

La salud mental y la violencia familiar dirigida al menor
Juan Manuel Saucedá-García*

Este trabajo tiene por objeto revisar las consecuencias que para la salud mental de los menores tiene el habersufrido alguna forma de violencia dentro de la familia, y también cuáles pueden ser las condiciones psiquiátricas del agresor.

Orígenes de la violencia

Si bien el empleo de acciones violentas en la familia nunca puede justificarse, su ocurrencia se explica por la presencia de diversos factores de riesgo localizados en el maltratador, en el niño maltratado y en circunstancias ambientales desafortunadas. Sólo una minoría de los maltratadores sufre de alguna enfermedad mental capaz de predisponer a este tipo de comportamientos agresivos. La violencia puede estar presente en prácticamente toda la escala de los trastornos mentales. En los esquizofrénicos, la violencia puede ocurrir como consecuencia de ideas delirantes paranoides o en respuesta a alucinaciones auditivas. Los pacientes maníacos suelen ser agresivos ante provocaciones mínimas. El comportamiento violento generalmente ocurre en pacientes con trastorno de personalidad antisocial o limítrofe, y en este último caso la violencia tiende a dirigirse también a sí mismo, no sólo hacia los demás. La conducta violenta puede ocurrir en la epilepsia, en los síndromes del lóbulo frontal como fenómeno de descarga, y en asociación con abuso de alcohol y drogas. De los diagnósticos mencionados, el más estudiado respecto a su relación con la violencia ha sido el trastorno explosivo intermitente, al que se define en la actualidad como la tendencia a las crisis temperamentales sin una etiología orgánica clara. Cuando sí existe una etiología orgánica se considera que ocurre un cambio de personalidad, de tipo agresivo, debido a una condición médica general.

Las sustancias de abuso, especialmente el alcohol, producen los siguientes efectos generadores de conductas agresivas:

- Potencian la agresividad
- Reducen la inhibición de impulsos
- Estimulan la actividad psicomotriz

- Disminuyen el control de la agresividad
- Disminuyen el umbral al dolor y aumentan la posibilidad de que la persona trate de vengarse de ofensas reales o imaginarias

De ahí que muchos episodios de violencia intrafamiliar ocurran cuando el agresor se encuentra bajo los efectos del alcohol o de otro tipo de drogas.

En otras épocas se pensaba que toda expresión de agresión humana podría tener sus orígenes en estados epilépticos subyacentes o en otras formas de disfunción cerebral. En la actualidad, se sabe que la causalidad de la mayoría de los actos violentos es mucho más compleja y refleja fuerzas sociales, factores psicodinámicos y la personalidad del agresor. A esto se une la dificultad para diferenciar la agresividad normal de la patológica.

En cuanto a los factores que predisponen al niño a ser maltratado, se pueden mencionar los siguientes: ser producto de un embarazo no deseado, ser de temperamento difícil o poseer características particulares indeseables como enfermedades congénitas o adquiridas con necesidades especiales de crianza.

Circunstancias ambientales desafortunadas también pueden propiciar fenómenos de maltrato, tales como dificultades económicas y familiares, entre éstas la discordia entre los progenitores y la desviación del conflicto al hijo en forma de maltrato. Ciertos factores socioculturales también suelen favorecer actitudes de crianza agresivas.

Maltrato al menor

El empleo de castigos físicos como medio para controlar el comportamiento de los hijos es una costumbre presente tal vez en todas las culturas; su práctica se considera algo natural. Hay variaciones en cuanto a su aceptación e implementación, según

el nivel sociocultural de las familias, y al parecer se utiliza con mayor frecuencia en familias pobres. En ocasiones el castigo físico es francamente dañino y entonces se habla de maltrato al menor, ejemplo prototípico de la violencia intrafamiliar que empezó a ser reconocido como tal en los años 60.5.

El abuso sexual y el incesto son formas más encubiertas de maltrato al niño dentro de la familia, pero las denuncias nos hablan de que no se trata de fenómenos raros. Expresiones extrafamiliares de este tipo de agresiones quedan de manifiesto cuando ocurren casos de prostitución

infantil y empleo de menores para realizar videos pornográficos. Al menos 16 mil niños y niñas son víctimas de la explotación sexual en México, muchas veces forzados o vendidos por sus propios padres a quienes empujala pobreza.

