

Repercusión de la violencia doméstica en la salud mental infantil. Valoración del daño psíquico

Trabajos originales

Resumen

En las situaciones de violencia familiar, el niño es testigo en un alarmante porcentaje que oscila entre el 40 y el 78%. Estas cifras dan cuenta de la jerarquía que toma el tema y de la importancia de no sólo examinar las repercusiones en la salud mental sino de hacer una correcta evaluación de las mismas.

Se ha estudiado la presencia de trastornos internalizados y externalizados en el niño al igual que los trastornos de la personalidad y la violencia en el adolescente y adulto joven, relacionándolos con la variable "testigo de violencia familiar". Sin embargo, no se debe pensar en una relación lineal entre ser testigo de violencia familiar y patología psiquiátrica, ya que hay factores que aún deben ser analizados, tales como la edad y el sexo del niño, el tipo de agresión y la continuidad de la misma en el tiempo, el estrés materno derivado de esta situación. Estas variables actuarían como factores protectores o favorecedores de los trastornos en la infancia y en la adolescencia. El Departamento de Psiquiatría Pediátrica de la Facultad de Medicina del Uruguay, desarrolla una investigación con niños en situaciones críticas que permite profundizar en estos aspectos. Se analizan datos preliminares sobre la relación entre ser testigo de violencia y la presencia de alteraciones o problemas internalizados y externalizados, usando instrumentos estandarizados para la evaluación.

A su vez, es un desafío la valoración del daño psíquico de los niños testigos de violencia familiar. El reconocimiento de la implicancia y repercusión sobre los niños de esta situación no está aún claramente establecido. Existen también dificultades para establecer la causalidad entre el trauma y el daño, sobre todo porque el trauma se entrelaza con distintos aspectos del desarrollo. A su vez, el daño o el trastorno pueden ser comórbidos o anteriores a la situación de violencia que el niño presencia.

Summary

In family violence situations, children are witnesses in an alarming percentage ranging from 40 to 78%. These figures account for the hierarchy of this issue, as well as for the importance of not only examining the impact of domestic violence on mental health, but also of how to make a correct assessment in these cases.

The presence of internalized and externalized disorders has been studied in children, and also the incidence of personality disorders and violence in adolescents and young adults, relating to the variable "family violence witness". However, the relationship between witnessing family violence and psychiatric pathology must not be conceived as a linear one, since there are factors that still must be analyzed, such as the age and sex of the child, the type of aggression and its continuity in time, and maternal stress resulting from that situation. These variables would act as either protective or risk factors for disorders in childhood and adolescence. The Department of Pediatric Psychiatry of the Faculty of Medicine of Uruguay is developing research about children in critical situations in order to get deep into these aspects. Preliminary data on the relationship between witnessing violence and the presence of alterations or internalized and externalized problems are analyzed, using standardized assessment instruments.

On the other hand, the assessment of psychological damage in children who are witnesses of family violence is a challenge. The recognition of the implications and impact on the child of this situation is not yet clearly established. There are also difficulties in establishing the causal link between trauma and damage, especially because the trauma gets entangled with different aspects of child development. Likewise, any damage or disorder can be comorbid or prior to the situation of violence that the child witnesses.

Autores

Laura Viola

Prof. titular de Psiquiatría Pediátrica. Clínica de Psiquiatría Pediátrica. Facultad de Medicina.

Correspondencia:

violaura@gmail.com

Algunos de los conceptos acá expresados fueron desarrollados en distintas instancias:

"El niño testigo de violencia."

2001, 13.er Congreso de la Federación Latinoamericana de Asociaciones de Psiquiatría Pediátrica, Montevideo.

2002, Jornadas de Educación Médica, Salto.

"Efectos de la violencia doméstica en la salud mental del niño y del adolescente."

2005, XXXIX Encuentro de Psiquiatras del Interior, Punta del Este.

"Estrategias e intervenciones en la infancia para prevenir la violencia."

2007, 16.o Congreso de la Federación Latinoamericana de Asociaciones de Psiquiatría Pediátrica, Punta del Este.

"Repercusión de la violencia en el trastorno psiquiátrico del niño."

2009, 16.o Congreso Internacional de Psiquiatría, AAP, Buenos Aires.

"Valoración del daño psíquico en el niño testigo de violencia doméstica."

2009, II Congreso Valoración de daño Corporal del Mercosur, III Encuentro de Medicina Legal, Montevideo.

"Trastorno por Estrés Post-Traumático y su relación con la Violencia Familiar."

2009, 1.er Simposio Latinoamericano de Salud Mental Infantil; 19-21 de agosto, Santa Cruz, Bolivia.

