

Violencia en la pareja íntima: exposición infantil

INTRODUCCIÓN

La violencia en la pareja íntima (IPV) es una forma común de violencia contra mujeres y hombres. La epidemiología, los efectos y el tratamiento de los niños que están expuestos a la IPV y algunos aspectos del diagnóstico, la detección y el asesoramiento de los cuidadores de la IPV se revisan aquí. Se brinda una discusión más completa sobre el diagnóstico, la detección y el asesoramiento de las mujeres para la IPV por separado.

- I. **ANTECEDENTES** - Las mujeres entre las edades de 20 y 34 tienen el mayor riesgo de violencia de pareja (IPV) [1,2], y debido a que muchas de estas mujeres son madres, millones de niños están expuestos a IPV [3-5]. La exposición a tal violencia es una gran amenaza para la salud y el bienestar de los niños [6-11]. Tiene efectos perjudiciales en el cerebro en desarrollo de un niño que da lugar a consecuencias adversas a largo plazo [11-13]. Los datos de los estudios de Experiencias adversas en la infancia indican que las experiencias adversas en la infancia, como la exposición a la IPV, afectan drásticamente la salud mental y física de los adultos y la mortalidad [14-16]. Además, en un estudio observacional, la exposición infantil a la IPV se asoció con ser una víctima (para las mujeres) y un perpetrador (para los hombres) de IPV en las relaciones adultas [17]. La Academia Estadounidense de Pediatría alienta a los profesionales de la salud a utilizar un marco de ecobiodesarrollo para comprender cómo la exposición al estrés tóxico (por ejemplo, violencia doméstica o comunitaria, depresión materna, abuso de sustancias parentales, escasez de alimentos, falta de conexión social) durante la infancia puede conducir a cambios permanentes en el aprendizaje, el comportamiento y la fisiología [11,18]. El estrés tóxico crónico en la

infancia causa cambios fisiológicos que conducen a enfermedades crónicas relacionadas con el estrés y estilos de vida poco saludables en la edad adulta. La violencia familiar tiene un impacto significativo en la salud de un individuo, así como en la salud comunitaria y recursos de atención médica [19,20]. La IPV frecuentemente no se diagnostica porque las víctimas pueden ocultar que están en relaciones abusivas y las pistas que apuntan al abuso pueden ser sutiles o estar ausentes. Los pediatras están bien ubicados para identificar la IPV materna porque las víctimas de la IPV buscan atención médica para sus hijos, incluso si no lo hacen por sí mismos [21-23].

II. **TERMINOLOGÍA** - La violencia en la pareja íntima es un patrón de conductas coercitivas que pueden incluir violencia sexual y física reiterada, abuso psicológico, aislamiento social progresivo, privación, intimidación, acoso y coacción reproductiva. Estos comportamientos son perpetrados por alguien que está o estuvo involucrado en una relación íntima con la víctima y se utilizan para establecer el poder y el control sobre la víctima [24-26]. Las relaciones abusivas se caracterizan por estallidos episódicos e impredecibles del abusador que a menudo comienzan como abuso verbal y emocional pero, con el tiempo, tienden a volverse físicos. A medida que continúa la relación abusiva, la víctima comienza a vivir en un estado de temor constante, aterrorizada sobre cuándo ocurrirá el siguiente episodio de abuso. La "violencia testificada" es la violencia verbal o física que un niño escucha o ve [27]. Sin embargo, la definición de niño testigo de violencia se amplía para incluir no solo la observación real de la violencia o el abuso, sino también la observación de los efectos de la violencia sufrida por la víctima, como lesiones visibles, hematomas, intimidación y miedo. [26]. El comportamiento abusivo que pueden presenciar los niños en el hogar varía desde argumentos fuertes hasta golpes, empujones, bofetadas, puñetazos y

ataques potencialmente letales (por ejemplo, estrangulamiento o el uso de un arma) [27].

III. **EPIDEMIOLOGÍA** - La violencia de pareja (IPV) es una forma común de violencia contra mujeres y hombres, con una de cada tres mujeres y casi uno de cada tres hombres que sufren violencia sexual, violencia física y / o acoso por parte de una pareja en algún momento de su vida. vive [28]. Cada año en los Estados Unidos, se estima que IPV resulta en un estimado de 1200 muertes, 2 millones de lesiones en mujeres y casi 600,000 lesiones en hombres [29]. Grandes proporciones de mujeres y hombres informan haber experimentado varios tipos de IPV durante su vida (tabla 1) [2]. La violencia entre parejas a menudo comienza en la adolescencia (figura 1). Las víctimas femeninas de IPV son más propensas que las víctimas masculinas a sufrir lesiones, violencia física severa y violencia sexual [2,24]. También es más probable que sean asesinados [30,31]. Datos de la Oficina Federal de Investigaciones (2015) indican que entre los homicidios que involucraron a una víctima femenina y un delincuente masculino en el que la víctima conocía al delincuente, el 64 por ciento de las víctimas fueron asesinadas por su pareja actual o anterior [32]. Se estima que hasta 15,5 millones de niños (30 por ciento de la población de niños de los Estados Unidos) viven en hogares donde se produce IPV [4, 5]. En la Encuesta Nacional de Exposición Infantil a la Violencia de 2014, aproximadamente el 6 por ciento de los niños reportaron presenciar un asalto entre padres [33]. Estas estimaciones probablemente representan poco la verdadera incidencia porque muchos casos de IPV no se denuncian. Los niños que viven en tales hogares se involucran en la violencia de diversas maneras, por ejemplo, pueden sufrir lesiones, ya sea intencionalmente o no [34], tratar de detener la violencia [35], afectar el proceso de toma de decisiones de la madre [36,37]], y están en alto riesgo de convertirse en

víctimas de abuso infantil [6,38]. Los factores de riesgo para la IPV materna identificados en estudios observacionales incluyen [38-50] (tabla 2):

- Edad de 20 a 34 años
- Discapacidad materna
- Historial de lesiones físicas durante el embarazo
- La madre se refiere directa o indirectamente a IPV
- Abuso de alcohol o sustancias en el hogar
- Historia materna de depresión, ansiedad, tendencias suicidas
- Tener un hijo con un supuesto maltrato infantil confirmado
- No seguir los tratamientos recomendados para uno mismo o niño (s)
- Citas que faltan crónicamente para uno mismo o niño (s)

Los factores de riesgo para la IPV paterna no se han evaluado sistemáticamente.

IV. **EFFECTOS** - Aislar la contribución cuantitativa de la exposición repetida a la violencia, la disfunción familiar y los estertores sociales de los efectos de presenciar la violencia de pareja (IPV) es difícil porque estas variables generalmente ocurren en combinación [51,52]. Sin embargo, la IPV en el hogar es una experiencia adversa fuerte e independientemente afecta la salud emocional del niño además de estar asociada con la exposición a otras adversidades [53,54]. La exposición a IPV tiene efectos a corto y largo plazo en el y desarrollo cognitivo [6-10,55-57]. Los efectos para un niño individual dependen de varias variables [58-63]:

- La proximidad y la gravedad de la violencia
- El número de interrupciones violentas
- La edad del niño
- El sexo del niño
- La relación del niño con el abusador y la víctima
- La pérdida percibida por el niño

- La relación del acto violento con la rutina diaria del niño
- El dominio del ajuste que se desafía
- La disponibilidad de un sistema de soporte

