

Violencia contra la mujer infligida por su pareja y su relación con la salud mental de los hijos adolescentes

Violence against women by their partners and its relationship with their teenagers' mental health

Horacio Vargas Murga^{1,a,b,c; 2,d}

RESUMEN

Se presenta una revisión de la literatura científica nacional e internacional, así como de documentos técnicos, sobre la violencia contra la mujer infligida por su pareja y su relación con la salud mental de los hijos adolescentes. Se abordan aspectos generales a manera de introducción y luego se muestra información sobre la epidemiología de la violencia contra la mujer, la violencia contra la mujer infligida por su pareja, los efectos de la violencia contra la mujer, los efectos sobre la salud mental de la mujer violentada, los efectos sobre la salud mental de los hijos, para posteriormente enfocarse en los efectos sobre la salud mental de los hijos adolescentes. Se plantean también las intervenciones para el control de la violencia contra la mujer. Se concluye que la violencia contra la mujer infligida por su pareja es un problema de salud pública, que no sólo afecta la salud mental de la agraviada sino también la de sus hijos, estén o no expuestos a la violencia. Se recomienda realizar más estudios sobre el tema, para conocer con mayor profundidad la relación de la violencia contra la mujer infligida por su pareja con la salud mental de los hijos adolescentes, con miras a implementar programas de prevención e intervención.

PALABRAS CLAVE: Violencia doméstica, maltrato conyugal, relaciones familiares, responsabilidad parental, salud mental. (**Fuente:** DeCS BIREME).

SUMMARY

A review of national and international scientific literature is presented, as well as technical papers about violence against women by their partners and its relationship with their teenagers' mental health. General aspects are discussed as an introduction and then information about the epidemiology of violence against women, violence against women by their partners, the effects of violence against women, the effects on the mental health of the woman victim, the effects on the mental health of their children, later to focus on the effects on the mental health of teenagers. Interventions to control violence against women are proposed and the conclusions and recommendations are presented. It is concluded that violence against women by their partners is a public health problem that not only affects the mental health of the victim but also that of their children, whether or not exposed to violence. We recommend further studies on the subject, to know the relationship of violence against women by their partners with the mental health of teenagers, with a view to implementing prevention and intervention programs further.

KEYWORDS: Domestic violence, spousal abuse, family relations, parenting, mental health. (**Source:** MeSH NLM).

¹ Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado- Hideyo Noguchi".

² Universidad Peruana Cayetano Heredia.

^a Director adjunto de la Dirección General

^b Psiquiatra, Especialista en Psiquiatría de niños y adolescentes

^c Magíster en Medicina con mención en Psiquiatría

^d Profesor principal y Coordinador de la Sección de Psiquiatría y Salud Mental

INTRODUCCIÓN

La violencia contra la mujer es un problema de salud pública (1,2), reconocida tanto en nuestro territorio como en el extranjero. Las mujeres pueden padecer diversos tipos de violencia, siendo la más frecuente la ocasionada por otro miembro de su familia (sobre todo por la pareja: esposo, conviviente o compañero íntimo) que se presenta como violencia física, sexual, psicológica o económica (1).

La violencia no solo afecta de manera directa el bienestar de la mujer, sino también el de su familia y personas cercanas (3). Repercute a su vez sobre la integridad física, emocional y social, así como sobre la salud, la calidad de vida y las opciones de desarrollo, al interior de sus familias y en la sociedad (1). Puede influir a largo plazo sobre la aparición de trastornos o problemas de salud mental, tales como trastornos depresivos, trastorno de estrés postraumático, disminución de la autoestima, conductas suicidas, abuso de alcohol y de otras sustancias, y trastornos de la personalidad (3,4).

Los hijos expuestos a la violencia sufrida por sus madres pueden experimentar efectos negativos, independientes de la edad, que van desde problemas físicos hasta alteraciones emocionales, cognitivas y de la conducta (5).

La relación entre la violencia sufrida por la madre (infligida por la pareja) y la salud mental de sus hijos, ha sido evaluada en diversos estudios, sin embargo ha sido estudiada, más en niños que en adolescentes. Por otro lado, en el caso de los adolescentes, se ha estudiado más el efecto de la exposición a la violencia contra la mujer, que el efecto de esta violencia independiente de la exposición (6-8), encontrándose relación con problemas de salud mental diversos.

Resulta relevante profundizar el estudio sobre este tema, tomando en cuenta que los trastornos mentales y problemas de salud mental son frecuentes en los adolescentes, los cuales pueden perdurar en la etapa adulta, si no son tratados oportuna y adecuadamente.

Este artículo tuvo como objetivo revisar y evaluar lo publicado en la literatura nacional e internacional sobre la relación entre la violencia contra la mujer infligida por la pareja y la salud mental de los hijos adolescentes, tanto en el adolescente que fue víctima o testigo del maltrato como en el que no lo fue, tomando en cuenta la enorme influencia del vínculo materno

en el desarrollo de las personas y la importancia de intervenir en esta etapa, por lo trascendente que es para la vida futura de la persona.

Para la búsqueda de información se utilizaron las palabras clave violencia doméstica, maltrato conyugal, relaciones familiares, responsabilidad parental, salud mental. Se emplearon los descriptores en MeSH Domestic violence, spousal abuse, family relations, parenting, mental health. Se empleó la siguiente estrategia de búsqueda: (“Domestic violence” OR “Spousal abuse” OR “Family relations, parenting”) AND “Mental health”. La búsqueda se realizó en PubMed, Lilacs y Google Académico; además, se revisaron los estudios epidemiológicos de salud mental publicados por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”.

