

Niños y adolescentes testigos de violencia doméstica. Apego, psicopatología y tratamiento¹.

Fernando Lacasa
 Hospital Sant Joan de Déu.
 Passeig Sant Joan de Déu,2.
 08950. Esplugues de Llobregat. Barcelona.
 E-mail, flacasa@hsjdbcn.org
 Tel. 934 714 560.

Resumen

A partir de una viñeta clínica extraída de un grupo de terapia de niños testigos de violencia doméstica, se señalan diferentes indicadores de apego desorganizado y se reflexiona sobre la manera en que la exposición a la violencia doméstica afecta a las conductas y representaciones de apego. Estos niños presentan diferentes problemas de salud mental, en especial síntomas de estrés post-traumático, que son en parte distintos a los habituales y que no son fáciles de reconocer. El programa TEVÍ del Centro de Salud Mental de Sant Joan de Déu en Cornellà se creó en 2005 para tratar a los niños y adolescentes expuestos a la violencia doméstica, en la segunda parte se expone un modelo de tratamiento que puede aportar algunas ideas y estrategias para abordar esta problemática en los Centros de Salud Mental, lo que puede contribuir a una mayor visibilidad y tratamiento de las consecuencias clínicas de la exposición a la violencia doméstica.

.....

Viñeta clínica

Era la 8^a sesión de tratamiento de un grupo de niños de 9 a 11 años, habitualmente el grupo era conducido por dos terapeutas mujeres, pero ese día faltaba una de las terapeutas y le pidieron a un terapeuta varón que la sustituyera, era un grupo difícil para un solo terapeuta.

Cuando el nuevo terapeuta varón entró en la sala de grupos ya estaban todos, uno de ellos, se acercó, pero luego se alejó rápidamente, dos de ellos le saludaron a distancia, ‘hola Fernando’. El terapeuta se sentó en la mesa donde

¹Lacasa, F. (2011). Niños y adolescentes testigos de violencia doméstica: apego psicopatología y tratamiento. In M.Pi (Ed.), *La teoría del Apego en la promoción de la salud: creando redes* (1^a ed., pp. 89-103). Madrid: Psimática.

estaban dibujando los niños y pareció que se agitaban más. De repente uno de ellos se metió bajo la mesa, todo iba muy deprisa, se empezaron a insultar.... Los terapeutas trataron de dar sentido a esa conducta sin caer en la cuenta de que se trataba de una reacción de miedo. Se les propuso, que cada uno dijera algo positivo de los demás, pero no encontraban nada que decir, otros se metieron bajo la mesa, seguían dibujando allí, los terapeutas les dijeron que podían dibujar sobre la mesa, pero no hacían caso. Se quitaban las hojas entre ellos, se empujaban. Los terapeutas propusieron entonces que dijeran algo positivo de ellos mismos, algo bueno. Primero no supieron qué decir, luego Guille dijo que él era tonto, Marc dijo que él era malo, que hacía cosas malas aunque no dijo cuáles; Eduardo dijo que él era un inútil. Seguían bajo la mesa, uno de ellos salió y se montó a caballo sobre un radiador encendido, no quería bajar y se podía caer o quemar. Otro se escondió en un hueco entre un armario y la pared. Se movían deprisa. No pudieron decir nada positivo de ellos mismos durante varios minutos, los terapeuta insistían: ‘alguna cualidad, algo que hagáis bien...’. Finalmente Marc dijo que él era imaginativo, Joan dijo que era bueno jugando al fútbol. Guille seguía sin encontrar nada bueno de él, Eduardo dijo que sabía mates y que era guapo, Guille finalmente dijo lo mismo que Joan, que era bueno jugando a fútbol. Seguían bajo la mesa, salía uno y entraba otro. Hacia el final de la hora, también pudieron decir cosas positivas de los demás: ‘gracioso, bueno jugando a fútbol, chistoso, mejor a migo de Eduardo, muy listo, divertido, le gusta dibujar,...’.

Hay que decir que son chicos que tienen un común denominador, todos ellos son testigos de violencia familiar. La noción de exposición a la violencia doméstica cubre varias realidades:

- el niño-a o adolescente puede ser testimonio ocular de la violencia;
- el niño-a puede escuchar palabras o actos violentos cuando se encuentra en una habitación cercana;
- puede vivir las consecuencias de la violencia sin que él haya visto o escuchado nada, por ejemplo cuando se encuentra que su madre está herida, que llora, que le dice lo que ha pasado y que quiere dejar la casa, o cuando vive la visita de la policía.

