"AUNQUE NO LO VEA NI LO OIGA, ME DUELE"
CONSECUENCIAS EN LOS/AS MENORES EXPUESTOS/AS A LA VIOLENCIA DE GÉNERO

"ALTHOUGHT I CAN'T SEE IT OR HEAR IT, IT HURTS"
CHILDREN EXPOSED CONSEQUENCES OF GENDER VIOLENCE

Irene Soria Salas
Psicóloga
Especialista en género e igualdad
Máster en Psicoterapia Breve por la SEMPyP

Resumen: La preocupación por los/as menores expuestos a la violencia de género, y la investigación sobre el impacto que ésta pueda tener sobre ellos de forma inmediata y en la transmisión intergeneracional, es reciente. De hecho, el calado a nivel social de lo que supone ser expuesto a dicha violencia es escaso, ya que incluso los orígenes explicativos de ésta basados en un abuso de poder, todavía parece no haber alcanzado un consenso social.

El objetivo del presente artículo es visibilizar para proteger a los/as menores víctimas de esta violencia, considerándoles no sólo testigos, sino receptores directos, a todos/as aquellos/as que son expuestos a esta forma de violencia, cuyo impacto a nivel biopsicosocial merece una consideración especial e individualizada.

La transmisión de dicha violencia a través del vínculo materno/paterno hace que sea obligatorio insistir en la definición del DESNOS y la necesidad de establecer una entidad nosológica específica para explicar el impacto del trauma complejo en los casos de menores expuestos a la violencia de género.

Palabras clave: psicoterapia breve, menores, violencia, trauma

Abstract: Concern for children exposed to violence, and research on the impact it can have on them immediately and in the intergenerational transmission is recent. In fact, the draft social level of what it means to be exposed to such violence is tight, as even the origins of this explanatory based on an abuse of power, still seems to have reached a social consensus.

The aim of this article is to highlight this type of violence to protect minors, considering them not only witnesses, but direct recipients, those who are exposed to this form of violence, the level biopsychosocial impact deserves special and individualized consideration. The transmission of such violence through the maternal / paternal bond makes it mandatory to emphasize the definition of

Copyright 2011 by Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia S.E.M.P.y P.

DESNOS and the need to establish a specific disease entity to explain the impact of complex trauma in cases of children exposed to domestic violence.
Keywords: brief psychotherapy, violence, children, trauma, impact

INTRODUCCIÓN

Poder- desigualdad- abuso- mujer…son palabras que nos van llevando hacia la definición de violencia de género. En el Artículo 1 de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer de la Asamblea de las Naciones Unidas (1993), se define dicha violencia como: *"Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública o privada".*

Una violencia que ha sido tradicionalmente invisibilizada, y que, aún en la actualidad, sigue silenciándose en nuestra sociedad occidental, como si la igualdad (de derechos y oportunidades) entre hombres y mujeres ya se hubiera conquistado, y la violencia machista se hubiera erradicado. Pero todavía queda mucho camino por recorrer. Más aún cuando se trata de los menores expuestos a esta violencia, ya que han sido históricamente considerados en un segundo plano, como receptores pasivos y no como sujetos de derecho desde el punto de vista jurídico. En la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, en su exposición de motivos, se reconoce que "las situaciones de violencia sobre la mujer afectan a los menores que se encuentran dentro de su entorno familiar", pero no se ha establecido que esto sea motivo suficiente para ser considerados víctimas directas de la violencia machista hasta el año 2014, con la aprobación del anteproyecto de ley de protección a la infancia de 28 de abril. Aún no se sabe cómo se hará efectivo, pero sin duda, constituye un avance importante en el reconocimiento de los menores expuestos a la violencia de género como víctimas.

Para comprender mejor esta invisibilización de los menores expuestos, es necesario ahondar en la historia de la investigación en este campo. No es hasta mediados de la década de los 90 cuando se inician investigaciones acerca de las repercusiones psicosociales de la violencia de género en los menores. Además, sigue, "La Ley contempla también su protección no sólo para la tutela de los derechos de los menores, sino para garantizar de forma efectiva las medidas de protección adoptadas respecto de la mujer". Por lo tanto, los menores expuestos a dicha violencia serán protegidos -o no- según las medidas adoptadas hacia la madre. Si introducimos la palabra "menores" en la secuencia con la que empezamos este apartado, parece como si fuera la palabra extraña, la que sobra, debido a las resistencias que siguen existiendo para considerar a los menores como víctimas de la violencia machista.

Copyright 2011 by Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia S.E.M.P.y P.

Paradójicamente, es mayor el número de niños y niñas víctimas de violencia de género que las mujeres que la sufren si atendemos al número de hijos/as por mujer. Sin embargo, se les presta menor atención (Orjuela, L.; Horno, P., Perdices, A. et al, 2007), algo común en el contexto de los derechos y la protección a la infancia. Por ejemplo, no es hasta 1960 que empieza a hablarse de **maltrato infantil**. Kempe, Silverman, Steele, Droegemuller y Silver, en 1962, acuñan el término de **síndrome de niño maltratado**. Lo que causó mayor impacto fue que puntualizaron que este maltrato era en mayor medida ejercido por los padres o cuidadores de los y las menores víctimas.

A partir de ahí, empezaron más investigaciones sobre este tipo de violencia. La Convención de los Derechos de los Niños de Naciones Unidas (1989), recoge en su artículo 19, la definición de maltrato infantil: *"toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquier otra persona que le tenga a su cargo".*

La Organización Mundial de la Salud (1999) define el maltrato infantil como *"cualquier forma de daño físico y/o emocional, abuso sexual, negligencia o cualquier forma de trato negligente, comercial o explotación que resulta en el daño actual o potencial a la salud, supervivencia o desarrollo de la dignidad, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder"*, y De los Santos y Sanmartín (2005) como *cualquier acción voluntariamente realizada, que dañe o pueda dañar física, emocional o sexualmente a un menor, o cualquier omisión que prive a un menor de la atención necesaria para su adecuado bienestar y desarrollo".*

Podemos afirmar que los y las menores sufren la violencia de género por el hecho de crecer en un entorno dónde ésta se da, dado que existe un perjuicio para la salud y el correcto desarrollo biopsicosocial de los/as menores, como apuntan las investigaciones. Ya sea porque la sufren directamente por parte del perpetrador, o bien porque son testigos de dicha violencia (directa o indirectamente). En los años noventa esta fue la perspectiva, considerar que las niñas y niños son expuestos a la violencia de género cuando son testigos de la misma. Pero se dio un salto cualitativo importante al considerar que el ser expuesto/a a la violencia no termina aquí, sino que va más allá. Así, Atenciano (2015) afirma que *"esta visión en parte pasiva, como meros espectadores, o accidentalmente agentes, implicaba que existía un espacio "no tóxico" en la unidad familiar, en el cual las y los menores de edad podían ser preservados de entrar en contacto con toda violencia … pero la violencia no se limita a las agresiones, del tipo que sean. La violencia en el hogar no es un hecho puntual,… El maltrato es una forma de relación, es el aire que se respira en la casa, una atmósfera enrarecida, ajena a las necesidades de quienes integran la familia".*

Copyright 2011 by Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia S.E.M.P.y P.