Aspectos generales de la violencia contra la mujer

La violencia contra la mujer ocurre en todos los países, clases sociales y ámbitos de la sociedad. La Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó el año 1993 una declaración sobre la supresión de la violencia hacia la mujer (9). A partir de 1996, fue considerada como prioridad en salud pública por la OMS (1).

Existen aspectos sociales y culturales enraizados en la violencia contra las mujeres basados en la idea infundada de que la mujer es propiedad del hombre, pudiendo hacer con ella lo que desee (11). García-Moreno y col (12), mencionan “se vincula con inequidades en las relaciones de poder entre varones y damas en los escenarios social, económico, religioso y político, a pesar de los avances en la normatividad nacional e internacional a favor de la igualdad de derechos”.

Es frecuente que las mujeres oculten o resten importancia a su condición de maltratadas, y solo denuncian situaciones que pongan en riesgo su vida o la de sus hijos. Esto genera una subestimación del problema (13). En Latino América solo el 15% a 25% de los casos de violencia doméstica son denunciados (14).

La violencia contra la mujer comprende las siguientes variedades, según la Guía de intervención con menores víctimas de violencia de género del Instituto Canario de Igualdad (5):

- a) “Violencia dentro del seno familiar, que abarca: malos tratos, abuso sexual de las niñas, violencia

TEMA DE REVISIÓN / REVIEW

en relación al dote, violación por la pareja, mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales dañinas para la mujer, actos de violencia ocasionados por otros miembros de la familia y violencia ligada con la explotación.”

- b) “Violencia en la comunidad: violación, abuso sexual, acoso e intimidación sexual en el trabajo, en instituciones educativas y en otros lugares, trata de mujeres y prostitución obligada”.

En diversas ocasiones los términos violencia de género y violencia doméstica son usados de manera indistinta para referirse, a la violencia sufrida por la mujer, pero se requiere, diferenciar estos conceptos.

La violencia de género es aquella que se produce contra las mujeres por su misma condición de mujer. Sus agresores no reconocen sus derechos básicos de libertad, respeto y capacidad de decisión, tanto en el seno familiar o fuera de él. El hombre ejerce este tipo violencia sobre la mujer, basado en la inequidad de poder. Una de las variantes es la producida por quienes mantienen o han mantenido un vínculo afectivo, conyugal o de pareja (5).

Según la OMS: “*la violencia de género es cualquier acto o intención que origina daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a las mujeres. Incluye las amenazas de dichos actos, la coerción o privación arbitraria de libertad, ya sea en la vida pública o privada*” (15).

La violencia doméstica es entendida como aquella que se produce en el ámbito doméstico entre cualquiera de los miembros de la familia e incluye la violencia entre iguales, el maltrato infantil o el generado a personas mayores, discapacitadas o dependientes (5).

El costo y los procedimientos médicos y judiciales, así como las creencias y los mitos, son factores limitantes para que las mujeres víctimas de esta agresión puedan ser atendidas de manera adecuada (16).

Epidemiología de la violencia contra la mujer

La violencia contra la mujer es un problema de salud pública con alta prevalencia en el Perú y en el mundo. La OMS realizó un estudio en diez países, incluyendo al Perú, entre el 2000 y 2003; se encontró una prevalencia de violencia física y sexual en algún momento de sus vidas entre 15 a 71% (2), en el Perú, 51% en el área urbana y 69% en el área rural. Las

mujeres japonesas sufrieron menos violencia física o sexual, o ambas, mientras que la mayor frecuencia se encontró en la población rural de Bangladesh, Etiopía, Perú y la República Unida de Tanzania.

Wenzel y col (17), realizaron un estudio en 810 mujeres indigentes de Los Ángeles, EEUU, víctimas de violencia física y encontraron los siguientes factores de riesgo, luego del análisis multivariado: “*presencia de violencia física o sexual en la niñez, violencia física experimentada en los 6 meses previos al inicio de la investigación, el tener múltiples parejas sexuales, la presencia de sufrimiento psicológico y el pobre soporte social. La pobreza extrema es un factor de riesgo prospectivo que nos permite determinar la persistencia de la violencia física en sus vidas*”.

El Centro de Investigaciones de Estudios de la Mujer de la Universidad de Costa Rica, en el 2004 realizó una encuesta nacional de violencia contra las mujeres en 908 mujeres de 16 a 69 años de edad, encontrando que 57,7% había sufrido al menos, una agresión física o sexual en algún momento de su vida a partir de los 16 años (18).

Los estudios epidemiológicos de salud mental realizados en el Perú entre el 2002 y 2012 han reportado una prevalencia de vida de este tipo de violencia entre 40,0% y 65,3% (19-26).

Si bien los instrumentos utilizados para medir la violencia no son similares en los diferentes estudios realizados en diversos países, se acercan bastante en cuanto a su forma de medición.

Violencia contra la mujer infligida por su pareja

Se han realizado diversas investigaciones relacionadas con la violencia contra la mujer infligida por su pareja. Un estudio multi-país realizado por la OMS mostró que entre 10% y 69% de mujeres reportaron haber sido víctimas de violencia por su pareja en algún momento de su vida (12).

