infancia y el alto riesgo de desarrollar psicopatología asociados a situaciones de maltrato, como la violencia de género, cuyas consecuencias psicológicas hacen necesaria la evaluación de su estado cognoscitivo, emocional y conductual. El desarrollo cognitivo del niño puede verse afectado, existiendo una correlación negativa con la violencia doméstica: presencia de puntuaciones descendidas de cociente intelectual en 8 puntos, déficit en el auto-concepto y baja autoestima asociados a problemas de adaptación, como ansiedad, depresión y problemas de conducta. Se comprueba que la autoestima media el impacto de la calidad de la relación madre-hijo en el funcionamiento del niño. Por lo tanto, "la presencia de sintomatología psicopatológica en los hijos de mujeres maltratadas produce una serie de dificultades en diversas áreas de la vida cotidiana del niño" (Olaya et al., 2008, p. 127), y la resistencia o capacidad del niño para adaptarse correctamente a su entorno, a pesar de la presencia de serias amenazas para su desarrollo, debe ser evaluada junto con los factores protectores cruciales, ante la exposición a violencia, como tener un cuidador adulto, refugio comunitario y las características individuales del niño. Se considera que la buena capacidad intelectual, la autoestima, los talentos individuales, las afiliaciones religiosas, una buena situación socioeconómica y una red social suficientemente cálida ayudan al niño a desarrollar esta *resistencia* ante acontecimientos adversos, y que la ausencia de características protectoras puede afectar las habilidades sociales. "Los niños expuestos a diversas situaciones abusivas, entre las que se encuentra el ser testigo de violencia doméstica, presentan estrategias de afrontamiento desadaptativas en edades posteriores (pensamiento ilusorio, evitación de problemas, retraimiento social y comportamiento auto-crítico) y tienden a utilizar en general estrategias caracterizadas por falta de compromiso en oposición a estrategias orientadas al problema. En situaciones escolares, estos niños utilizan estrategias agresivas con los compañeros y agresión verbal con profesores (...) El estudio de las consecuencias de la violencia doméstica sobre los niños implica entender el problema de la violencia como algo más que un acontecimiento entre dos personas. A pesar del fuerte vínculo entre el hecho de testimoniar violencia doméstica y la aparición de problemas en los niños, el impacto de esta experiencia varía ampliamente" (Olaya et al., 2008, p. 127). Esto es así en función de características personales, tanto del niño como de la madre, de la estructura y las características del entorno en el cual la violencia tiene lugar, y de las características del acto violento en sí. Se puede ayudar a conocer y mejorar la



habilidad del niño para afrontar el problema, si se conoce la situación familiar en su más amplio sentido, el entorno comunitario en el cual el niño se desarrolla y las particularidades del hecho violento. El riesgo de violencia doméstica se ve incrementado por la pobreza, la pertenencia a familias monoparentales y el nivel educativo de los padres, mientras que se puede explicar la convivencia prolongada de la víctima y el agresor debido a dependencia económica y la existencia de hijos pequeños. Las consecuencias de la violencia pueden llevar a estos niños a vivir pérdidas y situaciones de cambio frecuentes e indeseadas, separación, muerte o encarcelamiento de sus padres, cambios de domicilio, de ciudad, de amigos, o penuria económica. Los factores de riesgo acumulados predicen mejor los desenlaces evolutivos, y "las reacciones psicológicas al trauma de la violencia doméstica son más o menos intensas en función del apoyo social disponible y en especial de la percepción que del mismo tienen los niños" (Olaya et al., 2008, p. 128).

Si bien el factor protector más importante en presencia de dificultades está representado por una figura adulta competente y una fuerte relación con ella, "en este caso, los padres, que son por lo general el principal soporte de los niños a la hora de proporcionarles protección, seguridad y cuidados, pueden no estar en disposición de hacerlo cuando están expuestos o son víctimas de la violencia" (Olaya et al., 2008, p. 128). Se comprueba que estos niños viven el impacto directo e indirecto de la violencia, debido al estrés: la presencia de psicopatología materna o la poca comunicación que afecta la calidad de la *disponibilidad emocional* de las madres hacia sus hijos, debido a que las mujeres víctimas de violencia de género pueden llegar a pensar que son incapaces de cuidar a sus hijos y que esa misma sensación pueden tener los hijos, que no llegan a comprender por qué no son protegidos en sus propias casas. Dicha percepción acerca de la "capacidad" de sus cuidadores para proporcionarles apoyo debería evaluarse. Como la violencia doméstica suele ocultarse tras pactos implícitos o explícitos de silencio, entonces los niños viven su situación como algo que debe ser mantenido en secreto y con vergüenza, bajo la constante de la negación y la ocultación, dificultando así la posibilidad de poder expresar, compartir y buscar ayuda en los iguales. El estilo disfuncional interpersonal de los perpetradores impide también la implicación de sus hijos en redes sociales, para conocer su capacidad de comunicar y de implicarse socialmente en redes más amplias que la familia, quedando los niños maltratados en situación de aislamiento y restricciones en el contacto social con otros niños y, por tanto, de riesgo de que existan problemas con sus iguales (Olaya et al., 2008).



“La calidad de la relación madre-hijo es un mediador en la aparición de problemas de conducta de aquellos niños que testimonian violencia doméstica. Las madres que han experimentado violencia marital tienen más tendencia a ser impulsivas, utilizando estrategias más punitivas con sus hijos o exhibiendo hacia ellos mayor agresividad. Asimismo, el estilo educativo de los padres maltratadores los hace menos accesibles a sus hijos, menos implicados en conversaciones con ellos y menos afectuosos. Las prácticas parentales basadas en el calor y el respeto a la autonomía parecen ser las que ofrecen menos correlación con altos índices de mal funcionamiento” (Olaya et al., 2008, p. 129). Las situaciones de abuso en las que se ve involucrada la madre afectan el grado de supervisión familiar, junto al bloqueo emocional y al consumo de tiempo en la búsqueda de recursos y soluciones, que pueden mermar su conocimiento acerca de las actividades y emociones de sus hijos. Además, viven bajo una situación de estrés continuado, que las conduce a padecer un problema de salud mental que afecta su “*emoción expresada*”, referida a actitudes y conductas afectivas, que se relaciona con la calidad del clima emocional y que puede incrementar el riesgo de que ellas maltraten también a sus hijos, ya sea de forma física o de manera psicológica (Olaya et al, 2008). “La forma en que se expresa la emoción de las relaciones materno-filiales puede incluir las críticas o quejas hacia una persona (afectividad negativa), o su contrario, aprobación y cumplidos hacia alguien (afectividad positiva)” (Olaya et al, 2008, p. 131). Pero también, el modelamiento de comportamientos violentos y misóginos considerados como normales afecta a los niños, y se convierte en violencia psicológica que reproducirán en la vida adulta. La exposición a violencia doméstica es un tipo de abuso (psicológico) que suele co-ocurrir con otros tipos de maltrato del niño (por ej. físico, otras formas de abuso psicológico y/o negligencia). En la Tabla 5, se han listado las recomendaciones de Hamby & Finkelhor (2000) para la evaluación de niños víctimas. En la Tabla 6 se muestran todos los instrumentos disponibles para la evaluación de la violencia familiar y sus efectos, mientras que en la Tabla 7 se describen las variadas alteraciones presentes en el menor según las diferentes etapas evolutivas.



**RECOMENDACIONES PARA LA EVALUACIÓN Y DEL DESARROLLO  
DE INSTRUMENTOS PARA NIÑOS VÍCTIMAS DE DIFERENTES  
TIPOS DE ABUSOS Y AGRESIONES  
(HAMBY Y FINKELHOR, 2000)**

- ✓ Situar la victimización del niño en las categorías convencionales de las actividades criminales
- ✓ Incluir la victimización no violenta
- ✓ Situar los datos entre las categorías de ofensas controladas por el sistema de protección del niño
- ✓ Ampliar el contexto de evaluación a cuestiones que van más allá de las actividades criminales
- ✓ Evaluar la victimización por parte de la familia y de otros perpetradores no extraños
- ✓ Incluir ofensas que son específicas de la situación de dependencia del niño
- ✓ Establecer métodos para comparar las victimizaciones jóvenes y a adultos
- ✓ Utilizar preguntas específicas sobre comportamientos frente a preguntas generales
- ✓ Utilizar un vocabulario sencillo
- ✓ Utilizar una gramática y sintaxis sencillas
- ✓ Recoger autoinformes del niño a partir de los 7 años
- ✓ Utilizar la información de los cuidadores en algunas circunstancias
- ✓ Proteger la privacidad durante la recogida de datos
- ✓ Utilizar tecnología audio-informatizada
- ✓ Recoger datos sobre incidentes ocurridos en un período de un año
- ✓ Atender a posibles diferencias étnicas, de clase o de género en los autoinformes
- ✓ Utilizar acontecimientos de la vida de los informadores para ayudar a limitar el recuerdo
- ✓ Usar conceptos de tiempo y número sencillos
- ✓ Ofrecer ítems de práctica
- ✓ Prepararse para ayudar al niño en peligro

**Tabla 5.** Recomendaciones para la evaluación y el desarrollo de instrumentos para niños víctimas de diferentes tipos de abusos y agresiones. Una parte de estas recomendaciones circunscribiría el contenido de las preguntas que se deben hacer; otra parte tiene relación con cuestiones generales sobre la formulación de los contenidos en el caso de la evaluación infantil, y consejos éticos (Olaya et al., 2008, p. 131).



PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES				
VARIABLES	INSTRUMENTO	INFORMADOR	ÁREA EVALUADA	
Exposición a Violencia Doméstica y Maltrato	Domestic Violence Questionnaire (Task Force on Family Violence, 1993)	Madre	Tipo de exposición a la Violencia y acciones emprendidas por la madre.	
	*Child Abuse Potential Inventory (Milner, 1988)	Madre	Detección de conductas indicativas de abuso hacia hijos.	
	Violence Exposure Scale for Children (Fox y Leavitt, 1995)	Niño 4-10 años	Exposición o victimización de actos de violencia física. Formato visual.	
	Children's Perception of Interparental Conflict Scale (Grych et al., 1992)	Niño 9-12 años	Percepciones del niño sobre conflicto marital.	
	Juvenile Victimization Questionnaire (Hamby et al., 2004)	Madre niños < 8 años Niño > 8 años	Historia de victimizaciones. Incluye maltrato y exposición a Violencia Doméstica.	
Record of Maltreatment Experiences (McGee, Wolfe, y Wilson, 1990)	Profesional	Profesional Historia de victimizaciones en tres estadios evolutivos. Incluye violencia hacia la madre.		
*Taxonomía de Violencia Doméstica (UED, 2006).	Profesional	Profesional	Características de Violencia Doméstica.	
Efectos psicológicos	Child Behavior Checklist 1 <sup>1/2</sup> -5 (Achenbach y Rescorla, 2001)	Madre de niños de 1 <sup>1/2</sup> a 5 años.	Perfil sintomatológico general de problemas conductuales y emocionales de niños	
	Domestic Interactive (Vallo et al., 2000)	Niño 6-11 años	Tendencia en psicopatología.	
	*Diagnostic Interview for Children and Adolescents (Reich, 2000).	Cuidadoras y niños 8-18 años	Diagnósticos DSM-IV (APA, 2001).	
	Youth Self Report (Achenbach y Rescorla, 2001)	Adolescentes 11-18 años	Perfil sintomatológico general de problemas conductuales y emocionales.	
• TEPT	Trauma Symptom Checklist for Children and Young Children (Briere, 1996).	Niños 10-17 años Cuidadores de niños 3-12 años	Síntomas de Estrés Post-traumático y psicopatología asociada.	
	• Depresión	*Children's Depression Inventory (Kovacs, 1992)	Niños 8-17 años	Sintomatología depresiva.
		Preschool Children Depression Checklist (Levi et al., 2001)	Madre niños 2-4 años	Síntomas depresivos.
	• Ansiedad	*Escala Revisada de Ansiedad Manifiesta (Reynolds, y Richmond, 1978)	Niños 6-18 años.	Sintomatología ansiosa.
• Desarrollo Cognitivo	Escalas de Desarrollo y Nivel Cognitivo	Niños y adolescentes	Auto-concepto.	
• Auto-estima	*Cuestionario AC (Martorell et al., 1993) *Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965)	Niños y adolescentes	Auto-estima.	
Funcionamiento psicosocial	Child and Adolescent Functional Assessment Scale (Hodges, 1995)	Clinica	Funcionamiento cotidiano en ocho áreas.	
	Preschool and Early Childhood Functional Assessment Scale (Hodges, 1999) *Batería de Socialización (Silva y Martorell, 1983; 1995)	Cuidadores/profesores niños 6-15 años. Adolescentes 11-19a.	Aspectos sociales facilitadores y perturbadores.	
Habilidades Sociales	*Escala de Dificultad Interpersonal para Adolescentes (Méndez et al., 2001)	Adolescentes	Capacidad social en cuatro áreas de funcionamiento.	
	*Escala de Comportamiento Asertivo (Word et al., 1978)	Niños 6-12 años	Conductas asertivas, inhibidas y agresivas.	
Estrategias Afrontamiento	Self-Report Coping Measure (Causey y Dubow, 1992) Escala de Afrontamiento para Adolescentes (Frydenberg y Lewis, 1996)	Niños 9-12 años Adolescentes	Estrategias de afrontamiento.	
Contexto Familiar	Kempe Family Stress Inventory (Korfacher, 2000)	Madre	Dificultades en la educación.	
	Perceived Parental Support (Silce et al., 1993)	Adolescentes	Apoyo recibido por los padres.	
	Relational Support Inventory (Scholz et al., 2001)	Adolescentes 12-18 años	Apoyo y comunicación con padres, hermanos y amigos.	
	Parental Bonding Instrument (Parker et al., 1979)	Madre	Cuidado, sobreprotección y autoritarismo.	
	Parental Discipline Practice Scales (Goodman et al., 1998)	Madre	Prácticas de disciplina no punitivas y castigo.	
• Supervisión	*EMBU Inventory for Assessing Memories of Parental Rearing Behavior (Pieris et al., 1983)	Adolescentes y padres niños < 12 años.	Estilo educativo.	
• Expresión emocional	Parental Monitoring Scale (Goodman et al., 1998) Cambewall Family Interview (Rutter y Brown, 1966)	Madre o cuidadores Madre	Supervisión y control del comportamiento del niño. Afectividad positiva o negativa en las relaciones materno-filiales.	
Contexto Social	Friendship Quality Questionnaire (Pariser y Asher, 1991)	Niños	Relaciones de amistad.	
Acontecimientos Vitales Estresantes	Life Event Checklist (Johnson y McCutcheon, 1980)	Niños	Acontecimientos estresantes a lo largo de la vida del niño.	
Salud Mental materna	SCID-I y SCID-II (First et al., 1997) SCL-90-R (Derogatis, 1994)	Madre Madre	Diagnósticos eje I y II DSM-IV (APA, 2001). Síntomas psicopatológicos.	

\*Instrumento construido o adaptado en España.

Tabla 6. Protocolo de evaluación de violencia doméstica para niños y adolescentes (Olaya et al., 2008, p. 129-130).