Un metaanálisis concluyó que la "mera exposición" a la IPV se asocia con resultados emocionales y de conducta deficientes en niños [64]. Las relaciones positivas en la familia, la crianza segura, estable y enriquecedora, un entorno de apoyo fuera del hogar, menos factores estresantes sociales (por ejemplo, pobreza, bajo nivel educativo de los padres, abuso de sustancias por parte de los padres), menos problemas de salud materna y exposición a la violencia menos severa factores de protección para niños que están expuestos a IPV [65-68]. Se puede obtener información adicional sobre cómo crear relaciones y entornos seguros, estables y enriquecedores en el Centro Nacional para la Prevención y el Control de Lesiones y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

- A. **Salud mental:** muchos niños que están expuestos a la IPV exhiben un aumento en los comportamientos de externalización como la agresión, los trastornos de conducta y la impulsividad [7,8,69]. También pueden sufrir conductas de internalización tales como ansiedad, pensamientos intensivos de eventos violentos, patrón de sueño alterado y depresión [7,8,70]. Los comportamientos internalizadores pueden mejorar si la IPV se resuelve. En un estudio retrospectivo de 320 niños con IPV informada por el cuidador, la resolución de IPV después de la investigación de servicios de protección infantil se asoció con una mejora en los problemas de comportamiento infantil [71]. Los niños que presencian actos potencialmente mortales hacia sus padres pueden mostrar síntomas de trastorno de estrés postraumático [72-76] La exposición repetida a la violencia puede hacer que el niño tenga una visión del mundo fatalista, lo que a su vez puede llevar a conductas de riesgo (p. Ej., Abuso de drogas, incumplimiento de los medicamentos, promiscuidad sexual, operación descuidada de vehículos) [77].

- **Relacionados con la edad:** la reacción inmediata del niño ante el acto violento es variada y significativa. La edad, el sexo y la etapa de desarrollo juegan un papel en la reacción de los niños a la exposición a la violencia. Las respuestas comunes incluyen llorar, intentar una intervención física, tratar de proteger al padre, crear una distracción o involucrarse en el conflicto [6,56]. Los niños que intentan intervenir físicamente en un conflicto parental corren el riesgo de sufrir lesiones físicas [34]. Desde una perspectiva de desarrollo, el impacto en la salud de ser testigo de la violencia está influenciado por muchos factores, incluida la edad del niño [6,56,78, 79]:

- * Los bebés pueden haber interrumpido las rutinas de alimentación y sueño, el llanto excesivo y el retraso en el desarrollo.
- * Los niños pequeños pueden mostrar comportamientos de consuelo, actuación o distracción. Actuar o distraer comportamientos puede desactivar la agresión interparental al redirigir la atención de los adultos.
- * Los niños preescolares pueden recrear el acto violento durante el juego [77,80]. Además, pueden ser retirados, tener un comportamiento regresivo (p. Ej., Enuresis o chuparse el dedo), tener pesadillas, tartamudear o exhibir ansiedad y comportamiento aferrado.
- * Los niños en edad escolar pueden culparse por la violencia en sus hogares. Pueden tener quejas somáticas de dolor de cabeza o dolor de estómago y diversos grados de ansiedad. También pueden haber aumentado la agresión y la depresión [70]. El ausentismo escolar aumenta y el rendimiento escolar disminuye [70,78,81,82].
- * Los adolescentes pueden adoptar comportamientos inapropiados (por ejemplo, vestirse con mayor o menor edad). Pueden deprimirse [39],

abusar de sustancias para escapar del dolor o actuar de manera agresiva.

- **Relacionados con el sexo:** los estudios que han analizado las diferencias de sexo con respecto al impacto mental y físico de ser testigo de IPV proporcionan resultados mixtos [83,84]. Una revisión meta-analítica encontró que había poca o ninguna diferencia en los resultados basados en el sexo [79].

B. **Cognitivo:** los niños que viven en hogares donde se produce IPV pueden tener problemas en la escuela por diversos motivos, incluido un aumento del ausentismo escolar, problemas comórbidos de salud mental o maltrato infantil concurrente. En un estudio observacional, los niños expuestos a IPV tenían más probabilidades de ser suspendidos de la escuela, visitar a una enfermera de la escuela por quejas sociales y emocionales, y tienen más probabilidades de ser enviados a casa después de ver a una enfermera de la escuela que los niños que no han estado expuestos a IPV [85]. El absentismo escolar por cualquier razón da como resultado menos tiempo en el aula para el aprendizaje. En estudios transversales y de cohortes, la exposición a violencia comunitaria y de vecindario y el maltrato infantil se han asociado con un coeficiente de inteligencia más bajo, menor rendimiento de lectura y deterioro de la cognición y el funcionamiento académico [81,86-88]. Como ejemplo, un estudio longitudinal encontró que la exposición a trauma interpersonal (es decir, maltrato infantil y presencia de IPV) se asoció con disminución de la cognición a los 24, 64 y 96 meses de edad y que el efecto sobre la cognición era especialmente perjudicial si se producía la exposición IPV en los primeros dos años de vida [87]. Este hallazgo es consistente con el de otros estudios que demuestran que la exposición temprana al estrés tóxico afecta profundamente la salud y el bienestar de los niños [13,89-91].

- C. **Afrontamiento:** una revisión de la literatura revela diferentes estrategias que usan los niños para sobrellevar la vida en un hogar violento y perturbador. La capacidad de un niño para navegar en un hogar violento y desarrollar estrategias de supervivencia depende de múltiples factores, incluida la edad y la etapa de desarrollo del niño. Algunas de las estrategias de afrontamiento adoptadas son adaptativas (por ejemplo, buscar entornos seguros y amigos de apoyo, enfocándose en actividades extracurriculares en la escuela) y algunos son no adaptativos (p. ej., entumecimiento emocional, disociación, autculpación) [92]. Los niños más pequeños pueden desvincularse del caos que los rodea, lo que los profesionales y familiares pueden ver como una señal de que el niño no se ve afectado. A medida que los niños crecen, las estrategias de afrontamiento pueden incluir el uso de alcohol y drogas para escapar de la angustia mental de experimentar el abuso; asumir diferentes roles familiares (por ejemplo, convertirse en el cuidador de hermanos menores, ser un confidente de la madre o el padre, tratar de mediar en la paz entre los adultos); buscando activamente comprender y prevenir desencadenantes percibidos erróneamente como la causa de la violencia; y asumir la abrumadora carga de la falsa suposición de que son la causa de la violencia [92].
- D. **Interacción padre-hijo:** se puede culpar a los niños que viven en hogares con IPV como la causa del conflicto de los padres. Una de cada cinco mujeres en la base de datos del Programa de Replicación de Asaltos Conyugales informó que los niños fueron la causa de la agitación interna [93]. La relación padre-hijo puede verse afectada si el padre ve al niño como responsable del conflicto doméstico; esto, a su vez, puede afectar la forma en que el niño responde al ser testigo de un evento traumático.
- E. **Estilo de crianza:** La ocurrencia de IPV puede afectar el estilo de crianza tanto para la víctima como para el perpetrador. Las víctimas de IPV a menudo se sienten

abrumadas por cuestiones de seguridad y supervivencia, que pueden interferir con la crianza efectiva [80]. La agresión del compañero y la edad materna joven combinada con la crianza parental paternal se asocia con la crianza de los hijos materna severa [94,95]. La agresión de la pareja mutua duplica las probabilidades de que uno o ambos padres usen el castigo corporal como medio de disciplina [96]. Además, las consecuencias para la salud mental de la IPV impactan en la capacidad de la víctima de ser un padre eficaz [97]. Los síntomas depresivos de los padres se asocian con conductas de crianza negativas y puntos de vista negativos sobre el desarrollo y la salud del niño [98,99].