El origen cultural y la naturaleza estructural de la violencia machista, basado en un reparto y un uso desigual del poder legitimado desde el patriarcado , es un tipo de violencia estructural, que teje y se expresa en cada interacción entre el hombre y la mujer. Los/as menores no son ajenos a esta realidad. Por tanto, si en su entorno existe violencia de género la sufren, no sólo cuando se ejerce de manera explícita y directa sobre ellos/as.

Convivir con el agresor (sea durante la relación con su madre, o una vez separados estos, cuando existe un régimen de visitas) es suficiente para seguir siendo víctima de esta violencia machista (es utilizado como arma para seguir haciendo daño a la madre, víctima directa de la violencia, es expuesto a patrones educativos donde se perpetúa y legitima la desigualdad y la violencia, etc). (Bancroft y Silvermam. 2002). Holden (2003) describió las distintas formas de exposición: perinatal, intervención, victimización, participación, ser testigo presencial, escucha, observación de consecuencias, inmediatas a la agresión, experimentar las secuelas, escuchar sobre lo sucedido, ignorar los acontecimientos. Loise, por su parte, en 2009 redundó en este mismo aspecto, alestablecer que la exposición incluye los episodios en los cuales los menores escuchaban o experimentaban los resultados de dicha violencia, no solamente la limita a la observación directa de la violencia de género. La exposición, pues, incluiría la exposición prenatal, aquella en la que participa (llamando a la policía, tratando de intervenir para evitar la discusión/agresión), maltrato directo sobre el menor, cuando está relacionado/a con la situación que ha desembocado el episodio, cuando observan el episodio por casualidad, la exposición al hecho inicial, testigo ocular, exposición a las consecuencias y a los comentarios de la violencia.

En esta misma línea, UNICEF (1999) considera como maltrato a los/as menores, no solo la violencia directa, sino también los efectos indirectos de la violencia familiar sobre los niños/as, basándose en diversos estudios que han destacado los efectos psicológicos potencialmente adversos que tiene sobre los menores ser expuestos a situaciones violencias –tanto físicas como psicológicas- del padre hacia la madre.

A su vez, los estudios demuestran que el hecho de estar expuesto a la violencia pone a los y las menores en una situación de mayor vulnerabilidad a la hora de sufrir violencia infantil, habiéndose estimado entre un 30 y un 60 más de posibilidades. (Edleson en Alcántara, 2011). Según esta misma autora, en su tesis titulada **Las Víctimas Invisibles** *"la violencia de género comporta graves riesgos para la salud de las víctimas, tanto a nivel físico como psicológico, y afecta también a la salud del resto de componentes del hogar, en particular a los niños/as… Existe la controversia de si la exposición a la violencia de género se debería considerar un tipo de maltrato infantil o no… algunos autores defienden la postura de no incluirla porque aumentaría en gran medida la presencia del*

Copyright 2011 by Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia S.E.M.P.y P.

mismo -¿y no interesa?- … Gran parte de los problemas que se generan en el desarrollo, fruto de la exposición a la violencia, tienen su origen, tanto en las situaciones de tensión, negligencia o abandono a las que se ven sometidos por parte de padres o cuidadores, incapaces de satisfacer sus necesidades básicas en el clima familiar violento, como en el hecho de que en muchos casos estos menores son también víctimas del maltrato activo, similar al que reciben sus madres".

El hecho de que se diera el paso de considerar víctimas a todos aquellos menores que sean o hayan sido expuestos a la violencia de género y no sólo a los testigos de la misma marcaría una diferencia notable en cuanto a las cifras, lo cual haría necesario un desarrollo y especialización de los recursos económicos y humanos destinados a la atención de esta población. No en vano, según los datos que se desprenden del informe del Secretario General de Naciones Unidas a la Asamblea General de fecha 29 de agosto de 2006, presentando un estudio del experto independiente Paulo Sergio Pinheiro sobre "La violencia contra los niños", cada año entre 133-275 millones de niños están expuestos a violencia de género en el mundo. Según dicho informe, solamente en España esta cifra supondría casi los 200.000 menores. Recomienda que todos los países pongan fin a la violencia contra las y los menores, lo que implica, prohibir toda forma de violencia contra la infancia, en todas sus modalidades, priorizar la prevención, analizando las causas y factores de riesgo, promover valores no violentos y garantizar que las políticas y los programas que tengan como fin erradicar la violencia sean diseñados y desarrollados desde una perspectiva de género.

En una muestra de mujeres maltratadas residentes en casas de acogida se vio que un 85% de los hijos fueron testigos de la violencia hacia su madre. De estos, un 66,6% sufrieron, además, maltrato infantil.(Corbalán y Patró, 2003). Se concluyó que la exposición a la violencia de género supone un factor de riesgo para el maltrato infantil.

La organización Save the Children, en su informe "En la violencia de género no hay una sola víctima" publicado en febrero de 2011, estima que más de 800.000 menores sufren sus consecuencias actualmente en España, que 13 fueron asesinados durante el 2010 y otros 40 se han quedado sin padre y madre. La organización entiende que la violencia de género es una forma más de maltrato infantil y que las hijas y los hijos de las mujeres que sufren violencia de género son víctimas de la misma, sea ésta psicológica, física o sexual. Se visibiliza a las y los menores como víctimas porque dependen emocionalmente de sus cuidadores y porque la violencia ejercida contra la madre, como principal figura de referencia de seguridad y protección, tiene consecuencias sobre el desarrollo biopsicosocial de cada menor, según señalan autores como Barudy, J y Dantagnan, M. (2002).

Copyright 2011 by Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia S.E.M.P.y P.

Los datos más actualizados datan de este mismo año, con la publicación de la macroencuesta de violencia de género elaborada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) de la que se desprende que de las mujeres que sufren o han sufrido violencia de género por parte de su pareja o expareja y que tenían hijos en el momento que tuvieron lugar los episodios de violencia, el 63,6% afirman que sus hijos/as presenciaron o escucharon los episodios de violencia. De éstos, el 92,50% eran menores de 18 años y de éstos el 64,21%, sufrieron a su vez violencia. Estos datos no muestran la totalidad de los/as menores que son expuestos a la violencia de género.

Sólo a partir de 2013 es cuando se empiezan a recoger cifras de menores víctimas mortales de la violencia machista (asesinados o huérfanos). En el año en curso, la cifra de menores huérfanos por violencia de género facilitada por el ministerio es de 16 y los menores asesinados hasta la fecha en lo que va de año, 2. (41 fueron los menores huérfanos durante el 2014 y 4 los menores asesinados).