<b>ETAPAS EVOLUTIVAS</b>	<b>Alteraciones por exposición a Violencia Doméstica</b>
	irritabilidad excesiva,
Preescolares	regresión en el lenguaje y control de esfínteres,
	problemas de sueño (insomnio, sonambulismo),
	ansiedad de separación,
	dificultades en el desarrollo normal de la autoconfianza
	y de posteriores conductas de exploración, relacionadas
	con la autonomía
	síntomas de Trastorno por Estrés Postraumático
	contar con la información de la madre o de otros adultos significativos
	síntomas de ansiedad,
Edad escolar	depresión,
	conducta agresiva y
	estrés postraumático,
	otros problemas asociados como dificultades para dormir,
	concentrarse y
	para afrontar las peculiaridades de su entorno.
	Sus actitudes, competencia social y
	su funcionamiento escolar se ven afectados y,
	a medida que crecen, tienen mayor riesgo de
	presentar fracaso escolar,
	cometer actos vandálicos y
	presentar psicopatología,
	incluyendo abuso de sustancias
	mayores índices de implicación en actos criminales
Adolescentes	tienden a justificar el uso de la violencia en sus relaciones amorosas

Tabla 7. Alteraciones Psicopatológicas Infanto Juveniles según las diferentes etapas evolutivas (basado en Olaya et al., 2008, p. 126).



### Trastorno del control de los impulsos

El DSM-5 define los criterios para el diagnóstico de este trastorno (Tabla 8) («PSICOMED - DSM IV. Trastornos del control de los impulsos», s. f.), incluyendo el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad; el Trastorno negativista desafiante (agrupado en tres categorías: enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante, y vengativo); el Trastorno de la conducta, anteriormente denominado Trastorno Disocial, caracterizado por presencia de emociones prosociales limitadas, falta de remordimientos o culpabilidad, insensibilidad, carencia de empatía, despreocupación por su rendimiento, o afectividad superficial o deficiente (Iborra, I., s. f.); y especifica mejor los síntomas y condicionantes para el diagnóstico de Trastorno explosivo intermitente (TEI) precisando la edad mínima de 6 años. Es decir que la agresividad representa el rasgo predominante de todos ellos, y se verá que está relacionada con el clima familiar hostil.

F63.8	Trastorno explosivo intermitente (312.34)
F63.2	Trastorno de la conducta (312.32)
F63.1	Trastorno negativista desafiante (312.33)
F63.0	Trastorno de la conducta atípico (312.31)
F63.3	Trastorno de la conducta con agresión (312.39)
F63.9	Trastorno del control de los impulsos no especificado (312.30)

Tabla 8. Trastornos de control de los impulsos («PSICOMED - DSM IV. Trastornos del control de los impulsos», s. f.).

Corresponde dedicar especial atención al TEI, por presentarse cada vez con mayor frecuencia entre los niños, niñas, prepúberes y adolescentes. Este cuadro se caracteriza por presentar episodios aislados de dificultad para controlar los impulsos agresivos, que dan lugar a violencia o a destrucción de la propiedad, con grado desproporcionado de agresividad con respecto a la intensidad de cualquier estresante psicosocial precipitante, que no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno antisocial de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, trastorno psicótico, episodio maníaco, trastorno disocial o trastorno por déficit de atención con hiperactividad) y no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, medicamentos) o a una enfermedad médica



(p. ej., traumatismo craneal) («PSICOMED - DSM IV. Trastornos del control de los impulsos», s.f.).

Con respecto a estas psicopatologías, Kennedy, Edmonds, Dann, & Burnett, (2010) opinan que “cuanto más disfuncional es la relación familiar, más probablemente los jóvenes desarrollarán problemas psicológicos y participarán en comportamientos de alto riesgo y será más difícil para ellos desarrollarse en jóvenes adultos sanos” (p. 509), y en ellos se pueden observar rasgos clínicos y adaptativos correspondientes a agresores y delincuentes con antecedentes de violencia filio-parental, según datos obtenidos del Federal Bureau of Investigation en 2007 (por ej., 16 % de arrestos por crímenes en niños y adolescentes menores de 18 años de edad). Entre sus víctimas, los miembros familiares representaron 28% para asaltos sexuales y 24% para asalto simple según datos estadísticos proveídos por el U.S. Department of Justice en 2009.

Por otro lado, Zhang et al., (2015) basan sus estudios en las clasificaciones de patrones de agresión familiar llevadas a cabo a partir de los registros de los Servicios de Protección Infantil (CPS) y de los informes familiares de la Escala de Tácticas de Conflicto (CTS), “utilizados para atribuir a los jóvenes a uno de los *grupos de agresión familiar*: víctimas, testigos, testigos abusados, o sin violencia” (p. 162), cuya desventaja está relacionada con la desconsideración del tipo de violencia (ej. psicológica, física) a la cual el adolescente ha sido expuesto. El número de patrones diferentes de violencia familiar identificados y la relación entre violencia familiar y mala adaptación juvenil dependen de factores tales como la exposición a diferentes formas de agresión, específicamente violencia psicológica (dolor psicológico o temor causado por acciones verbales y simbólicas) o la violencia física (actos que pueden causar daño físico o dolor). Se observó mayor comportamiento agresivo en los niños expuestos o victimizados por cualquier forma de agresión (psicológica o física), comparados con aquellos que mostraron comportamiento ansioso/depresivo asociado sólo a victimización psicológica o contemplación de violencia física, mientras que otros hallazgos respaldaron la “hipótesis de *doble golpe*” en términos de problemas internalizados (Tabla 9).



- ✓ Los jóvenes que habían sido abusados y habían sido testigos de violencia interparental desplegaron más problemas internalizados y mayor modelado de la agresión que quienes fueron solamente o víctimas de agresión o solamente testigos de violencia interparental;
- ✓ Los jóvenes que solamente presenciaron violencia interparental exhibieron más problemas externalizados que los otros grupos de violencia familiar, posiblemente como una función del aprendizaje social, no mostraron niveles elevados de pensamientos o conductas autodestructivas, probablemente debido a que los jóvenes que solo presencian violencia entre padres no necesariamente experimentan una sensación de carga o aislamiento que se correlaciona con riesgo de suicidio;
- ✓ Los niños expuestos a violencia interparental frecuente son más propensos a manifestar comportamiento antisocial que otros niños.

Tabla 9. Hipótesis de *doble golpe* en términos de problemas internalizados (basado en Zhang et al., 2015, p. 162).

Basados en los principios expresados por Bowlby (1973), estos autores sostienen que las interacciones familiares dan lugar a modelos de trabajo interno que condicionan cómo los individuos interactúan con otros, y que estas representaciones poseen importante implicancia para la internalización y externalización de los problemas. Por ello, las autolesiones versus el daño dirigido a otros pueden depender de los modelos de violencia familiar experimentada; y, de acuerdo a la teoría del *aprendizaje social*, tanto los adolescentes convivientes con familias donde presencian (pueden no ser víctimas de) violencia parental como los adolescentes víctimas directas de sus padres podrían tener niveles elevados de daño dirigido a otros en comparación con aquellos adolescentes expuestos a bajos niveles de violencia familiar. Esto demuestra que el contexto y los estímulos ambientales moderan la personalidad y la existencia de varios modelos de personalidad, con conceptualizaciones contrastantes y compartidas, como el Modelo de Cinco Factores y el Modelo de Tres Factores de Tellegen, que evalúa tres dimensiones de orden superior de la personalidad (Tabla 10): Emocionalidad Positiva (PEM), Emocionalidad Negativa (NEM), y la Restricción (CON) (Zhang et al., 2015). Estos autores, muestran diferentes tipos de conductas en los jóvenes que fueron víctimas y/o testigos de la agresión interparental (Tabla 11) e interpretan que de estos datos transversales se debe descartar que "(a) los



jóvenes que participan en más agresiones pueden ser más propensos a inculcar conflictos entre los padres, y / o (b) estos jóvenes heredan tendencias agresivas de padres agresivos" (p.168), y entonces, la personalidad sirve como factor moderador estable a través del cual se interpretan las situaciones. En la Tabla 12, sus resultados se expresan según los niveles de las dimensiones de rasgo, en apoyo de los puntos de vista prevalentes sobre la diátesis y el estrés de la psicopatología.

<b>Dimensiones</b>	
Emocionalidad Positiva (PEM)	Incorpora disposiciones para el lanzamiento de emociones positivas y se vincula con los sistemas de motivación cerebral que subyacen a las conductas de apetito
Emocionalidad Negativa (NEM)	Incorpora disposiciones hacia la emoción negativa y está vinculada a los sistemas de motivos cerebrales subyacentes a los comportamientos de retirada defensiva
Restricción (CON),	Abarca los aspectos relacionados con la construcción de la impulsividad invertida y la restricción del comportamiento.

Tabla 10. Dimensiones del Modelo de Tres Factores de Tellegen (basado en Zhang et al., 2015, p.163).

<b>TIPOS DE VICTIMIZACIÓN</b>	<b>TIPOS DE CONDUCTAS</b>
Víctimas de la agresión de los padres y testigos de la agresión interparental	Más probabilidades de cometer ambos tipos de daño autoinfligido y dirigido a otros. Experimentan aún más exposición y modelado de la agresión.
Testigos no son víctimas directas de violencia familiar	Manifiestan conductas agresivas hacia los demás, posiblemente como una función del aprendizaje social, pero no en la misma medida que los jóvenes que son a la vez víctimas y testigos. No mostraron niveles elevados de pensamientos o conductas autodestructivas, probablemente debido a que no necesariamente experimentan una sensación de carga o aislamiento que se correlaciona con riesgo de suicidio

**Tabla 11.** Efectos y combinaciones de victimización directa y atestiguación de Violencia Doméstica (basado en Zhang et al., 2015, p. 167).

<u>Dimensiones de rasgo</u>	<u>Asociaciones Conductuales</u>
Emocionalidad Positiva (PEM)	Está negativa Asociada con una amplia gama de problemas de internalización y externalización en los jóvenes
Emocionalidad Negativa (NEM)	Modera los efectos de la agresión familiar en el daño dirigido a otros Importante para identificar a los jóvenes que son más vulnerables a la influencia de la agresión familiar. Efecto de dosis de exposición elevada a la agresión familiar entre los jóvenes en los hogares con mayor conflicto exhibiendo mayor daño dirigido a otros. NEM alta es una diátesis para el posterior desarrollo de daño dirigido a otros cuando se combina con experiencias de estrés Jóvenes con alto NEM pueden ser más propensos a causar daño a los demás cuando están expuestos a la agresión familiar, independientemente de si son testigos o víctimas. Exposición a la agresión familiar puede provocar que los jóvenes con NEM altos experimenten cogniciones agresivas más extensas a bajo estrés Está positivamente asociada a una amplia gama de problemas de internalización y externalización en los jóvenes
Restricción (CON),	Un bajo CON representa un factor de riesgo longitudinal para la conducta antisocial en los jóvenes CON baja está asociada con: la impulsividad, el uso de sustancias y los comportamientos oposicionistas

**Tabla 12.** Dimensiones de rasgo según el Modelo de Tres Factores de Tellegen (basado en Zhang et al., 2015, p.163, 167, 168).



### Psicodiagnóstico

-Trastorno Explosivo Intermitente (TEI) y el

-Trastorno de Control de los Impulsos

son cuadros nosológicos que forman parte de los psicodiagnósticos que se ven en aumento en la población infanto juvenil, durante el proceso de evaluación, y se evidencia su asociación con el estrés postraumático (TEPT).

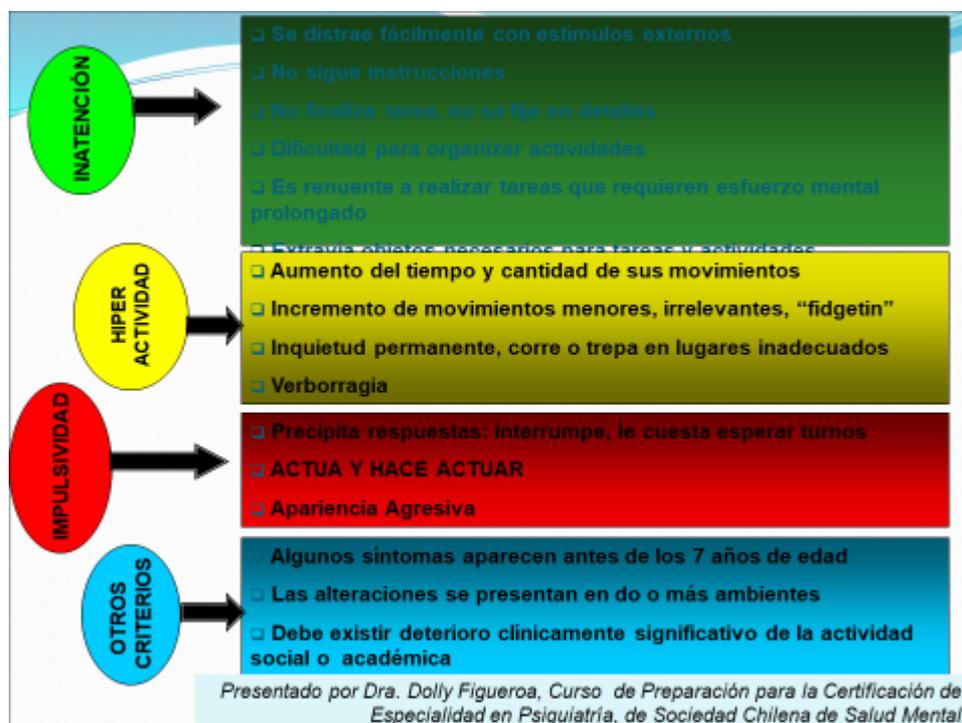


Figura 3.

### Factores Predictivos y Posibles Causas

La predisposición a la agresión impulsiva podría tener relación con:

- Un bajo umbral para la activación de sentimientos negativos (enojo, agitación, angustia)
- Una falla para responder anticipadamente y de forma adecuada ante las consecuencias negativas de la conducta agresiva.
- Los sentimientos negativos pueden precipitar y acentuar conductas agresivas.



- Formas de agresión que son relativamente espontáneas y no planificadas, que integran lo que se denomina agresión impulsiva, la cual difiere de la agresión premeditada.
- Estudios neurobiológicos sobre violencia no realizan esta distinción.
- Hay autores que la consideran relevante para la comprensión de:
  - las bases neuroanatómicas funcionales,
  - neuroquímicas y
  - genéticas de la violencia.

### **Maquiavelismo**

Se define al "maquiavelismo como un rasgo de personalidad caracterizado por tácticas interpersonales manipuladoras y engañosas, una visión cínica del mundo y los seres humanos, y normas morales pragmáticas" (Láng, & Abell, 2018, p. 213). Su investigación se centra principalmente en las interacciones entre padres e hijos y procesos familiares generales, y en la relación entre el nivel de maquiavelismo de los adolescentes y la calidad del funcionamiento diádico de los padres. Una parte importante de la varianza entre los sujetos con maquiavelismo, basada en los estudios genéticos conductuales, demuestra que los factores ambientales y especialmente los factores ambientales compartidos, incluyendo las experiencias en la familia de origen, están relacionados con este cuadro nosológico.