Palabras clave

Testigo violencia doméstica
Daño psíquico
Valoración

Key words

Domestic violence witness
Psychological damage
Assessment

Introducción

El niño testigo de la violencia familiar

El concepto de violencia ejercida sobre los niños y sus consecuencias se ha extendido a todas aquellas situaciones donde el niño se ve enfrentado a la violencia, no solo la ejercida sobre él, sino la violencia presenciada, violencia que muchas veces anticipa su propio destino. Desde hace mucho tiempo, las investigaciones han demostrado el efecto devastador de la violencia sobre los niños, particularmente en la forma de maltrato y abuso sexual y es en forma reciente que se jerarquiza el efecto potencial que puede tener para el niño ser testigo de violencia.

En los últimos años, el tema ha tomado visibilidad pública. Crecer en medio de la violencia se ha convertido en realidad para muchos niños en todo el mundo. Los efectos de este fenómeno sobre la salud han comenzado a ser abordados por los investigadores. Además, hay una creciente evidencia de que los niños que presencian actos de violencia están expuestos, muchas veces, a las mismas consecuencias que aquellos que sufren la violencia directa.

Las cifras impactan: se calcula que entre 3 y 10.000.000 de niños son en EE. UU. testigos de distintos actos de violencia a lo largo de un año. Niños de 7 años que viven en ciudades están expuestos a distintos hechos de violencia¹ con una alta frecuencia. Por ejemplo, un 75% oyó tiros de arma de juego, un 60% ha visto venta de drogas ilegales, un 18% ha visto una persona muerta en su entorno social y un 10% ha presenciado un disparo o una puñalada. Esta investigación que analiza los efectos traumáticos en los niños de estas situaciones de violencia, concluye que alta tasa de ansiedad y depresión puede ser

evaluada a través de las verbalizaciones de estar preocupados por su propia integridad física o de sus familiares (61%) y un altísimo porcentaje del 19% presenta ideas de muerte. Siguiendo esta misma línea de investigación y aplicando los mismos instrumentos de evaluación, otros investigadores² señalan que la mayor exposición a la violencia en los niños se correlaciona con un peor rendimiento en la escuela, síntomas de ansiedad y depresión, y baja autoestima.

En recientes publicaciones sobre la violencia, también realizadas en Uruguay³, se analizan los determinantes y las consecuencias en los niños y adolescentes testigos de violencia comunitaria. Los hallazgos indican que tanto el sexo, como el medio socioeconómico y el lugar de residencia incrementan el riesgo de presenciar situaciones de violencia.

La violencia y la salud (entendida no solo como ausencia de enfermedad) no se pueden separar, y se debe reconocer que la exposición a la violencia tiene una influencia profunda y duradera en las creencias sobre la salud en los niños y en sus experiencias de vida⁴. Como ha sido reiteradamente señalado, aunque ya no vivan en la violencia, los niños y los adolescentes y seguramente los adultos siguen enfrentándose a múltiples problemas emocionales y físicos derivados de esa situación.

En este artículo no se abordará la repercusión de la violencia social, en una amplia acepción del término, sino que se limitará al niño testigo de violencia doméstica, caracterizándola como un patrón de conductas coercitivas: el golpe repetido y la injuria, el abuso psicológico, la violencia sexual, el aislamiento social progresivo, la privación y la intimidación realizadas por alguien íntimo a la víctima.

Precisando aun más, esta exposición hará referencia al niño que está presente cuando se produce el evento violento. En investigaciones nacionales⁵ e internacionales⁶⁻⁷, entre el 35

y 40% de las mujeres víctimas de violencia familiar admite que sus hijos han sido testigos de la violencia ejercida sobre ellas en el seno de la familia y en el caso de situaciones de amparo, estas cifras ascienden a un 78%.

El impacto de presenciar la violencia en la familia puede ser explorado en el niño en diferentes dominios: la violencia intrafamiliar y el maltrato al niño, impacto en la capacidad de los padres para ejercer su rol parental, el impacto en el desarrollo emocional del niño y la exposición a otros eventos adversos⁸.

Estos niños han sido llamados *las víctimas silenciosas* o *las víctimas invisibles*⁹. Seguramente las razones para este silencio son muchas; algunas tendrán que ver con la ausencia de lesiones visibles o con la ausencia de comprensión de los padres de la repercusión sobre el niño de la violencia que ve.