CONSECUENCIAS EN LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE LA EXPOSICIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO

La forma en que los/as niños/as y adolescentes responden ante una situación estresante (traumática en este tipo de casos, y más específicamente de trauma complejo) dependerá de la edad. Por tanto, es importante tener conocimiento de las diferentes etapas del desarrollo para poder entender el impacto específico del trauma, siendo de mayor gravedad cuando éste se da en las primeras fases del desarrollo, momento en el que la formación de las estructuras físicas, neuropsicológicas y de la personalidad determinarán su desarrollo posterior. Esto es importante, además, para la prevención y el tratamiento de menores expuestos a violencia de género.

Consecuencias sobre la salud física

Jorge Barudy (2002), entre otros autores, considera de gran importancia el período entre los 0 y 3 años (La Organización Save the Children pone el énfasis, sobre todo, durante el primer año), en el que las relaciones interpersonales (sobre todo con los cuidadores) deben ser especialmente cuidadosas, ya que tendrán una influencia enorme en el desarrollo cerebral que acontece en esta etapa. De hecho, el cerebro del bebé humano tiene un volumen total del 26% del que tendrá cuando esté completamente desarrollado. Los cuidados parentales/marentales adecuados son básicos para que el bebé sobreviva, ya que los bebés humanos son los únicos que tienen corteza cerebral (responsable del pensamiento simbólico) que se desarrolla después del nacimiento, siendo indispensable para ello el cuidado de los adultos. Este cuidado, además de ser importante para la maduración cerebral, también lo es para la construcción del vínculo y del apego, de gran importancia para construcción de los esquemas sobre uno/a mismo/a, los demás y el mundo, que influirán en sus relaciones con éste, como veremos en el

Copyright 2011 by Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia S.E.M.P.y P.
ISSN: 2253-749X Vol. 3 (2015) n.° 5

siguiente apartado. Gracias a esto el cerebro puede configurarse con una organización adecuada, interconectándose tres zonas del cerebro: las estructuras inferiores (tronco cerebral, responsable de la activación y alerta, temperatura, respiración y ritmo cardíaco, por tanto, de las funciones básicas para la supervivencia), el sistema límbico (centro de las emociones, motivación y conducta dirigida a objetivos, encargado de coordinar la actividad de las estructuras cerebrales inferiores y superiores, permitiendo al cerebro autorregularse).y estructuras superiores (neocortex, encargado del procesamiento de la información compleja).

Además, diferentes investigaciones han comprobado que la violencia de género ya puede afectar al menor incluso antes de nacer, durante la gestación, afectando a los niveles normales de cortisol, teniendo como consecuencia los bajos crecimientos fetales, pobre desarrollo del cerebro y defectos en la mielinización (Aguilar, 2015). El impacto que pudiera tener la violencia sobre la formación de las estructuras cerebrales en este período puede determinar cómo, a nivel fisiológico, el individuo responde ante el estrés. De tal manera, cuando existen niveles extremos de estimulación (o por exceso o por defecto), el cerebro realiza ajustes para convertir esta situación en adaptativa. Dichos ajustes dependerán del desarrollo de las estructuras y las rutas cerebrales que se hayan ido configurando durante su vida. Durante los primeros meses de vida el tronco cerebral y el cerebro medio (cerebelo y locus coeruleus) están lo suficientemente desarrollados como para sostener las funciones corporales básicas y de alerta. Estas estructuras primitivas regulan el SNA. (Díaz-Marsá. M., Molina, R. Lozano, M.C. y Carrasco, J., 2000).

En situaciones de violencia de género, donde puede darse una falta de respuesta por parte de los cuidadores, puede llevar a una reactividad elevada al estrés para toda la vida. Cuando el estrés al que se expone la madre gestante es crónico se dan una serie de consecuencias a nivel fisiológico y comportamental en la madre, que repercuten directamente en el feto (Bosque, 2011), de tal manera que existiría una relación directa entre el estado emocional de la madre durante el embarazo y los cambios producidos en la estructura cerebral de su descendencia. Una baja autoestima de la madre, así como trastornos de ansiedad, TEPT, un mayor riesgo de suicidio, abuso de sustancias, etc. afectan a la salud del menor.

Como expone Lola Aguilar en el libro de reciente publicación “Detrás de la pared”, minuciosa y rigurosamente, la respuesta al estrés (adaptada o patológica) está programada genéticamente pero también modulada por factores epigenéticos perinatales. Así, la exposición a la violencia de género repercute en niveles aumentados de forma persistente –por la propia naturaleza de dicha violencia- de cortisol, hiperactivando el sistema nervioso simpático (y el eje hipotálamo-hipofisiario-adrenal) y los órganos que intervienen en la respuesta de adaptación al estrés, redundando en patrones de respuesta

Copyright 2011 by Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia S.E.M.P.y P.

desadaptativos. Así, experiencias estresantes antes de nacer o en la primera infancia, pueden alterar este sistema. Los niveles altos y mantenidos de estrés afectan de forma permanente a este sistema –que se organiza para responder ante este tipo de situaciones y garantizar la supervivencia del menor-, respondiendo de forma desadaptativa ante situaciones de estrés normativas.

Esto, a su vez, puede alterar el desarrollo de los principales órganos, corazón, riñones, y de forma especial, el funcionamiento del cerebro (Pechtel 2011). En esta misma línea, el Consejo Científico Nacional sobre el Desarrollo del niño (2003, EEUU) ha propone tres tipos de respuestas de estrés en los niños: positiva, tolerable y tóxica. Ésta última resulta de una fuerte activación, frecuente o prolongada de los sistemas fisiológicos de adaptación, en ausencia de la protección de la amortiguación de una relación adulta de apoyo. Esto, ocurrido en los períodos sensibles del desarrollo, puede dar lugar a alteraciones anatómicas y/o fisiológicas, lo que provocará alteraciones futuras en el aprendizaje y en el comportamiento, así como enfermedades físicas y mentales crónicas, relacionadas con el estrés (National Scientific Council on the Developing Child, 2005)

Durante la gestación, las situaciones de estrés prolongado activan el HHA materno dejando al feto desprotegido frente al excesivo cortisol materno y alterando tanto la maduración de órganos, crecimiento, programación neuronal, regulación cardiovascular y regulación de la respuesta fetal a los episodios agudos de estrés intrauterino, pero sobre todo, alterará su capacidad futura de respuesta al estrés. (Navailles, 2010; Oberlander, 2008). El exceso de niveles de cortisol materno repercute en la disminución del número de receptores de corticoides en el sistema límbico y córtex prefrontal del feto, alterando en la etapa postnatal la capacidad de respuesta al estrés, que persiste durante el resto de la vida del niño, adolescente y adulto, incluso se transmite a su descendencia posterior.