"Un estudio reciente sobre la relación entre el maquiavelismo de niños mayores y sus padres mostró que la fuerza de esta asociación se debilitó a medida que los niños crecían" (Láng, et al., 2018, p. 213), lo cual fortalece el argumento de los efectos ambientales en la *transmisión transgeneracional*, y la relación existente entre la crianza de los hijos y el funcionamiento familiar con el maquiavelismo en adolescentes y adultos.

El maquiavelismo se asocia significativamente con los recuerdos o las percepciones concurrentes de rechazo parental, y con recuerdos más frecuentes de la atmósfera hogareña negativa de la infancia y la negligencia, lo cual puede explicar la posesión por los adolescentes maquiavélicos de esquemas que expresan expectativas de *privación emocional, desconfianza y abuso*. Desde una perspectiva de sistemas familiares, se comprueba una correlación significativa y positiva con el



maquiavelismo entre la percepción de los adolescentes, el informe de los docentes sobre la desconexión familiar, y las características familiares de funcionamiento caótico y de familias disueltas o estresantes -donde los padres no se involucran, son inconsistentes o ausentes-, cuyos hijos adoptarán una estrategia rápida de vida, que incluye relaciones interpersonales oportunistas y de explotación en general, poco compromiso con parejas románticas y baja inversión parental, siendo los varones quienes muestran niveles más altos de maquiavelismo (Láng, et al., 2018).

Por otro lado, el "género podría moderar significativamente la relación entre el maquiavelismo y las variables de resultado en niños y adultos también" (Láng, et al., 2018, p. 214). En la edad escolar, para los niños el maquiavelismo se correlaciona más con una agresión directa e indirecta, y para las niñas se relaciona con una agresión menos indirecta.

Con respecto al *funcionamiento de la diada parental* y su relación con el ajuste de niños y adolescentes, este subsistema interparental encarna una extensión del subsistema matrimonial y representa una intersección entre las relaciones matrimoniales y las relaciones entre padres e hijos, afectando negativamente al ajuste del niño hasta la adolescencia y la juventud (Láng, et al., 2018). En la Tabla 13, se describen indicadores del funcionamiento interparental.

Entre los modelos desarrollados para explicar cómo los niños se ven afectados por conflictos interparentales, Láng, et al., (2018), estudiaron el modelo cognitivo-contextual y la teoría de las emociones específicas. Con respecto a esto, consideran dos componentes negativos de la crianza: el *conflicto* y la *triangulación* (Tabla 14).



INDICADORES DEL  
FUNCIONAMIENTO  
INTERPARENTAL

Conflicto interparental percibido	Se puede percibir como existente pero independiente del niño, ya que los niños siempre son el objetivo de los esfuerzos de crianza.
Coparticipación	Los conflictos entre los padres sobre cuestiones relacionadas o independientes de la familia son una experiencia común en cada familia. Es una construcción multidimensional que incluye: frecuencia, modo de expresión, cronicidad o duración, intensidad y grado de resolución de los desacuerdos entre los padres.

Tabla 13. Dos indicadores del funcionamiento interparental (basado en Láng, et al., 2018, p. 214).

<u>Componentes Negativos de la Cocrianza</u>	
Conflicto	Entre las figuras parentales sobre los problemas de la crianza de los hijos
Triangulación	Se refiere a los esfuerzos de los padres para formar una alianza con el niño frente a la otra figura parental o a la comunicación entre los padres a través de su hijo

Tabla 14. Componentes negativos de la crianza (basado en Láng, et al., 2018, p. 214).



Otros aspectos también estudiados fueron:

- a) Las relaciones débiles a moderadas entre la discordia interparental y los *síntomas* de internalización o externalización en niños y adolescentes;
- b) Las teorías que argumentan sobre el papel moderador de la *edad* y el *género* de los niños entre el funcionamiento interparental perturbado y la inadaptación infantil (Tabla 15);
- c) El efecto de modulación moderada que la estructura familiar tiene entre el maquiavelismo y la *frecuencia* percibida de conflictos interparentales, el cual fue "significativamente más fuerte para los niños que viven en familias biparentales que para los niños que viven en familias incompletas o para las niñas de cualquier estructura familiar" (Láng, et al., 2018, p.216).
- d) El efecto común de la *intensidad* percibida (cronicidad), que constituyó la percepción más abrumadora,
- e) La *resolución parental* percibida del conflicto interparental, que representó el efecto más fuerte para predecir la mayor parte del nivel de maquiavelismo de los muchachos adolescentes, debido a que presenciaron los conflictos de sus padres desde una distancia más cercana, ya sea en el espacio o en el tiempo.

VARONES	MUJERES
Niveles mucho más altos de maquiavelismo	Percibieron el conflicto de sus padres como más
Los niños que percibieron más intenso el conflicto entre sus padres y a sus padres como menos capaces	frecuente, intenso y amenazante
de resolver con éxito el conflicto, y que informaron menos eficacia de hacer frente al conflicto de sus padres,	y que sus padres eran menos capaces de resolver el problema
mostraron niveles más altos de maquiavelismo.	Se percibieron a sí mismas como menos capaces de hacer frente a la angustia resultante.

Tabla 15. Nivel de maquiavelismo según el género de los niños (basado en Láng, et al., 2018, p. 214).



La teoría específica de las emociones, explica la valoración de las metas materialistas de estos individuos a través del *desapego emocional* que puede contribuir a mantenerse cerca de la fuente de los recursos materiales (es decir, los padres) y continuar con la explotación, y además considera al maquiavelismo como una forma de lidiar con la *angustia* resultante de las adversidades de la familia y la discordia interparental (Láng, et al., 2018). Por otro lado, la mayor intensidad de los conflictos y una menor resolución de los padres disminuyen la *disponibilidad* parental para los niños, y, por lo tanto, el *desapego* puede ser un factor emocional, mientras que la *manipulación* podría ser un ingrediente de comportamiento de la estrategia maquiavélica. Este mecanismo es muy similar al proceso de una estrategia autosuficiente o desactivadora de individuos con *apego evitativo*. Láng, et al., (2018) explican el nivel de maquiavelismo de los adolescentes varones por el efecto de *conflicto de crianza, cooperación de coparticipación y triangulación*, que perjudica la capacidad de la familia para proporcionar una *base segura* y el desarrollo de habilidades sociales, en presencia de comportamiento autoreferencial y defensivo de los padres, quienes ofrecen este mismo modelo de identificación a su descendencia masculina, como consecuencia del *aprendizaje social de guiones* generalizados de resolución de conflictos coercitivos y relaciones interpersonales oportunistas, según la teoría de Bandura, por imitación de un modelo similar. Mientras tanto, las niñas desarrollan aspectos de interiorización del maquiavelismo, como, por ejemplo, depresión, neuroticismo y ansiedad.

#### **Trastorno por Estrés Postraumático:**

“Los jóvenes que experimentan trauma interpersonal y tienen síntomas de estrés postraumático (PTSS) pueden presentar dificultades en la *función ejecutiva, hiperactivación fisiológica* (Carrion, Garrett, Menon, Weems, & Reiss, 2008, p. 514); *inhibición de respuesta* identificada como un componente central de la función ejecutiva, mayor historial de *conductas autolesivas*, afectación de la regulación de *procesos emocionales* y las *funciones mnémicas* (Jackowski et al., 2008). La *depresión* es otro síntoma característico de este desorden por estrés temprano debido a alteración del desarrollo del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (Kaufman, Plotsky, Nemeroff & Charney, 2000).

Olaya et al. (2008) afirman: “Los síntomas de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), como reexperimentación del evento traumático, evitación, y aumento del



“arousal”, también están presentes en niños pequeños” (p. 126). De sus investigaciones se puede extraer que un 20% de niños que han presenciado la violencia doméstica desarrollan TEPT y el riesgo es mayor cuando han sido testigos directos de la violencia o han sufrido ellos el maltrato, si tenemos en cuenta los datos del National Council of Juvenile and Family Court Judges, de 1993.

Mientras tanto, Ehrensaft, Knous-Westfall, & Cohen, (2017) hallaron estudios que expresan: “En promedio, del 13% al 50% de los niños expuestos a la violencia de pareja (IPV) cumplen posteriormente los criterios de diagnóstico para el trastorno de estrés postraumático (PTSD)” (p. 296), el cual ha sido vinculado con el comportamiento abusivo en la adolescencia y la edad adulta. Ellos hallaron asociación prospectiva de IPV física con síntomas de trauma en la descendencia en un promedio de 6 años después, asociada a interrupciones en los sistemas de respuesta al estrés fisiológico en los niños pequeños, con el consiguiente aumento de riesgo de síntomas, debido a que “las interrupciones en la niñez ocurren en un período de plasticidad neuronal relativa, resistiendo la alteración en los puntos subsecuentes del desarrollo” (Ehrensaft et al., 2017, p. 296). La capacidad de enfrentar el trauma de manera efectiva se ve perjudicada por las respuestas de estrés alteradas, como resultado de amenaza percibida, hiperactividad, evitación y miedo, expectativas negativas sobre la seguridad en las relaciones interpersonales y auto-atribuciones negativas, que se reactivan fácilmente después de futuras exposiciones al trauma. Además, se observa hiperexcitación e hipervigilancia, o hipoactivación frente a situaciones de riesgo. “La teoría de seguridad emocional (EST) postula que el conflicto interparental afecta el funcionamiento conductual y emocional del niño, en parte, al reducir la *disponibilidad emocional y física* parental para el niño” (Ehrensaft et al., 2017, p. 296), debido a la influencia de la falta de seguridad en la reacción y el comportamiento emocional del niño en las relaciones sociales, incluida la esfera parento-filial, aumentando así el riesgo de desarrollo de psicopatología. Como “el modelo de psicopatología del desarrollo para TEPT de Pynoos et al., (1999) propone que el comportamiento de los padres puede influir en el ajuste de los niños al trauma” (Ehrensaft et al., 2017, p. 297), entonces la capacidad de un padre para proporcionar el tipo de cuidado sensible, receptivo y constante puede estar abrumada por la IPV, impidiendo de este modo que pueda proveer sistemas de *regulación al estrés infantil*, como es el caso de las mujeres maltratadas que son menos cálidas, sensibles y comprometidas en comparación con aquellas no maltratadas. “La participación en IPV tanto del padre como de la madre puede impactar significativamente en el ajuste del niño al trauma,



y las puntuaciones más altas de IPV de los padres pueden reflejar el impacto directo de una exposición a la violencia más crónica y potencialmente perjudicial sobre el riesgo directo de los niños para los síntomas del trauma” (Ehrensaft et al., 2017, p. 301). En el caso de las madres, los siguientes acontecimientos estresantes en sus vidas y su psicopatología explican la influencia de sus puntuaciones de IPV en los síntomas del trauma infantil, cuyas secuelas asociadas pueden ser más directamente relevantes para la sintomatología de dicho trauma, debido al mayor riesgo de daño y temor de la mujer, aumentando el riesgo de una nueva aparición de trastorno psiquiátrico en mujeres, pero no en hombres. Por otro lado, la exposición a cualquiera de los progenitores como perpetrador es igualmente angustiante para un niño, porque teme sufrir violencia por parte de ese mismo padre o porque el niño puede ser incapaz de evaluar el nivel de riesgo para la madre víctima de violencia (Ehrensaft et al., 2017). Sin embargo, también se describe predicción de agresión de adolescentes entre pares sin importar que la IPV sea perpetrada por las madres o los padres. Según los resultados de sus investigaciones, la IPV también predijo mayor *parentalidad negativa*, debido a que puede “llevar a los padres a seleccionar estrategias de castigo para imponer su dominio, a percibirse a sí mismos como incapaces de controlar el comportamiento de sus hijos y a experimentar sentimientos de rechazo hacia sus hijos por insatisfacción (...) En niveles más moderados de participación de IPV, la crianza positiva baja condujo a mayores síntomas de trauma, pero con una IPV más extrema, el riesgo de síntomas de trauma infantil no fue diferente en el contexto de crianza positiva alta versus la baja” (Ehrensaft et al., 2017, p. 302). Tal es el caso de depresión adolescente y pobre control del esfuerzo en los niños. Los síntomas de hiperactivación, evitación y miedo resultantes de la violencia doméstica en los niños, pueden ser moderados por el apoyo parental; pero en los casos de las familias más violentas, los cambios en la contención emocional pueden ser insuficientes como factores protectores para frenar los efectos de la violencia sobre la regulación y seguridad emocional, y las autoatribuciones negativas (Ehrensaft et al., 2017). Las Tablas 16, 17 y 18 resumen los efectos y la sintomatología asociados al TEPT en los casos de los niños testigos de violencia interparental (Ippolito, 2014).



	<b>Daños Físicos</b>	Ante la tentativa de defender a la madre, se convierten en partícipes de la pelea, con probabilidad de recibir golpes de puños, patadas, golpes de objetos lanzados, etc.
<b>BREVE</b>		
<b>Y</b>		Desvalorización
		Baja autoestima
<b>MEDIANO</b>		Sentimientos de culpa e impotencia
<b>PLAZO</b>		Depresión
		Ansiedad
		Agresividad
		Escasa capacidad para gestionar
		Estados de agitación e inquietud
		Déficit en competencias sociales y relacionales
		Habilidades motoras disminuídas
		Alteraciones del ritmo sueño/vigilia
		Pesadillas y enuresis
		Propensión a somatizaciones
		Reducción de la capacidad empática
	<b>Síntomas</b>	Comportamientos regresivos
		Autolesiones
		Trastornos alimentarios
		Bulimia
		Consumo de alcohol y sustancias psicoactivas
		Bajo rendimiento académico
		a veces asociado a trastornos de aprendizaje.
		Flashbacks ligados a recuerdos de eventos traumáticos.
		Irritabilidad y continuas explosiones de ira.
		Respuestas de alarma exagerada.
		Hipervigilancia
		Juegos repetitivos
		Repetición de representaciones respecto a aspectos inherentes al trauma
		Dificultad en la concentración

Tabla 16. Efectos físicos y sintomáticos postraumáticos a breve y mediano plazo de la violencia interparental asistida por niños y adolescentes (basado en Ippolito, 2014).



<b>BREVE</b>		Relaciones de apego hacia el progenitor dañado y desorientado
<b>Y</b>		Comportamientos adultos en niños para proteger a la madre maltratada
		Confusión de roles parento/filiales
		Ansiedad de separación de la progenitora maltratada
		Oscilaciones entre rabia, incerteza, hiperprotección y control ante los estilos educativos más severos y punitivos de la madre.
	<b>Sociales</b>	Comportamientos complacientes
<b>MEDIANO</b>		Tomar parte de uno u otro progenitor.
		Mitomanía
<b>PLAZO</b>		Oportunismo de las circunstancias
		Triangulación y juegos continuos de alianzas que mantienen dinámicas relacionales y comunicaciones disfuncionales en el interior del sistema familiar.
		El padre maltratador implica al hijo en el control y actos vengativos contra la madre.

Tabla 17. Efectos sociales postraumáticos a breve y mediano plazo de la violencia interparental asistida por niños y adolescentes (basado en Ippolito, 2014).