- F. **Relacionados con la separación:** los niños de hogares violentos pueden experimentar efectos relacionados con la separación si sus madres optan por buscar refugio del abusador. Puede ser necesario que estos niños abandonen su hogar, escuela, amigos y otros sistemas de apoyo. Los sentimientos que tienen pueden variar desde la tristeza y la protección hasta el alivio y el placer [100]. Los niños preescolares tienen la mayor dificultad para adaptarse. Expresan sus sentimientos a través de problemas de conducta, alteraciones del sueño, enuresis y comportamientos regresivos [65,100]. Por el contrario, los problemas de conducta asociados con la exposición a la violencia pueden mejorar después de la separación. Mientras que el 42 por ciento de los niños de tres a seis años cuyas madres dejaron una relación violenta tenían problemas de comportamiento que justificaban la intervención clínica en el momento de la entrevista, las madres informaron que el comportamiento de la mayoría de los niños mejoró después de la separación [51].
- G. **Abuso infantil:** los niños corren un mayor riesgo de abuso cuando hay agresión intersopáusica [55,56,100]. En 30 a 60 por ciento de los hogares donde se produce el maltrato infantil o IPV, la otra forma de violencia también está presente [101]. Un estudio encontró que la probabilidad de abuso infantil en una familia era del 5 por

ciento cuando hubo un acto de IPV y casi el 100 por ciento cuando hubo 50 o más actos de IPV [38].

H. **Efectos a largo plazo:** los efectos a largo plazo de la exposición a la IPV se describen en estudios retrospectivos y registros de archivo. Incluyen [56,70,102-110]:

- Depresión
- Baja autoestima
- Síntomas relacionados con el trauma
- Pobre ajuste social
- Trastornos de conducta
- Comportamiento antisocial
- Comportamiento auto agresivo
- Perpetrador de abuso infantil como adulto
- Posibilidad de convertirse en víctima o autor de violencia hacia otros
- Uso de sustancias y comportamiento sexual de alto riesgo durante la adolescencia

V. PREGUNTANDO ACERCA DE LA VIOLENCIA DE SOCIOS ÍNTIMOS

A. **Por qué preguntar:** La violencia en la pareja (IPV) no puede identificarse a menos que el proveedor pregunte al respecto (algoritmo 1) [111-114]. Los niños expuestos a IPV presentan quejas no específicas y variables (tabla 3 y tabla 4). Preguntar sobre la seguridad de todos los miembros de la familia les permite a los cuidadores saber que pueden acudir al médico en busca de ayuda cuando surja la necesidad. El proceso de preguntar sobre la violencia íntima es tan importante como las respuestas a las preguntas, particularmente si el cuidador aún no está listo para divulgar la IPV. Identificar la IPV puede ser un medio importante para prevenir el abuso infantil porque IPV es un precursor principal del maltrato infantil [55]. Preguntar acerca de la exposición a IPV también puede ayudar a identificar a los niños en riesgo de retrasos

en el desarrollo que pueden beneficiarse de la intervención temprana [57]. Muchas víctimas divulgarán la victimización de IPV cuando se les solicite en un entorno pediátrico [111-114]. Sin embargo, las encuestas de pediatras indican que menos del 10 por ciento de forma rutinaria pregunta a todas las familias sobre la IPV [115,116]. Las razones de la falta de preguntas incluyeron la falta de educación, la falta de espacio confidencial, la falta de tiempo, la falta de personal de apoyo y las fuentes de derivación insuficientes o inadecuadas. Los beneficios y riesgos de preguntar acerca de la IPV se discuten por separado. El Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF) y muchos grupos de defensa y organizaciones médicas [25,55,117-125] recomiendan el cribado de la victimización por IPV en el entorno sanitario. El USPSTF recomienda que todas las mujeres entre 14 y 46 años de edad los años deben ser evaluados para la victimización de IPV y aquellos que tienen un resultado positivo deben recibir las intervenciones apropiadas [126]. Los beneficios y los daños de la detección y las recomendaciones de otros grupos con respecto a la detección de la IPV se tratan por separado.

- B. A quién preguntar:** preguntamos a las cuidadoras femeninas de nuestros pacientes pediátricos y a nuestros pacientes adolescentes acerca de la IPV. Se debe preguntar a las madres sobre la victimización de IPV. A los adolescentes se les debe preguntar sobre la exposición a la violencia en el hogar, así como a identificar y / o prevenir su propia participación en relaciones íntimas violentas. Aunque los cuidadores masculinos también pueden ser víctimas de IPV, faltan pruebas que respalden la seguridad y la eficacia de la detección de cuidadores masculinos.
- C. Cuándo preguntar:** sugerimos que se pregunte a las familias sobre la IPV cada año en las visitas de rutina y en las nuevas visitas de los pacientes. También sugerimos preguntar acerca de la IPV cuando la cuidadora o adolescente está involucrada en

una nueva relación íntima, queda embarazada o cuando existen factores de riesgo (tabla 2) para la IPV.

D. Quién debe preguntar: Preguntar acerca de la IPV debe ser realizada por cualquier miembro del equipo de atención médica que esté capacitado para hacer preguntas sobre la IPV y esté bien informado sobre las intervenciones y derivaciones [26].

E. Cómo preguntar: los médicos deben desarrollar una rutina para preguntar sobre la violencia como parte de la visita de mantenimiento de la salud (algoritmo 1) [111,113,114]. Sin embargo, deben reconocer que el proceso de divulgación de IPV es aterrador para la víctima. La víctima y / o los niños pueden haber sido amenazados de muerte por revelar el abuso o tratar de irse [55]. Las víctimas solo pueden estar dispuestas a revelar IPV si creen que pueden mejorar su situación. El proveedor de atención médica debe hacer preguntas sobre IPV en el idioma principal del paciente o del cuidador. Los niños o los miembros de la familia no deben usarse como intérpretes.

1. Seguridad y confidencialidad: la seguridad del paciente y del cuidador son consideraciones importantes cuando se pregunta sobre la IPV. El médico u otro proveedor de atención médica no debe preguntar acerca de la IPV si la pareja u otros adultos están presentes. Se debe tener precaución al preguntar verbalmente sobre IPV en presencia de niños que tienen más de dos o tres años de edad. El médico puede hacer estas preguntas cuando el niño tenga un examen de audición y visión o en otro momento cuando el cuidador y el niño se separan. Se debe preguntar a los adolescentes acerca de la IPV sin que haya cuidadores o parejas presentes. El adolescente o cuidador debe ser informado sobre los límites de la confidencialidad entre el médico y el paciente antes de que se les pregunte sobre la IPV.

2. Presentación del tema: en el entorno pediátrico, la víctima de la violencia a menudo es el padre del paciente y no el paciente. Hemos modificado las pautas de detección USPSTF para permitir cierta flexibilidad cuando se habla de IPV con los padres de los pacientes. La conversación puede variar dependiendo de si existen o no factores de riesgo para IPV (algoritmo 1 y tabla 2). Para pacientes sin factores de riesgo y en quienes no tenemos preocupaciones sobre IPV, usamos el enfoque de "puertas abiertas" para que las familias sepan que nuestra clínica es un lugar seguro para obtener ayuda: "La violencia es tan común en la vida de muchas personas y ser víctima de violencia o abuso puede afectar su salud y la salud de sus hijos. Queremos asegurarnos de que todas nuestras familias estén a salvo. Así que si tiene miedo de que alguien le haga daño o si alguien lo ha perjudicado, puede acudir a nosotros en busca de ayuda. Tenga en cuenta que, en algunos casos, lo que nos cuenta puede ser denunciado a la policía. pacientes con factores de riesgo, preguntamos acerca de IPV directamente. Los defensores en el campo de la IPV sugieren que es más probable que las preguntas directas identifiquen a las víctimas que las declaraciones de preguntas abiertas [26]. El tema se puede presentar a los cuidadores de la siguiente manera: "Pregunto a todas mis familias si están en una relación o en un hogar con alguien que pueda lastimarlo o controlarlo porque esto puede afectar la salud de una persona (y la salud de los niños). Tenga en cuenta que en algunos casos lo que usted me diga debe ser denunciado a la policía. "El sujeto puede ser presentado a los adolescentes de la siguiente manera: "No sé si esto es una preocupación para usted, pero muchos adolescentes que veo están lidiando con la violencia o el acoso, así que he comenzado a hacer preguntas sobre la violencia de forma rutinaria. herido en su propia relación, pueden haberlo visto suceder en su propia familia ".