Roberts K (27), realizó un estudio con 220 estudiantes de la Escuela de Ciencias Sociales de la Universidad de Teesside en Inglaterra, víctimas de asedio por sus ex enamorados. Se encontró que el 35,9% sufrieron violencia. Luego de la regresión logística se evidenciaron asociaciones con conductas previas de intimidación, celotipia y abuso de drogas por parte de su pareja.

TEMA DE REVISIÓN / REVIEW

Bates y col (28), realizaron un estudio en 1200 mujeres de 6 comunidades pobres de Bangladesh, encontrando que el 67,0% había sido víctima de algún tipo de violencia a lo largo de su vida y el 35,0% continuaba padeciendo algún tipo de violencia en el último año. En el análisis multivariado, se encontró que las mujeres unidas con sus parejas por medio de una dote tenían 1,5 veces más riesgo de sufrir violencia por parte de sus parejas comparando con las que se habían unido sin dote; más aún, las mujeres cuyas familias no habían cumplido con el dote presentaban 1,7 veces más riesgo de ser violentadas.

Un estudio realizado el 2001 en Chile encontró que en la Región Metropolitana 14,9% de las mujeres, casadas o en convivencia, sufría de violencia sexual, mientras que en la Araucanía era 14,2%. En la Región Metropolitana el 38,8% de las mujeres de estrato socioeconómico alto y medio-alto habían sido víctimas de violencia por la pareja; en los sectores medios, el 44,8%, mientras que en los sectores bajos ascendía a 59,4%. El 33,8% de las mujeres de la región de Araucanía de estrato socioeconómico alto y medio-alto fueron víctimas de violencia conyugal. Las cifras fueron mayores en los sectores medios (45,0%), y en los sectores bajos (50,0%) (29).

Un estudio realizado en el Perú en 1999 en Lima Metropolitana, encontró una prevalencia de violencia contra la mujer de 20%, siendo el conviviente o esposo, el agresor en más del 80% de los casos y el hogar, el ambiente de la conducta violenta (30).

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) (31), realizada en el 2000 por el Instituto Nacional de Estadística e Informática, encontró que el 34% de las mujeres eran sometidas o habían sido sometidas a situaciones de control, el 48% a situaciones humillantes, el 25% a situaciones de amenaza, 41% de mujeres habían sido empujadas, golpeadas o agredidas físicamente por su esposo o compañero.

El estudio de Guezmes A (1), publicado el 2002, encontró que el 51% de varones adultos, en Lima Metropolitana y el 69% en el Cusco violentaba a sus parejas. El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la violencia familiar dependiente de la Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud, encontró el 2000, en ocho ciudades del país, que 84,7% de las víctimas eran mujeres y 15,2% varones, y que la proporción de niños (menores de 15 años) afectados por la violencia familiar era de 61,0% (26).

En el reporte mencionado, en relación al agresor, el 24,9% de casos correspondía al esposo y el 34,7% al conviviente. De acuerdo a la edad, el 87% de agresores se encontraba entre los 15 y 49 años; el 72,7% era víctima de violencia física y el 12,6% de violencia psicológica, y los motivos de la agresión fueron los celos (26,2%), problemas familiares (38,9%) y problemas económicos (11,9%); el 4,5% padeció de agresión sexual. El 59,3% de los entrevistados se encontraba sobrio en el momento de la agresión, 35,6% reportó ingesta de alcohol y el 4,6% alcohol y otras sustancias psicoactivas. Esto confirma lo revelado en otros estudios que vinculan el abuso de sustancias psicoactivas con la conducta violenta (32,33).

El alcohol y las otras sustancias psicoactivas pueden asociarse con la conducta violenta a través de condiciones farmacológicas, psicológicas y sociológicas que pueden alterar la expresión de la conducta intoxicada o agresiva. Las consecuencias de esta situación en la Sierra y la Selva son notables debido al gran consumo de alcohol en dichas regiones (25).

Los estudios epidemiológicos de salud mental realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (INSM “HD-HN”) han revelado importante información sobre violencia contra la mujer, incluyendo como indicadores: “intentos o actos sexuales inapropiados, agresiones físicas, verbales o situaciones de abandono, el haber sido objeto de éstos alguna vez en su vida y en el último año” (25).

Las publicaciones de estos estudios también han revelado los siguientes datos: “La prevalencia de vida de maltrato contra la mujer por la pareja actual reportados en Lima, Cajamarca y Huaraz osciló entre 40,0% y 47,0%. Sin embargo, en Ayacucho, Iquitos, Pucallpa y Tarapoto las cifras son considerablemente mayores, encontrándose una prevalencia de vida de algún tipo de abuso por parte de la pareja actual que va desde el 59,1% al 63,8%. Cifras similares a estas últimas se encontraron en la ciudades de Bagua Grande (54,5%), Puerto Maldonado (60,4%), Puno (65,3%), Tacna (58,8%) y Tumbes (54,3%)” (19-25).

En estos estudios también se presenta la siguiente información: “El estudio desarrollado en la costa peruana en el 2006 encontró las siguientes prevalencias de vida de algún tipo de abuso: Arequipa 55,9%, Ica 51,2%, Piura 48,6%, Chimbote 48,4% y Trujillo 41,4%. Respecto al área rural, la zona sur de Lima (Cañete,

Huarochiri y Yauyos) presentó una prevalencia de vida de maltrato por parte de la pareja actual del 58,7% frente a 39,8% de la zona norte (Cajatambo, Canta, Huaral, Huaura y Oyón). A pesar de esto las prevalencias de violencia sistemática son mayores en Lima (21,2%) en comparación con la Sierra y la Selva, siendo una causa hipotética el nivel de estrés que se vive en la gran metrópoli. Resaltan las prevalencias de abuso sistemático en Puerto Maldonado (14,2%) y Tumbes (13,6%) y Arequipa (12,0%) (19-25).