En el trabajo ya citado de Augustyn² sobre la relación entre la percepción de los padres y de los niños, se observa un desfase importante entre la vivencia que aportan los niños y la percepción de los padres, evaluada por CBCL¹⁰ (Child Behavior Check List-ASEBA), de la patología que los niños presentan. No solo de parte de los padres, ya que si bien la mujer describe el pánico y el miedo de ella y los niños cuando el episodio violento ocurre, este dato, en general, no es tomado en cuenta en los protocolos de abordaje a la mujer maltratada ni en las decisiones judiciales. La posibilidad de obtener la custodia de un niño proveniente de un hogar con violencia doméstica parece ser la misma para ambos padres¹¹. En este sentido son muy interesantes los resultados que estamos obteniendo en una muestra de 330 escolares^{5, 12} provenientes de contextos socioeconómicos críticos, donde se observa que el 35% de los padres manifiesta que se relaciona de forma violenta (discusiones fuertes y/o agresiones físicas) y no lo asocia con la visión del niño, es decir, solo el 17% de estos padres considera que en el hogar hay violencia doméstica.

Por otro lado, ser testigo de violencia familiar es un primer paso para ser objeto de esa misma violencia. Esta experiencia repetida no inmuniza al niño de ser víctima, a su vez, de violencia. Se estima que el 60% de los niños testigos de violencia será también víctima de violencia física o sexual¹³. En la investigación

desarrollada por Holt⁸ y cols. se observó que los niños que habían estado expuestos a violencia intrafamiliar tenían un riesgo aumentado de experimentar abuso emocional, físico o sexual o de desarrollar problemas emocionales o conductuales y un aumento considerable a la exposición a otros eventos adversos a lo largo de su vida.

Es esta una “doble mala suerte”¹⁴ y se la relaciona con problemas graves en el comportamiento y en la transmisión intergeneracional de la situación de maltrato infantil, fundamentalmente en relación con la desvalorización y el abuso emocional. Se podría agregar otro factor negativo, ya que los niños que provienen de hogares tan altamente disfuncionales y no son ellos mismos maltratados, no son fácilmente identificados y, por lo tanto, apropiadamente tratados. Solo el 25% de los niños cuyos padres informan que hay situaciones de violencia familiar ha realizado una consulta con el equipo de salud mental en el último año, dato que se desprende del estudio realizado por la Clínica de Psiquiatría Pediátrica⁵.

Sin embargo, se debe ser cuidadoso de no asumir posturas de causalidad lineal, y suponer que en todas las situaciones el niño testigo de violencia va a presentar alteraciones. En una muestra comunitaria, el 68% de los niños testigos de violencia no tenía sintomatología clínica¹⁵ si se los caracterizaba por el tipo de violencia y el abordaje recibido.

Varios factores parecen influir en el grado de afectación de los niños que presenciaron situaciones de violencia intrafamiliar. Se destaca dentro de los factores protectores que pueden mitigar el impacto sobre el niño, la fuerte relación y el apego a una figura adulta continente, frecuentemente la madre⁸. Estos factores moderadores se interrelacionan y junto con las características de cada niño, hacen difícil pensar en una evolución única o lineal.

El concepto de resiliencia, de las cualidades innatas para hacer frente a una situación traumática, tiene acá una buena aplicación y debe ser usado para favorecer en cada niño una evolución positiva.

Valoración del daño psíquico

Puede hablarse de la existencia de “daño psíquico” en un determinado sujeto cuando este presenta un “deterioro, disfunción, disturbio o trastorno, o desarrollo psico-génico o psico-orgánico que, afectando sus esferas afectiva y/o intelectual y/o volitiva, limita su capacidad de goce individual, familiar, laboral, social y/o recreativa”.

Conforme a ello, el “daño psíquico” implica la existencia de un trastorno mental, refiere a la psicopatología, y se diferencia del concepto de “daño moral” en que este refiere a sufrimiento y no es objeto de la psicología forense ni de la medicina legal.

El sujeto, el niño, experimenta una lesión a su integridad psíquica, daño que muchas veces puede persistir como una enfermedad mental. El bien jurídico protegido en este delito es precisamente la integridad psíquica del individuo y más específicamente su integridad mental.

Una adecuada valoración del daño psíquico no solo debe evaluar la presencia de un trastorno mental, sino también la relación de causalidad o concausalidad del mismo con el hecho motivo del juicio, la distinción entre una incapacidad permanente o transitoria y las posibilidades de remisión total o parcial del cuadro clínico por medio de un tratamiento psicológico y/o psiquiátrico. Se explica así la importancia y necesidad de contar con protocolos fiables y científicamente aprobados.

Se debe reconocer la relación de causalidad entre el daño y sus manifestaciones psíquicas, porque se puede estar frente a una condición pre-mórbida, donde el trastorno emocional o conductual que presenta el niño es anterior al hecho violento investigado.

Si bien la valoración de daño psíquico (VDP) toma en cuenta, entre otros, el informe pericial, el establecimiento de un pronóstico, los procedimientos de la evaluación del daño, solo se analizará la determinación de la relación causal entre hecho traumático y las lesiones o secuelas psíquicas.