<b>LARGO PLAZO</b>		Procesos de identificación de género con el progenitor homólogo.
		Aceptación de la violencia en las relaciones de pareja adolescentes.
<b>Transmisión intergeneracional de la violencia</b>	<b>Identificaciones</b>	Aprendizaje de desprecio hacia las mujeres, de estereotipos de género, actitudes devaluadas a los modlos masculinos que no se adecuan al ideal de hombre fuerte, viril y potente.
		Reproducción de la relación asimétrica con las mujeres cosificadas

Tabla 18. Efectos postraumáticos a largo plazo de la violencia interparental asistida por niños y adolescentes (basado en Ippolito,2014).



### **Neurociencias**

Para comprender las psicopatologías aquí estudiadas, se deben conocer tanto la fisiopatología involucrada en la regulación emocional de los diferentes estilos afectivos, cuyo circuito incluye:

- varias regiones de la corteza prefrontal,
- amígdala,
- hipocampo,
- hipotálamo,
- corteza cingulada anterior (CCA),
- corteza insular,
- estriado ventral.
- otras estructuras interconectadas.

El Estilo Afectivo se refiere a las diferencias individuales en diversos parámetros que gobiernan la reactividad emocional.

Mientras que la Regulación Emocional incluye procesos que amplifican, atenúan o mantienen una determinada emoción.

La amígdala se activa:

- ante el reconocimiento de estados de ánimo negativos,
- fundamentalmente ante expresiones faciales de temor,
- incluso con mayor intensidad que ante las expresiones de ira.

Las expresiones faciales de ira se asocian especialmente con la activación de la corteza orbitofrontal (COF) y de la CCA.

Las Neuroimágenes han recreado especialmente condiciones de ira, y se observó un aumento de la activación de la COF y de la CCA en sujetos normales. Se supone que, en individuos propensos a la agresión y la violencia, este incremento en la activación de dichas regiones estaría atenuado. Cuando un sujeto visualiza una imagen displacentera, se produce un aumento en la magnitud del reflejo de parpadeo, en respuesta a breves estallidos de sonido.

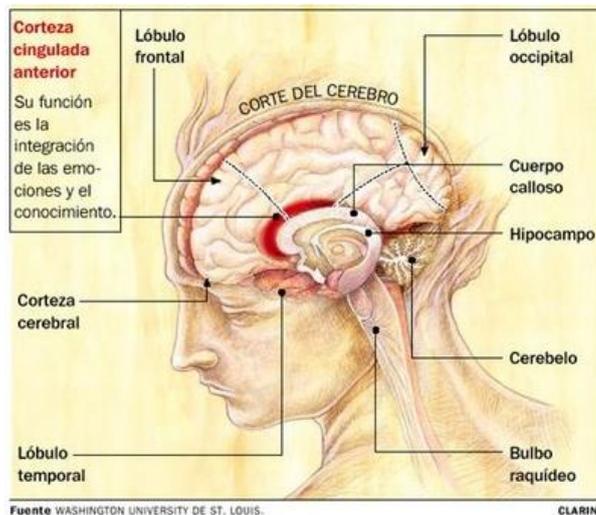
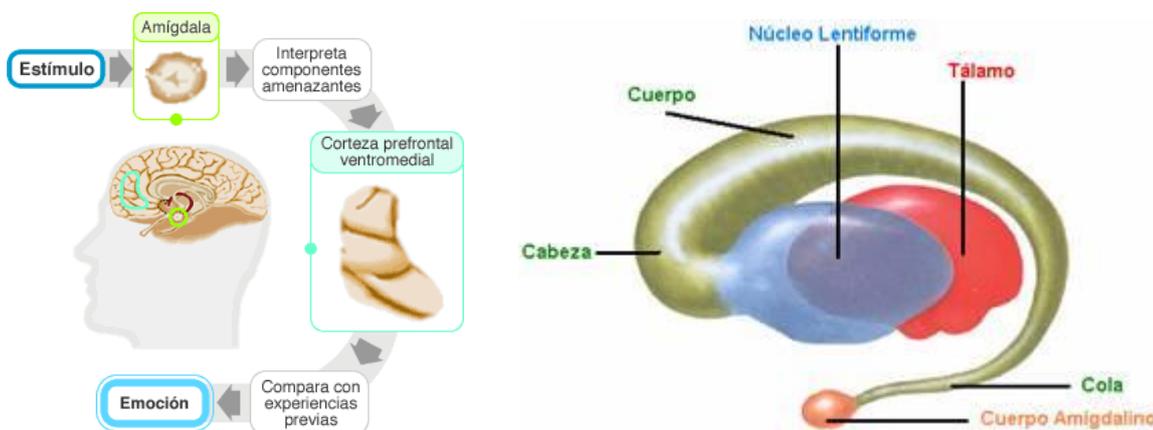


Figura 4.

En el adolescente normal, al desencadenar una respuesta de alarma, en diferentes momentos, durante el procesamiento afectivo, se puede recoger información acerca de la evolución, en el tiempo, de la emoción. La supresión de un estado de ánimo negativo, en respuesta a estímulos que previamente estimularon dicha emoción, podría ser conceptualizada como una forma de aprendizaje inverso. Los pacientes con lesiones en la COF y aquellos vulnerables a la agresión impulsiva podrían tener deficiencias específicamente en dicha tarea, aun cuando demostraran el aumento básico de la magnitud de la alarma en respuesta a estímulos negativos.



Figuras 5 y 6. Neuroanatomía Relacionada con la Impulsividad (Raúl Riquelme Véjar).

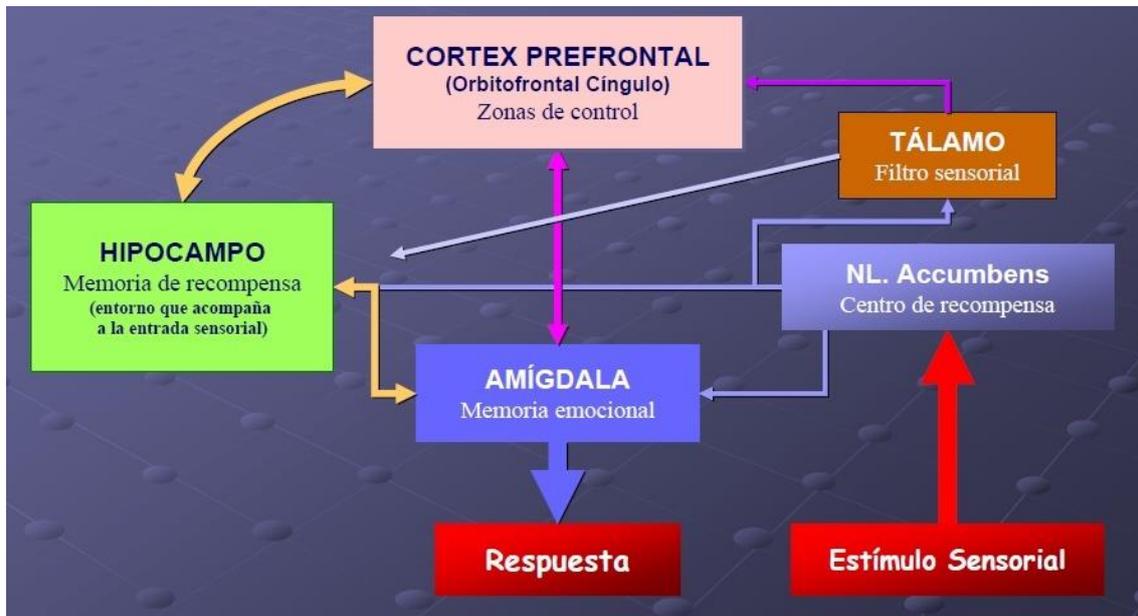


Figura 7. Bases Neurobiológicas de la Impulsividad (Raúl Riquelme Véjar).

Existen pruebas de que las adversidades presentes en la vida temprana del individuo, incluyendo el abuso físico o emocional, pueden tener consecuencias a largo plazo (5 años), como mayor riesgo de:

- depresión,
- ansiedad,
- suicidio y
- enfermedades cardiovasculares o inmunes.



## VIOLENCIA DE GÉNERO. SU IMPACTO EN EL PSIQUISMO INFANTO JUVENIL. TEORÍA DEL APEGO Y NEUROCIENCIAS



Figura 8.

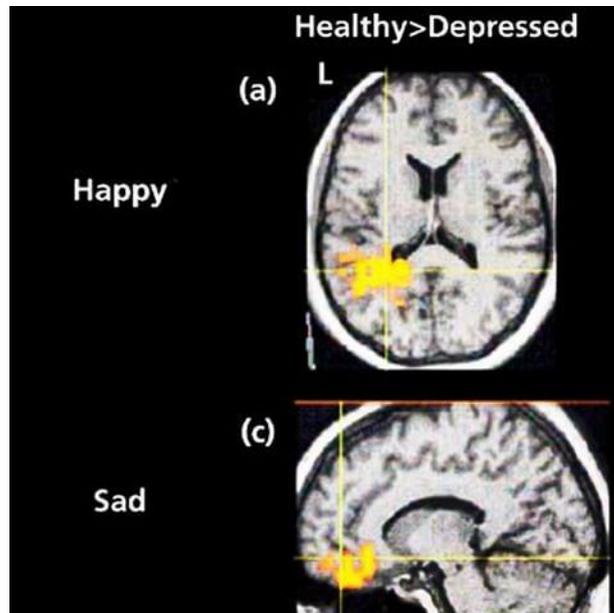


Figura 9. Diferencias entre un cerebro feliz y otro deprimido.

Esto se fundamenta en la epigenética, que se enfoca en cambios modificables en la expresión génica, que no se relacionan con modificaciones en la secuencia del ácido desoxirribonucleico, y ha permitido comprender mejor algunos de los mecanismos mediante los cuales los seres humanos se adaptan al ambiente. Estos cambios aparecen, muchas veces, en el proceso de selección natural, pero también durante la vida del individuo, con el fin de mejorar su supervivencia. Algunos de los mecanismos epigenéticos más frecuentes son la metilación del ADN y las modificaciones de las histonas, que pueden cambiar la expresión génica y variar así la respuesta futura del individuo ante eventos ambientales.

En ocasiones, estas modificaciones pueden tener efectos negativos sobre la salud del individuo, generalmente de aparición lenta, pero muchas podrían ser reversibles. Esto estaría íntimamente ligado al apego con la figura materna en cuanto a la respuesta del infante a las expresiones faciales de la madre, y explicaría la respuesta inadecuada frente al reconocimiento de estado de ánimo negativo y expresiones de temor, desencadenantes de desregulación emocional frente a situaciones de violencia de género.



## Neurobiología

La *Agresión impulsiva o reactiva* es contrapuesta a la agresión planeada o instrumental. Es dificultosa su clasificación, al analizar cada hecho en particular. Sin embargo, se puede distinguir, entre los sistemas neurales, que median una agresión reactiva ante una amenaza intensa, y aquellos que están involucrados en una agresión instrumental.

Pacientes con TEPT, TEI, y los agresivos impulsivos muestran una mayor respuesta en la amígdala a los estímulos amenazantes.

La RMN funcional ha demostrado que la aproximación de una amenaza se asocia con un aumento de actividad en: la amígdala, el hipotálamo y la SGPA (sustancia gris periacueductal), y lo mismo sucede ante un estímulo de frustración.

La agresión impulsiva, particularmente en aquellos asociados con ira, involucran el reclutamiento del sistema de respuesta aguda (amígdala, hipotálamo y SGPA).

1. Se propone que está modulada por la corteza fronto ventromedial (CFvm), permitiendo la representación de la recompensa esperada y los castigos asociados con la acción.
2. Esta información es usada luego por otras regiones, particularmente la corteza dorsomedial y
3. la ínsula anterior, que van a iniciar o evitar la agresión impulsiva, según las expectativas de refuerzo.

Estas tres últimas regiones suelen participar en la elección de la respuesta. Si están comprometidas, la conducta probablemente será impulsiva.

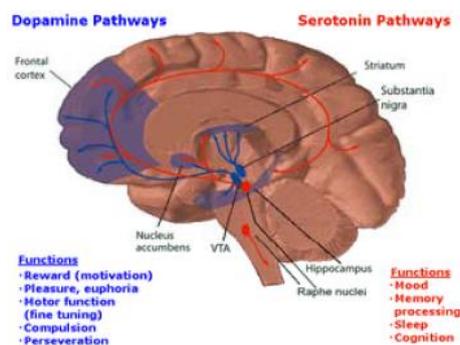


Figura 10. Vías Catecolaminérgicas (Raúl Riquelme Véjar).



Las vías noradrenérgicas (NA) y dopaminérgicas (DA) están relacionadas con la atención; mientras que las vías serotoninérgicas están involucradas en la impulsividad. Ante la presencia de este tipo de signosintomatología, conviene investigar las relaciones intrafamiliares. Se comprueba un elevado índice de violencia doméstica.

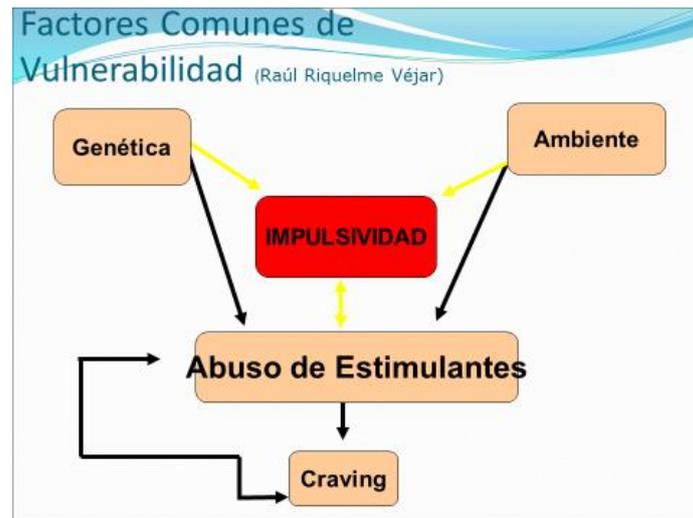
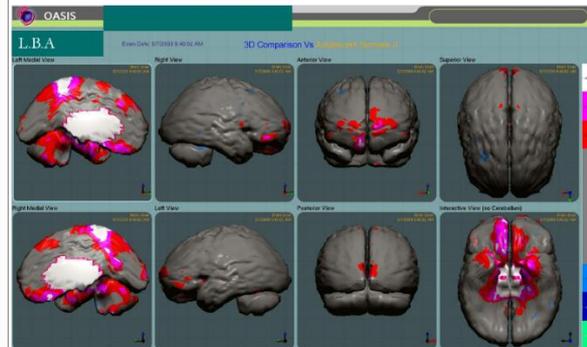


Figura 11. Factores Comunes de Vulnerabilidad (Raúl Riquelme Véjar).

La educación y las pautas de crianza tempranas, son considerados los pilares constitutivos de un sistema nervioso sano en un todo integrado con el eje-hipotálamo-hipofisario, a partir de relaciones objetales amorosas y no violentamente posesivas de seres vivos considerados objetos manipulables para su dominio. Para ello, es requisito indispensable ofrecerle al infante humano figuras de apego seguro y no del tipo inseguro ambivalente o evitativo, responsables de establecer, en forma definitiva, el modo en que vaya a vincularse con aquello que lo rodea.