De la misma forma, en la publicación del estudio epidemiológico de salud mental realizado en Abancay el 2010, se presenta un importante resumen de la información de diversos estudios realizados en el país: “...En la zona sur de Lima, la prevalencia de vida de algún maltrato a la mujer por parte de la pareja actual fue de 51,4%, siendo mayor en Lima Rural Sur con un 58,7%, mientras que en Lima Rural Norte se encontró 39,8%. En la zona sur de Lima el abuso sistemático estuvo en 9,0% y en la zona norte en 5,3%; más de la mitad presentó trato inadecuado en el periodo de enamoramiento por parte de su pareja actual y cerca de la cuarta parte sufrió algún tipo de violencia” (25).

Igualmente se menciona en esta publicación: “En el área rural de la sierra, la prevalencia de vida de algún maltrato por parte de la pareja actual (37,2%) fue considerablemente menor a las encontradas hasta el momento en otras regiones del país. En las mujeres unidas maltratadas sistemáticamente, las prevalencias más altas (“siempre o casi siempre”) corresponden a los siguientes estados de ánimos negativos: preocupación (56,6%) y tristeza (31,8%), siendo estas cifras mayores con relación al total de la encuesta (preocupación 40,5% y tristeza 25,9%)” (25).

El estudio epidemiológico de salud mental realizado en Lima Metropolitana y Callao el 2012, reveló los siguientes resultados: “se encontró una prevalencia de vida de abuso, maltrato o violencia sufrida por las mujeres unidas o alguna vez unidas de 54,7% y en la actualmente unida 35,7%, con un mayor porcentaje en el Cono Este (26).

Si bien estas cifras son altas, son menores a las encontradas, 10 años antes, cuando la prevalencia de abuso, maltrato o violencia sufrida por las mujeres unidas o alguna vez unidas era de 65,8% y para las mujeres actualmente unidas de 47%. Las mujeres víctimas de abuso sistemático alcanzaron el 5%, observándose un mayor porcentaje en el Cono Este. El maltrato más frecuente fue el insulto” (26).

Efectos de la violencia contra la mujer

La violencia contra la mujer puede ocasionar efectos en su salud física y mental, así como, en su relación con la familia, el ámbito relacional y la comunidad. En esta revisión nos centraremos en los efectos sobre su salud mental.

Efectos sobre la salud mental de la mujer violentada
El concepto sobre la salud mental cambia con frecuencia, al igual que el concepto de enfermedad, y tiene raíces en los sistemas sociales y culturales. Enfatiza los aspectos positivos (salud mental positiva) como: percepción de la autoeficacia, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional, autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales (34), resiliencia o capacidad para hacer frente a la adversidad (35) y calidad de vida como reflejo del bienestar subjetivo, es decir, sentirse satisfecho con la condición social, ambiental, psicológica, espiritual y de salud (36).

Comprende además los diferentes problemas psicosociales que alteran la vida cotidiana, generan sufrimiento y disminución de calidad de vida, bienestar y productividad. Incluye también la variedad de dolencias emocionales, problemas relacionales y conductas desadaptativas “no necesariamente identificados como diagnósticos en las clasificaciones psiquiátricas actuales” y los trastornos mentales propiamente dichos. Estudios internacionales revelan que cerca de la mitad de las personas que buscan ayuda por problemas de salud mental padecen de trastornos mentales (37).

La violencia puede afectar a largo plazo la salud mental de la mujer con la aparición de trastornos mentales o problemas de salud mental, tales como: depresión, baja autoestima, intentos de suicidio y trastorno de estrés postraumático. Diversos estudios de revisión, reportan que los problemas de salud mental son más prevalentes en mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja que en la población general. La prevalencia promedio encontrada fue: trastorno de stress post traumático (63,8%), trastorno depresivo (47,6%), suicidios (17,9%), abuso o dependencia de alcohol (18,5%) y abuso o dependencia desustancias psicoactivas (8,9%) (38).

En el Perú, los estudios epidemiológicos de salud mental realizados entre el 2002 y 2012, han reportado en mujeres víctimas de abuso sistemático (frecuencia de al menos uno o dos veces al mes) por parte de su

TEMA DE REVISIÓN / REVIEW

pareja, una prevalencia de vida entre 44,3% y 61,9% para cualquier trastorno mental; 11,1% y 21,9% para desorden de estrés post traumático; 25,8% y 42,6% para episodio depresivo; 12,5% y 38,5% para ideación suicida y 2,5 y 10% para intento suicida (19-26).

Por otro lado, la mujer maltratada puede experimentar diversos estados anímicos vinculados al maltrato. Se ha observado que los estados anímicos de las mujeres con maltrato sistemático difieren ampliamente del resto de las mujeres estudiadas. En el estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao realizado el 2012 (26), se encontró que más de la mitad de mujeres con maltrato sistemático refirieron sentirse “siempre o casi siempre” preocupadas y tristes. Estas diferencias se mantienen en todos los estados anímicos negativos.

Estos datos preocupantes, que reflejan en cierta medida el estado de salud emocional de las mujeres que son sometidas a un maltrato sistemático, se han mantenido con un patrón similar al encontrado en el estudio del 2002 (19) y al encontrado en los otros estudios epidemiológicos realizados en otras ciudades y zonas rurales del país (20-26).