Los terapeutas se mostraron como figuras no amenazantes. Al contrario, la línea que siguieron fue la valorarlos y promover una imagen positiva de ellos mismos. La reacción de miedo se fue disipando. Más adelante me refiero a nuestro programa de atención a los niños y adolescentes testigos de violencia familiar, pero primero me gustaría destacar ciertos aspectos de esa viñeta en relación al apego, la manera de recibir al terapeuta varón, la conducta de esconderse bajo la mesa y la gran dificultad para encontrar algo bueno en sí mismos después.

Traumatismo y conflicto entre apego y huída

La conducta de esconderse bajo la mesa cuando entra alguien en la sala, en este caso un hombre, evoca fuertemente la reacción de un niño maltratado, un niño que se esconde para protegerse. Alguno de estos niños del grupo han podido ser maltratado en alguna ocasión, pero lo que es común a todos como decíamos, es que han sido testigos de violencia doméstica.

En el dispositivo experimental para evaluar el apego denominado Situación Extraña (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978), conductas del niño tales como esconderse en el momento del reencuentro con la figura de apego tras una breve separación, presentar movimientos contradictorios como ir al encuentro de la madre, detenerse y darse media vuelta se consideran índices de desorganización del apego (Main & Solomon, 1990). Distintos miembros del grupo muestran tales conductas al entrar el terapeuta varón en la sala de grupos). Otros índices de desorganización del apego en la Situación Extraña, incluyen movimientos congelados, lentos y reducidos, movimientos y expresiones como en trance, conductas interrumpidas, mal dirigidas, o incompletas....

Sería arriesgado afirmar que el terapeuta de grupo es una figura de apego, aunque sí podemos decir que cumple funciones de apego y por lo general, un terapeuta es alguien en quien la gente que puede confiar, confía. Tenemos además una tradición psicoterapéutica que se basa en el hecho que los terapeutas con frecuencia son objeto de transferencias parentales. El terapeuta del grupo tampoco es objetivamente amenazante, sin embargo su entrada en este grupo desencadenó en los niños movimientos interrumpidos, conductas de huída, de esconderse, de trance, similares a las que presentan los niños con apego desorganizado y que indican un conflicto entre dos tendencias opuestas, la tendencia a aproximarse y la tendencia a huir.

El niño que ve u oye como el padre maltrata a la madre, estará aterrorizado y tendrá el impulso de huir o de proteger a la madre. Con frecuencia los niños se encierran en la habitación, muchos se meten bajo la cama, otros quedan paralizados por el terror mirando al techo, los mayores se ponen cascos o intentan no oír metiéndose en internet. Hacen esfuerzos por no oír, por no pensar, por no sentir. La madre aterrorizada tampoco puede ayudar al niño, más bien al contrario, si el niño va en busca de la madre como base segura, su propio miedo se ve replicado por el terror de la madre. Este conflicto se asemeja a los que experimentan los niños cuyas figuras de apego tienen conductas interactivas aterrorizadas/aterrizadoras (frightening/frightened) (Main & Hesse, 1990). Cuando un niño se relaciona con una figura de apego que está aterrorizada, se encuentra en una situación paradójica, ya que su figura de apego, que es su base segura y por tanto le ha de proporcionar seguridad, es a la vez la fuente de ansiedad. El niño entonces se siente impulsado a acercarse y alejarse a un tiempo. Un conflicto similar se produce con el padre que también es figura de apego; más

tarde cuando el niño necesite del padre, sentirá impulsos contradictorios de acercarse y buscar protección o de huir del peligro.

Falta de resolución del apego

La madre que está siendo maltratada tampoco puede ayudar a su hijo a recobrar su homeostasis y el niño testigo de esa violencia queda en un estado de ansiedad y activación neuro-fisiológica sin resolver. El niño que ve como el padre maltrata a la madre, está ansioso y aterrorizado y su sistema de apego se activa con objeto de evaluar la disponibilidad de la madre y utilizarla como base segura para tranquilizarse y recuperar el equilibrio. Pero muchas veces la madre maltratada no está disponible físicamente, porque está en otra habitación o cuando está físicamente presente, no lo está psicológicamente y no puede ayudar al niño a recuperar el equilibrio emocional, por lo que el apego del niño permanece activado sin posibilidad de resolverse. Estas situaciones causan intenso dolor y sufrimiento, porque la conducta del padre activa fuertemente el sistema de apego del niño y la falta de disponibilidad de la madre impide al niño alcanzar la resolución y las estrategias de apego del niño fracasan. Si la violencia es interparental, ninguno de los dos padres está disponible, lo que también impide resolver el apego. Bowlby propone que cuando el sistema de apego del niño y sus sentimientos asociados con él son fuertemente y crónicamente activados pero no satisfechos, se produce la exclusión defensiva del apego y Lyons-Ruth (1999) muestra que esta falta de resolución del apego es uno de los factores que influyen en su desorganización.