A veces los niños no son víctimas directas de acciones violentas, sino observadores de agresiones dentro del hogar, sobre todo entre sus padres. Así aprenden que las faltas de respeto y los golpes son medios válidos para dirimir diferencias a costa de la integridad física y emocional. El descuido o crianza negligente es la forma más común y menos diagnosticada de maltrato al menor. La pobreza, no sólo en términos económicos, sino también emocionales y experienciales, es uno de los factores predisponentes observados en tales casos.

Problemas de los niños maltratados

El haber sido sujeto de maltrato en el hogar constituye un factor de riesgo para el desarrollo de síntomas psicopatológicos, pero no todos los niños maltratados reúnen los requisitos para recibir un diagnóstico psiquiátrico. El castigo físico dentro del rango normal —un golpe leve de vez en cuando— generalmente no acarrea consecuencias negativas en el desarrollo psicológico del niño. Pero los castigos severos obviamente sí lo generan: aquellos que producen daño cerebral cuando el niño es agitado violentamente o golpeado en la cabeza. Otros niños son tan

severamente maltratados que desarrollan un trastorno de estrés postraumático. Y, en casos extremos, el abuso prolongado puede conducir a un trastorno disociativo como la personalidad múltiple. Pocos resultados específicos han sido relacionados con patrones específicos de abuso. Esto se debe, en parte, a la sobreposición de diversos tipos de maltrato, de manera que es difícil estudiar sólo un tipo puro de éste. Es necesario mencionar que deficiencias preexistentes o constitucionales pueden haber predisuesto al niño a ser agredido. Por ejemplo, un temperamento irritable podría ser una causa más que una consecuencia del abuso. Y los mismos factores psicosociales o genéticos que favorecen el abuso al menor pueden haberlo predisuesto a deficiencias adicionales. Por ejemplo, los factores genéticos o psicosociales que resultan en bajo cociente intelectual en el progenitor, y que en consecuencia aumentan el riesgo de abuso, también elevan la posibilidad de bajo CI en el hijo, haya ocurrido o no el maltrato. Además de los efectos físicos del maltrato, sobre todo en términos de nutrición y crecimiento, se pueden generar trastornos psicológicos en las siguientes áreas:

- Regulación emocional
- Formación de apegos
- Desarrollo del autoconcepto
- Desarrollo social y simbólico
- Desarrollo cognoscitivo
- Trastornos psicológicos
- Sentimientos de culpa
- Impotencia y baja autoestima
- Dificultad para confiar
- Síntomas de trastorno de estrés postraumático. (Especialmente pensamientos intrusivos y evitación) y desesperanza con enojo.

En cuanto a las consecuencias del abuso sexual, también aquí es difícil saber qué proporción de ellas se deriva específicamente del abuso y qué tanto de la desorganización y disfunción de la familia. Las depresiones son frecuentes, así como insomnio,

pesadillas, autoagresiones, somatizaciones y conducta sexual inapropiada. En los varones-abusados, es común la conducta disruptiva, y en las mujeres la anorexia y la autoagresión. Por eso se deben investigar antecedentes de maltrato físico y sexual en todo niño o adolescente con intento de suicidio. Como resultado de un estudio comunitario a gran escala realizado en Nueva Zelanda, Ferguson encontró que las secuelas serias de abuso sexual en el niño son raras. Él afirma que el peso de la evidencia apunta a la conclusión de que el abuso sexual en la niñez puede jugar un papel significativo, pero no abrumadoramente fuerte, en la determinación de la vulnerabilidad individual al trastorno psiquiátrico. Estos hallazgos son importantes, y para explicarlos hay que recordar que cualesquiera asociaciones entre historia de maltrato y psicopatología del adulto son correlacionales y podrían ser explicadas por otros riesgos biológicos o psicosociales coexistentes.

El predictor más fuerte de secuelas de abuso sexual en la niñez es el incesto entre padre e hija, que conduce a consecuencias negativas en la mitad de los casos. Los efectos nocivos son más posibles si el perpetrador de un abuso sexual es miembro de la familia del niño, si el abuso es frecuente y ocurre en un periodo de tiempo prolongado, si se empleó la fuerza y si hubo penetración. Los estudios revelan que la mayoría de los niños víctimas de abuso sexual no desarrollan psicopatología significativa en el largo plazo.