Plantearé las dificultades en establecer la causalidad entre el trauma y el daño, es decir, con qué certeza podemos relacionar el daño

recibido (ser testigo de violencia doméstica) con la presentación actual del niño.

Conocimientos actuales de la repercusión en el niño de la violencia doméstica de la cual es testigo

El conocimiento generado por las investigaciones¹⁶ sobre este tema, permite buscar aquellos síntomas o comportamientos que se relacionan con la valoración.

Se analizará tres grandes grupos de consecuencias, las internalizadas, las externalizadas y la repercusión cognitiva.

1. Trastornos conductuales centrados en la agresividad y violencia

Esta es el área donde la información es mayor. Los niños que han presenciado violencia familiar exhiben conductas agresivas y antisociales. Diversas hipótesis intentan explicar por qué la situación de abuso genera violencia.

La conducta violenta de los padres se transforma en un modelo de comportamiento.

Los niños que viven esta situación de hostilidad, esperan hostilidad del entorno; no importa cuál sea este, están en una actitud vigilante de las potenciales claves de violencia, haciendo una lectura distorsionada de la información social ambivalente o medianamente agresiva, respondiendo con conductas francamente agresivas.

Estar presente en una situación de violencia desde el lugar del niño, genera una profunda irritabilidad, rabia y odio que muchas veces es dirigido a otras personas, aunque también lo puede ser hacia el padre abusador. Los parricidios son una forma de salida para el adolescente de la situación de testigo mudo de la violencia familiar.

Varios trabajos confirman esta línea de pensamiento, de la dificultad en el uso de la agresividad y violencia, en el entendido de que aquellos niños que presencian el uso de la violencia aprenden a usarla.

Las investigaciones de causalidad se han desarrollado en estos últimos años. Comen-

zando con los primeros estudios de 25 años atrás, una investigación de 2.245 niños y adolescentes encontró que la exposición reciente a una situación de violencia intrafamiliar era un fuerte predictor de la conducta violenta en los niños y adolescentes tempranos. Un 18% de esos niños presenta trastornos externalizados¹⁵ y este porcentaje aumenta si la violencia es ejercida por múltiples figuras, independientemente de que sean padres biológicos o no¹⁷. Pero el trastorno es más grave cuando el victimario tiene una estrecha relación con la víctima, ya que el vínculo que establece el niño con el padre golpeador es confuso, expresando el niño afecto y resentimiento, dolor y frustración. Edleson et al.¹⁸ en una revisión de los últimos trabajos, evalúan las características de los niños que han sido testigos de violencia intrafamiliar, mostrando asociaciones entre ser testigo de violencia y algunas variables relacionadas, en general, con los problemas de conducta.

La violencia presenciada por el niño incrementa el riesgo de la reacción violenta en la vida adulta. Los varones que vieron pegar a su madre, incrementan en un mil por ciento el riesgo de repetir esta conducta con su propia esposa posteriormente, y aprueban el uso de la violencia como forma de resaltar su imagen, teniendo una mayor tendencia a resolver los problemas por esa vía¹⁹. La mujer que ha estado expuesta a la violencia familiar de niña tiene muchas probabilidades de encontrarse ella misma en esa situación.

La alteración en la mentalización, es decir, la dificultad para comprender las emociones del otro y evaluar la realidad de acuerdo con la intencionalidad del otro, es también en estos niños una constante.

2. Trastornos internalizados: ansiedad, depresión, trastorno por estrés post-traumático (TEPT)

Ansiedad, disminución de la autoestima, depresión, angustia

Si se consideran todos los trastornos internalizados (aquellos que no se expresan por una conducta disruptiva pero hablan del sufrimiento del individuo), están presentes en el 13%¹⁵. A su vez, en la ocurrencia de los trastornos somatomorfos y del dolor, el indicador específico en un análisis multifactorial de los traumas infantiles, es el ser testigo de violencia²⁰.

Se ha estudiado cuál es el riesgo para padecer un TEPT de acuerdo con distintos eventos traumáticos, mencionados en la Tabla 1.

El trastorno por estrés post-traumático es una de las condiciones asociadas y que persiste hasta la adultez, fundamentalmente en hombres. En los niños testigos de violencia está presente en el 35%¹².