F. Qué preguntar: hay varias herramientas disponibles para detectar IPV en el entorno de atención primaria. Como ejemplo, el HARK es una herramienta validada [127] que consta de cuatro preguntas. La pantalla original solo pregunta sobre la victimización en el último año; sin embargo, debido a que sabemos que los niños pueden verse afectados meses o incluso años después de la exposición, ampliamos nuestro cuestionamiento para incluir la victimización actual y pasada. Está usted ahora o ha estado alguna vez:

- ¿Humillado o emocionalmente abusado por un compañero?
- ¿Miedo a una pareja?
- ¿Violado u obligado a tener actividad sexual por parte de un compañero?
- ¿Golpeado, golpeado, abofeteado, o herido por un compañero?

Las preguntas adicionales para adolescentes pueden incluir:

- ¿Has visto a alguien lastimado en tu casa?
- ¿Alguna vez te has sentido temeroso o controlado por alguien con quien estás saliendo o un amigo?
- ¿Alguien te golpeó en casa en el último año?

VI. CÓMO RESPONDER

A. Preparación previa: los médicos de atención primaria que preguntan sobre la violencia infligida por la pareja (IPV) deben estar preparados para abordar situaciones de crisis. Los pasos que los médicos pueden tomar antes de una situación de crisis incluyen:

- Discuta el plan de acción con la agencia local de aplicación de la ley o la seguridad institucional y calcule cuánto tardarán en llegar las fuerzas del orden público.

- Sepa cómo ponerse en contacto con el refugio de violencia doméstica local y los defensores de la violencia doméstica (disponible a través de la Línea Nacional de Violencia Doméstica [800-799-7233] en los Estados Unidos).
- Sepa cómo ponerse en contacto con recursos locales adicionales (por ejemplo, número de la línea nacional de emergencia, número de crisis de violación del estado, asistencia legal, servicios de protección infantil, línea directa de suicidio, unidad móvil de salud mental).
- Fuera de los Estados Unidos, HotPeachPages proporciona un directorio internacional de recursos sobre violencia doméstica en más de 110 idiomas.

B. Cuidador informa violencia de pareja íntima

- **Violencia en la pareja íntima en curso:** si el cuidador informa una IPV continua, se debe evaluar la seguridad de la víctima y los niños. La evaluación de la seguridad y la elaboración de un "plan de seguridad" se tratan por separado. Si existe una amenaza inmediata a la seguridad (por ejemplo, el autor ha amenazado con matar al padre y tiene un arma, el padre tiene heridas y el autor está en el lugar; se preocupa por la seguridad del paciente, los padres del paciente, el personal de la clínica o uno mismo), seguridad de contacto (si está disponible) y / o la policía. Además de evaluar la seguridad y letalidad, es importante evaluar la salud mental del cuidador / paciente estado (p. ej., suicidio, depresión); si es seguro para el paciente / cuidador regresar a casa; y la disposición del paciente / cuidador para irse. Las derivaciones a proveedores de servicios de salud mental, líneas directas de violencia doméstica y refugios locales deben proporcionarse según lo indicado, teniendo prioridad el problema más acuciante (por ejemplo, una crisis de salud mental). El IPV debe documentarse y notificarse según lo establecido por las autoridades locales.

- **Violencia pasada entre parejas íntimas:** si el cuidador o el paciente informan sobre IPV en el pasado y el cuidador siente que ella y sus hijos están a salvo, brindamos un mensaje de apoyo: "Gracias por decirme. Usted no está solo. No se merece esto. Tengo otras familias en mi práctica que están en una situación similar, y puedo ayudar ". También le informamos al cuidador que los niños pueden verse afectados por la IPV meses e incluso años después. La IPV avanzada debe documentarse y notificarse según lo indicado a las autoridades locales; las referencias deben ser proporcionadas según sea necesario

C. El cuidador no informa violencia de pareja

- **Clínico preocupado por la violencia infligida por la pareja:** Si el cuidador no informa la IPV, pero el clínico está preocupado, el clínico puede redirigir las preguntas a las preocupaciones sobre el niño diciendo algo así como: "Otros niños que veo con síntomas como los de su hijo porque han visto o experimentado algo traumático o estresante en su vida. ¿Le ha pasado algo así a su hijo? "Si el cuidador no informa la IPV luego de un interrogatorio redirigido, evalúe otras causas de estrés tóxico. La Academia Estadounidense de Pediatría recomienda que los hogares médicos pediátricos seleccionen los precipitantes de estrés tóxico que son comunes en su práctica [18]. Además de ser testigo de IPV, otras causas de estrés tóxico incluyen:
 - Abuso físico
 - Intimidación / burlas severas
 - Abuso sexual
 - Trauma de atención médica
 - Ataque de animal

- Accidente de vehículo motorizado
- Remoción del hogar por parte de los Servicios de Protección Infantil
- Testigo de la violencia en el hogar
- Testigo de violencia en la comunidad / vecindario
- Encarcelamiento de un cuidador
- Pérdida de un padre debido a muerte, divorcio, deportación o despliegue

Proporcione información y recursos sobre el estrés tóxico como se indica.

- El médico no está preocupado por la violencia infligida por la pareja. Proporcione una oportunidad para la divulgación futura, diciendo algo como: "Me alegro de que tenga una relación sana. Sin embargo, si alguna vez está en una relación insegura o insalubre, puede acudir a nosotros por ayuda."

VII. DOCUMENTACIÓN - La violencia de pareja (IPV), ya sea en curso o en el pasado, debe documentarse en el momento de la divulgación. La documentación precisa de IPV proporciona el diagnóstico correcto, ayuda a la familia a través del proceso legal y ayuda a la familia a obtener servicios. Sin embargo, no hay consenso sobre cómo los proveedores de atención pediátrica deben documentar la IPV de los cuidadores de sus pacientes. La IPV debe documentarse de acuerdo con las políticas locales (p. Ej., Hospital, clínica) para documentar información confidencial. Las estrategias sugeridas incluyen:- La violencia de pareja (IPV), ya sea en curso o en el pasado, debe documentarse en el momento de la divulgación. La documentación precisa de IPV proporciona el diagnóstico correcto, ayuda a la familia a través del proceso legal y ayuda a la familia a obtener servicios. Sin embargo, no hay consenso sobre cómo los proveedores de atención pediátrica deben documentar la IPV de los cuidadores de sus pacientes. La IPV debe documentarse de acuerdo con las políticas locales (p. Ej.,

Hospital, clínica) para documentar información confidencial. Las estrategias sugeridas incluyen:

- Preguntar al cuidador si es seguro documentar en el registro médico del niño.
- Colocar una abreviatura (por ejemplo, IPV +) en la parte de historia social del registro médico del niño y hacer un cuadro separado para el padre con detalles (si usa registros en papel) o documentar detalles adicionales en una porción de acceso restringido de la historia clínica electrónica , lo que impide la publicación de cierta información sin un permiso especial.
- En la institución del autor, la historia clínica electrónica puede "bloquear" los códigos de diagnóstico relacionados con la violencia doméstica (por ejemplo, ICD-10 Z63.8 Exposición al niño a la violencia doméstica) para que no se impriman en el resumen de la visita y se muestren cuando el paciente accede a su registro médico electrónicamente.