Incluso en situaciones en que el conflicto es menos extremo, como en caso de la violencia interparental, la idea de que un parente puede irse y no volver, es una amenaza fundamental a la accesibilidad física y bajo estas condiciones Bowlby habla de ‘agresiones al sistema de apego’ porque el niño es colocado bajo amenaza de una ruptura afectiva, cognitiva y comportamental.

Representación negativa de sí mismo.

Bowlby (1976) explica que las representaciones de apego (Modelos Internos Operantes) incluyen dos aspectos íntimamente unidos, la representación mental de la relación con la figura de apego y la representación de sí mismo. De manera que un niño que es bien tratado y querido, tendrá una representación mental de que su figura de apego le trata bien y le quiere y una representación mental de él que merece ser bien tratado y ser querido. Un niño que es maltratado, tendrá una representación mental del otro como maltratante y de sí mismo como merecedor de ese maltrato.

Un niño que ve y oye como el parente maltrata a su madre y que no puede intervenir o que si interviene se ve superado por la situación, tendrá una representación mental del parente como maltratante, de su madre como maltratada

y de él mismo como incapaz de resolver la agresión, como indefenso y como culpable. Se verá a sí mismo como los niños del grupo, malo, tonto, sin cualidades, en definitiva sin digno de amor.

La representación de sí mismo de los niños testigos de violencia, es como la de los niños con apego desorganizado, quienes se experimentan a sí mismos como asustados o vulnerables y sin recursos, indefensos, esto es incapaces de poner remedio, de superar o resolver acontecimientos angustiantes o aterradores del entorno o de sus estados internos (Solomon & George, 1999).

En su soledad, los niños testigos de violencia se sienten culpables. Se siente culpables por no ser capaces de intervenir y parar las peleas o las agresiones, se sienten culpables porque tienen sentimientos lógicos de venganza contra el padre maltratador, se sienten culpables porque como niños, tienen una percepción egocéntrica del mundo e interpretan lo que ocurre a su alrededor como causado por ellos y en consecuencia, tienden a pensar que los padres se pelean por algo que ellos han hecho, han dicho o han dejado de hacer o decir.

En resumen, ser testigo de violencia doméstica de manera repetida hace que el sistema de apego no pueda organizarse de manera coherente debido a que:

- a) Cuando la madre es maltratada no puede proteger al niño, quien queda indefenso y asustado frente al agresor, si el niño se aferra a ella se llena también del terror que ella siente.
- b) El niño también espera del padre que, como una figura de apego, le de protección y seguridad frente al peligro. Cuando el padre es maltratante, se convierte en el peligro mismo y el niño se ve atrapado en el conflicto entre la tendencia al apego y a la huída.
- c) Presenciar violencia física aterroriza y traumatiza a los niños, que quedan en un estado de activación neuro-fisiológica sin resolver, porque su figura de apego no está disponible física o psicológicamente.
- d) El niño teme que la madre sufra daño y teme perderla.

Silencio, traumatismo y psicopatología

Los niños-as y adolescentes sufren y no se acostumbran a la violencia; viven en una especie de “zona de guerra”, en alerta permanente, tratando de anticipar lo que puede pasar. Podemos comparar la experiencia que muchos testigos de violencia doméstica tienen, con la experiencia de los niños que viven una guerra. Unos y otros han podido ser testigos de atrocidades y ambos han podido sufrir pérdidas, desarraigo y separación. Sin embargo, los niños de la guerra, han experimentado miedo y sufrimiento colectivamente, en ocasiones con otros niños o con su familia y amigos que les quieren y a los que reencuentran a la vuelta de la guerra. Los niños testigos de violencia doméstica sufren solos, a menudo durante mucho tiempo, no pueden confiar en sus figuras de apego. Por

desconfianza y vergüenza, tampoco cuentan a nadie lo que les pasa y se encierran en sí mismos porque creen que los otros no comprenden el horror de sus vidas.