De la misma forma, se pueden presentar otras repercusiones psicológicas como: baja autoestima, descenso del rendimiento, aislamiento social, dificultades de integración, alteraciones de la conducta y el aprendizaje (5).

Efectos sobre la salud mental de los hijos

Los problemas de salud mental en niños(as) y adolescentes, tienen una elevada prevalencia no sólo en el Perú sino también en el mundo y a pesar de su magnitud todavía no se le ha dado la debida importancia. En ellos no solo se incluyen los trastornos mentales sino también diversas situaciones que perturban su salud, tales como la explotación laboral o sexual, abandono, maltrato, orfandad a causa del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o los forzados por la emigración y los conflictos sociales (39).

Según la Federación de Salud Mental, en general los trastornos mentales afectan a un 10-20% de la población infanto-juvenil a nivel mundial, generando cinco de las 10 principales causas de discapacidad a nivel mundial en niños mayores de 5 años (40).

En el Perú, el bienestar y calidad de vida de los niños, depende de lo que decidan sus padres, el

ambiente familiar y comunitario, y además del impacto que tiene la pobreza sobre su proceso de acumulación de capital humano (41).

La familia tiene una influencia primordial en el desarrollo social y afectivo del niño y del adolescente. Si bien el desarrollo de los niños y niñas tiene una influencia multifactorial, es indispensable saber cómo influye la familia y los estilos y pautas de crianza en el desarrollo social y afectivo, en los factores de riesgo y en los problemas de salud mental, tales como: la depresión infantil, agresividad, autoestima disminuida, problemas en conductas adaptativas, entre otras (42).

Una idea equivocada en relación a la violencia de género es creer que el maltrato a las mujeres no afecta a su descendencia. Sin embargo, este tipo de violencia puede afectar a los hijos. Se pueden producir cambios orgánicos en la respuesta al estrés de la mujer víctima de violencia ocasionando que no pueda atender adecuadamente a su bebé o hijo, generando retrasos en su desarrollo (5).

Cuando hay violencia de género no se establece un vínculo adecuado, y la madre termina siendo a la vez, una fuente tanto de miedo como de tranquilidad y comodidad. Los hijos al crecer, no tendrán la suficiente seguridad afectiva para enfrentar los eventos estresantes de la vida. Por otro lado, la violencia de género, puede influir en el fracaso escolar de los hijos y en los problemas de adaptación en el colegio (5).

El estudio realizado por Espinosa (43) muestra las consecuencias frecuentes de la exposición directa e indirecta a la violencia de género. Las consecuencias se presentan en función del tipo de exposición a la violencia de género. Cuando la exposición es directa, es decir los hijos sufren el mismo tipo de violencia que la madre, las principales consecuencias pueden darse de diversas formas (5):

“Consecuencias físicas: (exceptuando lesiones): retraso en el crecimiento, alteraciones neuropsicológicas, alteraciones del sueño y alimentación, retraso en desarrollo motor.

Alteraciones emocionales: depresión, ansiedad, baja autoestima, trastorno de estrés postraumático.

Problemas cognitivos: retraso en el lenguaje, ausentismo escolar, fracaso escolar, deficiencias en la atención y concentración, dificultades de integración escolar.

TEMA DE REVISIÓN / REVIEW

Problemas de conducta: falta de habilidades sociales, agresividad, inmadurez, delincuencia, adicciones a sustancias psicoactivas”.

Si la exposición es indirecta, es decir los hijos escuchan disputas, golpes, perciben terror y desesperanza, las principales consecuencias establecidas en la Guía de intervención con menores víctimas de violencia de género del Instituto Canario de Igualdad son (5):

- i. “Incapacidad de las víctimas (las madres) para atender a las necesidades básicas de las niñas y niños, por la situación física y emocional en la que se encuentra. Lo cual puede generar situaciones de negligencia y abandono hacia los niños y niñas.
- ii. Incapacidad de los agresores de establecer una relación cálida y afectuosa cercana con sus hijos e hijas. Lo que puede generar serios problemas de vinculación afectiva y establecimiento de relaciones de apego.

Gran parte de los trastornos que aparecen cuando las niñas y niños están expuestos de manera directa a la violencia tienen su origen en la incapacidad de los progenitores de satisfacer las necesidades biológicas, psicológicas y emocionales de los niños y niñas, cuyos efectos son superponibles al patrón descrito de víctima directa” (5).

Efectos sobre la salud mental de los hijos adolescentes

En lo que se refiere a la salud mental de los adolescentes, es importante tomar en cuenta los hallazgos de diversos estudios y publicaciones. En el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2003 se menciona: “... hasta un 20% de los niños y adolescentes del mundo sufre alguna enfermedad discapacitante; el suicidio entre los jóvenes es un problema de salud mental presente en todo el mundo, siendo la tercera causa de muerte entre los adolescentes” (44).

Por otro lado, prosigue con la siguiente información: “... el trastorno depresivo mayor se inicia frecuentemente durante la adolescencia y se asocia a una incapacidad psicosocial y a un alto riesgo de suicidio; los trastornos del comportamiento tienden a persistir hasta la adolescencia y la adultez, asociándose a menudo a delincuencia y comportamientos antisociales, así como problemas de pareja, desempleo y deficiente estado de salud física” (44).