Las declaraciones del cuidador o del paciente con respecto a IPV deben colocarse entre comillas. Información adicional sobre la documentación del cuidador o el informe del paciente de IPV se proporciona por separado. Tenga cuidado al proporcionar material escrito. Puede poner en peligro la seguridad de la víctima si el abusador la encuentra.

VIII.REFERENCIAS Y RECURSOS: al proporcionar referencias y recursos (tabla 5), los médicos deben aconsejar a los pacientes que se pueda monitorear el uso de su computadora y los registros telefónicos. Se puede proporcionar información escrita si la víctima siente que es seguro hacerlo.

- **Referencias para el cuidador:** remitir al cuidador o la víctima adolescente de violencia de pareja íntima (IPV) a especialistas capacitados para ayudar a las víctimas a enfrentar todos los aspectos de la IPV (disponible en la Línea

nacional de violencia doméstica). Las indicaciones adicionales para la referencia del cuidador incluyen:

- *El cuidador tiene miedo de irse a su casa o está listo para irse y necesita un refugio seguro: llame al refugio local de violencia doméstica y / o defensor de la violencia doméstica (información adicional está disponible a través de la línea nacional nacional [800-799-7233 (800-799-SAFE)]) Ofrezca permitir que el cuidador realice la llamada desde un teléfono en la oficina para que el número de teléfono no esté almacenado en su teléfono.
 - *El cuidador está teniendo una crisis de salud mental o es suicida: llame al equipo local de crisis móvil o a la línea directa de suicidio.
- **Referencias para niños:** la derivación del niño a servicios de salud mental para apoyo y asesoramiento está justificada si la derivación puede hacerse sin poner en peligro al niño o al cuidador. El niño que ha sido separado del abusador puede necesitar terapia de duelo. Él o ella experimentarán la pérdida de la unidad familiar, la posible pérdida de contacto con el abusador y la pérdida de su vida cotidiana anterior. Los niños que están expuestos a IPV tienen necesidades emocionales únicas [60]. Los padres pueden no estar disponibles para recibir apoyo emocional, ya sea porque no son seguros (el perpetrador) o porque abordan su propio trauma (la víctima). Además, el conflicto parental, la disfunción familiar, la depresión materna, la disminución del apoyo y la crianza, el aislamiento, la reubicación, la desventaja económica y social pueden estar en curso [63,128]. La respuesta emocional de los niños a presenciar IPV puede incluir terror, miedo a la muerte y miedo de la pérdida de un padre, la ira, la culpa y un sentido de responsabilidad [60]. Pueden sentirse impotentes y ver el mundo como impredecible, hostil y

amenazante. La consejería en salud mental por parte de un terapeuta capacitado en trauma es imprescindible para mejorar la salud y el bienestar a largo plazo de los niños que han estado expuestos a la IPV.

IX. INFORMES OBLIGATORIOS

- **Violencia en la pareja íntima:** la definición de violencia en la pareja íntima (IPV) y los tipos de lesiones por agresión que requieren la presentación de informes a las agencias encargadas de hacer cumplir la ley y la información que debe incluirse en el informe varían de estado a estado. El médico debe consultar sus leyes locales y estatales con respecto a los informes de IPV [129]. Los números del estatuto estatal relevantes están disponibles a través de Futures Without Violence.
- **Abuso o negligencia infantil:** los 50 estados exigen que se informe de sospecha de abuso o negligencia infantil a la agencia correspondiente.
- **Niño testigo de la violencia infligida por la pareja:** Si el testimonio de violencia infantil se considera abuso infantil y debe denunciarse difiere de un estado a otro. La información sobre los estatutos de un estado individual con respecto a la documentación y denuncia del menor testigo de IPV puede obtenerse en la oficina del fiscal local. Los números de los estatutos estatales están disponibles a través del Child Welfare Information Gateway. Independientemente de los requisitos de información, en todos los casos de IPV donde la exposición infantil es posible, el profesional debe evaluar la seguridad de la situación del hogar y determinar si es segura. para que los niños regresen a casa. Si la situación del hogar no se considera segura, o el niño ha sido abusado o descuidado, entonces se debe presentar un informe a la autoridad correspondiente en ese estado.

X. PREVENCIÓN: el proveedor de atención médica es un recurso importante para ayudar a las familias a poner fin al ciclo de abuso. Cuando las personas que estuvieron expuestas a la violencia de la pareja íntima (IPV) cuando los niños se convierten en padres, es particularmente importante proporcionar orientación para los estilos apropiados de comunicación y disciplina. Los médicos deben analizar la comunicación y la disciplina con los padres durante las consultas rutinarias de rutina. Ofrezca los siguientes consejos:

- Los padres deben evitar discutir frente a, o al alcance del oído de los niños: esto evita que el niño modele un comportamiento inapropiado.
- Los padres deben ser consistentes con sus reglas, que deben ser acordadas en presencia del niño.
- Cada padre debe mantener una buena comunicación con cada niño, lo que fomenta una relación saludable.

Repase con los padres los efectos negativos de los conflictos intersubjetivos. Las familias en riesgo de IPV (p. Ej., Mujeres embarazadas y madres de niños pequeños) pueden ser remitidas a la Asociación de Enfermeras y Familias u otros programas de visitas domiciliarias, que se han asociado con la reducción de la IPV [130-132]. Además, "Fundamentos para la infancia: pasos para crear relaciones y entornos seguros, estables y nutritivos", publicado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, describe estrategias para prevenir el maltrato infantil.