Además de afectar a nivel hormonal, la exposición de la madre a dicha violencia en la etapa prenatal, repercutirá en menores cuidados, revisiones del embarazo, una peor alimentación y descanso, mayor riesgo de anemia, hipertensión arterial, sangrado vaginal, abortos, mayor probabilidad de depresión y ansiedad… lo cual repercutirá en el desarrollo fetal. También hemos de tener en cuenta aquí que la violencia por parte de la pareja aumenta con mayor probabilidad durante la gestación, siendo más frecuentes –cuando se da violencia física- los golpes dirigidos al abdomen. Según un estudio realizado por la OMS (2011) sobre la prevalencia de la violencia en la pareja durante la gestación, determina que ésta es de un 4-9%, siendo una variable que predice un mayor riesgo (3 veces más) de gravedad de la violencia con resultado de feminicidio.

Una vez que el bebé nace, el impacto de la violencia en la madre sigue trasladándose al recién nacido de la misma manera. La exposición a la violencia de género durante la etapa postnatal se ha

Copyright 2011 by Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia S.E.M.P.y P.

relacionado con un retraso del crecimiento intrauterino y prematuridad con mayor probabilidad de que el bebé tenga bajo peso al nacer (además la prevalencia de la violencia de género es más de dos veces mayor para las mujeres que dan a luz a un recién nacido con bajo peso, respecto a las mujeres que tuvieron un bebé de peso normal), traumatismos en el abdomen (aumentando, a su vez, el riesgo de partos prematuros), mayor probabilidad de adicción a la nicotina, alcohol, fármacos psicotropos y drogas ilícitas por parte de la madre, menor aumento de peso materno, anemia, dieta poco saludable, enfermedades de transmisión sexual y morbilidad psicológica (mostrando una relación signitivativa con la violencia económica). Todo esto hace que aumente la probabilidad de tener partos prematuros y bebés con bajo peso (dado que el feto estimula la actividad contráctil uterina para asegurar su supervivencia al detectar que es un entorno hostil), con el consiguiente impacto negativo tanto en la mortalidad perinatal como en el desarrollo físico y cognitivo del niño/a.

Como variable moduladora del impacto negativo del estrés perinatal en el desarrollo cerebral debemos mencionar el apego, pudiendo suponer un factor resiliente o de vulnerabilidad en el menor. De este modo, si el vínculo materno es débil o deficiente, repercutirá en una disfunción de las respuestas autonómicas y endocrinas en la etapa adulta, alteraciones en las respuestas al procesamiento de estímulos amenazantes, con una inadecuada respuesta al estrés y sobreactivación del eje HHA. Tasas elevadas de morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares, los trastornos autoinmunes, diabetes mellitus, síndrome metabólico, enfermedades psiquiátricas y mortalidad prematura. Existe evidencia de que en las etapas prenatal y primera infancia se encuentra el origen de muchas de las enfermedades crónicas del adulto.

Los niños y niñas en los primeros meses de vida presentan síntomas conductuales relacionados con la exposición a la VG (llanto prolongado, irritabilidad, dificultad para dormir, problemas de alimentación, no aumento de peso normativo/pérdida). Esto, unido a las dificultades de una madre victimizada de atender a las necesidades de apego pueden poner al menor en mayor riesgo de sufrir el impacto de la exposición a la violencia por parte de su progenitor. Así, también se da una afectación del juego y exploración del entorno (importante para el desarrollo emocional y cognitivo del infante).

Debemos destacar, la importancia de una intervención precoz en el vínculo materno filial, para poder revertir las disfunciones producidas por el estrés prenatal a través del desarrollo de un apego seguro (importancia de intervención precoz para revertir el impacto del estrés en etapa gestacional). Hablamos en este sentido del impacto transgeneracional de la violencia, por la heredabilidad de los cambios epigenétivos producidos. También aparecen en los primeros años de vida, alteraciones de conducta, atencionales, emocionales fruto de la exposición a esta violencia traducidos en valores disminuidos del CI, interrupción del sueño en niños (y en sus madres) provocados por el agresor de

Copyright 2011 by Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia S.E.M.P.y P.

género, pesadillas, enuresis nocturna, terrores nocturnos y patrones de sueño interrumpido, mayor probabilidad de padecer problemas emocionales, ansiedad, TDAH, alteraciones del lenguaje, trastorno de C, disfunciones cognitivas…relacionadas con alteraciones estructurales y funcionales cerebrales. Se observa, de la misma manera que en la etapa prenatal, un crecimiento insuficiente del niño explicado por los mismos factores. Alteraciones en el sistema inmunitario con una mayor prevalencia de enfermedades infecciosas, alteraciones respiratorias por una disminución de la función pulmonar infantil (tienen una probabilidad dos veces mayor de desarrollar asma que los no expuestos). Los niños que experimentan un buen apego son más propensos a demostrar estrategias afectivas y de comportamiento adecuadas para hacer frente al estrés. Más capaces de autorregular sus respuestas fisiológicas, afectivas y conductuales frente a estresores ambientales y tienen menos probabilidades de manifestar una disfunción neuroendocrina.

En la adolescencia se da la maduración del comportamiento (SN) y gonadal (Sist neuroendocrino). Aunque hay pocos estudios sobre el impacto de la exposición de la VG en la salud de los adolescentes (por una menor muestra accesible en casas de acogida) se ha postulado un efecto acumulativo de la exposición a la VG (trastornos depresivos, baja autoestima, menor ajuste social, mayor agresividad, aumento de la violencia en las relaciones de noviazgo, embarazo y maternidad adolescente tanto para mujeres como para hombres).

Consecuencias sobre la salud mental

Los datos de las investigaciones realizadas sobre esta población debemos tomarlos con cautela ya que es especialmente difícil realizarlas debido a que esta violencia se da en el ámbito privado, donde es difícil acceder (según Gelles y Straus, 1979, "la familia puede ser la institución más violenta, donde existe licencia para pegar"). Se han tenido en cuenta a la hora de valorar estos resultados diferentes variables, como son la intensidad, historia, tipos de violencia, el desarrollo y la exposición a la violencia, factores de riesgo y protección (vulnerabilidad y resiliencia), momento evolutivo en el que el/la menor está expuesto, el vínculo de apego con los progenitores no agresores y el impacto que dicha violencia tiene sobre la madre. Teniendo esto en cuenta, se han encontrado dos tipos de síntomas: internalizantes y externalizantes. (Horno, 2009; Alvarado, 2015; Patró y Limañana, 2003).