Este informe también señala lo siguiente: “De igual manera muchos niños(as) que viven entre los estragos de la guerra o de los desastres naturales sufren de trastornos de estrés postraumático. El abuso de sustancias en este rango de edad, es otro problema mundial de graves consecuencias para la sociedad” (44).

En el Perú, los estudios de salud mental, de corte epidemiológicos, llevados a cabo del 2003 al 2012, han mostrado que el episodio depresivo es el trastorno mental más frecuente en adolescentes (5,7%-Sierra; 4,7%-Selva; 4,2%-Fronteras; 4,4%-Costa; 1,1%-Lima rural; 2%-Sierra rural; 2,1-Abancay y 8,9%-Lima) (19-26).

Otro estudio realizado en Huancayo, encontró una prevalencia de 12,08% de depresión en adolescentes, de acuerdo a puntajes obtenidos en el Inventario de Depresión para niños y Adolescentes de Kovacs (CDI) y con la aplicación simultánea de una entrevista semiestructurada (45). De la misma forma, en otra investigación realizada en cuatro colegios del distrito de Pichanaki, provincia de Chanchamayo, Departamento de Junín se reportaron síntomas depresivos en escolares adolescentes hasta en el 36,4% (46).

El suicidio en los adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública debido a su aumento importante en los últimos años, llegando a ser la tercera causa de muerte más frecuente entre los entre los 15 y 24 años de edad, y la sexta causa de muerte entre los 5 y 14 años. Por otro lado, para algunos adolescentes, el divorcio, una nueva familia con padrastros y hermanastros, y las mudanzas a otros lugares pueden representar perturbaciones y aumentar las dudas acerca de sí mismos, y en ocasiones, el suicidio puede aparecer como una “solución” a sus problemas (39).

La mayoría de las investigaciones se han enfocado en estudiar los efectos de la violencia contra la mujer en la infancia y en menor grado en la adolescencia. Dentro de las secuelas de la violencia de género en la adolescencia, la guía de intervención con menores víctimas de violencia de género, del Instituto Canario de Igualdad (España), establece lo siguiente (5):

- “Afectación de la Identidad personal, rol sexual, autoestima, capacidades personales.
- Falta de proyecto de vida.
- Sensaciones de frustración por no poder salvar a la madre.

TEMA DE REVISIÓN / REVIEW

- Responsabilidad excesiva en el hogar.
- Baja autoestima, ansiedad, síntomas depresivos, necesidad de llamar la atención.
- Conductas de riesgo o delincuencia.
- Distanciamiento emocional/ indiferencia hacia el entorno”

Por otro lado, en el caso de los adolescentes, se ha estudiado más el efecto de la exposición a la violencia contra la mujer, que el efecto de esta violencia independiente de la exposición (47,-49), encontrándose relación con problemas de salud mental diversos.

En un estudio realizado por O’Keefe (47) en 935 estudiantes de secundaria en Los Angeles, EEUU; se encontró que la exposición a la violencia parental fue un predictor significativo de problemas internalizantes (síntomas depresivos) como externalizantes (agresividad).

En otro estudio realizado por Kim y Kim (6) en 1943 adolescentes coreanos, encontró que los adolescentes con conductas delictivas experimentaban significativamente más violencia familiar y pobre dinámica en la pareja parental que los adolescentes que no presentaban conductas delictivas.

De la misma forma, Bennet (48) realizó un estudio fenomenológico en 5 adolescentes mujeres expuestas a violencia marital, que experimentaron diversas reacciones emocionales, como miedo e impotencia.

Thompson y Whimper (7) en un estudio que incluyó a 158 adolescentes de 12 años, encontró bajo rendimiento en lectura en las expuestas a violencia familiar. Mejía y colaboradores (49) en una muestra representativa de 1152 escolares entre 11 y 19 años, encontró impulsividad y abuso de sustancias como efecto indirecto de la exposición a la violencia interparental.

Peltonen y col (8), en un estudio realizado en una muestra simple comunitaria en adolescentes de 15 a 16 años de Finlandia (n= 5,762) y Dinamarca (n= 3,943) encontró que la violencia parental se relacionaba con síntomas internalizantes (síntomas de ansiedad o depresión) y externalizantes en adolescentes (agitación y pobre conducta prosocial).

Es importante definir si los problemas de salud mental o los posibles trastornos mentales que pueden presentar los adolescentes son consecuencia directa

de la violencia contra la mujer o son el derivado de una serie de factores relacionados. Por otro lado es importante estudiar otro tipo de consecuencias en la salud mental de los adolescentes que pudieran presentarse.

Afrontes para el control de la violencia contra la mujer

Para el control de la violencia contra la mujer resulta crucial entender sus causas y consecuencias. Una adecuada detección y orientación mejorará la intervención con quienes la sufren y minimizará los efectos y su perpetuación. En muchas ocasiones las mujeres presentan hallazgos físicos evidentes de ser víctimas de violencia. En otras, los signos de la agresión no son tangibles, por lo que es necesaria la observación de aspectos psicosociales, sociosanitarios, laborales o económicos (5).

El objetivo principal de la intervención con las mujeres víctimas de violencia debe ser el restablecimiento del control sobre su vida y su autonomía personal, buscando la construcción o mejora de su autoestima y auto respeto. Es importante que las mujeres estén informadas y que sepan que hacer para asegurar su protección. Es fundamental implementar medidas de información y sensibilización. Frente a una situación de violencia hay aspectos a tomar en cuenta, según la guía de intervención con menores víctimas de violencia de género, del Instituto Canario de Igualdad (España) (5):

- “Denunciar desde los primeros momentos.
- Buscar ayuda.
- Utilizar los recursos de protección
- No acercarse o contactar con el agresor”

Las políticas actuales del Estado Peruano, tanto a nivel prestacional como de promoción de la salud, están dirigidas a proteger a las poblaciones vulnerables y a desarrollar programas de lucha contra la violencia (Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021 (50), Plan Nacional contra la violencia hacia la mujer (51).