XI. RESUMEN Y RECOMENDACIONES

- La violencia en la pareja íntima (IPV) es un patrón de conductas coercitivas que pueden incluir violencia sexual y física repetida, abuso psicológico, aislamiento social progresivo, privación, intimidación, acoso y coacción reproductiva. Estos comportamientos son perpetrados por alguien que está o estuvo involucrado en una relación íntima con la víctima y se utilizan para establecer el poder y el control sobre la víctima.
- La exposición a IPV tiene efectos a corto y largo plazo en el desarrollo emocional, social y cognitivo de un niño.
- La presentación de niños que están expuestos a IPV es variable (tabla 3 y tabla 4).
- Preguntar a los cuidadores y pacientes adolescentes sobre IPV debe realizarse cuando hay factores de riesgo para IPV (tabla 2), visitas de pacientes nuevos, visitas anuales de bienestar y cuando el cuidador o adolescente está involucrado en una nueva relación íntima o queda embarazada (algoritmo 1).
- Cuando se sospecha o divulga la IPV, los proveedores de atención médica pediátrica pueden derivar a los refugios locales o al número nacional de la línea directa de violencia doméstica, 1-800-799-SAFE (tabla 5).
- Los niños que están expuestos a la IPV pueden beneficiarse de los servicios de salud mental si se puede hacer una derivación sin poner en peligro al niño o la víctima.
- El médico debe referirse a sus leyes locales y estatales con respecto a la IPV y el testimonio de los niños a los informes de IPV. Si la situación del hogar no se considera segura o si se ha abusado o descuidado al niño, debe presentarse un informe a la autoridad correspondiente en ese estado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 Catalano S. Intimate Partner Violence in the United States. Washinton, DC: Department of Justice (US); Bureau of Justice Statistics, 2007. www.ojp.usdoj.gov/bjs (Accessed on September 20, 2011).
- 2 Breiding MJ, Smith SG, Basile KC, et al. Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking, and intimate partner violence victimization--national intimate partner and sexual violence survey, United States, 2011. *MMWR Surveill Summ* 2014; 63:1.
- 3 Finkelhor D, Turner H, Ormrod R, Hamby SL. Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth. *Pediatrics* 2009; 124:1411.
- 4 McDonald R, Jouriles EN, Ramisetty-Mikler S, et al. Estimating the number of American children living in partner-violent families. *J Fam Psychol* 2006; 20:137.
- 5 Moore CG, Probst JC, Tompkins M, et al. The prevalence of violent disagreements in US families: effects of residence, race/ethnicity, and parental stress. *Pediatrics* 2007; 119 Suppl 1:S68.
- 6 Edleson JL. Children's witnessing of adult domestic violence. *J Interpers Violence* 1999; 14:839.
- 7 McFarlane JM, Groff JY, O'Brien JA, Watson K. Behaviors of children who are exposed and not exposed to intimate partner violence: an analysis of 330 black, white, and Hispanic children. *Pediatrics* 2003; 112:e202.
- 8 Hazen AL, Connelly CD, Kelleher KJ, et al. Female caregivers' experiences with intimate partner violence and behavior problems in children investigated as victims of maltreatment. *Pediatrics* 2006; 117:99.
- 9 Kernic MA, Wolf ME, Holt VL, et al. Behavioral problems among children whose mothers are abused by an intimate partner. *Child Abuse Negl* 2003; 27:1231.

- 10 Whitaker RC, Orzol SM, Kahn RS. Maternal mental health, substance use, and domestic violence in the year after delivery and subsequent behavior problems in children at age 3 years. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63:551.
- 11 Shonkoff JP, Garner AS, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, et al. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics* 2012; 129:e232.
- 12 Perry BD, Pollard R. Homeostasis, stress, trauma, and adaptation. A neurodevelopmental view of childhood trauma. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 1998; 7:33.
- 13 Sege RD, Amaya-Jackson L, AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS Committee on Child Abuse and Neglect, Council on Foster Care, Adoption, and Kinship Care; AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY Committee on Child Maltreatment and Violence; NATIONAL CENTER FOR CHILD TRAUMATIC STRESS. Clinical Considerations Related to the Behavioral Manifestations of Child Maltreatment. *Pediatrics* 2017.
- 14 Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 256:174.
- 15 Dube SR, Felitti VJ, Dong M, et al. The impact of adverse childhood experiences on health problems: evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Prev Med* 2003; 37:268.
- 16 Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* 1998; 14:245.

- 17 Whitfield CL, Anda RF, Dube SR, Felitti VJ. Violent Childhood Experiences and the Risk of Intimate Partner Violence in Adults: Assessment in a Large Health Maintenance Organization. *J Interpers Violence* 2003; 18:166.
- 18 Garner AS, Shonkoff JP, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, et al. Early childhood adversity, toxic stress, and the role of the pediatrician: translating developmental science into lifelong health. *Pediatrics* 2012; 129:e224.
- 19 Wisner CL, Gilmer TP, Saltzman LE, Zink TM. Intimate partner violence against women: do victims cost health plans more? *J Fam Pract* 1999; 48:439.
- 20 CDC. Costs of intimate partner violence against women in the United States. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, 2003. http://www.cdc.gov/ncipc/pub-res/ipv_cost/ipv.htm (Accessed on September 27, 2011).
- 21 Bair-Merritt MH, Feudtner C, Localio AR, et al. Health care use of children whose female caregivers have intimate partner violence histories. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008; 162:134.
- 22 Martin SL, Mackie L, Kupper LL, et al. Physical abuse of women before, during, and after pregnancy. *JAMA* 2001; 285:1581.
- 23 Rivara FP, Anderson ML, Fishman P, et al. Intimate partner violence and health care costs and utilization for children living in the home. *Pediatrics* 2007; 120:1270.
- 24 Black MC, Basile KC, Breiding MJ, et al. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 Summary Report. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. Available at: www.cdc.gov/ViolencePrevention/pdf/NISVS_Report2010-a.pdf (Accessed on February 16, 2012).
- 25 Institute of Medicine. *Clinical Preventive Services for Women: Closing the Gaps*, The National Academies Press, Washington, DC 2011.

- 26 Family Violence Prevention Fund. Preventing Domestic Violence: Clinical Guidelines on Routine Screening. San Francisco, CA. Family Violence Prevention Fund. 1999, Revised 2004.
- 27 McCloskey LA, Figueredo AJ, Koss MP. The effects of systemic family violence on children's mental health. *Child Dev* 1995; 66:1239.
- 28 Smith SG, Chen J, Basile KC, et al. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010-2012 State Report. National Center for Injury Prevention and Control; Centers for Disease Control and Prevention; Atlanta, GA 2017.
- 29 Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Adverse health conditions and health risk behaviors associated with intimate partner violence--United States, 2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2008; 57:113.
- 30 Spivak HR, Jenkins L, VanAudenhove K, et al. CDC Grand Rounds: a public health approach to prevention of intimate partner violence. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2014; 63:38.
- 31 Federal Bureau of Investigation. Crime statistics. Crime in the U.S. <https://www.fbi.gov/stats-services/crimestats> (Accessed on January 19, 2016).
- 32 When men murder women: An analysis of 2015 homicide data. Violence Policy Center, Washington, DC 2017. Available at: <http://www.vpc.org/studies/wmmw2017.pdf>.
- 33 Finkelhor D, Turner HA, Shattuck A, Hamby SL. Prevalence of Childhood Exposure to Violence, Crime, and Abuse: Results From the National Survey of Children's Exposure to Violence. *JAMA Pediatr* 2015; 169:746.
- 34 Christian CW, Scribano P, Seidl T, Pinto-Martin JA. Pediatric injury resulting from family violence. *Pediatrics* 1997; 99:E8.

- 35 Edleson JL, Mbilinyi LF, Beeman SK, Hagemeister AK. How children are involved in adult domestic violence - Results from a four-city telephone survey. *J Interpers Viol* 2003; 18:18.
- 36 Schechter S, Edleson JL. In the best interest of women and children: A call for collaboration between child welfare and domestic violence constituencies. Prevention Report, 1995. www.mincava.umn.edu/papers/wingsp.htm (Accessed on September 20, 2011).
- 37 Zink T, Elder N, Jacobson J. How children affect the mother/victim's process in intimate partner violence. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003; 157:587.
- 38 Ross SM. Risk of physical abuse to children of spouse abusing parents. *Child Abuse Negl* 1996; 20:589.
- 39 Lehrer JA, Buka S, Gortmaker S, Shrier LA. Depressive symptomatology as a predictor of exposure to intimate partner violence among US female adolescents and young adults. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006; 160:270.
- 40 Carter LS, Weithorn LA, Behrman RE. Domestic violence and children: analysis and recommendations. *Future Child* 1999; 9:4.
- 41 Coker AL, Davis KE, Arias I, et al. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *Am J Prev Med* 2002; 23:260.
- 42 Zolotor AJ, Denham AC, Weil A. Intimate partner violence. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2009; 36:847.
- 43 Gunter J. Intimate partner violence. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2007; 34:367.
- 44 Hazen AL, Connelly CD, Kelleher K, et al. Intimate partner violence among female caregivers of children reported for child maltreatment. *Child Abuse Negl* 2004; 28:301.
- 45 Kyriacou DN, Anglin D, Taliaferro E, et al. Risk factors for injury to women from domestic violence. *N Engl J Med* 1999; 341:1892.