Esta situación continuada de traumatismo, conflicto entre apego y huída, tensión constante e imprevisible no resuelta, sentimiento de impotencia y de culpa, soledad y silencio es un factor de riesgo de primer orden que causa diferentes trastornos psicológicos y de conducta, dificultades de adaptación escolar y dificultades en las relaciones interpersonales. Los investigadores afirman que los niños expuestos a violencia física de género están tan afectados como los directamente maltratados y tienen la misma tasa de problemas (Kitzmann, Gaylord, Holt, & Kenny, 2003; Zuckerman, Augustyn, Groves, & Parker, 1995).

La investigación también ha establecido con claridad que el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es una consecuencia potencial de la exposición a la violencia familiar (Rossman & Jo, 2000), pero el TEPT causado por exposición a la violencia doméstica tiene características clínicas distintas que no se ajustan totalmente a las descripciones del DSM IV para el TEPT. En estos niños el TEPT incluye mecanismos como la negación, la auto-hipnosis, la disociación, el retramiento, la ausencia de sentimientos o el sentimiento de rabia o tristeza constante y la conducta autodestructiva. Este tipo de TEPT se le ha llamado traumatismo tipo II (Kering, Fedorowicz, Brown, & Warren, 2000) y es propio de traumas continuados a lo largo del tiempo y repetidos. Los traumas Tipo II pueden ocurrir por circunstancias traumáticas que se desarrollan en secreto y en silencio, tales como el abuso sexual y el maltrato a la mujer.

En muestras de población general, el 63% de esos niños y adolescentes testigos de violencia doméstica, tienen peor salud mental, que los no expuestos a violencia [para una revisión ver Catherine M Kitzman, Nori K. Gaylord (2003) y (Kitzmann, 2010)]; mas problemas sociales, como agresión a iguales, madres y profesores (Jaffe, Wolfe, Wilson, & Zak, 1986a; Jaffe, Wolfe, Wilson, & Zak, 1986b) y menos habilidades de comunicación y de resolución de conflictos (Wolfe, Jaffe, Wilson, & Zak, 1985; Gleason, 1995); así como mayor probabilidad de ser víctima de bulling y de aislamiento.

Como veíamos arriba ser testigo de violencia puede desorganizar el sistema de apego del niño y el apego desorganizado implica una vulnerabilidad permanente para la salud mental de estos niños y niñas [para una revisión del apego desorganizado como factor de riesgo ver Grenberg,M.T. (1999)] y el día de mañana afectar su parentalidad e incrementar el riesgo de tener hijos con apego desorganizado. Lyons-Ruth y Block (1996) encontraron los hijos de madres que habían sido testigos de violencia durante la infancia, pero no maltratadas directamente, tenían más probabilidad de que tuvieran un apego desorganizado, que aquellos niños cuyas madres directamente habían experimentado maltrato.

Ser testigo de violencia en la infancia, incrementa el riesgo de ser maltratador en la edad adulta, de ser víctima de violencia doméstica y de maltratar a sus propios hijos en el futuro. (Bevan & Higgins, 2002; Rodriguez, Perez, & Rojas, 2009; Morrel, Dubowitz, Kerr, & Black, 2003; Jankowski, Leitemberg, Henning, & Coffey, 1999).

La violencia también altera la relación de las madres con sus hijos. Las madres tienen con frecuencia pautas educativas contradictorias e inconsistentes. Tiene dificultades para mantener su autoridad y mantener con coherencia unos límites adecuados. Con frecuencia las madres invierten los roles y sin darse cuenta exigen a sus hijos y sobre todo a sus hijas cuidados y funciones parentales.

Programa de Testigos de Violencia Doméstica (TEVÍ) del Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) de Sant Joan de Déu en Cornellà

Hace algo menos de 10 años, los clínicos del CSMIJ de Cornellà detectamos que dos terceras partes de los casos en que compartíamos miembros de la misma familia entre el Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil y el Centro de Salud Mental de Adultos de Cornellà, eran familias en que existía violencia doméstica. Tratamos entonces de incorporar la exploración de la violencia doméstica en nuestros pacientes y eso nos llevó a tomar conciencia como clínicos y como equipo de salud mental, de que nuestros pacientes eran testigos de violencia doméstica, con una frecuencia mucho mayor de la habíamos sospechado. En 2005 creamos el Programa de Atención a los Testigos de Violencia Doméstica. Programa que llamamos TEVI (te-ví), en contra del perjuicio de que los niños no se enteran de violencia doméstica o son inmunes a ella.