Primera infancia

Durante el segundo mes de embarazo la madre empieza a hacerse una representación mental de su hijo, de cómo será su rol como madre. Esto influirá en cómo desarrolla sus conductas de maternaje. Además, será en esta etapa cuando empieza a construirse una relación de apego. El niño/a construye una representación de la relación con su cuidador principal (la madre en este caso), esperando que ésta le provea de una seguridad emocional (Bowlby, 1982; Sroufe et al., 1999). Este

Copyright 2011 by Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia S.E.M.P.y P.

modelo inicial de apego actúa como marco de referencia en las futuras relaciones con los otros. En este sentido, se ha encontrado relaciones pobres madre-hijo en aquellas mujeres que han sufrido violencia de género durante el embarazo, ya que los menores se hacen una representación maternal en la cual su madre no está disponible. Es básico, entonces, actuar precozmente sobre esta relación para revertir en lo posible los efectos. El apego que pueda desarrollar puede variar en función de distintos factores contextuales (apoyos, condiciones socioeconómicas, depresión materna).

En la etapa preescolar los/as infantes tienen mayor riesgo de estar expuestos a esta violencia, ya que dependen más de sus cuidadores. Es en esta etapa cuando empiezan a imaginar cómo funciona el mundo y cómo es la relación con los demás y los comportamientos aceptables. Empieza a construir esquemas mentales para hacer el mundo predecible y controlable. Empiezan a desarrollar las emociones básicas, el lenguaje con el que ponen en palabras estos esquemas. Los niños entienden las cosas antes de poder expresarlas en palabras. Ya desde la gestación están recibiendo información de lo que ocurre a su alrededor. Piensan que sus cuidadores saben lo que tienen que hacer, lo que necesitan, y que son una fuente de seguridad y protección. Es una etapa caracterizada por el egocentrismo, por lo que todo lo que ocurre es por y para ellos. Si algo va mal pensarán (o sentirán) que es por su culpa. Las reacciones ante una situación traumática de este tipo, por tanto, en un primer momento serán fundamentalmente expresadas a nivel físico (problemas de sueño, para regular su activación, con la alimentación, etc), ya que su lenguaje se está desarrollando. Más adelante, cuando tienen mayor autonomía se expresan mediante su comportamiento y el juego. Sobre los 4 y los 5 años, van desarrollando la capacidad de entender el punto de vista del otro, desarrollan la "Teoría de la Mente", aprenden a regularse emocionalmente, pueden contar historias y las nutren con narrativas más elaboradas, desarrollan un pensamiento concreto, muy polarizado, donde de momento no existe la escala de grises.

Por eso, en esta etapa lo que es bueno no puede ser malo, no entienden que puedan sentir amor y miedo hacia la misma persona. Todavía se da este egocentrismo por el que siguen responsabilizándose de aquello que escapa a su control. Tienen mucho miedo de que sus padres les abandonen. Las reacciones ante la exposición a la violencia serán, pues una dificultad para calmarse físicamente, problemas de sueño e ingesta, síntomas somáticos (dolor de estómago, de cabeza…), conductas agresivas, miedos, regresiones, pesadillas y terrores nocturnos. Pueden aparecer síntomas de estrés post-traumático, un funcionamiento cognitivo disfuncional, dificultades en la regulación emocional sobre las conductas prosociales, y una alta reactividad fisiológica y problemas de conducta (internalizados –miedo y rabia, indefensión, ansiedad y depresión, problemas de autoestima y autoconfianza- y externalizados –incremento de hiperactividad y agresividad-). Pero no siempre que existe una exposición a una situación traumática se observan síntomas clínicos, de hecho el

Copyright 2011 by Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia S.E.M.P.y P.

funcionamiento resiliente se ha descrito en muchos casos y es necesario atender a los factores que aumentan la probabilidad de superación ante las adversidades, como son, un temperamento de autorregulación del menor, emocionalidad positiva, sentido del humor, empatía, estrategias de solución de problemas y expresión social, inteligencia, locus de control interno, autoestima, autoeficacia, competencias sociales y regulación emocional. Los factores que se relacionan con conductas resilientes en los menores son los factores de protección presentes a esta edad (crianza positiva, competencias sociales de los padres, redes familiares y extra familiares, calor del hogar, progenitores involucrados en la vida de los niños…). Los factores de riesgo son aquellos que suponen una mayor vulnerabilidad de los menores a la exposición a la violencia de género dada su limitada capacidad de comprensión para modular los efectos como respuesta a la exposición, así como menos recursos para huir de ese entorno violento.

Etapa escolar

Entre los 6 y los 12 años, los y las menores son capaces de mostrar varias emociones, desarrollan un pensamiento lógico, entienden las relaciones de causa y efecto, aumenta su autonomía e independencia, controlan más eficazmente sus impulsos, lo cual les facilita las relaciones con sus iguales, todavía muestran un pensamiento concreto (siguen sin poder entender que una persona pueda ser buena y mala al mismo tiempo). Las reacciones encontradas ante una historia de trauma son similares a la etapa anterior. Problemas internalizados, externalizados, sociales y académicos. (Corbalán y Patró, 2003) conflictividad en la escuela, huida del hogar, comportamiento violento hacia iguales, comportamiento violento hacia la madre, bajo rendimiento escolar, miedo hacia el maltratador, síntomas de ansiedad, tristeza y aislamiento). El funcionamiento resiliente se atribuye a factores individuales, a la madre y a la familia. (menor exposición a la violencia de género, menos preocupaciones y miedos, madres con mejor salud mental y mejores habilidades marentales).

La adolescencia

Son capaces de conectar con sus propios valores, aunque aún son muy influenciables por las opiniones de los demás. El grupo de pares se convierte en un referente muy importante y el entorno familiar pasa a un segundo plano. Empieza a desarrollarse el pensamiento abstracto y lógico y pueden plantearse cosas más a largo plazo, surgen las primeras relaciones íntimas y/o sexuales. La sintomatología a nivel psicológico que puede aparecer en esta etapa cuando son expuestos a la violencia de género, al igual que en las etapas anteriores se dividen en conductas internalizantes (depresión, problemas de autoestima, pensamientos autolíticos) y externalizantes (abuso de sustancias, comportamientos agresivos con sus iguales, familiares, animales, etc), problemas de salud física, sintomatología psicosomática, sintomatología postraumática (DESNOS).

Copyright 2011 by Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia S.E.M.P.y P.

En esta etapa, y dado que se relaciona en otros contextos por su mayor autonomía, aparece la transmisión intergeneracional de la violencia. También aquí podemos observar un funcionamiento resiliente.

Teorías psicológicas que explican los efectos de la exposición a la violencia de género (Alcántara, 2011; Alvarado, 2015).

Teoría de modelaje o aprendizaje social: los menores aprenden modelos de conducta de sus referentes, aquellos de los que esperan que sean los que les enseñen a regularse y a interactuar y desenvolverse en el mundo. Cuando estos referentes suponen modelos negativos, pueden impactar de la misma manera en sus interacciones futuras, incorporando con mayor probabilidad modelos de interacción como agresor o como víctimas.