Ante el clima familiar violento se pone en riesgo la vida psíquica y física de uno de los miembros de la pareja parental, tan importante para el desarrollo psicofísico infantil, esto ofrece, figuras altamente atemorizantes y, situaciones traumáticas difícilmente toleradas, que dejan al individuo inmaduro en un estado de alerta máxima, que replica en todo momento, en todos los ambientes y en toda interacción vital, por y con el consiguiente trastorno adaptativo social.



Figuras 12 y 13.

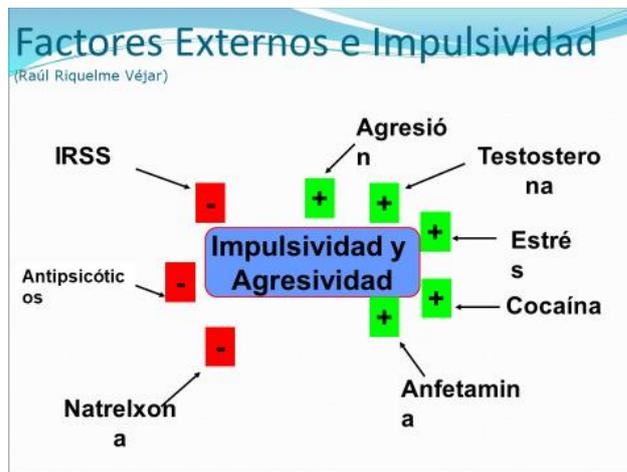


Figura 14.

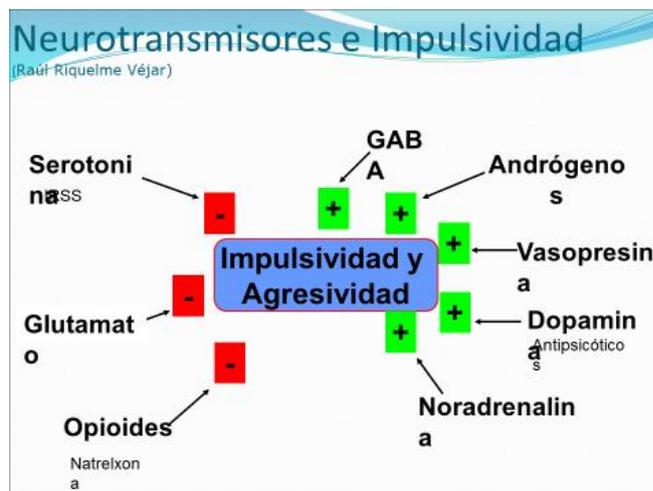


Figura 15.



## **METODOLOGÍA**

### **Propósito del estudio**

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica con el propósito de demostrar, desde la perspectiva antropológica, la íntima relación existente entre los trastornos cognitivo-conductuales que presentan los menores que consultan en servicios de salud mental públicos y/o privados, y la violencia de género intrafamiliar como factor de riesgo etiológico, fundado en la relación con sus madres como figuras de apego significativas, junto a algunos aportes neurobiológicos actuales que los explican.

La presente revisión se ha basado en la bibliografía de diferentes orígenes publicada en idioma español, inglés y/o italiano que se halla dedicado a estudiar la relación causal entre ambas problemáticas.

Además, se han elaborado Tablas de indicadores relevantes, coincidentes y divergentes, a partir de la recolección de datos de las **historias clínicas** de los pacientes infanto juveniles que presentaron diagnósticos compatibles con TEI, T. del Control de los Impulsos y/o TEPT, sea en forma privada u hospitalaria, en relación a la dinámica familiar, investigando particularmente antecedentes de violencia doméstica y en particular de género, a partir de la anamnesis en la consulta de admisión y durante el proceso psicodiagnóstico y de seguimiento, aplicando diversas escalas.

## **FINALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN**

### **Objetivos**

#### ***Objetivo general***

Poder determinar si los menores de edad que conviven con violencia de género padecen trastornos de conducta del tipo explosivo intermitente, de control de los impulsos, y "maquiavelismo", comórbidos con estrés postraumático, debido al impacto psicológico de la violencia como consecuencia de las lesiones y/o riesgo físico y/o emocional de sus madres como figuras de apego, además de los sentimientos de temor que les provocan los comportamientos y actitudes violentas del agresor.



**Objetivos específicos**

- a) Comprobar la existencia de las posibles causas psíquicas basadas en los vínculos materno-filiales, en la literatura científica;
- b) Analizar la relación existente entre las diferentes variables del contexto familiar, que influyen en el desarrollo infanto juvenil de los menores expuestos a violencia de género intrafamiliar;
- c) Identificar los tipos de trastornos psicológicos y conductuales infanto juveniles, que se describen en la literatura científica, en relación a situaciones traumáticas experimentadas en el seno de sus familias, derivadas de violencia de género interparental;
- d) Describir la necesidad de respuesta clínica sanitaria ofrecida a los menores, en relación a su sintomatología asociada a este tipo de violencia;
- e) Concientizar en la consideración integral de las psicopatologías infanto juveniles, como emergentes de las disfuncionalidades y violencias familiares;
- f) Elaborar herramientas y estrategias de intervención sistémica, en la resolución de conflictos vinculares en el tratamiento de dichas psicopatologías;
- g) A través de una propuesta de trabajo interdisciplinario e interinstitucional para el logro de tales objetivos, mediante la capacitación en dicha problemática y la creación de dispositivos específicos, para tal fin, de detección precoz en el área educativa y sanitaria, y las intervenciones adecuadas para su tratamiento integral.

**INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN**

- 1. Entrevista semi-estructurada para víctimas de maltrato doméstico
- 2. Cuestionario de maltrato psicológico
- 3. Escala de autoestima (Rosenberg, 1965)
- 4. Subescala de ansiedad (Golberg y cols).
- 5. Escala de inadaptación (Echaburúa y corral, 1987 b).
- 6. La Escala de gravedad de los síntomas del Trastorno de Estrés Post-traumático (adaptado de Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997).



**NORMAS DE UTILIZACIÓN DE LA BATERÍA DE TEST** administrada a las madres de los pacientes incluidos en la presente investigación:

- Formación del profesional sobre maltrato psicológico.
- Conocimiento y entrenamiento en peritajes: realizar ensayos previos a personas que no sean clientes reales.
- Es importante el orden de aplicación de la batería.
- El tiempo: no está delimitado. El tiempo medio de respuesta de toda la batería es de 45 minutos a una hora aproximadamente.
- El contexto: lugar tranquilo, sin ruido, y con una iluminación adecuada. Un lugar en el que el entrevistado se sienta cómodo.
- Las preguntas: Explicar el significado de los ítems o, en caso de no tener que ver con esto, contestar con un "simplemente intente contestar de acuerdo con lo que usted siente o piense en este momento (o en general)".
- Se debe explicar los motivos por los que es necesario contestar la batería de test.
- Advertir que deben leer las instrucciones de los test.
- Avisar que disponen de todo el tiempo que necesiten para responder.
- Si tienen alguna duda pueden preguntar al entrevistador.
- Y señalar que si se sienten cansadas pueden hacer una pausa cuando quieran.

## **ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA**

### ***Objetivo***

- Evaluar las características demográficas de la persona maltratada,
- la historia de victimización y de trastornos psicopatológicos,
- las circunstancias del maltrato psicológico,
- la expresión emocional de la víctima
- la reacción del entorno familiar y social ante los acontecimientos vividos.



**ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO**  
(Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca, 1994).

Profesional:

Fecha:

Datos de la víctima:

. Nombre:

. Edad:

-Actual.

-Al iniciar la relación:

- Al iniciar la convivencia.

. Estado civil:

. Nº de hijos:

. Nº de hermanos:

. ¿Con quién vive actualmente?

. Nivel de estudios:

. Profesión:

. Lugar y tipo de trabajo actual:

. Nivel socioeconómico:

. Tipo de abuso experimentado: Físico, psíquico, sexual:

-El primer incidente

-Un incidente típico

-El incidente más grave

-Frecuencia del abuso en el último año.

-El último incidente.

-Si ha experimentado abuso durante el embarazo, noviazgo...

. Actos cometidos en el abuso:

-Personales: insultos, humillación, puñetazos, bofetadas, agresiones sexuales.

-Contra los bienes: Romper objetos de la casa, tirar obetos...

. Medio coercitivo empleado: arma blanca, arma de fuego...

. ¿En alguna ocasión ha sentido que su vida estaba en peligro? ¿Cuándo?

. Denuncias: (nº de denuncias, de denuncias retiradas, de denuncias en curso)

. Salidas del hogar (nº de veces, lugares donde ha acudido, tiempo de estancia)

. Asistencia médica por lesiones (nº de veces).

. ¿Ha contado el abuso a alguien? ¿A quién?

. ¿Ha habido experiencias de maltrato en su familia de origen?

. ¿Ha recibido o está recibiendo algún tipo de tratamiento psicológico por la experiencia de abuso?

. ¿Ha recibido tratamiento por algún tipo de trastorno psicológico, independiente a la experiencia de abuso?

¿Por qué? ¿Cuándo?

. ¿Ha habido en su familia algún tipo de trastorno psicológico? ¿de que tipo?

. ¿Tiene problemas de salud?

. ¿Toma algún tipo de medicación?

. ¿Ha tenido o tiene problemas de abuso de drogas o alcohol?

. ¿Ha tenido algún intento o pensamiento persistente de suicidio? ¿Cuándo?

Datos del agresor.

. Edad.

. Actividad laboral.

. ¿Ha tenido problemas de abuso de drogas o alcohol?

. ¿Ha tenido o tiene algún tipo de trastorno psicológico? ¿de qué tipo?

. ¿Tiene algún problema relacionado con los celos?

. ¿Ha tenido o tiene algún problema de tipo laboral?

. ¿Ha habido problemas de maltrato en su familia de origen?

. ¿Ha maltratado física o psicológicamente a los hijos?

Observaciones durante la entrevista.....



**SUBESCALA DE ANSIEDAD (Goldberg y cols.)**

Lea atentamente las siguientes preguntas. Son problemas y molestias que todo el mundo sufre alguna vez. Piense si a usted le ha pasado en las últimas semanas, incluido el día de hoy. Rodee la respuesta que mejor refleje su situación:

<b>SUBESCALA DE ANSIEDAD</b>		
1. ¿Ha estado muy preocupada por algo?	SI	NO
2. Se ha sentido excitada, nerviosa o en tensión?	SI	NO
3. ¿Ha tenido dificultades para relajarse?	SI	NO
4. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	SI	NO
5. ¿Se ha duchado en la última semana?	SI	NO
6. ¿HA tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	SI	NO
7. ¿HA tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormida?	SI	NO
8. ¿Se ha sentido irritable?	SI	NO
9. ¿Ha visto la televisión en la última semana?	SI	NO
10. ¿Ha estado preocupada por su salud?	SI	NO
11. ¿Ha ordenado su casa en la última semana?	SI	NO

Se registraron las intervenciones llevadas a cabo con las mujeres/madres víctimas de violencia, tendientes a concientizar sobre los efectos de la violencia familiar, en el psiquismo infantil, responsable de las conductas patológicas que motivaron la consulta y el tratamiento. Se establecieron los indicadores y su prevalencia, y se llevó un registro de las reuniones con los Equipos de Orientación



Escolar (EOE), CPDN y otros profesionales intervinientes, sea de la misma institución o de actuación privada.

#### Etapas Desarrolladas

1. Se solicitaron interconsultas (IC) neurológicas y
2. Estudios complementarios de laboratorio con el objeto de investigar eventuales alteraciones endócrinas, previo a
3. las entrevistas de evaluación psicodiagnóstica con el paciente y posterior a la consulta de admisión con las madres y/o padres de los menores.
4. Una vez aproximado el diagnóstico, se invitó al EOE a una reunión con el objeto de obtener más datos sobre la historia pedagógica y conductual del niño/a y de acordar estrategias de intervención a partir de aclarar dudas conceptuales sobre la etiología del trastorno psicopatológico, estableciendo así un canal de comunicación permanente a través de todos los medios tecnológicos actuales.
5. Se sumó la indicación de psicoterapia individual para el paciente, y
6. Se indicó, en algunos casos, un esquema de tratamiento psicofarmacológico adecuado (ej. estabilizador del humor asociado o no a neuroléptico atípico) para cada diagnóstico,
7. junto a monitoreo permanente de su homeostasis frente a los eventuales efectos farmacológicos adversos.
8. Ha habido un caso donde fue necesaria la denuncia en la Comisaría de la Mujer, ante la presencia comprobada de lesiones por golpes al menor.

#### 3. Justificación

Empleo de un diseño mixto cuali-cuantitativo que permita conocer en profundidad la realidad de la violencia de género considerada factor de riesgo etiológico de las psicopatologías infanto juveniles, actualmente en aumento, como motivo de consulta en los servicios de salud mental.

4. Interés Clínico-Asistencial
- 5.



Los hallazgos surgidos de la presente revisión podrían aportar orientación diagnóstica a los profesionales que intervienen con los menores que presentan los cuadros nosológicos relacionados con estrés postraumático, para poder intervenir adecuadamente desde el punto de vista de la prevención secundaria con las familias en las que se compruebe que sufren violencia de género.

### **Hipótesis científicas**

- 1) Existen *diferencias conductuales* significativas entre los menores que viven en ambientes de violencia de género intrafamiliar;
- 2) Existen *diferencias sintomatológicas* significativas entre los menores que conviven con violencia de género intrafamiliar.

### **Interés académico**

Ofrecer a los profesionales de la salud y la salud mental infantil una acabada revisión bibliográfica, que despierte el interés clínico por indagar los indicadores de psicopatología infanto juvenil, que orienten al diagnóstico de violencia de género en sus familias y permitan decidir estrategias de intervención terapéutica, social y legal en el grupo de menores testigos y de sus figuras parentales.

### **Diseño de la investigación**

Metodología y técnicas de investigación que se utilizarán. Justificación

Cuantitativas: Elaboración de una tabla de doble entrada cuyas variables incluyan los diferentes grupos etarios estudiados y la signo-sintomatología asociada a violencia de género intrafamiliar como factor de riesgo etiológico, en los trabajos seleccionados para la presente revisión. En este sentido, el trabajo de McDonald et al. (2016) aporta un modelo útil para reflejar en porcentajes los diferentes tipos de afectación sintomática observados en el grupo etario por ellos investigado.

Cualitativas: Lectura en profundidad de los artículos seleccionados para comprender las interacciones entre la morbilidad psicopatológica infantojuvenil y la violencia doméstica victimizante de la figura materna. Análisis objetivo de los resultados observados en dichos estudios a partir de la metodología desarrollada por sus autores.

**Criterios de selección de los materiales participantes**

Se ha realizado una revisión sistemática de los materiales publicados desde enero de 2000 hasta enero de 2018.