Cuando hay indicios clínicos o psicosociales de violencia doméstica en un paciente atendido en el CSMIJ con cualquier motivo de consulta, dicho paciente se incluye en el Programa TEVI. Dicho programa dispone la organización asistencial y trabajo en red. Ofrece, por ejemplo, la posibilidad de atención urgente y preferente y en la primera visita se realiza una evaluación clínica, diagnóstico y un plan de tratamiento, al tiempo que se programa una visita de evaluación psicosocial y de necesidades de coordinación.

El pasado año 2010, se han atendido 198 pacientes en el programa TEVI: 114 niños (57%) y 84 niñas (43%), de los cuales 96 son primeras visitas. Las edades de los pacientes van de 2 a 17 años, la media de edad es de 9,1 años (desviación estándar, 3,6). Se observa que algo más de la mitad de ellos (108) pertenecen al grupo de edad escolar y el resto se distribuye de manera similar entre preescolares y adolescentes (Gráfico 2).

Los principales motivos de consulta son los de agresividad, ansiedad y tristeza. Y los principales diagnósticos, según la clasificación CIE-9, son los

trastornos reactivos (31%), los trastornos de conducta (24%), los de ansiedad (15%) y el trastorno de estrés postraumático (14%). Mención especial merece el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático (TEPT) que como decíamos arriba, es más difícil de reconocer y se encuentra infra diagnosticado. En los casos en que hemos evaluado los signos clínicos del TSPT mediante cuestionarios específicos, hemos encontrado que hasta la mitad de los casos TEVI evaluados, presentaban todos los criterios DSM IV del trastorno de estrés postraumático.

Abordajes terapéuticos

El Programa TEVI implementa una serie de abordajes terapéuticos que se adaptan a la edad y necesidades de los pacientes y sus familias. Algunos son abordajes son específicos para estos pacientes, otros son tratamientos no específicos, pero que incorporan los objetivos y recomendaciones vigentes en la literatura (Fulmer, 1991; Kering et al., 2000; Cloitre, Jackson, Bahl, & Gudino, 2009)

Objetivos del tratamiento clínico

- Romper el silencio. Muchos adultos quieren creer que los niños no se enteran y los niños no se sienten autorizados a hablar sobre ello. Cuando rompen el silencio y se sienten autorizados a hablar en la consulta, sienten alivio y hay oportunidad de ayudarles.
- Elaborar escenarios de protección: No intervenir en una situación violenta, anticipar un plan de seguridad.
- Regulación emocional : Expresar emociones, reducir ansiedad, reducir la sensibilidad hacia las percepciones traumáticas, minimizar la evitación, romper el aislamiento social y aprender estrategias constructivas de afrontamiento
- Reducir distorsiones cognitivas: minimizar las falsas ideas, la culpa y las creencias desadaptativas y aumentar la comprensión de los síntomas
- Apego:
 - o con las madres, valorar el apego, mejorar su sensibilidad y coherencia, ayudar en el establecimiento de límites, tratar la inversión de roles.
 - o con los niños, aumentar su capacidad de confianza, trabajar y reintegrar cada etapa de desarrollo, mentalización sobre las situaciones vividas.

Psicoterapia individual

En función de la edad y de los recursos del niño y en función de la fase del tratamiento, se utilizan unos recursos terapéuticos u otros. En general se utilizan técnicas de juego terapéutico con los niños pequeños, interpretación,

reestructuración cognitiva y discusión directa de las situaciones traumáticas vividas con los niños mayores y los adolescentes.

Las situaciones vividas aparecen en la terapia de manera directa o desplazada, por ejemplo un niño de 6 años, durante una sesión de psicoterapia, evocó una situación de violencia doméstica (ocurrida dos años antes según supimos luego). El niño hizo un dibujo y evocó una situación vivida de violencia entre los padres, en un rincón de la hoja, alejado de una escena que representaba una agresión del padre, dibujó una raya y dijo:

- Y Ana (la hermana), y yo estábamos más para aquí
- Qué hacíais? pregunta el terapeuta
- Jugábamos a periquito, responde el niño'
- ¿Periquito, que juego es ese? , pregunta el terapeuta.
- Ese que al final no nos tenemos que mover..., porque así no escuchamos, pero estábamos escuchando..., responde el niño.