Tabla 1 | Riesgo para padecer un TEPT de acuerdo con distintos eventos traumáticos

Tipo de trauma	Frecuencia	Riesgo para TEPT
Desastres naturales	16.6%	3.8
Muerte de un ser querido	60%	14.3
Ataques violentos	37.7%	20.9
Violación	5.4%	49
Cautivo/torturado	1.8%	53,8
Violencia doméstica/ testigo	35%	40

3. Problemas cognoscitivos y actitudes

La asociación entre la exposición a violencia familiar y los trastornos cognitivos ha sido largamente fundamentada, en las actitudes concernientes al manejo de la agresividad, la resolución de conflictos, las actitudes que justifican el uso de su propia violencia y el concepto de que el uso de la violencia aumenta la reputación y su imagen.

Causalidad entre trauma y daño

Establecer la causalidad entre el trauma –la violencia intrafamiliar que el niño presencia– y el daño psíquico –el trastorno emocional o conductual– es un desafío. En el análisis de estas dificultades se puede señalar:

1. Dificultades en el reconocimiento de los padres, fundamentalmente de la madre, de la implicancia y repercusión sobre los hijos cuando estos son testigos de violencia doméstica.

La primera dificultad frente a la que nos encontramos es la denuncia de la situación. La mujer víctima de violencia doméstica denuncia en una proporción muy baja su situación y no es generalmente consciente de la repercusión que esto puede tener sobre los hijos.

Tampoco forma parte habitual de los protocolos sanitarios para la atención de la mujer maltratada y se omite esta información. La madre la niega: “Nunca cuando los niños están” o la minimiza: “Ellos no oyen nada, están en el cuarto”. Se puede creer que no estarán afectados los niños si no presencian directamente la violencia, aunque encerrados y asustados en un cuarto oigan gritos y ruidos, y después a pesar de las huellas de la violencia, no se hable de ella.

El vínculo establecido con la madre es también un factor clave en cómo el niño es afectado por la violencia familiar de la cual es testigo. ¿Qué pasa con el establecimiento de las conductas de apego?, si consideramos que es toda forma de conducta que busca la proximidad con aquel adulto que está más capacitado para enfrentar al mundo. Los tipos de apego establecidos estarán signados por una

figura materna que no es confiable ni segura y que dificulta la exploración adecuada del entorno. El círculo de violencia presente en las situaciones de violencia familiar genera en el niño la paralización, el amortiguamiento de los afectos, todo puede desencadenar la conducta violenta. A su vez le impide una adecuada percepción de sus afectos y los del otro. No olvidemos que la mujer inscribe su conducta en un círculo de descreimiento y de esperanza, donde hay, durante mucho tiempo o durante el tiempo en que la violencia familiar está vigente, una ausencia de aprendizaje sobre la conducta violenta del hombre que no ayuda al proceso de mentalización del niño.

A su vez, se asume que el niño pequeño no registra intelectualmente lo que ha presenciado. Esto no es así, pues niños de tan solo 16 meses presentan síntomas de estrés post-traumático, al igual que hay profundos cambios cerebrales ocasionados por los violentos traumas de los primeros años de vida.

Esta dificultad en el reconocimiento del daño, por parte de la madre o de los familiares que viven con el niño, y a veces de los técnicos y operadores en el área, complejiza la admisión de la repercusión en el niño, su diagnóstico y tratamiento.

2. Relación de causalidad y entidades nosológicas también frecuentes en el niño no expuesto a violencia

Los trastornos emocionales y conductuales tienen una altísima frecuencia. Según datos de la OMS, entre el 15 y el 20%²¹ de la población menor de 18 años sufre de un problema mental. En el Uruguay, el 22% de los niños tiene un trastorno emocional o conductual percibido por los padres²².

¿Cómo determinar, entonces, que el daño por ser testigo de violencia es la causa de la patología que hoy presenta el individuo? Por otro lado, la violencia puede instalarse en forma muy temprana, desde el nacimiento del niño, y en ocasiones en forma intra-uterina, transformando la misma no en una variable sino en una constancia que intercepta y modula todo el desarrollo emocional.

3. Datos de una muestra de niños con trastornos y violencia

La valoración del daño emocional necesita comprobar el nexo o causalidad entre un evento y una alteración emocional. En el testigo de violencia doméstica (TVD), a las dificultades naturales de la valoración del daño psíquico se agrega la persistencia de la situación violenta, no como un evento traumático, sino como un proceso. Se señalará algunos de los resultados que hacen a la dificultad de la valoración psíquica del daño y el establecimiento de su relación causal, tomando los datos de una investigación realizada por la Clínica de Psiquiatría Pediátrica: "Valoración de las características emocionales y conductuales de niños provenientes de un contexto socioeconómico crítico. Diseño de estrategias educativas y sanitarias", durante los años 2008-2009⁵.