- 46 McCloskey LA, Lichter E, Ganz ML, et al. Intimate partner violence and patient screening across medical specialties. *Acad Emerg Med* 2005; 12:712.
- 47 Moracco KE, Runyan CW, Bowling JM, Earp JA. Women's experiences with violence: a national study. *Womens Health Issues* 2007; 17:3.
- 48 Family Violence Prevention Fund. National Consensus Guidelines on Identifying and Responding to Domestic Violence Victimization in Health Care Settings. San Francisco, CA 2002. www.futureswithoutviolence.org/userfiles/file/Consensus.pdf (Accessed on March 15, 2016).
- 49 Tjaden P, Thoennes N. Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women: findings from the National Violence Against Women Survey. United States Department of Justice., Washington, DC, 2000.
- 50 Research in Brief—Violence Against Women: Identifying Risk Factors. United States Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice, Washington, DC, 2004.
- 51 Smith J, Berthelsen D, O'Connor I. Child adjustment in high conflict families. *Child Care Health Dev* 1997; 23:113.
- 52 Brooks RM, Mott AM. Domestic violence: what should paediatricians do? *Arch Dis Child* 2008; 93:558.
- 53 Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, et al. Exposure to abuse, neglect, and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children: implications for health and social services. *Violence Vict* 2002; 17:3.
- 54 Lamers-Winkelmann F, Willemsen AM, Visser M. Adverse childhood experiences of referred children exposed to intimate partner violence: consequences for their wellbeing. *Child Abuse Negl* 2012; 36:166.
- 55 Thackeray JD, Hibbard R, Dowd MD, et al. Intimate partner violence: the role of the pediatrician. *Pediatrics* 2010; 125:1094.

- 56 Holt S, Buckley H, Whelan S. The impact of exposure to domestic violence on children and young people: a review of the literature. *Child Abuse Negl* 2008; 32:797.
- 57 Gilbert AL, Bauer NS, Carroll AE, Downs SM. Child exposure to parental violence and psychological distress associated with delayed milestones. *Pediatrics* 2013; 132:e1577.
- 58 Kashani JH, Daniel AE, Dandoy AC, Holcomb WR. Family violence: impact on children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31:181.
- 59 Martinez P, Richters JE. The NIMH community violence project: II. Children's distress symptoms associated with violence exposure. *Psychiatry* 1993; 56:22.
- 60 Groves BM. Mental health services for children who witness domestic violence. *Future Child* 1999; 9:122.
- 61 Wolfe DA, Zak L, Wilson S, Jaffe P. Child witnesses to violence between parents: critical issues in behavioral and social adjustment. *J Abnorm Child Psychol* 1986; 14:95.
- 62 Prinstein MJ, La Greca AM. Links between mothers' and children's social competence and associations with maternal adjustment. *J Clin Child Psychol* 1999; 28:197.
- 63 Shipman KL, Zeman J. Emotional understanding: a comparison of physically maltreating and nonmaltreating mother-child dyads. *J Clin Child Psychol* 1999; 28:407.
- 64 Evans SE, Davies C, DiLillo D. Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggress Violent Behav* 2008; 13:131.
- 65 Hughes HM. Psychological and behavioral correlates of family violence in child witnesses and victims. *Am J Orthopsychiatry* 1988; 58:77.

- 66 Muller RT, Goebel-Fabbri AE, Diamond T, Dinklage D. Social support and the relationship between family and community violence exposure and psychopathology among high risk adolescents. *Child Abuse Negl* 2000; 24:449.
- 67 Zolotor AJ, Runyan DK. Social capital, family violence, and neglect. *Pediatrics* 2006; 117:e1124.
- 68 Howell KH, Graham-Bermann SA, Czyz E, Lilly M. Assessing resilience in preschool children exposed to intimate partner violence. *Violence Vict* 2010; 25:150.
- 69 Currie CL. Animal cruelty by children exposed to domestic violence. *Child Abuse Negl* 2006; 30:425.
- 70 Hurt H, Malmud E, Brodsky NL, Giannetta J. Exposure to violence: psychological and academic correlates in child witnesses. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001; 155:1351.
- 71 Campbell KA, Thomas AM, Cook LJ, Keenan HT. Resolution of intimate partner violence and child behavior problems after investigation for suspected child maltreatment. *JAMA Pediatr* 2013; 167:236.
- 72 Kilpatrick KL, Williams LM. Post-traumatic stress disorder in child witnesses to domestic violence. *Am J Orthopsychiatry* 1997; 67:639.
- 73 Pynoos RS, Nader K. Children who witness the sexual assaults of their mothers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; 27:567.
- 74 Kilpatrick KL, Williams LM. Potential mediators of post-traumatic stress disorder in child witnesses to domestic violence. *Child Abuse Negl* 1998; 22:319.
- 75 Lehmann P. The development of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in a sample of child witnesses to mother assault. *J Fam Viol* 1997; 12:242.
- 76 McCloskey LA, Walker M. Posttraumatic stress in children exposed to family violence and single-event trauma. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39:108.

- 77 Groves BM, Zuckerman B, Marans S, Cohen DJ. Silent victims. Children who witness violence. *JAMA* 1993; 269:262.
- 78 Knapp JF. The impact of children witnessing violence. *Pediatr Clin North Am* 1998; 45:355.
- 79 Kitzmann KM, Gaylord NK, Holt AR, Kenny ED. Child witnesses to domestic violence: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71:339.
- 80 Zuckerman B, Augustyn M, Groves BM, Parker S. Silent victims revisited: the special case of domestic violence. *Pediatrics* 1995; 96:511.
- 81 Delaney-Black V, Covington C, Ondersma SJ, et al. Violence exposure, trauma, and IQ and/or reading deficits among urban children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156:280.
- 82 Silverstein M, Augustyn M, Cabral H, Zuckerman B. Maternal depression and violence exposure: double jeopardy for child school functioning. *Pediatrics* 2006; 118:e792.
- 83 Jaffe P, Wolfe D, Wilson SK, Zak L. Family violence and child adjustment: a comparative analysis of girls' and boys' behavioral symptoms. *Am J Psychiatry* 1986; 143:74.
- 84 Jaffe PG, Hurley DJ, Wolfe D. Children's observations of violence: I. Critical issues in child development and intervention planning. *Can J Psychiatry* 1990; 35:466.
- 85 Kernic MA, Holt VL, Wolf ME, et al. Academic and school health issues among children exposed to maternal intimate partner abuse. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156:549.
- 86 Mills R, Alati R, O'Callaghan M, et al. Child abuse and neglect and cognitive function at 14 years of age: findings from a birth cohort. *Pediatrics* 2011; 127:4.