La descripción del niño corresponde a una situación en que es testigo de violencia doméstica y el niño queda paralizado por la violencia, en un estado probablemente como de trance. Estado que el niño elabora en la sesión como juego del periquito. El terapeuta le ayuda a buscar soluciones, a expresar con libertad su deseo y le pregunta ‘¿y tú que decías cuando gritaban?’ El niño responde: ‘nada’, y enseguida añade lo que le hubiera gustado hacer en aquella ocasión: ‘¿podéis hablar más flojito?...y también le habría puesto una venda en la boca (al padre)’. De esa manera el niño afronta la situación traumática activa todavía dentro suyo e imagina una forma de afrontamiento.

Grupo STAIR

La viñeta clínica de una sesión de psicoterapia de grupo, comentada al inicio de la presentación, forma parte de una psicoterapia de grupo específica para niños que han sido testigos de violencia doméstica. Estamos ultimando la adaptación del tratamiento de grupo ‘Entrenamiento en Habilidades Sociales de Regulación Afectiva e Interpersonal para Adolescentes’ -Skills training in Affective and Interpersonal Regulation for Adolescents, (Cloitre et al., 2009)- a nuestra realidad cultural y para niños en edad escolar y adolescentes.

A diferencia de otros tratamientos tipo para niños traumatizados, en el grupo STAIR no se trata de realizar un tratamiento conductual de desensibilización sistemática para tratar el trauma. Sino que inspirados en la teoría del apego, se trata de dotar de coherencia a la experiencia emocional, reforzar las capacidades de regulación emocional de estos niños, mediante un trabajo enfocado a pensar y actuar en términos de mundo interno o de teoría de la mente: establecer un marco y límites claros, reconocer las emociones en sí mismo y en el otro, establecer la relación entre las emociones y la conducta, afrontamiento de sentimientos desagradables, habilidades de comunicación

verbal y de solución de conflictos. Tras un trabajo de este tipo los niños son más capaces de elaborar sus experiencias en un contexto individual de mayor intimidad.

Atención a las madres, grupo y trabajo en red

Para que puedan ayudar a sus hijos en mejores condiciones es importante que las mujeres recuperen su equilibrio y salud mental deteriorada o empeorada por el maltrato. Durante los primeros encuentros con la familia se evalúan las necesidades de atención psicológica / psiquiátrica de las madres y aquellas que los precisan se derivan a servicios específicos. El 80% las madres de los casos atendidos en 2010 en el programa TEVI han recibido atención clínica.

Es importante que las mujeres maltratadas sean ayudadas como madres mediante entrevistas y terapia de grupo, para que mejoren sus capacidades parentales, haciendo un énfasis especial en aquellas dimensiones que aumentan la sensibilidad de las madres acerca de las necesidades de apego del niño y reducen el riesgo de desorganización del apego en los hijos. Por ejemplo, es frecuente que las madres que ha sido maltratadas muestren indefensión ante los hijos y las sea difícil establecer límites estructurantes, o que inviertan los roles con ellos.

Se ha descrito, como las madres maltratadas, con frecuencia tienen un estilo de interacción agresivo con los hijos (Lyons-Ruth, Bronfman, & Atwold, 1999) y se comportan de modo que pueden alarmar o incluso amenazar al niño, sobre todo cuando están enojadas, enfadadas, angustiadas o asustadas. Si las madres tienen conductas descontroladas y son conscientes de ello, pueden reparar al niño mediante conductas de apego apropiadas y al tiempo que dando una explicación a su descontrol. Si la angustia del niño es modulada razonablemente por una rápida reparación y reaseguramiento, la seguridad del niño es poco probable que se debilite. Esta capacidad de corregir o reparar sus errores diferencia a las madres de los niños con apego desorganizado de las madres de los niños con apego organizado más que por los ‘errores’ en sí mismos (Solomon et al., 1999).

Un tratamiento específico del Programa TEVI, son los grupos de tratamiento a las madres maltratadas, grupos que se realizan conjuntamente con el CSM de Adultos. Una terapeuta del Centro de Salud Mental Infanto Juvenil y otra del terapeuta del Centro de Salud Mental de Adultos, conducen semanalmente un grupo de madres maltratadas de niños atendidos en el CSMIj, de manera que se las trata en su doble vertiente de mujeres y madres. El objetivo terapéutico principal es ayudarlas en el manejo de sus conflictos personales y en la función maternal, favoreciendo el desarrollo de nuevas estrategias y recursos para el manejo de los conflictos. Se trabaja para que puedan entrar en contacto con la agresividad, tanto auto como heteroagresividad, y aprendan a poner límites tanto en el mundo interno como el mundo externo y tanto en sus

relaciones interpersonales como con sus hijos. Son madres que suelen tener dificultades por exceso o por defecto en poner límites a sus hijos.