Las asociaciones entre abuso físico o sexual en la niñez y síntomas psicopatológicos en la vida adulta son mucho más fuertes según la severidad de los parámetros ya mencionados del episodio traumático. Las experiencias traumáticas en la niñez, cuando son únicas, habitualmente no conducen a trastornos mentales, mientras que los eventos negativos múltiples generan efectos acumulativos que elevan significativamente los riesgos de desarrollar psicopatología. Y en la medida que existen otras

experiencias positivas, el niño puede mostrar más resistencia ante el trauma y una adaptación exitosa o resistencia. Si no se considera que los eventos traumáticos ocurren conjuntamente con muchos otros factores de riesgo, la asociación entre eventos únicos y secuelas psicopatológicas puede darnos la impresión equivocada de que incidentes aislados tienen enormes consecuencias. Pero muchos de los síntomas asociados con abuso sexual en la niñez pueden ser explicados por los efectos de factores de riesgo coexistentes, tales como disfunción familiar, falta de afecto materno, etcétera.

De manera que, en cuanto a los efectos a largo plazo del trauma en la niñez, la evidencia disponible apunta a que, cuando los niños sufren adversidades, la resistencia es la regla. Experiencias positivas pueden actuar como factores protectores y contrarrestar las experiencias negativas. La presencia de relaciones y vínculos afectivos positivos con personas fuera de la familia proporcionan un nivel alto de protección contra los factores de riesgo intrafamiliares.

Trastorno de estrés postraumático

Este trastorno se presenta cuando, después de un evento estresante (tal como ser víctima de maltrato o presenciar episodios de violencia doméstica) el niño experimenta, al menos por un mes, algunos síntomas de los siguientes grupos: el evento traumático es reexperimentado (mediante recuerdos intrusivos, sueños traumáticos, juegos donde se actúa el incidente); evitación continuada de estímulos asociados con el trauma, o respuesta emocional aplanada; síntomas nuevos de excitabilidad aumentada, tales como trastornos del sueño, irritabilidad, pobre concentración, hipervigilancia, etcétera.

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) se ha demostrado claramente en casos de abuso sexual, pero en niños con antecedentes de maltrato físico los resultados son menos concluyentes.¹⁵ Se puede afirmar; sin embargo, que el trauma es un factor necesario, pero no suficiente, para el desarrollo de

síntomas, y que las experiencias traumáticas como ser maltratado tienen mayor impacto en aquellos niños predispuestos a la psicopatología. Se ha encontrado que el perfil psicológico de niños abusados físicamente es marcadamente consistente con descripciones de TEPT, aunque no se le dé este nombre.¹⁷ Tampoco está del todo claro la transmisión intergeneracional del TEPT asociado con maltrato. Aunque no se descarta la influencia genética en el desarrollo de agresividad en niños maltratados, Terr afirma que la influencia ambiental es muy fuerte y que los niños maltratados repetidamente expresan su enojo a través de la identificación con el agresor, pasividad o descargas intermitentes de rabia en episodios impredecibles. Cualquiera de estas conductas puede incluir aspectos de reactuación del trauma, como se observa característicamente en el TEPT.

Psicopatología del adulto y antecedentes de maltrato

Existen muchos estudios de diseño retrospectivo que sugieren una asociación entre trauma en la niñez y psicopatología en la edad adulta. En adultos con trastornos de personalidad, disociativos y de somatización se la salud mental y la violencia familiar dirigida al menor.

Reportan francos antecedentes de maltrato físico y sexual en la niñez. El significado de esta asociación es controvertible y cabe la posibilidad de que no exista significancia etiológica de ningún tipo, después de descartar otros factores nocivos comúnmente asociados. En estudios comunitarios se ha encontrado que la gran mayoría (80%) de quienes sobreviven al maltrato infantil no muestran psicopatología medible.

Transmisión intergeneracional del maltrato

Los niños golpeados tienden a ser más agresivos, a tener dificultades para hacer y mantener amistades y para cumplir con el trabajo escolar. Cuando crecen, tienden a maltratar a sus

propios hijos. Esto ha sido llamado la transmisión intergeneracional de la violencia y se explica como resultado del aprendizaje. Pero poco se habla de mecanismos genéticos que pueden incidir en la producción de tal fenómeno. Los expertos en genética del comportamiento han encontrado que algunas de las correlaciones observadas entre la conducta parental y la conducta del niño podrían deberse a la herencia.