Es importante que las Políticas del Estado prioricen los problemas de la población infantil, para brindar oportunidades a los niños(as) y adolescentes, buscando que el efecto también se refleje en generaciones futuras.

Conclusiones y recomendaciones

La violencia contra la mujer infligida por su pareja es un problema de salud pública, que no sólo afecta la salud mental de la agraviada sino también la de sus hijos, estén o no expuestos a la violencia.

Se recomienda realizar más estudios sobre el tema, para conocer con mayor profundidad la relación de la violencia contra la mujer infligida por su pareja con la salud mental de los hijos adolescentes, con miras a implementar programas de prevención e intervención.

Correspondencia:

Horacio Vargas Murga
Jirón Eloy Espinoza 709, Urbanización Palao, San Martín de Porres.
E-mail: hovamu2002@yahoo.es, hvargas@insm.gob.pe, horacio.vargas@upch.pe

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gúezmes A, Palomino N, Ramos M. Violencia Sexual y Física contra las Mujeres en el Perú. Estudio multicéntrico de la OMS sobre la violencia de pareja y la salud de las mujeres. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Organización Mundial de la Salud. Lima: UPCH; 2002.
2. OMS. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica. Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuesta de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe (Internet). 1ra edición. Ginebra: Ediciones de la OMS; 2005 (citado el 18 de junio de 2016); Disponible en: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf
3. Caballero J, Alfaro M, Nuñez Y, Torres H. Violencia psicológica contra la mujer por su pareja en el Perú, 2004 – 2007. *Rev peru epidemiol.* 2009; 13 (3):1-7.
4. Boeckel MG, Blasco-Ros C, Grassi-Oliveira R, Martínez M. Child Abuse in the Context of Intimate Partner Violence Against Women: The Impact of Women's Depressive and Posttraumatic Stress Symptoms on Maternal Behavior. *Journal of Interpersonal Violence.* 2014; 29(7) 1201–1227.
5. Instituto Canario de Igualdad. Servicio de Coordinación del Sistema Integral contra la Violencia de Género. Gobierno de Canarias. Guía de intervención con menores víctimas de violencia de género (Internet). España, 2012 (citado el 18 de junio de 2016). Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/opencvms8/export/sites/icigualdad/resources/documentacion/GuiaViolenciaMenores.pdf>
6. Kim HS, Kim HS. The Impact of Family Violence, Family Functioning, and Parental Partner Dynamics on Korean Juvenile Delinquency. *Child Psychiatric Hum Dev.* 2008; 39:439-453.
7. Thompson R, Whimper L. Exposure of Family Violence and Reading Level of Early Adolescent. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma.* 2010; 19:721-733.
8. Peltonen K, Ellonen N, Larsen H, Helweg-Larsen K. Parental violence and adolescent mental health. *Eur Child Adolescent Psychiatry.* 2010; 19:813-822.
9. Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres 1993. Informe técnico No. A/RES/48/104. Nueva York: ONU, 1994. Disponible en: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1286.pdf>
10. World Health Assembly (WHA). Prevention of violence: a public health priority (handbook of resolution). WHA, 25 de mayo de 1996 (Sixth plenary meeting, Committee B fourth report. 3rd ed). Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_eng.pdf
11. Heise L, Garcia-Moreno C. Violence by intimate partners. En: Krug E, Dahlberg L, Mercy J, et al (ed). *World report on violence and health.* Geneva: World Health Organization; 2002. p. 87-121. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545615.pdf>
12. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, et al. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet.* 2006; 368(9543):1260-9.
13. Buvinic M, Morrison A, Shifter M. La Violencia en América Latina: marco de acción. En: Morrison A, Loreto M, ed. *El costo del silencio. Violencia doméstica en las Américas.* Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 1999. p.3-34.
14. Sagot M. The critical path of women affected by family violence in Latin America: case studies from 10 countries. *Violence Against Women.* 2005; 11(10):1292-1318.
15. Heise L, Garcia-Moreno C. Violence by intimate partners. En: Krug E, Dahlberg L, Mercy J, et al (ed). *World report on violence and health (Internet).* Geneva: World Health Organization; 2002. p. 87-121. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545615.pdf>
16. Baca E, Castro A, Alencastre L, Bianchi E, Alvarado S. Violencia intrafamiliar: los caminos de las mujeres que rompieron el silencio. Un estudio cualitativo sobre la ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar: Lima: OPS; 1998.
17. Wenzel SL, Tucker JS, Elliot MN, Marshall GN, Williamson SL. Physical violence against impoverished women: a longitudinal analysis of risk and protective factors: *Women Health Issues.*