Se trabaja de manera continuada en una red coordinada con servicios sociales, judiciales, policía, etc. a nivel municipal que salvaguardan la seguridad e integridad de las mujeres. Hay momentos en que esto es particularmente importante, aquellos en que se destapa la violencia y la mujer enfrenta la situación, quizás hay una orden al padre de alejamiento de la madre, puede haber situaciones agudas de agresión, etc,

El trabajo continuado de coordinación con otros servicios sociales, mantener una comunicación fluida y colaboradora entre todos los servicios (servicios sociales, los específicos de ayuda a las mujeres maltratadas, los de salud mental de adultos, etc), es también necesario para sostener la vinculación con el tratamiento, dado que en esos momentos de crisis y de cambio, no es fácil para las mujeres atender todas las necesidades.

Una realidad poco visible

El Delegado del Gobierno para la violencia de Género habla de 800.000 niños testigos de la violencia en España (La Vanguardia, 28/10/2010 y 26/11/2010), lo que supone unos 130.000 niños testigos de violencia solo en Cataluña. Sin embargo socialmente no se tiene la percepción de que existan tanto, no los vemos, ¿dónde están? Sabemos que las madres tienden a pensar que los niños no se enteran de la violencia, que no se enteran porque están en su habitación o porque duermen o porque son pequeños. Y los profesionales, ¿por qué no los vemos? ¿es que no están en las consultas?

En el 2010 hemos realizado una encuesta a las madres de los pacientes en tres Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) de Sant Joan de Déu de Granollers, Vilanova i la Geltrú y Cornellà. Estos CSMIJ son los centros referentes en salud mental infanto juvenil de sus respectivos sectores sanitarios y entre los tres Centros han atendido 4829 niños y adolescentes de 0 a 17 años en el año 2010. Se administró un cuestionario sobre violencia doméstica a 291 mujeres (Majdalani, Alemán, Fayánas, Guedes, & Mejía, 2005), de manera consecutiva a su llegada a los centros y posteriormente se seleccionó una sub muestra de forma aleatoria. Se encontró que, con una incidencia similar entre los tres CSMIJ, más de la mitad de las madres de los tres Centros declararon haber sufrido maltrato psicológico a lo largo de su vida (insultos, burlas, amenazas, destrucción de objetos propios, etc.) y en el 39% de esos casos, las madres declararon que los causantes del maltrato psicológico fueron sus parejas o ex parejas. En cuanto al maltrato físico, el 34% de las madres declararon que habían padecido maltrato físico a lo largo de su vida (empujones, patadas, quemaduras, pellizcos, golpes de puño o con objetos, ahorcamientos, palizas, etc.). Las madres dijeron que los causantes de dicho maltrato físico, habían sido sus parejas o ex parejas en el 24 % de los casos.

Es decir, la violencia doméstica es una realidad frecuente en las familias de nuestros pacientes y los niños y adolescentes que atendemos por diversos trastornos, con una frecuencia mayor que la esperada, son testigos de violencia doméstica. Uno de los motivos de que estos problemas sean poco visibles para los clínicos, puede ser el de no tener respuestas terapéuticas y psicosociales para los mismos. Esperamos que este trabajo aporte algunas ideas y estrategias para abordar esta problemática en nuestras consultas y que esto contribuya a su mayor visibilidad.

Pensamos que es un desafío social, pero también clínico, tomar conciencia de esta situación y disponer de herramientas terapéuticas adecuadas, ya que conocer si nuestros pacientes son testigos de violencia nos puede permitir ayudarles clínicamente con mayor eficacia y quizás prevenir parte de la violencia doméstica el día de mañana.

Bibliografia

- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Bevan, E. & Higgins, D. J. (2002). Is Domestic Violence Learned? The Contribution of Five Forms of Child Maltreatment to Men's Violence and Adjustment . *Journal of Family Violence, 17*, 223-245.
- Bowlby, J. (1976). *Vol. II. La Separación Afectiva*. (1^a ed.) Buenos Aires, Barcelona: Paidos S.A.I.C.F.
- Cloitre, M., Jackson, C., Bahl, A., & Gudino, O. (2009). Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation for Adolescents. STAIR-A. Ref Type: Unpublished Work
- Fulmer, K. A. (1991). The effects of family violence on children: Implications and strategiesfor Canadian educators. *Canadian Journal of Special Education, 7*, 131-181.
- Gleason, W. J. (1995). Children of battered women: developmental delays and behavioral dysfunction. *Violence Vict., 10*, 153-160.
- Greenberg, M. T. (1999). Attachment and Psychopathology in Childhood. In J.Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (pp. 469-498). New York: The Guilford Press.