Modelo cognitivo-contextual: los menores desarrollarán conductas ajustadas o desajustadas tras la exposición a la violencia dependiendo de la evaluación, la atribución y los mecanismos de afrontamiento que hagan de ella. Así pues, serán más vulnerables a mostrar conductas desajustadas si se consideran culpables, sin recursos para afrontarla, como algo amenazante… Dado que han configurado estos esquemas a edades tempranas, es muy probable que sean generalizados a su visión acerca de ellos mismos, de los demás y del mundo.

Teoría de la seguridad emocional (el apego): se ha descrito que a partir de los 12 meses de edad podemos empezar a identificar el tipo de vinculación que se establece con los cuidadores, lo que repercutirá sobre el funcionamiento psicológico posterior. La exposición a la violencia se asocia a un mayor riesgo de desarrollar un apego inseguro con el cuidador al no recibir el apoyo emocional esperado, aumentando el riesgo de desarrollarse dificultades en las relaciones interpersonales en etapas posteriores. Muy relacionada con ésta está la **Teoría de la calidad de las relaciones entre los progenitores y los hijos**, según la cual, la existencia de violencia de género hace que los cuidadores no estén suficientemente disponibles para los menores (y por tanto no puedan garantizarles el soporte físico y/o emocional necesario), mostrando distanciamiento emocional e inconsistencia en la disciplina.

Teoría del desarrollo: tiene en cuenta las diferentes etapas del desarrollo a la hora de evaluar las consecuencias que de la exposición a la violencia de género se derivan, prestando mayor atención a las primeras etapas, ya que las experiencias que se dan en ellas son las que más influirán en las posteriores adaptaciones, moderando o exacerbando el impacto de los acontecimientos vitales.

Copyright 2011 by Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia S.E.M.P.y P.

Teoría del trauma: ser testigo de violencia de género se considera como un factor precipitante del *Estrés Postraumático.* Según esta teoría la exposición crónica y severa a este tipo de violencia, puede provocar en el menor una sintomatología más grave que otro tipo de estresor, debido a los altos niveles de miedo, terror, desamparo, impotencia que genera, y a la percepción de que tanto él como su madre pueden morir o ser gravemente heridos. Debido a la naturaleza de la violencia de género, es frecuente que aparezcan reacciones disociativas, considerándose una entidad nosológica diferente al TEPT, que se ha descrito como trauma complejo o extremo (DESNOS). En esta teoría sí se ha encontrado un efecto modulador del género entre la exposición a la violencia de género y las consecuencias psicológicas, ya que las niñas tienen más probabilidades de mostrar sintomatología de TEPT al ser más vulnerables a sufrir abusos por el hecho de ser niñas y mujeres, además en su socialización, aprenden a ser más cercanas emocionalmente con los otros, lo que explica que pudiera existir mayores niveles de sintomatología internalizante.

APEGO Y TRAUMA: EL CONCEPTO DE TRAUMA COMPLEJO (DESNOS)

"Para muchos, permanecer a salvo consiste en cerrar puertas y ventanas, y evitar los lugares peligrosos. Para otros no hay escapatoria, porque la amenaza de la violencia está detrás de esas puertas, oculta a los ojos de los demás".

Glo Harlem Brundtland (Orjuela et al., 2007), Directora General de la OMS (1998-2003)

La desvinculación supone un grave riesgo para los seres humanos, a lo largo del ciclo vital, pero en particular, en la infancia. Es fundamental que los niños y niñas tengan adultos de referencia con los que establecer unos vínculos de apego seguros, de tal manera que sean una fuente de confianza y predictibilidad, que facilite un soporte físico y emocional al menor, en las fases de su desarrollo. Todo esto en un ambiente donde se sientan seguros, y haya un entorno propicio para ir desarrollando los esquemas sobre sí mismo, los demás y el mundo, y por tanto, sentando las bases para la personalidad del futuro/a adulto/a.

Sin embargo, en un entorno donde se da la violencia machista, sustentada en unos pilares de desigualdad, donde el poder se reparte según los mandatos de género patriarcales, todo lo dicho anteriormente no se da. El menor va creciendo en un contexto donde su madre es constantemente deslegitimada como madre y como mujer, donde los niveles de estrés de ésta van aumentando. No siente que sus cuidadores puedan protegerle y regularle, y no puede confiar en ellos para garantizar su supervivencia. Esto inevitablemente tendrá una repercusión en el niño/a sobre su desarrollo físico y emocional, modulada por las variables resilientes que cada menor pueda mostrar. Los vínculos que pueden establecerse, como ya describieron desde el principio de la investigación en esta materia especialistas como Bowlby y Mary Ainsworth (Atger y Guedeney, 2006) pueden ser seguros (cuando

Copyright 2011 by Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia
ISSN: 2253-749X

los cuidadores son coherentes, predecibles y emocionalmente sensibles a las necesidades del menor) o inseguros (si no pueden predecir los comportamientos de sus cuidadores, de tal manera que se sienten desprotegidos y vulnerables en un entorno donde existe violencia). Este tipo de apego se da en un 80% de los menores que sufren maltrato, pudiendo ser, a su vez, evitativo, ambivalente o desorganizado.

En los casos de violencia de género se ha descrito un tipo de suceso traumático diferente del que hasta ahora se había dado como tipo para producir los síntomas del TEPT. De tal manera que éstos suponen un evento único, vivido con horror, en los casos de violencia machista son episodios repetidos y mantenidos en el tiempo, dando lugar a una sintomatología diferente a la descrita en el TEPT, pero que no ha sido considerada como una entidad nosológica independiente. Es lo que se ha llamado DESNOS o Trauma Complejo. Esta violencia es ejercida a través del vínculo afectivo (Lo que Pepa Horno define como "La dimensión afectiva del maltrato"), lo cual hace que el daño producido en la víctima sea muy específico, ya que el menor entiende que le agrede la persona que se supone que le tiene que querer y que cuidar, de la que depende, lo cual le hace sentir más vulnerable a la hora de sufrir los efectos de esa violencia. Es una situación en la que es claro y objetivo un desequilibrio de poder, que además se utiliza de forma perversa. A pesar de que los menores expuestos a este tipo de violencia tiendan a normalizarla para poder sobrevivir y garantizar su vinculación, no quiere decir que no suponga para ellos algo traumático. A veces el "plan B" para hacer ese entorno predecible y controlable, es identificarse con uno de los progenitores y sus roles y/o disociarse. Esta falta de análisis hará más difícil que desarrollen su Teoría de la Mente, repercutiendo en la forma de manejar los conflictos más adelante.