En las investigaciones epidemiológicas realizadas por la Clínica de Psiquiatría Pediátrica se utiliza los instrumentos ASEBA como screening¹⁰. Su validación y aplicabilidad en el Uruguay han sido ampliamente fundamentadas²²⁻²⁷. El instrumento CBCL-P, versión 2001, es auto-administrado por los padres para la evaluación de aspectos del comportamiento y de la competencia social de niños y adolescentes; valora los últimos seis meses previos a la entrevista.

Consiste en dos subescalas, una relacionada con el comportamiento, que registra 113 ítems. Cada uno de estos ítems puede ser registrado en una de tres opciones (nunca, a veces, siempre). La otra sub-escala describe el desempeño del niño o adolescente en actividades extracurriculares, relaciones sociales y funcionamiento escolar, con 20 ítems. Dos escalas adicionales se han obtenido mediante análisis factorial, denominadas problemas externalizados e internalizados, para cada grupo de edad y género al igual que seis escalas de orientación diagnóstica de acuerdo con el DSM IV, construidas a partir de los ítems de problemas siguiendo los criterios del DSM para los diagnósticos categoriales²⁸⁻²⁹. Las 6 escalas orientadas DSM se construyeron con ítems jerarquizados por especialistas de diversos países, por ser muy consistentes con los diagnósticos categoriales de la Asociación Americana de Psiquiatría³⁰.

La sumatoria simple de las 113 variables permite obtener un índice de patología denominado problemas totales (PT), cuya media es utilizada para la comparación entre sociedades y entre poblaciones de una misma sociedad.

En el primer estudio epidemiológico nacional sobre las características de los trastornos emocionales y conductuales de los escolares entre los 6 y los 11 años²², la media de problemas totales es de 33.9 en población general y de 29.3 en la muestra normativa²⁵.

En una muestra de 326 niños provenientes de un contexto socioeconómico crítico, se aplica el cuestionario de la CBCL-Padres y un cuestionario complementario, especialmente diseñado para la investigación, que recaba información sobre el embarazo, parto y crianza de los niños y características familiares⁵.

En esta población de 326 niños de medio socioeconómico crítico, la media de problemas totales es de 39.8, similar a la media de PT de 38.08 de la muestra general desagregada por factores económicos.

Se construye una asociación de variables que denominamos testigo de violencia doméstica (TVD) ($\alpha 0.62$), que toma dos variables del cuestionario especialmente diseñado para esta investigación (n103: ¿Hay discusiones de tono muy fuerte entre los adultos?, y n104: ¿Han llegado a agresiones físicas o con objetos delante de los niños?).

Trescientos veinte padres contestaron estas preguntas; refieren que el 34% de sus hijos ha presenciado situaciones de agresividad verbal o física de entidad entre los adultos que viven en su hogar (Tabla 2).

La condición de ser testigo de violencia no está, en esta muestra, relacionada con el sexo del niño: 51% son varones y el 49% son mujeres.

En esta población de 326 niños de medio socioeconómico crítico, la variable TVD discrimina dos grupos, el grupo A (sin TVD) con una media de PT de 34.2 y el Grupo B (con TVD) con una media de PT de 51.1. La diferencia entre ambos grupos es significativa ($Z = -5.3, p < .01$) (Tabla 3).

Tabla 2 | Testigos (hijos) de situaciones de agresividad

Agresiones verbales	N°	%	Agresiones físicas	N°	%	Agresión verbal o física	N°	%
Si	97	29.8	Si	50	15,3	Si	108	33.6
No	223	68.4	No	270	82,8	No	212	66.4

Tabla 3 | Características del subgrupo

Características del sub-grupo	Número	Frecuencia	Media de problemas totales
No TVD	212	66%	34.2
Si TVD	108	34%	51.1

En los niños testigos de violencia (TVD), hay una diferencia que no es significativa entre las medias de problemas totales en varones (PT: 54.6) y en mujeres (PT: 47.4).

La variable TVD se asocia con un aumento de la media de los PT en esta población escolar de contexto crítico; no es el único índice que muestra una diferencia.

El trastorno de conducta cuyo síntoma cardinal es la agresividad, está presente en un 14.4% (N 326) (Tabla 4). Esta cifra, ya de por sí alarmante, se duplica cuando el niño es testigo de la violencia física o verbal en el hogar y prácticamente se triplica cuando la violencia en el núcleo familiar ha empezado durante el embarazo del niño, alcanzando una prevalencia del 38.9%. Es decir, aquellos niños que viven en un hogar con una violencia

verbal o física crónica entre los adultos, presentan, en el 39% de los casos, un trastorno de conducta caracterizado por la agresividad y crueldad y elementos disociales de mentiras, robos, pandillas.