Para ello, se consultaron las siguientes bases de datos (Tabla 19): EBSCO, PUBMED, Google, Dialnet, PSICODOC, Scielo, ScienceDirect, BioMed Central, PsycARTICLES y PsycINFO,

<b>BASES DE DATOS</b>	<b><u>N TOTAL=</u></b>	<b><u>N SELECCIONADOS=</u></b>
<b>PubMed</b>	7	5
<b>Google</b>	20	13
<b>Dialnet</b>	6	2
<b>PSICODOC</b>	0	0
<b>Scielo</b>	5	2
<b>PsycARTICLES</b>	0	0
<b>PsycINFO</b>	0	0
<b>ScienceDirect</b>	2	1
<b>EBSCO</b>	7	2
<b>BioMed Central</b>	1	0

Tabla 19. Búsquedas en bases de datos y publicaciones seleccionadas.

Los descriptores que se utilizaron para realizar la búsqueda de las fuentes de información han sido:

Children disorders / trastornos de conducta infantil AND partner violence/ violencia de género AND estrés postraumático / PTSD AND violencia assistita AND apego / attachment

Para llevar a cabo la selección de los materiales pertinentes, en esta revisión se ha cumplido el procedimiento de utilización de: (1) lectura de los títulos y de los resúmenes de los artículos; (2) lectura completa de los artículos seleccionados en el primer paso obtenidos a través de las búsquedas en las bases de datos; y (3) selección de los artículos que cumplieron los criterios de inclusión especificados.



### **Técnica de recogida de datos**

El método utilizado para la recogida de datos fue el de la lectura de resúmenes de los textos encontrados en la búsqueda en las bases de datos consultadas, a partir de la cual se llevó a cabo una selección basada en la fiabilidad de los autores y las instituciones en las que llevaron a cabo sus investigaciones. Una vez seleccionados, se realizó la lectura completa de los artículos y publicaciones para comprender la problemática investigada a través de la revisión bibliográfica elegida, sea sobre psicopatologías infanto juveniles propuestas como violencia doméstica interparental.

### **Justificación de su uso**

Empleo de un diseño mixto cuanti-cualitativo que permita conocer en profundidad la realidad de la violencia de género considerada factor de riesgo etiológico de las psicopatologías infanto juveniles actualmente en aumento como motivo de consulta en los servicios de salud mental.

### **Características sociodemográficas de los menores y sus familias**

Los textos analizados han demostrado cierto grado de coincidencias y heterogeneidad al mismo tiempo, en las poblaciones estudiadas, de ambos géneros, de menores testigos de violencia doméstica contra la madre con respecto a grupos etarios, género, grupos étnicos, nivel sociocultural, características de las familias de origen de los menores, etc. incluidos en sus investigaciones (Tabla 20).

### **El análisis de los datos**

Se dispone de las bases de datos necesarias con acceso a los documentos a texto completo y de resúmenes, para realizar la revisión de la literatura científica. La recogida de la información es muy importante en la valoración del riesgo que la violencia de género implica para el psiquismo evolutivamente vulnerable de los menores testigos de la victimización de sus madres, y del impacto de este tipo de violencia como perturbador del vínculo materno-filial y de la disponibilidad de esta figura de apego tan significativa en la construcción de recursos protectores psico-emocionales para sus hijos e hijas. Por tal motivo, se tendrán en cuenta sólo aquellas publicaciones que demuestren fiabilidad y pertinencia en el tema propuesto.



**Programa informático para ayudar en el análisis**

Se dispone de los paquetes estadísticos necesarios para realizar el análisis de los datos:

Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Protocol (PRISMA-P), version 2015.

Grupos etarios	Etnia	Socio Cultural
Menores de 1 a 18 años n= 13 Mujeres madres de 15 años o más n= 4	Caucásicos n= 3	Condados de New York n= 1
	blancos n= 3	Católicos n= 1
	negros n= 1	Varios niveles socio demográficos y económicos n= 1
	latinohispanicos n= 6	Áreas de pobreza n= 2
	multirraciales n= 5	Área urbana de Texas n= 1
	afroamericanos n= 4	Refugios familiares n= 1
	haitianos n= 1	Retraso mental n= 1
	indios n= 1	Retraso madurativo n= 1
	asiáticos n= 2	Ingresos medios n= 2
	rumanos n= 1	Bajos ingresos n= 2
	Indoamericanos n= 1	Clase media n= 1
	nativos de Alaska n=1	Bajo nivel socio económico n= 1
	españoles n= 2	Muy bajos ingresos n= 1
	Chilenos n= 1	Juvenile Court Assessment Center n= 1
	Italianos n= 1	Agresores a padres y cuidadores n= 1
	Húngaros n= 1	Riesgo social n=2
	Monoparentales n= 1	
	Biparentales n= 4	
	Madres con nivel secundario n= 2	
	Menores Maltratados n= 2	
	Negligencia n= 1	
	Institucionalizados n= 1	
	Adoptados n= 2	
	Atención Salud Mental n= 1	
	Menores con nivel secundario n= 2	
	Servicios de atención especializada en VG n= 1	
	Servicio de atención a niños y adolescentes de Familias en riesgo n= 1	
	Repitencia escolar n= 1	
	Adultos con educación básica n= 1	
	Padres/ madres universitarios n= 1	
	Padres/ madres sin estudios n= 1	
	Pacientes hospitalizados con antecedentes traumáticos antes de los 15 años n= 1	
	Madre trabajadora n= 1	
	Estupro de la hija menor n= 1	
	Prevalencia de hijos varones n= 1	

**Tabla 20.** Aspectos sociodemográficos de las poblaciones investigadas por los diferentes autores estudiados (N total de publicaciones=16).



**Control de calidad de los datos**

El control de calidad de los datos se ha basado en la fiabilidad de las fuentes de los trabajos revisados (revistas científicas, tesis doctorales, eventos académicos) y de las instituciones de pertenencia que han respaldado sus investigaciones (universitarias, gubernamentales) descritas en la Tabla 21.

<u>REVISTAS</u>	<u>TESIS</u>	<u>UNIVERSIDADES</u>	<u>ORGANISMOS</u>	<u>ASOCIACIONES</u>	<u>EVENTOS</u>
<u>CIENTÍFICAS</u>			<u>GUBERNAMENTALES</u>	<u>PROFESIONALES</u>	<u>ACADÉMICOS</u>
	3	Columbia University Southern Methodist University Nova Southeastern University	US Government	<i>American Psychological Association</i>	International Conference: The future of the pedagogical research and its evaluation
17		Harvard Medical School	John Jay College of Criminal Justice	<i>Society for Research on Adolescence</i>	
		Virginia Commonwealth University	National Institutes of Health	<i>Michigan Association for Infant Mental Health</i>	
		The University of Michigan	Cambridge Hospital		
		University of Denver	Domestic Violence Agencies in Colorado	<i>Society for Social Work and Research</i>	
		Beijing Normal University		<i>Anxiety and Depression Association of America</i>	
		University of Illinois			
		University of South Florida			
		Tulane University			
		University of Washington			
		University of Pécs, Hungary			
		Nottingham Trent University	Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (Extremadura)		
		Universidad de Alicante,			
		Universidad de Extremadura	Gobierno de Extremadura: Servicio de Atención a Familias, Infancia y Adolescencia		
		Universidad Autónoma de Madrid	Hospital del Salvador, Santiago Chile.		
		Universidad de los Andes.	Hospital Regional de Curicó, Curicó, Chile.		
		Università Roma Tre			
		Universidad de München	Office of Child Development		
		International Psychoanalytic University (IPU-Berlin), Berlin	The National Institute of Mental Health		
		Universidad de Chile	National Institute of Justice		
		University of Miami			
		Universitat Autònoma de Barcelona			
		Yale University			
		Universidade de São Paulo			
		Universidade Federal de São Paulo,			

Tabla 21. Organismos que respaldan la calidad de los autores y trabajos revisados.

**RESULTADOS**

**VIOLENCIA DE GÉNERO. SU IMPACTO EN EL PSIQUISMO INFANTO JUVENIL. TEORÍA DEL APEGO Y NEUROCIENCIAS**



Han sido varios los autores (N= 16) que se dedicaron a investigar diversas poblaciones de niños, niñas y adolescentes con el objeto de comprobar los efectos de la violencia doméstica interparental en el psiquismo infantil. Mientras tanto, otros de los trabajos estudiados sólo han realizado revisiones de otros autores sobre la misma problemática (N= 6). Pero, todos ellos coinciden en que los menores testigos de violencia familiar presentan algún tipo de sintomatología y psicopatología infanto juvenil ligadas a impulsividad interna y/o externa asociada a agresividad, dependiendo de la frecuencia e intensidad de los episodios violentos presenciados, como así también del género del menor. Para comprender los efectos de la violencia interparental sobre el aparato psíquico de los hijos/as, es necesario conocer los diferentes tipos de exposición a los que se hallan sometidos, que se describen en la Tabla 22.

Por otro lado, en la Tabla 23 se pueden apreciar algunos de los conceptos más significativos de las investigaciones realizadas por los autores seleccionados, que permiten conocer sus aportes científicos y sus reflexiones acerca de la problemática abordada desde los diversos marcos teóricos desarrollados en el Capítulo II, donde se comprueban coincidencias y complementariedad de los conocimientos relacionados con la misma.

En todos los casos estudiados, los hijos son considerados víctimas por sufrir las consecuencias de su exposición a la violencia interparental de forma directa o indirecta, sea por ser partícipes oculares de los episodios de ataques a la madre, que los aterroriza, culpabiliza y avergüenza, como así también por ser víctimas de las repercusiones de los mismos a través del estado de ánimo y mental de la mujer que ve limitada su disponibilidad emocional para seguir cumpliendo su rol materno de cuidadora y para satisfacer las necesidades físicas, emocionales y comunicacionales de los menores.



<b><u>Tipo de Exposición</u></b>	<b><u>Definición</u></b>	<b><u>Ejemplo</u></b>
<b><i>Exposición Prenatal</i></b>	Efectos reales o imaginarios en el feto en desarrollo.	El feto es agredido en el útero. Cuando la madre vive en contexto de miedo y agresiones, los efectos sobre el feto son muy dañinos.
<b><i>Intervención</i></b>	El niño física o verbalmente intenta detener el asalto.	Pedir al padre que pare para defender a la madre.
<b><i>Victimización</i></b>	El niño es agredido verbal o físicamente durante un incidente.	El niño es herido intencionalmente o accidentalmente en el transcurso de una agresión.
<b><i>Participación</i></b>	El niño es forzado o se une a los asaltos voluntariamente.	El niño es condicionada a participar: utilizado para espiar a la madre o burlarse de ella.
<b><i>Observación</i></b>	El niño ve directamente las agresiones.	Ver las agresiones físicas o verbales.
<b><i>Escucha</i></b>	Escucha de las discusiones y las peleas.	Escucha las agresiones.
<b><i>Observar las consecuencias iniciales</i></b>	El niño ve algunas consecuencias inmediatas del asalto.	Ver las consecuencias, la llegada de la policía, la ambulancia, los daños en el hogar.
<b><i>Observar las secuelas</i></b>	El niño siente las consecuencias de las agresiones en su vida diaria.	El niño sufre la depresión materna, cambios en el rol parental, separación del padre...
<b><i>Escuchas sobre lo sucedido</i></b>	El niño escucha cosas relacionadas con las agresiones.	El niño tiene conocimiento de lo sucedido, escucha comentarios...
<b><i>Desconocimiento</i></b>	El niño no conoce que ha pasado.	El niño no sabe qué ha sucedido exactamente.

Tabla 22. Taxonomía de la exposición a la violencia de género de los hijos e hijas (Monsalve, B. L. 2014). Fuentes. Holden (2003) "Children Exposed to Domestic Violence and Child Abuse. Terminology and Taxonomy. Clinical Child and Family Psychology Review, Vol. 6, N° 3, September 2003.



Tabla 23. Aspectos significativos de los autores seleccionados.

<u>AUTOR</u>	<u>ASPECTOS SIGNIFICATIVOS</u>	<u>GRUPOS</u> <u>ETARIOS</u>
Chistollini, S. (2011).	<p>La sintomatología agresiva presente tanto en hijos como hijas testigos de violencia contra la madre es reproducida tanto en el ambiente escolar como el del hogar, contra terceros, contra sí mismos, o contra alguna de las figuras parentales, de modo impulsivo y como resultante del modelado identificatorio con la figura paterna. Este tipo de conductas tienden a desaparecer cuando la violencia doméstica se detiene, o pueden reproducirse en el futuro en las relaciones de pareja desde la adolescencia o a través de bullying.</p> <p>En el proceso de la violencia doméstica, el sentimiento de culpa proyectado hacia las figuras parentales y contra sí mismo/a se constituye en el motor de los trastornos de conducta en los niños/as y adolescentes.</p> <p>También se observa déficit atencional que acarrea trastornos en los aprendizajes académicos.</p>	<p>mujeres 25 a 30 años 70 hijos 6 a 18 años</p>
Díaz de Neira Hernando, M. (2014).	<p>Los problemas entre los padres se cuentan entre los factores de riesgo para la actuación de conductas autolesivas no suicidas.</p> <p>También el haber sufrido falta de cuidados de parte de los progenitores.</p> <p>Mayor prevalencia en sexo femenino.</p> <p>Con comorbilidad depresiva, ansiedad e impulsividad, y baja autoestima.</p>	



<p>Ehrensaft, M. K., Knous-Westfall, H., &amp; Cohen, P. (2017).</p>	<p>Asocian la presencia de trastorno por estrés postraumático posterior a exposición infantil a violencia doméstica. Debido a que la capacidad de enfrentar el trauma en forma efectiva se ve afectada como resultado de la amenaza percibida, hiperactividad, evitación y miedo, expectativas negativas sobre la seguridad en las relaciones interpersonales y auto-atribuciones negativas hiperexcitación e hipervigilancia, o hipoactivación frente situaciones de riesgo. Según la teoría de seguridad emocional, el conflicto interparental reduce la disponibilidad emocional y física parental para el niño. aumentando así el riesgo de desarrollo de psicopatología. Porque impide que la madre pueda proveer sistemas de regulación al estrés infantil debido al mayor riesgo de daño y temor de la mujer La angustia del menor se funda en la parentalidad negativa con riesgo de aplicar castigos y expresar rechazo al hijo/a elevando las probabilidades de desarrollar depresión y pobre control de los impulsos.</p>	<p>1 a 10 años</p>
<p>Iborra, I. (s. f.). (Recuperado 2017)</p>	<p>El Trastorno de Conducta clasificado en el DSM -5 se caracteriza por presencia de emociones prosociales limitadas, falta de remordimientos o culpabilidad, insensibilidad, carencia de empatía, despreocupación por su rendimiento, o afectividad superficial o deficiente semejante al Maquiavelismo.</p>	
<p>Ippolito, S., (2014).</p>	<p>La sintomatología postraumática en los niños que asisten a violencia interparental se puede manifestar a breve, mediano y largo plazo. Incluyen daños físicos, psicopatologías, perturbaciones sociales e identificadorios debido a que el desarrollo infantil es el producto de una interacción dinámica entre el niño y la experiencia proveída por su ambiente familiar y social. Los efectos más graves para la estructuración de su psiquismo dependen de la mayor vulnerabilidad cognitiva y emocional basada en la mayor precocidad infantil expuesta a los episodios de violencia interparental.</p>	