Jaffe, P., Wolfe, D., Wilson, S., & Zak, L. (1986a). Similarities in behavioral and social maladjustment among child victims and witnesses to family violence. *Am.J Orthopsychiatry, 56*, 142-146.

Jaffe, P., Wolfe, D., Wilson, S. K., & Zak, L. (1986b). Family violence and child adjustment: a comparative analysis of girls' and boys' behavioral symptoms. *Am.J Psychiatry, 143*, 74-77.

Jankowski, M. K., Leitemberg, H., Henning, K., & Coffey, P. (1999). Intergenerational Transmission of Dating Aggression as a Function of Witnessing Only Same Sex Parents vs. Opposite Sex Parents vs. Both Parents as Perpetrators of Domestic Violence. *Journal of Family Violence, 14*, 267-279.

Kering, P. A., Fedorowicz, A. E., Brown, C. A., & Warren, M. (2000). Assessment and intervention for PTSD in children exposed to violence. In R.A.Geffner, P. G. Jaffe, & M. Suderman (Eds.), *Children Exposed to Domestic Violence: Current Issues in Research, Intervention and Policy Development* (pp. 161-184). New York: The Hawort Press.

Kitzmann, K. M. (2010). La Violencia Doméstica y su Impacto en el Desarrollo Social y Emocional de los Niños Pequeños. Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia [On-line].

Kitzmann, K. M., Gaylord, N. K., Holt, A. R., & Kenny, E. D. (2003). Child witnesses to domestic violence: a meta-analytic review. *J Consult Clin.Psychol., 71*, 339-352.

Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., & Atwold, G. (1999). A Relational Diathesis Model of Hostile-Helpless States of Mind: Expressions in Mother-Infant Interaction. In J.Solomon & C.George (Eds.), *Attachment Disorganization* (pp. 33-70). New York.

Main, M. & Hesse, E. (1990). Parent's unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and or frightening parental behavior the linking mechanism? In M.T.Greenberg, D.Cicchetti, E.M.Cummings, & : (Eds.), *Attachment in Preschool Years* (pp. 161-182). The University of Chicago Press.

Main, M. & Solomon, G. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situationn. In M.T.Greenberg, D.Cicchetti, & E.M.Cummings (Eds.), *Attachment in Preschool Years* (pp. 121-160). The University of Chicago Press.

Majdalani, M. P., Alemán, M., Fayanás, R., Guedes, A., & Mejía, R. M. (2005). Validación de un cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género en las consultas clínicas. *Revista Panamericana de Salud Publica.*, 17, 79-83.

Morrel, T. M., Dubowitz, H., Kerr, M. A., & Black, M. M. (2003). The Effect of Maternal Victimization on Children: A Cross-Informant Study. *Journal of Family Violence*, 18, 29-41.

Rodriguez, A., Perez, A., & Rojas, A. (10-3-2009). The Secure Attachment as a Psychopathology's Protective Factor in a Sample of Battered Women. International Attachment Conference. 10-2-2009.

Ref Type: Unpublished Work

Roszman, B. B. R. & Jo, J. (2000). Posttraumatic Response and children Exposed to Parental Violence. In A.G.Robert, G. J. Peter, & S. Marlies (Eds.), *Children*

Exposed to Domestic Violence: Current Issues in Research, Intervention, Prevention, and Policy Development (pp. 85-106). New York: The Hadsworth Press.

Solomon, J. & George, C. (1999). The place of disorganization in attachment theory. In J.Solomon & C. George (Eds.), *Attachment Disorganization* (New York.

Wolfe, D. A., Jaffe, P., Wilson, S. K., & Zak, L. (1985). Children of battered women: the relation of child behavior to family violence and maternal stress. *J Consult Clin.Psychol.*, 53, 657-665.

Zuckerman, B., Augustyn, M., Groves, B. M., & Parker, S. (1995). Silent victims revisited: the special case of domestic violence. *Pediatrics*, 96, 511-513.