En esta muestra de 326 niños, 15.9% de las madres ha referido haber sufrido violencia emocional o física durante el embarazo. Estos datos son similares a los encontrados en un estudio en Bristol Avon³¹, donde 11% de las mujeres reportó algún tipo de violencia emocional o física durante la gestación.

Avanzando en entender las dificultades de plantear una relación de causa efecto, un tercio de los niños TVD (33%), tienen como antecedente que sus madres sufren de violencia durante el embarazo (VDE); que es

Tabla 4 | Trastorno de conducta en relación con la población

	N	Frecuencia del trastorno de conducta CBCL-DSM
Población general	1374	5.8
Población medio socioeconómico crítico	320	14.4
Población TVD en medio socioeconómico crítico	108	27.8

considerada actualmente, en las situaciones de maltrato en la infancia, como “violencia intrauterina”.

Estos niños, en los que la violencia empieza durante el embarazo materno, tienen una altísima incidencia de trastornos emocionales y conductuales. La media de PT discrimina dos grupos de diferente gravedad (Tabla 5).

La diferencia entre las medias de PT es significativa ($Z=-2.55$, $p<.05$).

Grupo 1: niños TVD cuya madre no relata violencia durante el embarazo (VDE).

Grupo 2: niños TVD cuya madre relata violencia durante el embarazo (VDE).

Tabla 5 | Violencia y trastornos emocionales y conductuales

108 niños con TVD	N	%	Media PT	Trastorno de conducta	Dificultades académicas
Grupo 1	69	64.5	45.2	20.3	53.8
Grupo 2	36	33.6	60.9	38.9	65.7

Acá, el factor violencia, no la ejercida sobre el niño, sino de la cual es testigo, aporta a la construcción de la identidad y a la repercusión indisoluble en su comportamiento y en sus capacidades cognitivas.

El índice de la repetición escolar no es un buen indicador de las dificultades de aprendizaje, sobre todo en este medio socioeconómico donde repite un 38% de los niños. Para acercarnos a las dificultades cognitivas, se ha construido un conjunto de variables “Dificultades académicas” con 6 ítems del cuestionario complementario

($\alpha 0.81$). Aquellos niños TVD que no asocian violencia crónica tienen un 58% de dificultades académicas, que aumenta aun más, al 65.7%, cuando se toma en consideración la violencia instalada desde el embarazo.

Estos datos, que coinciden con investigaciones internacionales⁸, alertan sobre la dificultad de encontrar un nexo causal entre trauma y daño cuando la violencia se instala en forma precoz, interactuando en la construcción cognitiva del sujeto.

Conclusiones

Ser testigo de violencia doméstica impacta en el desarrollo del niño. Los trastornos emocionales, conductuales y cognitivos aumentan dramáticamente cuando esta variable está presente. El hecho de que la madre viva una situación de violencia en el embarazo parecería estar relacionado con el trastorno de conducta en la infancia, pero no deja de ser una asociación entre variables, lo cual no establece la relación de causalidad entre las mismas. Por lo tanto, destacamos la dificultad en la valoración del daño cuando la violencia ya está presente antes del nacimiento del niño, ya que no se puede, con precisión y certeza, determinar la causalidad entre el daño (TVD) y la alteración puntual que el niño presenta.

Nuevas investigaciones son necesarias para profundizar en la distinción de las consecuencias de la violencia como proceso constitutivo del individuo y como evento traumático en el desarrollo. Los niños y los jóvenes pueden estar significativamente afectados por haber vivido en un contexto familiar violento y el impacto puede durar más allá de las medidas de seguridad que se tomen o de los cambios en el núcleo familiar. En esas investigaciones se deberá considerar aquellos factores moderadores de los trastornos asociados a presenciar situaciones de violencia doméstica y familiar.

El ser testigo de violencia debe ser considerado como un factor de evaluación en la valoración del daño psíquico y ser tomado en cuenta para dictaminar en nombre del interés superior del niño.