Una de las características de este tipo de violencia, como es que sea ejercida a través del vínculo, la convierte en un suceso con mucha probabilidad de convertirse en traumático. Según Pierre Janet, que ya en 1984 aportó una definición de trauma psíquico: *"es el resultado de la exposición a un acontecimiento estresante inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona. Cuando las personas se sienten demasiado sobrepasadas por sus emociones, los recuerdos no pueden transformarse en experiencias narrativas neutras. El terror se convierte en una fobia al recuerdo que impide la integración del acontecimiento traumático y fragmenta los recuerdos traumáticos apartándolos de la consciencia ordinaria, dejándolos organizados en percepciones visuales, preocupaciones somáticas y reactuaciones conductuales".* Cuando lo traumático ocurre durante un período de tiempo prolongado en el que el niño vive en un contexto donde hay violencia de género y no dispone de relaciones con sus cuidadores que le ayuden a construir un sentido de sí mismo como digno y valioso, cuando los vínculos de apego que ha podido realizar son inseguros, estaríamos hablando de Trastorno de estrés postraumático Complejo o DESNOS. En un intento de sobrevivir en dicha situación la única manera es desplegar un tipo de defensa pasiva, "hacerse invisible", creando

Copyright 2011 by Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia S.E.M.P.y P.

creencias disfuncionales y patógenas para poder tener una sensación de controlar algo de esa situación que le desborda y que no comprende. DESNOS EN DSM-IV fue incluido dentro de "Características Descriptivas y Asociadas al TEPT". No se le da entidad nosológica al trauma producido por la violencia a través del vínculo. Se incluye en todo caso como DESNOS (Disorders of Extreme Stress, Not Otherwise Specified: Trastornos por estrés extremo, no especificado), síndrome que está siendo validado a través de diversos ensayos de campo realizados por la APA. (ver Anexo 1). En esta línea Van der Kolk (2005) propuso la creación de un diagnóstico nuevo, el *Trastorno del Trauma del Desarrollo (Developmental Trauma Disorder, DTD),* ya que consideró que la naturaleza de la exposición a la violencia de género en los menores y el impacto que ésta genera en ellos era muy específica (Ver Anexo 2).

CONCLUSIONES

El interés por el impacto que causa la violencia de género en los/as menores es muy reciente. Hay cierto consenso en cuanto a reconocer que por el hecho de vivir en un entorno donde se da este tipo de violencia ya deben ser considerados víctimas. Esta concepción trasciende más allá del concepto de ser testigo. Se habla, entonces, de menores **expuestos a la violencia de género**. Además, las investigaciones apuntan a que incluso desde la gestación, la violencia machista impacta sobre el feto, de manera que repercutirá en el niño o la niña a nivel biopsicosocial. Esto, junto con la transmisión intergeneracional de este tipo de violencia basada en la expresión desigual del poder, hace necesario un abordaje preventivo, así como dotar de más recursos institucionales y humanos especializados en esta población.

En esta misma línea, la consideración y el reconocimiento de una entidad nosológica específica que tenga en cuenta la naturaleza de este tipo de violencia, considerada como de trauma complejo, con la peculiaridad de ser un tipo de violencia ejercida a través del vínculo, unificaría más los criterios a la hora de establecer protocolos individualizados de prevención e intervención para reparar el daño producido en los y las menores y proporcionaría un paradigma que permitiría analizar los diferentes niveles del impacto (biológico, psicológico y social) reflejados en la investigación. Igualmente pone el foco de atención sobre vínculo materno-filial, central en la recuperación de ambos. Son dos las categorías propuestas hasta el momento y que, finalmente, no han tenido cabida en el DSM-V: el DESNOS *(Trastornos por estrés extremo, no especificado),* para recoger la singularidad de las situaciones de trauma complejo y los efectos a nivel psicológico que pueden ocasionar, y DTD *(Trastorno del Trauma del Desarrollo),* en el que, además de esto, se reconoce, específicamente, el impacto que genera en los/as menores expuestos a la violencia de género.

Copyright 2011 by Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia S.E.M.P.y P.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilar, L. Alvarado, E. y Escudero, A. (2015). Consecuencias físicas y psicológicas de la exposición a la violencia de género. En Czalbowski, S. (coord.). (2015). *Detrás de la Pared. Una mirada multidisciplinar acerca de los niños, niñas y adolescentes expuestos a la violencia de género.* (pp. 65-180). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Alcántara, M.V. (2011). *Las Víctimas Invisibles. Afectación psicológica en menores expuestos a violencia de género.* Murcia: Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.

Anteproyecto de ley de protección a la infancia de 28 de abril de 2014. Obtenido en mayo de 2015, de http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/pdf/Anteproy_LeyProteccionInfancia.pdf

Atenciano, B. (2015). Introducción. En Czalbowski, S. (coord.). (2015). *Detrás de la Pared. Una mirada multidisciplinar acerca de los niños, niñas y adolescentes expuestos a la violencia de género.* (pp. 33-54). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Atenciano, B. (2009). Menores expuestos a violencia contra la pareja: Notas para una práctica clínica basada en la evidencia. *Clínica y Salud*. *Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Vol. 20, nº 3, 261-272.*

Atger F., Guedeney A.(2006). Attachement et développement. *EMC (Elsevier Masson SAS, París), Psychiatrie*, 37-200-B-35.

Bancroft, L. y Silverman, J.G. (2002). Power Parenting. The Batterer's Style with Children. En L. Bancroft y J.G. Silverman, *The batterer as parent. Addressing the impact of domestic violence on family dynamics* (pp. 29-53). Thousand Oaks, California: Sage Publications.

Barudy, J., Dantagnan, M. (2006). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia.* Barcelona. Gedisa.

Czalbowski, S. (coord.). (2015). *Detrás de la Pared. Una mirada multidisciplinar acerca de los niños, niñas y adolescentes expuestos a la violencia de género.* Bilbao: Desclée de Brouwer.

Díaz-Marsá. M., Molina, R. Lozano, M.C. y Carrasco, J.L. (2000). Bases biológicas del trastorno por estrés postraumático. *Actas Esp Psiquiatr, 28 (6): 379-384.*

Horno, P. (2009). *Amor y violencia. La dimension afectiva del maltrato*. 2ª Ed. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Instituto Canario de Igualdad. Servicio de Coordinación del Sistema Integral contra la Violencia de Género. (2012). Guía de intervención con menores víctimas de violencia de género. Obtenido en abril de 2015, de, http://www.ext.gobiernodecanarias.org/opencms8/export/sites/icigualdad/resources/documentacion/GuiaViolenciaMenores.pdf

Copyright 2011 by Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia
ISSN: 2253-749X

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. BOE núm. 313, de 29 de diciembre de 2004: 42166 -42197.