Por ejemplo, si sabemos que, al menos en algunos casos, el padre maltratador sufre de cierta enfermedad mental, debemos recordar que las enfermedades mentales son en parte heredadas y se presentan más en familias donde los miembros son parientes biológicos, no en familias adoptivas. Como puntualiza Harris, sólo una minoría de padres abusadores están mentalmente enfermos, pero es posible que muchos más posean características de personalidad inadecuadas para la crianza. Quienes son agresivos, impulsivos, de enojo fácil, que rápidamente se aburren, insensibles a los sentimientos de los demás y no muy buenos para manejar sus propios asuntos es improbable que sean buenos para manejar los asuntos de sus niños. Los desafortunados hijos de tales personas tienen que afrontar un doble reto: una vida hogareña miserable y un aporte genético que disminuye las posibilidades de éxito en sus relaciones interpersonales. Cabe mencionar que los niños victimizados en su hogar también tienden a serlo fuera de él por sus pares compañeros. Es decir, son las víctimas a donde quiera que van. De manera que, si finalmente desarrollan problemas psicológicos, algo de la culpa se debe asignar a sus experiencias extrafamiliares, y no sólo a sus padres.

Metas del tratamiento

El papel del psiquiatra y de otros profesionales de la salud mental depende de varios factores. Uno de ellos es el sitio de la intervención que puede ser la sala de un hospital, el servicio de urgencias, el consultorio o un juzgado. Otro factor es el tiempo en

que se interviene ya sea en la etapa aguda, inmediatamente después de que ha ocurrido la violencia; en un periodo intermedio o de aparente coexistencia pacífica; en el periodo crónico, o cuando ya se realizó la separación. La primera parte del tratamiento en casos de maltrato es cuidar la seguridad y bienestar del niño. Antes de separar al pequeño de su familia, hay que sopesar la conveniencia de tal medida, pues también el trasladarlo a un ambiente extraño conlleva riesgos de tipo emocional. Debe hacerse una evaluación psiquiátrica del pequeño y en caso necesario darle psicoterapia individual y/o grupal. Los objetivos del tratamiento a familias donde ocurre maltrato físico y sexual son variables, según las características propias de cada caso.

Sgroi ha propuesto las siguientes metas: usar apropiadamente el poder, corregir conflictos de autoridad, promover la afiliación no el aislamiento, mayor sensibilidad a las necesidades de los demás; mejor comunicación, controles y límites; no utilizar tanto la negación como mecanismo de afrontamiento; gratificación aceptable de necesidades y desarrollo de expectativas realistas respecto al comportamiento de los integrantes de la familia. En casos de comportamiento incestuoso, el primer paso en el tratamiento es su revelación, ya que al eliminar la negación y la conclusión es menos factible la repetición del incesto.

En la actualidad, se hacen algunos esfuerzos para conceptualizar la agresión como un trastorno del humor. Pero sobre este asunto no hay nada firme todavía y las investigaciones al respecto continúan. En cuanto a la efectividad de los psicofármacos en el tratamiento de los sujetos agresivos, en forma muy resumida podemos concluir lo siguiente. Los compuestos serotoninérgicos, tales como los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, no han mostrado ser efectivos sistemáticamente. Los anticonvulsivos, como la carbamazepina, sí son útiles en pacientes con formas epileptoides de agresión. Se ha visto que el litio sí reduce la agresividad de prisioneros, aunque no está claro

el mecanismo de esta acción. Los fármacos antipsicóticos se emplean regularmente para tratar las psicosis en las que hay agresión, pero su modo primario de acción es reducir el trastorno de pensamientos subyacentes; por ello mismo, estos fármacos no poseen propiedades antiagresivas. El propranolol, antagonista de receptores beta adrenérgicos se ha encontrado útil en el tratamiento de la agresión en pacientes con retardo mental y en dañados cerebrales. Las benzodiazepinas se han recomendado para pacientes caracterológicamente agresivos mediante la reducción de la ansiedad y la irritación que propician la agresión reactiva. Hay reportes de que el empleo de antagonistas de narcóticos es efectivo en el tratamiento de la conducta autoagresiva de pacientes con retardo mental. Y los agentes antiandrógenos o progestacionales son efectivos en el tratamiento de varones sexualmente agresivos. El abordar las condiciones socioculturales que de alguna manera pudieron haber favorecido el abuso es un asunto que también debe considerarse en la planeación del tratamiento. Sin olvidar que el médico, al estar frente a un caso donde se sospecha ha ocurrido maltrato al menor, está obligado a dar aviso a la autoridad. Se puede concluir que, aunque no hay duda de que el maltrato al menor genera en muchos casos consecuencias psicológicas negativas de severidad variable, es necesario dilucidar las tres posibles grandes influencias sobre la conducta y personalidad del niño: sus genes, su experiencia en el hogar y su experiencia fuera de éste. El clínico de la salud mental, además del pediatra y otros miembros del equipo de salud, están obligados a considerar estos tres factores en el estudio y tratamiento de los niños maltratados y sus familias.