	<p>determinado el desarrollo de apego desorganizado y ansiedad de separación marcada de la figura materna.</p> <p>A largo plazo, puede convertirse en un factor de riesgo de transmisión intergeneracional de la violencia a través de los procesos identificatorios en ambos sexos: de dominio en el hijo varón y de sumisión en la hija.</p>	
Jackowski, A. P. et al. (2008).	<p>inhibición de respuesta identificada como un componente central de la función ejecutiva, mayor historial de conductas autolesivas, afectación de la regulación de procesos emocionales y las funciones mnémicas</p> <p>presentes en trastorno por estrés postraumático se deben a lesiones demostradas en el sistema hipocampal y el cuerpo caloso en el sistema nervioso central de los menores víctimas de violencia.</p>	Edad promedio 10.6 años
Johnson, V. K., & Lieberman, A. F. (2007).	<p>Si la sintonía materna se ve afectada por su propios TEPT debido a su victimización por parte de su pareja, su relación diádica con su hijo/a no logrará proveer protección a las desregulaciones emocionales infantiles frente a los conflictos maritales a nivel de su comportamiento internalizante de tristeza y enojo.</p>	Preescolares
Jouriles, E. N., McDonald, R., Vu, N. L., & Sargent, K. S. (2016).	<p>Los niños de madres víctimas de violencia sexual por parte de sus parejas, muestran mayores problemas de conducta externa que aquellos de familias no violentas, del mismo modo que aquellos menores testigos de violencia doméstica física y sexual. Esto coincide con el nivel de distrés psicológico materno manifiesto a través de sintomatología depresiva e insatisfacción en su relación marital.</p>	7 a 10 años
Kaufman, J., Plotsky, P., Nemeroff, C., & Charney, D. (2000).	<p>Los efectos del estrés temprano y el impacto de las experiencias traumáticas a nivel neurobiológico modifican provocan cambios asociados a depresión mayor dependiendo de factores ambientales que incluyen la calidad de cuidados en etapas evolutivas de mayor vulnerabilidad.</p>	
Kennedy, T., Edmonds, W., Dann, K., & Burnett, K. (2010).	<p>Los problemas psicológicos y las conductas de riesgo en los jóvenes se hallan íntimamente asociadas a historias de pobres relaciones familiares y violencia interparental, en especial en los casos de varones que presentan conductas disruptivas en la adolescencia, por aprendizaje social. Es en sus ambientes familiares donde inician a ejercer su violencia, en su mayoría</p>	10 a 18 años



contra sus propias madres.

Láng, A.,  
& Abell, L.  
(2018).

Las interacciones familiares violentas forman parte de la etiología del maquiavelismo en los adolescentes. que se caracteriza por rasgo de personalidad caracterizado por tácticas interpersonales manipuladoras y engañosas, una visión cínica del mundo y los seres humanos, y normas morales pragmáticas. Comprueban el argumento de los efectos ambientales en la transmisión transgeneracional, y la relación existente entre la crianza de los hijos y el funcionamiento familiar. adolescentes maquiavélicos de esquemas que expresan expectativas de *privación emocional, desconfianza y abuso*. características familiares de funcionamiento caótico y estresantes. hijos adoptarán una estrategia rápida de vida, que incluye relaciones interpersonales oportunistas y de explotación en general, poco poco compromiso con parejas románticas y baja investidura parental. Niveles más altos de maquiavelismo manifiesto por los varones. con agresión directa e indirecta, mientras que las niñas se conducen con una agresión menos indirecta. El funcionamiento de la diada parental en este subsistema interparental, afecta negativamente el ajuste de los hijos hasta la adolescencia y la juventud a través de los componentes de cocrianza de conflicto y triangulación. Las metas materialistas se valoran a través del desapego emocional. la mayor intensidad de los conflictos y una menor resolución de los padres disminuyen la *disponibilidad* parental la *manipulación* estrategia autosuficiente o desactivadora de individuos

14 a 18 años



	<p>con apego evitativo</p> <p>Transmisión transgeneracional de modelos identificatorios del padre violento a través del aprendizaje social de guiones.</p>	
Lyons-Ruth, K. (2008).	<p>La interrupción de la comunicación afectiva materna predice síntomas disociativos tardíos asociados tanto a la calidad del cuidado temprano como al trauma posterior.</p> <p>Estas interrupciones en la comunicación materno-filial predicen algunas formas de psicopatología a algo plazo.</p> <p>Los estados mentales maternos irresueltos conducen al apego infantil desorganizado, mientras que los ambientes familiares difíciles con exposición a situaciones traumáticas generan rasgos antisociales, borderline y disociativos en adultos jóvenes.</p>	18 a 22 años
McDonald, S. E., et al. (2016).	<p>Existe evidencia de factores moderadores entre IPV y síntomas psicopatológicos en los hijos/as quienes presentan ajuste adaptativo relativo en el contexto de ambientes familiares violentos, significativamente relacionado con la severidad de la exposición a IPV y a mayores problemas externalizantes, pero no con síntomas de TEPT o internalizantes, en el grupo de Asintomáticos con baja sensibilidad.</p> <p>Mientras tanto, el grupo Maladaptado con Moderada Sensibilidad la severidad de la exposición a IPV se asocia significativamente a mayores síntomas de TEPT e internalizados. y a madres con mejores niveles de educación.</p> <p>El grupo Altamente Maladaptado con Elevada Sensibilidad se caracteriza por síntomas postraumáticos elevados.</p>	mujeres menores de 21 con hijos de 7 a 12 años y con al menos una mascota
Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, Hospital Álvarez (2010).	<p>Hay conexión directa entre la violencia entre la pareja y el maltrato infantil.</p> <p>Un niño criado en un hogar caótico puede sufrir otras manifestaciones negativas para su salud física y psíquica</p> <p>Presenciar la violencia puede ser tan traumático como ser una víctima directa</p> <p>Los riegos aumentan cuando los adultos minimizan de manera poco realista el impacto que la violencia familiar o conyugal tiene sobre los niños</p> <p>Las consecuencias de la violencia contra las mujeres son muy amplias e influyen en todos los aspectos de sus vidas, su salud y la de sus hijos</p> <p>El bajo peso en los recién nacidos puede ser consecuencia del maltrato padecido por su madre durante el embarazo.</p>	



Entre los efectos de la violencia de género en la salud infantil se observan bajo rendimiento escolar y déficit atencional, reiteración de enfermedades psicosomáticas, depresión, conductas autoagresivas e ideación suicida, baja autoestima e inseguridad, dificultades para la socialización con pares, TEPT.

Moneta, M. E.  
(2014).

la teoría del apego desarrollada por Bowlby durante los años 1969 a 1980, describe el efecto que producen las experiencias tempranas y la relación de la primera figura vincular en el desarrollo del niño

Bowlby afirmaba que la capacidad de resiliencia frente a eventos estresantes que ocurren en el niño es influenciada por el patrón de apego o el vínculo que los individuos desarrollan durante el primer año de vida con el cuidador, generalmente la madre

la mayor parte de las investigaciones apunta hacia el apego desorganizado o la carencia de éste

La formación del vínculo confiable y seguro depende de un cuidador constante y atento que pueda comunicarse con el bebé las repercusiones de las relaciones tempranas madre-hijo dejan huellas a largo plazo en la salud mental del individuo. en la generación de comportamientos alterados, dependiente en alguna medida no menor del medio ambiente

Monsalve, B. L.  
(2014).

La violencia de género impacta a los menores testigos provocando secuelas emocionales con síntomas depresivos y déficit de autoestima, relacionados con ansiedad y TEPT y problemas de relación, inhibición social o aislamiento y somatizaciones, patologías internas como externas, con mayor incidencia en los varones por identificación con el rol paterno violento.

Riesgo de padecer / ejercer violencia de género en futuras

mujeres mayores de 18 años



relaciones de parejas, medida mediante el sexismo interiorizado  
Se valora al niño/niña como víctimas directas de las agresiones desde el punto de vista psicológico y emocional, a pesar de la reticencia de los profesionales de la Justicia.

El concepto de exposición implica mayor inclusión en la situación de conflicto que el de testigo, debido a que pueden llegar a encontrarse en una situación de trato negligente y llegar a sufrir abuso físico y mental. La exposición a la violencia puede darse desde la vida intrauterina.

Olaya, B.,  
Tarragona, M.,  
de la Osa, N. &  
Ezpeleta, L.  
(2008).

Los síntomas de Trastorno por Estrés Postraumático también están presentes en niños pequeños  
Ponen énfasis en la necesidad de realizar evaluaciones psicológicas de los menores testigos de violencia interparental para conocer los efectos de la misma sobre la salud mental de los niños/as y adolescentes expuestos.  
Reconocen las dificultades para llevar a cabo dicha tarea frente a la privacidad e intimidad de la familia, el secretismo, los sentimientos de culpa y vergüenza, la ausencia de instrumentos de medida adecuados para obtener indicadores precisos sobre su prevalencia, características y consecuencias.  
Llaman la atención sobre la reticencia de autores a incluir este tipo de victimización dentro de las clasificaciones de abuso infantil porque aumentaría de manera dramática la información sobre este tema a pesar de su asociación con trastornos psicológicos y conductuales en los niños/as.  
el niño aprende que la violencia es un instrumento normalizado para la resolución de conflictos, facilitando la perpetuación del ciclo de la violencia en la edad adulta, por identificación con el padre violento.  
han observado problemas de adaptación y efectos negativos en su desarrollo:



problemas interiorizados y exteriorizados,  
dificultades en las relaciones sociales,  
utilización de estrategias agresivas de solución de problemas o  
disminución del rendimiento escolar y de la capacidad empática  
dichos efectos dependen de las  
características, el tipo, la severidad, la frecuencia,  
la cronicidad y la edad de inicio,  
de la violencia,  
la relación con el agresor, el número de éstos,  
o la concurrencia de diversos tipos de violencia.

Reconocen

alto riesgo de desarrollar psicopatología asociados  
a situaciones de maltrato, como la violencia de género,  
en su estado

cognoscitivo, emocional y conductual.

presencia de puntuaciones descendidas de cociente intelectual  
en 8 puntos, déficit en el auto-concepto y baja autoestima  
asociados a problemas de adaptación, como ansiedad, depresión  
y problemas de conducta.

la autoestima media el impacto de la calidad de la relación  
madre-hijo en el funcionamiento del niño.

presentan estrategias de afrontamiento desadaptativas en edades  
posteriores

estos niños viven el impacto directo e indirecto de la violencia,  
debido al estrés: la presencia de psicopatología materna o

la poca comunicación que afecta la calidad de la  
disponibilidad emocional de las madres hacia sus hijos,

debido a que pueden pensar que

son incapaces de cuidar a sus hijos y que esa misma sensación  
pueden tener los hijos

niños maltratados en situación de aislamiento y restricciones  
en el contacto social con otros niños

porque

estilo disfuncional interpersonal de los perpetradores impide  
la implicación de sus hijos en redes sociales  
y el desarrollo de sus capacidades de comunicación.

La calidad de la relación madre-hijo es un mediador en la  
aparición de problemas de conducta de  
niños que testimonian violencia doméstica.

debido a que las madres que sufren violencia marital  
tienen más tendencia a ser impulsivas, utilizando  
estrategias más punitivas con sus hijos o  
exhibiendo hacia ellos mayor agresividad.



ya que  
situación de estrés continuado  
las conduce a padecer un problema de salud mental  
que afecta su “emoción expresada”  
puede incrementar el riesgo de que ellas maltraten también a sus hijos  
describen las variadas alteraciones presentes en el  
menor según las diferentes etapas evolutivas.  
perciben ausencia de protección por parte de la figura materna.  
exposición a violencia doméstica es un tipo de abuso (psicológico)  
modelamiento de comportamientos violentos y misóginos  
violencia psicológica que reproducirán en la vida adulta

Serrano-Serrano, J.,  
Moreno Manso, J. &  
Galán Rodríguez, A.  
(2014).  
analizan la relación existente entre la psicopatología  
infanto-juvenil y el vínculo conyugal,  
los conflictos en el vínculo conyugal podrían provocar  
en los hijos un sufrimiento traducido  
en problemas conductuales que vislumbran una  
falta de adaptación del niño a su ambiente  
correlacionan la desarmonía conyugal con la conducta  
agresiva en los hijos como una herramienta apropiada  
para resolver los problemas con los demás,  
conduce a más probabilidades de desarrollar conductas  
delictivas y antisociales.  
más probabilidades de presentar síntomas ansiosos y depresivos  
mayor grado de síntomas psicopatológicos,  
menor nivel de competencia y más conductas de  
aislamiento depresivo  
cuando hay disarmonía en las dimensiones satisfacción conyugal



	La sintomatología externalizante y el grado de psicopatología general depende de la vivencia y percepción que tiene la madre de su relación de pareja.	
Tajima, E. A., Herrenkohl, T. I., Moylan, C. A., & Derr, A. S. (2011).	La exposición a violencia interparental fue un predictor significativo de problemas en los adolescentes, pero menor que en los casos de abuso y negligencia infantil, pero puede jugar un papel moderador en las relaciones con pares, en aspectos tales como aceptación, responsabilidad y control para evitar fugas del hogar, embarazo adolescente y depresión.	18 meses a 6 años 8 a 11 años adolescentes
Weil P, K., et al. (2004).	que la infancia constituye una etapa de mayor vulnerabilidad frente a las experiencias traumáticas tempranas que facilitan el desarrollo de diversos cuadros nosológicos. dependerá de la calidad de las interacciones de su ambiente familiar y de los hechos traumáticos que repercutirán inclusive en las psicopatologías de su vida adulta evidencia clínica que señala que ambientes psico-sociales traumáticos en la niñez, pudieran producir diversos cuadros (especialmente TEPT) en la vida adulta. El trauma infantil pudiera tener una correlación inespecífica con cualquier patología mental	pacientes hospitalizados antecedentes traumáticos antes de los 15 años edad promedio 49,4 años
Zhang, W., Finy, M., Bresin, K., & Verona, E. (2015).	los niños/as y adolescentes que crecen en familias violentas y desarmoniosas presentan elevado riesgo para un amplio rango de internalización y externalización psicopatológica, incluyendo agresividad y pensamientos y conductas suicidas. basan sus estudios en las clasificaciones de patrones de agresión familiar para atribuir a los jóvenes a uno de los grupos de agresión familiar: víctimas, testigos, testigos abusados, o sin violencia dependen de factores tales como la exposición a diferentes formas de agresión, específicamente violencia psicológica o la violencia física Se observó mayor comportamiento agresivo en los niños	adolescentes 10 a 17 años



	<p>expuestos o victimizados por cualquier forma de agresión mostraron comportamiento ansioso/depresivo asociado sólo a victimización psicológica o contemplación de violencia física “hipótesis de <i>dobles golpes</i>” en términos de problemas internalizados</p> <p>los adolescentes convivientes con familias donde presencian violencia parental</p> <p>tener niveles elevados de daño dirigido a otros</p> <p>el contexto y los estímulos ambientales moderan la personalidad</p>	
Zeanah, C. H., & Smyke, A. T. (2008).	<p>describen el <i>apego desorganizado</i></p> <p>tipificando el apego como <i>seguro, evitativo, resistente y desorganizado</i></p> <p>considerados factores de riesgos o de protección para los diferentes desórdenes psicopatológicos</p> <p>los apegos inseguros como el <i>desorganizado</i>, son un indicador de alto riesgo de trastornos de ansiedad, disociativos, conductas disruptivas, abuso de sustancias, delincuencia y trastornos de personalidad.</p> <p>incluyen los subtipos <i>inhibido/emocionalmente retraído y desinhibido /indiscriminadamente social</i></p> <p>niños pequeños criados en ambientes de cuidado extremo y maltratados poniendo especial atención en el trastorno del apego reactivo (RAD) inhibido y desinhibido</p> <p>en niños pequeños en ambientes de extremo cuidado adverso</p>	54 meses

Debido a la resistencia familiar a implicarse en la resolución del problema, se ha evidenciado marcada dificultad para promover la remisión sintomatológica en los pacientes, no sólo desde el punto de vista conductual sino también de los signos:

- a. insomnio y alimentarios,
- b. dificultades en los aprendizajes y en
- c. el establecimiento de vínculos con pares y/o adultos.