Limiñana R., Suria R., Villegas E. (2012) Características de la intervención psicosocial con las mujeres víctimas de violencia de género y sus hijos. *13º Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Interpsiquis 2012*. Obtenido en mayo de 2015, de http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/25973/1/2012_Rosser_etal_Interpsiquis.pdf

Margaret Blaustein, M., Cook, A., Cloitre, M., et. al. (2003). Complex Trauma in Children and Adolescents White Paper. *National Child Traumatic Stress Network.* Obtenido en marzo de 2015, de

Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Macroencuesta violencia contra la mujer 2015 Obtenido en mayo de 2015, de http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/publicaciones/estudiosinvestigaciones/home.htm http://www.nctsnet.org/nctsn_assets/pdfs/edu_materials/ComplexTrauma_All.pdf

Orjuela, L., Horno, P. Manual de atención a niños y niñas víctimas de violencia de género en el ámbito familiar. Obtenido en abril de 2015, de http://www.bizkaia.net/Gizartekintza/Genero_Indarkeria/pdf/dokumentuak/Manual_atencion_c.pdf

Patró R. y Limaña R. (2005). Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales de psicología. Vol. 21, nº1, 11-17.*

Rodríguez, L. (2013). Menores víctimas de la violencia de género: propuesta de proyecto educativo. *Comunitania: International Journal of Social Work and Social Sciences. Nº6, 71-84.*

Salvador, M. (2009). El trauma psicológico: un proceso neurofisiológico con consecuencias psicológicas. *Revista de psicoterapia, Vol. 20, Nº 80, 5-16.*

Secretario General de las Naciones Unidas (2006). Informe mundial sobre la violencia contra los niños y niñas. Obtenido en marzo de 2015, de http://www.unicef.org/lac/Informe_Mundial_Sobre_Violencia_1%281%29.pdf

Sepúlveda A. (2006). La Violencia de Género como causa de Maltrato Infantil. *Cuad Med Forense, 12(43-44): 149-164.*

Copyright 2011 by Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia
ISSN: 2253-749X

ANEXO 1: PROPUESTA DE LOS CRITERIOS DEL DESNOS

(Luxenberg et al. (2001) tomado de "Detrás de la Pared" Sofía Czalbowski, 2015)

1. Alteración en la regulación de los afectos y los impulsos (A y 1 de B-F requeridos):
    A. Regulación de los afectos
    B. Modulación de la ira
    C. Comportamiento autodestructivo
    D. Preocupación suicida
    E. Dificultad para modular la actividad sexual
    F. Disposición hacia riesgos excesiva

2. Alteraciones en la atención o conciencia (A o B requeridos):
    A. Amnesia
    B. Episodios transitorios disociativos y de personalización.

3. Alteraciones en la auto-percepción (Dos de A-F requeridos):
    A. Inefectividad
    B. Daño permanente
    C. Culpa y responsabilidad
    D. Vergüenza
    E. Nadie puede comprender
    F. Minimización

4. Alteraciones en las relaciones con otros (Uno de A-C requeridos):
    A. Inhabilidad (incapacidad) para confiar
    B. Revictimizacion
    C. Victimización de otros

5. Somatización (Dos de A-E requeridos):
    A. Sistema digestivo
    B. Dolor crónico
    C. Síntomas cardiopulmonares
    D. Síntomas conversivos
    E. Síntomas sexuales

6. Alteraciones en los sistemas de atribución de sentido (A o B requeridos):
    A. Desesperación y desesperanza.
    B. Pérdida de las creencias previas sustentadoras

ANEXO 2: PROPUESTA DE CONSENSO PARA LOS CRITERIOS DEL TRASTORNO DEL TRAUMA DEL DESARROLLO

(Tomado de "Las víctimas invisibles", tesis doctoral. Mª Vicenta Alcántara López. Universidad de Murcia. Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos (2011).

Copyright 2011 by Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia

ISSN: 2253-749X

A. Exposición. El menor o adolescente ha experimentado o presenciado múltiples o prolongados eventos durante un período mínimo de 1 año comenzando en la niñez o la adolescencia temprana, entre ellos:
    a. Experiencia directa o ser testigo de episodios repetidos y graves de violencia interpersonal.
    b. Importantes perturbaciones de los cuidados de protección como resultado de los repetidos cambios en cuidador primario, la separación repetida por parte del cuidador principal, o la exposición al abuso emocional severo y persistente.

B. Desregulación afectiva y fisiológica. El niño/a presenta deficiencias en competencias de desarrollo normativas relacionadas con la regulación del arousal, incluyendo al menos 2 de los siguientes:
    a. Incapacidad para modular, tolerar o recuperarse de estados afectivos extremos, o la inmovilización.
    b. Las alteraciones en la regulación en las funciones corporales.
    c. Disminución de la conciencia/disociación de sensaciones, emociones y estados corporales.
    d. Deterioro de la capacidad para describir emociones o estados corporales.

C. Desregulación atencional y del comportamiento. El niño/a presenta alteraciones en competencias del desarrollo normativas relacionadas con la atención sostenida, el aprendizaje o afrontar el estrés.
    a. La preocupación por la amenaza o deterioro de la capacidad de percibir la amenaza, incluido la interpretación errónea de las señales de segueidad y peligro.
    b. Deterioro de la capacidad de auto-protección, incluida la extrema asunción de riesgos y la búsqueda de emociones.
    c. Intentos maladaptativos de auto-consuelo.
    d. Autoagresión habitual (intencional o automática) o reactiva.
    e. Incapacidad para iniciar o mantener comportamientos dirigidos a metas.

D. Desregulación del yo y en las relaciones. El niño/a presenta deficiencias en las competencias de desarrollo normativo en su sentido de identidad personal y la participación en las relaciones.
    a. Intensa preocupación por la seguridad de los cuidadores u otros seres queridos (incluyendo cuidado precoz) o dificultad para tolerar el contacto con ellos después de la separación.
    b. Persistentes negativas del sentido del yo, incluyendo impotencia, odio a sí mismo, inutilidad, ineficacia o imperfección.
    c. Extrema y persistente desconfianza, desafío o falta de comportamiento recíproco en relaciones cercanas con los adultos o compañeros.
    d. Agresión física o verbal reactiva hacia los compañeros, cuidadores u otros adultos.
    e. Inadecuados intentos de conseguir un contacto íntimo o excesivos con sus compañeros adultos para seguridad y tranquilidad.
    f. Deterioro de la capacidad para regular la activación empática como se evidencia por la falta de empatía, o la intolerancia de las expresiones de angustia de otros, o la capacidad de respuesta excesiva a la angustia de los demás.

E. Los síntomas del espectro postraumático. El niño/a exhibe al menos 1 síntoma en por lo menos 2 de los tres grupos de síntomas TEPT (reexperimentación, evitación e hiperarousal).
F. Duración de alteraciones por lo menos 6 meses.
G. Deterioro funcional. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro en 2 de las siguientes áreas de funcionamiento: escolar, familiar, grupo de iguales, legal, salud y vocacional.

Copyright 2011 by Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia S.E.M.P.y P.
ISSN: 2253-749X Vol. 3 (2015) n.° 5