Referencias

1. **Yager J, Gitlin MJ.** Clinical manifestations of psychiatric disorders. Disturbances of mood. En: Kaplan, Sadock. Comprehensive

Textbook of Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2000. p. 789-823.

2. **Lion JR.** Aggression. En: Kaplan H. Sadock B, ed Comprehensive

Textbook of Psychiatry. 6 ed. Baltimore: Williams and Wilkins 1995. p. 311-317.

3. **Pihl RO, Peterson JB, Lan MA.** A biosocial model of the alcohol-aggression relationship. J Stud Alcohol, Suppl 1993;11:128-139

4. **Loredo-Abdala A, Reynés MJ, Muñoz GJC.** Maltrato físico. En: Loredo Abdalá A. Maltrato al menor. México: Interamericana-McGraw-Hill 1994. p. 11-40.

5. **Aguilar SA, Kitsu OM, Foncerrada MM.** Aspectos clínicos y radiológicos en el síndrome del niño maltratado. Rev Mex Ped 1970;39:621-627.

6. **Azaola E.** Infancia robada. México: CIESAS 2000.

7. **Goodinan R, Seott S.** Child Psychiatry. Oxford: Blackwell Science, 1997. p. 155-170.

8. **Sauceda-García JM.** Identificación del abuso sexual en Pediatría. Gac Med Mex 1999;135:261-266.

9. **Sauceda-García JM, Montoya-Cabrera MA, Higuera-Romero FH, Maldonado-Durán JM, Anaya-Segura A, Escalante-Galindo P.** Intento de suicidio en la niñez o la adolescencia: ¿síntoma de depresión o de impulsividad agresiva. Bol Med Hosp Infant Mex 1997;54:169-175.

10. **Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood J.** Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood, II: psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996;34:1365-1374.

11. **Russell D.** The secret trauma: incest in the lives of girls and women. New York: Basic Books, 1986.

12. **Fromuth ME.** The relationship of childhood sexual abuse with later psychological and sexual adjustment in a sample of college women. Child Abuse Negl 1986;10:5-15.

13. **Kaufman C, Grunebaum H, Cohler B.** Superkids: competent

children of schizophrenic mothers. *Am J Psychiatry* 1979;136:1398-1402.

14. **American Psychiatric Association.** Diagnostic and Statistical

Manual of Mental Disorders, 4 ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.

15. **Pfefferbaum B, Allen JR.** Stress in children exposed to violence. Reenactment and rage. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 1998;7:121-135.

16. **Paris J.** Nature and nurture in psychiatry. Washington: American Psychiatric Press 1999.

17. **Green AH.** Dimension of psychological trauma in abused children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1983;22:231-237

18. **Terr LC.** Childhood traumas: An outline and overview. *Am J Psychiatry* 1991;148:10-19.

19. **Browne A, Finkelhor D.** Impact of child sexual abuse: a review of the literature. *Psychol Bull* 1986;99:66-77.

20. **Malinovsky-Rummell R, Hansen DJ.** Long-term consequences of physical abuse. *Psychol Bull* 1993;114:68-79.

21. **Sgroi SM.** Family treatment. En: Sgroi SM ed. *Clinical intervention in child sexual abuse*. Lexing MA, DC: Health and Company 1984. p. 241-267.

22. **Harris JR.** The nurture assumption. New York: The Free Press, 1998:23.

23. **Lystaad M, Rice M, Kaplan S.** En Kaplan SJ, ed. *Family, violence. A clinical and legal guide*. Washington. American Psychiatric Press, 1996, 139-180.

24. **Carter-Lourensz JH, Johnson-Powefl G.** Physical abuse, sexual abuse, and neglect of child. En: Kaplan HI, Sadock BJ, ed. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins 1995. p. 2455-2469.