Se ha requerido la internación hospitalaria en el caso de un niño y de una niña, y se ha evidenciado la búsqueda de soluciones mágicas y místicas por parte de los padres, en el caso de una niña y de un varón, entre los resultados más llamativos.



En el caso de dos niñas, sus madres lograron decidir su separación de la pareja violenta, con medida de protección judicial en uno de los casos, pero sólo se observó remisión parcial y temporaria de la sintomatología inicial, asociado al estado de angustia y alterado que persistía en sus madres.

En relación a la respuesta interinstitucional:

- La escuela ha sido, a través del Equipo de Orientación Escolar (EOE), aquella que demostró mayor compromiso,
- Mientras que el resto de los dispositivos sociales y judiciales no mostraron actitud de responsabilidad de sus funciones ni de seguimiento de los casos.

## **DISCUSIÓN**

### **Futuras investigaciones**

A partir del análisis de los artículos seleccionados, cabe reflexionar sobre la necesidad de un mayor número de investigaciones, que aseguren la concientización de todos los profesionales relacionados con la minoridad acerca de la importancia de operar terapéuticamente desde intervenciones de tipo sistémico frente a las consultas por trastornos de conducta con impulsividad, hetero y autoagresión en los niños, niñas y adolescentes.

Se hace imperioso conocer tanto los indicadores de psicopatologías compatibles con violencia interparental asistida como así también los diferentes marcos teóricos posibles de intervenciones terapéuticas desde el punto de vista interdisciplinario, para poder obtener resultados más adecuados, que no revictimicen a los menores mediante su estigmatización profesional, familiar, escolar y social, por considerarlos causa de los disturbios familiares en lugar de estimarlos como resultantes de las conflictivas interparentales.

Ante el aumento frecuente de consultas de pacientes infanto juveniles con padecimiento psíquico del tipo descrito en apartados precedentes, se hace forzoso poder indagar con adecuados instrumentos diagnósticos y con mayor celeridad las situaciones traumáticas experimentadas en el seno de sus familias, con el objeto de aliviar el sufrimiento emocional de los niños, niñas y adolescentes a través de una mejor intervención interdisciplinaria, adoptando una actitud empática y estableciendo vínculos de confianza con sus figuras parentales, tendientes a mejorar sus



interacciones disfuncionales, a partir del conocimiento adquirido de las investigaciones de diferentes autores.

Así planteada, la labor profesional no se extingue en el menor, sino que se amplía con mejores resultados a nivel de *prevención secundaria* en el contexto familiar impidiendo no sólo daños y lesiones a la madre y psicopatologías infanto juveniles, sino que además se puede prevenir la indentificación por modelado (*prevención primaria*) con dichos roles parentales estereotipados de dominación masculina y sumisión femenina, en la descendencia. Para ello, se hace imprescindible el compromiso de todos los profesionales intervinientes tendiente a coadyuvar la implicación de las figuras parentales en el reconocimiento de su conflictiva como origen traumático de los trastornos de sus hijos, para lo cual se exige la formación profesional permanente y la investigación de los efectos y resultados de la práctica clínica.

## CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los aspectos más significativos propuestos por cada autor analizado, se puede concluir que:

- a) La sintomatología agresiva presente en los hijos/as testigos de violencia interparental es la resultante del *modelado identificador* con la figura paterna violenta, como consecuencia de sentimientos de *culpa* proyectados hacia las figuras parentales y contra sí mismos.
- b) La *transmisión transgeneracional* de modelos identificatorios del padre violento se lleva a cabo mediante el *aprendizaje social* de guiones.
- c) Los problemas interparentales se constituyen en los mayores *factores de riesgo* de psicopatologías en los hijos.
- d) Dichas psicopatologías son la expresión clínica del *estrés postraumático* padecido en los menores testigos de violencia doméstica, que es percibida como amenazante y a la vez reduce la *disponibilidad emocional* y física parental para el niño/a.
- e) La sintomatología postraumática se puede gestar ya desde la vida intrauterina por maltrato materno y se puede manifestar a corto, mediano y largo plazo, siendo la gravedad de sus efectos dependientes de la mayor *vulnerabilidad cognitiva* y



*emocional* del psiquismo infantil, a través de lesiones a nivel de diversos centros nerviosos que regulan las emociones y las funciones mnémicas.

f) Los componentes de *cocrianza de conflicto y triangulación* interfieren negativamente el desarrollo de *funciones adaptativas* en los hijos y favorecen el *desapego emocional*.

g) El estrés postraumático padecido por la madre victimizada por su pareja, expresado a través de distrés psicológico materno, afecta su relación diádica con el hijo/a y su capacidad de protección a nivel de las *desregulaciones emocionales infantiles*.

h) La interrupción de la comunicación afectiva materna predice *síntomas disociativos* tardíos y conducen al *apego infantil desorganizado*, considerado un indicador de alto riesgo de trastornos de ansiedad, disociativos, conductas disruptivas, abuso de sustancias, delincuencia y trastornos de personalidad.

i) La exposición a ambientes familiares adversos, con situaciones traumáticas, generan rasgos *antisociales*, *borderline* y *disociativos* en adultos jóvenes.

j) Los síntomas postraumáticos elevados caracterizan al grupo de menores *Altamente Maladaptado con Elevada Sensibilidad*.

### **Problemas a Abordar**

Son variados los problemas que se presentan ante este tipo de padecimientos infanto juveniles, entre los que se encuentra:

- la dificultad para la implicancia familiar en la causa y resolución del mismo,
- mediante el cambio sugerido de modos de vinculación entre los miembros de la pareja y
- la aceptación de su propia psicoterapia.
- Otro costado importante de esta problemática, de índole eminentemente social, es el rol del sistema educativo y sanitario, que:
  - por un lado, responde a los mandatos del mismo sistema patriarcal social y familiar, y,



- por el otro, se encuentra superado en sus recursos físicos, emocionales y pedagógicos, debido al elevado número de casos conflictivos, que debe enfrentar a diario, entre la población escolar.
- No es menos significativo el vacío social y legal en estas situaciones, a pesar de los conmovedores discursos y las legislaciones sancionadas con respecto a la intervención preventiva de la violencia de género y las medidas de protección, que se deben implementar para cada uno de los miembros de ese núcleo social primario.
- La inoperancia de los Centros de Protección de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes (CPDN); los Servicios Zonales, Minoridad, y Tribunales de Familia,
- sumado a la dificultad del trabajo interdisciplinario en un mismo centro de salud, sea de APS u hospitalario.

En tal circunstancia, se encuentra el menor:

1. desamparado y
2. expuesto a su propio terror de ser atacado y a la
3. impulsiva necesidad de defenderse de todo aquello que lo limita y frustra,
4. que no le ofrece la contención del abrazo y la comprensión, y que, por el contrario,
5. lo estigmatiza como victimario y no como víctima de su entorno,
6. que lo señala como el enfermo que agrede y/o se autolesiona.

Es evidente que este tipo de trastornos posee etiología policausal y polifactorial: no sólo de base biológica, sino eminentemente socioemocional, donde se comprueban relaciones familiares distorsionadas y violentas, por lo que el individuo inmaduro responde aterrorizado, con este tipo de conductas reactivas a aquello que su psiquismo no está preparado para soportar: el riesgo de destrucción de su figura de apego.

Por tanto, la problemática se presenta compleja y requiere, por tal motivo, la intervención interdisciplinaria e interinstitucional, que no siempre está disponible ni formada ni asequible para actuar adecuadamente, en respuesta al superior interés del menor.



**INTERPSIQUIS**

**XX Congreso Virtual Internacional  
de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental**

**1 a 12 de abril de 2019**

Para finalizar, así como se considera de importancia la evaluación psicológica de los menores testigos de violencia interparental, se debe requerir la evaluación psicológica de la pareja parental en búsqueda de indicadores de violencia de género, ante la consulta por cualquier psicopatología infanto juvenil.

**BIBLIOGRAFÍA**

Carrion, V. G., Garrett, A., Menon, V., Weems, C. F., & Reiss, A. L. (2008). Posttraumatic stress symptoms and brain function during a response-inhibition task: an fMRI study in youth. *Depression and Anxiety*, 25(6), 514-526. <https://doi.org/10.1002/da.20346>

Chistollini, S. (2011). Il danno indiretto sui figli che assistono alla violenza contro le madri. Sistemi di significato e comprensione pedagógica nel futuro impegno della ricerca scientifica. *International Conference The future of the pedagogical research and its evaluation*. (pp. 246-258). Macerata, Italia. <http://conferenze.unimc.it/index.php/esclh/eduresearch/schedConf/presentations>

Díaz de Neira Hernando, M. (2014). *Características psicopatológicas, acontecimientos vitales estresantes y conductas autolesivas suicidas y no suicidas en adolescentes evaluados en salud mental* (Ph.D. Thesis). Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado a partir de <http://www.tdx.cat/handle/10803/283004>

Ehrensaft, M. K., Knous-Westfall, H., & Cohen, P. (2017). Long-term influence of intimate partner violence and parenting practices on offspring trauma symptoms. *Psychology of Violence*, 7(2), 296-305. <https://doi.org/10.1037/a0040168>

Iborra, I. (s. f.). Trastornos de conducta, según el DSM-5. Recuperado 25 de octubre de 2017, a partir de <http://online.ucv.es/resolucion/trastornos-de-conducta-segun-el-dsm-5/>

Ippolito, S., (2014). *I testimoni invisibili. La violenza assistita da minori in famiglia*. Università Ca' Foscari Venezia, Venezia. Recuperado a partir de <http://dspace.unive.it/handle/10579/4896>

Jackowski, A. P., Douglas-Palumberi, H., Jackowski, M., Win, L., Schultz, R. T., Staib, L. W., ... & Kaufman, J. (2008). Corpus callosum in maltreated children with posttraumatic stress disorder: A diffusion tensor imaging study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 162(3), 256-261. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2007.08.006>

Johnson, V. K., & Lieberman, A. F. (2007). Variations in behavior problems of preschoolers exposed to domestic violence: The role of mothers' attunement to children's emotional experiences. *Journal of Family Violence*, 22(5), 297-308. <https://doi.org/10.1007/s10896-007-9083-1>



Jouriles, E. N., McDonald, R., Vu, N. L., & Sargent, K. S. (2016). Children's exposure to intimate partner violence: Should sexual coercion be considered? *Journal of Family Psychology, 30*(4), 503-508. <https://doi.org/10.1037/fam0000146>

Kaufman, J., Plotsky, P., Nemeroff, C., & Charney, D. (2000). Effects of early adverse experiences on brain structure and function: clinical implications. *Biological Psychiatry, 48*(8), 778-790. [http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223\(00\)00998-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223(00)00998-7)

Kennedy, T., Edmonds, W., Dann, K., & Burnett, K. (2010). The Clinical and Adaptive Features of Young Offenders with Histories of Child-Parent Violence. *Journal of Family Violence, 25*(5), 509-520. <https://doi.org/10.1007/s10896-010-9312-x>

Láng, A., & Abell, L. (2018). Relationship between interparental functioning and adolescents' level of Machiavellianism: A multi-perspective approach. *Personality and Individual Differences, 120*, 213-221. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.08.043>

Lyons-Ruth, K. (2008). Contributions of the mother-infant relationship to dissociative, borderline, and conduct symptoms in Young adulthood. *Infant Mental Health Journal, 29*(3), 203-218. <https://doi.org/10.1002/imhj.20173>

McDonald, S. E., Shin, S., Corona, R., Maternick, A., Graham-Bermann, S. A., Ascione, F. R., & Herbert Williams, J. (2016). Children exposed to intimate partner violence: Identifying differential effects of family environment on children's trauma and psychopathology symptoms through regression mixture models. *Child Abuse & Neglect, 58*, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.06.010>

Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, Hospital Álvarez (2010). *Violencia sexual sobre niños/as y adolescentes. Violencia de Género: de los protocolos a la práctica.* Varas, M. <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/protocolos>

Moneta, M. E. (2014). Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. *Revista Chilena de Pediatría, 85*(3), 265-268. <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v85n3/art01.pdf>

Monsalve, B. L. (2014). *Violencia de género e infancia: Hacia una visibilización de los hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género* (<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>). Universitat d'Alacant - Universidad de Alicante, Alicante. Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=57775>



Olaya, B., Tarragona, M., de la Osa, N. & Ezpeleta, L. (2008). Protocolo de evaluación de niños y adolescentes víctimas de violencia doméstica. *Papeles del Psicólogo*, 29(1), 123-135. <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1544.pdf>

PSICOMED - DSM IV. Trastornos del control de los impulsos. (s. f.). Recuperado 21 de noviembre de 2017, a partir de <http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv14.html>

Serrano-Serrano, J., Moreno Manso, J. & Galán Rodríguez, A. (2014). Marital maladjustment and child and adolescent psychopathology / Desajuste conyugal y psicopatología infanto-juvenil. *Boletín de Psicología*. 111. 7-23. <https://www.researchgate.net/publication/267748829>

Tajima, E. A., Herrenkohl, T. I., Moylan, C. A., & Derr, A. S. (2011). Moderating the Effects of Childhood Exposure to Intimate Partner Violence: The Roles of Parenting Characteristics and Adolescent Peer Support. *Journal of research on adolescence: the oficial journal of the Society for Research on Adolescence*, 21(2), 376-394. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00676.x>

Weil P, K., Florenzano U, R., Vitriol G, V., Cruz M, C., Carvajal A, C., Fullerton U, C., & Muñiz D, C. (2004). Trauma infanto juvenil y psicopatología adulta: un estudio empírico. *Revista médica de Chile*, 132(12), 1499-1504. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872004001200007>

Zhang, W., Finy, M., Bresin, K., & Verona, E. (2015). Specific Patterns of Family Aggression and Adolescents' Self- and Other-Directed Harm: The Moderating Role of Personality. *Journal of Family Violence*, 30(2), 161-170. <https://doi.org/10.1007/s10896-014-9662-x>

Zeanah, C. H., & Smyke, A. T. (2008). Attachment disorders in family and social context. *Infant Mental Health Journal*, 29(3), 219-233. <https://doi.org/10.1002/imhj.20176>