- 2004; 14(5):144-54.
18. Sagot R Monserrat, Guzmán Laura. Informe final de investigación. Proyecto N° 824-AI-545. p 16-27. Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres, marzo 2004. Universidad de Costa Rica. Centro de Investigación de la Mujer.
 19. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental 2002. Informe General. Anales de Salud Mental. 2002; XVIII (1-2): 1-197.
 20. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. Informe General. Anales de Salud Mental. 2004; XIX (1-2): 1-216.
 21. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Selva Peruana 2004. Anales de Salud Mental. 2005; XXI (1-2): 1-212.
 22. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Fronteras 2005. Informe General. Anales de Salud Mental. 2006; XXII (1 y 2):1-223.
 23. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa 2006. Informe General. Anales de Salud Mental. 2007; XXIII (1 y 2):1-226.
 24. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Rural 2008. Informe General. Anales de Salud Mental. 2009; XXV (1 y 2):1-318.
 25. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la ciudad de Abancay 2010. Informe General. Anales de Salud Mental. 2009; XXVII (1):1-302.
 26. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012. Informe General. Anales de Salud Mental. 2013; 29(1):1-392.
 27. Roberts KA. Women’s experience of violence during stalking by former romantic partners: factors predictive of stalking violence. *Violence Against Women*. 2005; 11(1):89-114.
 28. Bates LM, Schuler SR, Islam F, Islam K. Socioeconomic factors and processes associated with domestic violence in rural Bangladesh. *Int Fam Plan Perspect*. 2004; 30(4):190-9.
 29. Detección y análisis de la prevalencia de violencia intrafamiliar. Universidad de Chile. Centro de Análisis de Políticas Públicas. Santiago: SERNAM, agosto 2001.
 30. Anicama J, Vizcardo S, Carrasco J, Mayorga E. Estudio epidemiológico Violencia y comportamientos asociados en Lima Metropolitana. Lima: Oficina General de Epidemiología, Universidad Nacional Federico Villarreal, 1999.
 31. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), 2000.
 32. Johnson E, Belfer M. Substance abuse and violence: cause and consequence. *J Health Care Poor Underserved*. 1995; 6 (2):113-21.
 33. Johns A. Substance misuse: a primary risk and a major problem of comorbidity. *International Review of Psychiatry*. 1997; 9 (2-3):233-242.
 34. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Informe sobre la salud en el mundo 2001. En: Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
 35. Rutter M. Resilience in the face of adversity. *British Journal of Psychiatry*. 1995; 147:598-561.
 36. WHOQOL Group The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL). *World Health Organization. Soc Sci Med*. 1995; 41(10):1403-1409.
 37. Kessler RC, Mc Gonable KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:8-19.
 38. Pico-Alfonso MA, Garcia-Linares MI, Celda-Navarro N, et al. The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women’s mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *J Womens Health (Larchmt)*. 2006; 15 (5):599-611.
 39. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Niños y Adolescentes en Lima Metropolitana y Callao 2007. Informe General. Anales de Salud Mental. 2012; Vol. XXVIII (Suplemento 1):1-219.
 40. Federación Mundial de Salud Mental. Trastornos emocionales y conductuales de niños y adolescentes. Programa de Educación en Salud Mental de la Federación Mundial de Salud Mental (Internet). Alexandria: Federación Mundial de Salud Mental; 2003 (Citado el 18 de junio de 2016); Disponible en: <http://sid.usal.es/docs/F8/FDO10431/trastornosemocionales.pdf>
 41. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar ENDES continua 2004-2005. Talleres de la Oficina Técnica de Administración del INEI, Lima. 2005.
 42. Cuervo M. Pautas de crianza y desarrollo socio afectivo en la infancia. *Rev. Diversitas- Perspectivas en Psicología*. 2010;(6):1.
 43. Espinoza MA. Las hijas e hijos de mujeres maltratadas: consecuencias para su desarrollo e integración escolar. Instituto de la Mujer Gobierno Vasco. 2004.
 44. World Health Organization. Caring for children and adolescents with mental disorders. Geneva: World Health Organization. 2003
 45. Salazar GO. Prevalencia de depresión mayor en escolares de 12 a 16 años de edad en tres colegios de la ciudad de Huancayo. Tesis de Bachiller. Lima,

TEMA DE REVISIÓN / REVIEW

- Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2004. 50 pp.
46. Freyre EM. Síntomas depresivos en escolares adolescentes de cuatro colegios del distrito de Pichanaki, provincia de Chanchamayo, Junín. Tesis de Bachiller. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2004. 43 pp.
47. O'Keefe M. The Differential Effects of Family Violence on Adolescent Adjustment. *Child and Adolescent Social Work Journal*. 1996; 13 (1):51-68.
48. Bennet L. Adolescent girl' experience of witnessing marital violence: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*. 1991; 16:431-438.
49. Mejía R, Kliwer W, Williams L. Domestic Violence Exposure in Colombian Adolescent: Pathways to Violent and Prosocial Behavior. *Journal of Traumatic Stress*. 2006; 19(2):257-267.
50. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Plan nacional de acción por la infancia y la adolescencia 2012-2021 (Internet). 1ra Edición. Lima: J&O Editores Impresores S.A.C; 2012.p.55-110 (citado el 18 de junio de 2016); Disponible en: http://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/pnaia/pdf/Documento_PNAIA.pdf
51. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Plan nacional contra la violencia hacia la mujer 2009-2015 (PNCVHM) y sus herramientas de gestión (Internet). 2da. Edición. Lima: Rapimagen S.A; 2012.p. 91-129 (citado el 18 de junio de 2016); Disponible en: http://www.unfpa.org.pe/Legislacion/PDF/20090326-MIMDES-Plan-Nacional-Contra-la-Violencia-Hacia-la-Mujer_2009-2015.pdf

Recibido: 15/07/2016

Aceptado: 01/12/2016