Referencias bibliográficas

- Hurt H, Malmud E, Brodsky NL, Giannetta J.** Exposure to violence: psychological and academic correlates in child witnesses. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001; 155(12):1351-6.
- Augustyn M, Frank DA, Posner M, Zuckerman B.** Children who witness violence, and parent report of children's behavior. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156(8):800-3.
- Berembaum G.** Armas de fuego, seguridad y justicia. ALUDEC Montevideo; 2009.
- Berman H.** Health in the aftermath of violence: a critical narrative study of children of war and children of battered women. *Can J Nurs Res* 1999; 31(3):89-109.
- Viola L, Garrido G, Curone G, Roca G, Varela A.** Evaluación de las características emocionales y conductuales en niños provenientes de un medio socioeconómico crítico. *International ASEBA Conference on Empirically based Mental Health Knowledge* 21-24 June 2009; Burlington-Vermont, USA.
- Emond I, Fortin L, Royer E, Potvin P.** Internalized and externalized disorders in children witness to conjugal violence and their associated variables: a literature review. *Sante Ment Que* 2000; 25(1):258-87.
- Rodgers K, MacDonald G.** Les refuges pour femmes victimes de Violence au Canada. In: *Statistique Canada. Tendances sociales canadiennes*; 1994, pp. 10 a 14.
- Holt S, Buckley H, Whelan S.** The impact of exposure to domestic violence on children and young people: a review of the literature. *Child Abuse & Neglect* 2008; 32(8):797-810.
- Osofsky JD.** The effects of exposure to violence of young children. *Am Psychol* 1995; 50(9):782-8.
- Achenbach TM.** The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA): Development, findings, theory, and applications. University of Vermont, editor. Burlington, VT: Research Center for Children, Youths and Family; 2009.
- Jaffe PG, Lemon N.** Child custody & domestic violence. USA: Sage Publications; 2003.
- Viola L.** Trastorno por Estrés Post-Traumático y su relación con la Violencia Familiar. 1er. Simposio Latinoamericano de Salud Mental Infantil; 19-21 de agosto de 2009, Santa Cruz, Bolivia.

13. **Knapp JF.** The impact of children witnessing violence. *Pediatr Clin North Am* 1998; 45(2):355-64.
14. **Hughes HM.** Psychological and behavioral correlates of family violence in child witnesses and victims. *Am J Orthopsychiatry* 1988; 58(1):77-90.
15. **Spilsbury JC, Kahana S, Drotar D, Creeden R, Flannery DJ, Friedman S.** Profiles of behavioral problems in children who witness domestic violence. *Violence Vict* 2008; 23(1):3-17.
16. **Augustyn M, Groves BM.** Training clinicians to identify the hidden victims: children and adolescents who witness violence. *Am J Prev Med* 2005; 29(5 Suppl 2):272-8.
17. **Israel E, Stover C.** Intimate Partner Violence: The role of the relationship between perpetrators and children who witness violence. *J Interpers Violence* 2009; 28.
18. **Edleson JL, Gassman-Pines J, Hill MB.** Defining child exposure to domestic violence as neglect: Minnesota's difficult experience. *Soc Work* 2006; 51(2):167-74.
19. **Carlson BE.** Emotionally disturbed children's beliefs about punishment. *Child Abuse & Neglect* 1991; 15(1-2):19-28.
20. **Sansone RA, Pole M, Dakroub H, Butler M.** Childhood trauma, borderline personality symptomatology, and psychophysiological and pain disorders in adulthood. *Psychosomatics* 2006; 47(2):158-62.
21. **OMS.** Trastornos emocionales y conductuales de niños y adolescentes. OMS 2003.
22. **Viola L, Garrido G, Varela A.** Estudio epidemiológico sobre la Salud Mental de los niños uruguayos. Montevideo: GEGA; 2007.
23. **Álvarez R, Varela A, Viola L.** *Psicometría: Técnicas de Validación de la CBCL.* Congreso Argentino de Biometría; Tucumán, Argentina, 2008.
24. **Viola L, Garrido G, Varela A.** Características epidemiológicas de la salud mental de los niños montevideanos. *Rev Psiquiatr Urug* 2008; 72(1):9-20.
25. **Viola L, Garrido G.** Validity of the Child Behavior Checklist (CBCL) in a Uruguayan National Representative Sample. International ASEBA Conference on Empirically based Mental Health Knowledge 21-24 de junio; Burlington-Vermont - USA 2009.
26. **Viola L, Garrido G.** Características epidemiológicas del trastorno por déficit atencional en los escolares uruguayos. *Rev Psiquiatr Urug* 2009; 73(2):157-68.
27. **Viola L, Garrido G, Rescorla L.** Methodological aspects of the Validation of the Children Behavior Check List in Uruguay. En corrección. 2010 september.
28. **Achenbach TM, Dumenci L.** Advances in empirically based assessment: revised cross-informant syndromes and new DSM-oriented scales for the CBCL, YSR, and TRF: comment on Lengua, Sadowksi, Friedrich, and Fischer (2001). *Journal of consulting and clinical psychology* 2001; 69(4):699-702.
29. **Achenbach TM, Rescorla LA.** Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Family; 2001.
30. **Achenbach TM, Dumenci L, Rescorla LA.** DSM-oriented and empirically based approaches to constructing scales from the same item pools. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2003; 32(3):328-40.
31. **Bowen E, Heron J, Waylen A, Wolke D.** Domestic violence risk during and after pregnancy: findings from a British longitudinal study. *BJOG* 2005; 112(8):1083-9.