- 87 Enlow MB, Egeland B, Blood EA, et al. Interpersonal trauma exposure and cognitive development in children to age 8 years: a longitudinal study. *J Epidemiol Community Health* 2012; 66:1005.
- 88 Koenen KC, Moffitt TE, Caspi A, et al. Domestic violence is associated with environmental suppression of IQ in young children. *Dev Psychopathol* 2003; 15:297.
- 89 Carpenter GL, Stacks AM. Developmental effects of exposure to Intimate Partner Violence in early childhood: A review of the literature. *Children and Youth Services Review* 2009; 31:831.
- 90 Johnson SB, Riley AW, Granger DA, Riis J. The science of early life toxic stress for pediatric practice and advocacy. *Pediatrics* 2013; 131:319.
- 91 Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA* 2009; 301:2252.
- 92 Centre for Children and Families in the Justice System Canada. What about me!: Seeking to understand a child's view of violence in the family. 2004 <https://www.ncjrs.gov/App/publications/abstract.aspx?ID=251035> (Accessed on January 19, 2016).
- 93 Fantuzzo J, Boruch R, Beriama A, et al. Domestic violence and children: prevalence and risk in five major U.S. cities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:116.
- 94 Kim HK, Pears KC, Fisher PA, et al. Trajectories of maternal harsh parenting in the first 3 years of life. *Child Abuse Negl* 2010; 34:897.
- 95 Lee Y, Guterman NB. Young mother-father dyads and maternal harsh parenting behavior. *Child Abuse Negl* 2010; 34:874.
- 96 Taylor CA, Lee SJ, Guterman NB, Rice JC. Use of spanking for 3-year-old children and associated intimate partner aggression or violence. *Pediatrics* 2010; 126:415.

- 97 Renner LM. Intimate partner violence victimization and parenting stress: assessing the mediating role of depressive symptoms. *Violence Against Women* 2009; 15:1380.
- 98 Kiernan KE, Huerta MC. Economic deprivation, maternal depression, parenting and children's cognitive and emotional development in early childhood. *Br J Sociol* 2008; 59:783.
- 99 LaRosa AC, Glascoe FP, Macias MM. Parental depressive symptoms: relationship to child development, parenting, health, and results on parent-reported screening tools. *J Pediatr* 2009; 155:124.
- 100 Jouriles EN, Barling J, O'Leary KD. Predicting child behavior problems in maritally violent families. *J Abnorm Child Psychol* 1987; 15:165.
- 101 Edleson J. The overlap between child maltreatment and women battering. *Violence Against Women* 1999; 5:134.
- 102 Milner JS, Robertson KR, Rogers DL, et al. Child history of abuse and adult child abuse potential. *J Fam Violence* 1990; 5:1552.
- 103 Cappell C, Heiner RN. The intergenerational transmission of family aggression. *J Fam Violence* 1990; 5:135.
- 104 Hotaling GT, Sugarman DB. An analysis of risk markers in husband to wife violence: the current state of knowledge. *Violence Vict* 1986; 1:101.
- 105 Widom CS. Does violence beget violence? A critical examination of the literature. *Psychol Bull* 1989; 106:3.
- 106 Berenson AB, Wiemann CM, McCombs S. Exposure to violence and associated health-risk behaviors among adolescent girls. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001; 155:1238.
- 107 Roberts TA, Klein JD, Fisher S. Longitudinal effect of intimate partner abuse on high-risk behavior among adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003; 157:875.

- 108 Edelson JL. Problems associated with children's witnessing of domestic violence. Applied Research Forum. National Online Resource Center on Violence Against Women (Rev 1999). http://new.vawnet.org/Assoc_Files_VAWnet/AR_witness.pdf (Accessed on February 08, 2012).
- 109 Edelson JL, Nissley BA. Emerging responses to children exposed to domestic violence. Applied Research Forum. National Online Resource Center on Violence Against Women (October 2006). http://www.vawnet.org/applied-research-papers/summary.php?doc_id=585&find_type=web_desc_AR (Accessed on February 08, 2012).
- 110 Russell D, Springer KW, Greenfield EA. Witnessing domestic abuse in childhood as an independent risk factor for depressive symptoms in young adulthood. *Child Abuse Negl* 2010; 34:448.
- 111 Siegel RM, Hill TD, Henderson VA, et al. Screening for domestic violence in the community pediatric setting. *Pediatrics* 1999; 104:874.
- 112 Duffy SJ, McGrath ME, Becker BM, Linakis JG. Mothers with histories of domestic violence in a pediatric emergency department. *Pediatrics* 1999; 103:1007.
- 113 Holtrop TG, Fischer H, Gray SM, et al. Screening for domestic violence in a general pediatric clinic: be prepared! *Pediatrics* 2004; 114:1253.
- 114 Bair-Merritt MH, Jennings JM, Eaker K, et al. Screening for domestic violence and childhood exposure in families seeking care at an urban pediatric clinic. *J Pediatr* 2008; 152:734.
- 115 Erickson MJ, Hill TD, Siegel RM. Barriers to domestic violence screening in the pediatric setting. *Pediatrics* 2001; 108:98.
- 116 Borowsky IW, Ireland M. Parental screening for intimate partner violence by pediatricians and family physicians. *Pediatrics* 2002; 110:509.

- 117 American Academy of Family Physicians. Policy and Advocacy. Violence Position Paper. www.aafp.org/about/policies/all/intimatepartner-violence.html (Accessed on February 10, 2016).
- 118 Schulman EA, Hohler AD. The American Academy of Neurology position statement on abuse and violence. *Neurology* 2012; 78:433.
- 119 American Association of the Colleges of Nursing. www.aacn.nche.edu/publications/position/violence-problem (Accessed on February 10, 2016).
- 120 American College of Emergency Physicians. www.acep.org/Clinical---Practice-Management/Domestic-Family-Violence (Accessed on February 10, 2016).
- 121 American College of Obstetricians and Gynecologists. www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Health-Care-for-Underserved-Women/Intimate-Partner-Violence (Accessed on February 10, 2016).
- 122 American Medical Association. www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion202.page (Accessed on February 10, 2016).
- 123 National Association of Social Workers. https://www.socialworkers.org/pressroom/events/domestic_violence/response.asp (Accessed on February 10, 2016).
- 124 Moyer VA, U.S. Preventive Services Task Force. Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2013; 158:478.
- 125 ACOG Committee Opinion No. 518: Intimate partner violence. *Obstet Gynecol* 2012; 119:412.
- 126 Screening for Intimate Partner Violence and Abuse of Elderly and Vulnerable Adults, Topic Page. U.S. Preventive Services Task Force. www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspvipv.htm (Accessed on July 24, 2014).

- 127 Sohal H, Eldridge S, Feder G. The sensitivity and specificity of four questions (HARK) to identify intimate partner violence: a diagnostic accuracy study in general practice. *BMC Fam Pract* 2007; 8:49.
- 128 Campbell JC, Lewandowski LA. Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. *Psychiatr Clin North Am* 1997; 20:353.
- 129 Groves BM, Augustyn M, Lee D, Sawires P. Identifying and responding to domestic violence. Consensus recommendations for child and adolescent health. <http://www.futureswithoutviolence.org/userfiles/file/HealthCare/pediatric.pdf> (Accessed on February 08, 2012).
- 130 Mejdoubi J, van den Heijkant SC, van Leerdam FJ, et al. Effect of nurse home visits vs. usual care on reducing intimate partner violence in young high-risk pregnant women: a randomized controlled trial. *PLoS One* 2013; 8:e78185.
- 131 Bair-Merritt MH, Jennings JM, Chen R, et al. Reducing maternal intimate partner violence after the birth of a child: a randomized controlled trial of the Hawaii Healthy Start Home Visitation Program. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010; 164:16.
- 132 Van Parys AS, Verhamme A, Temmerman M, Verstraelen H. Intimate partner violence and pregnancy: a systematic review of interventions. *PLoS One* 2014; 9:e85084.

TABLA 1

Lifetime and 12-month prevalence of intimate partner violence victimization, by sex of victim and time period – National Intimate Partner and Sexual Violence Survey, United States, 2011

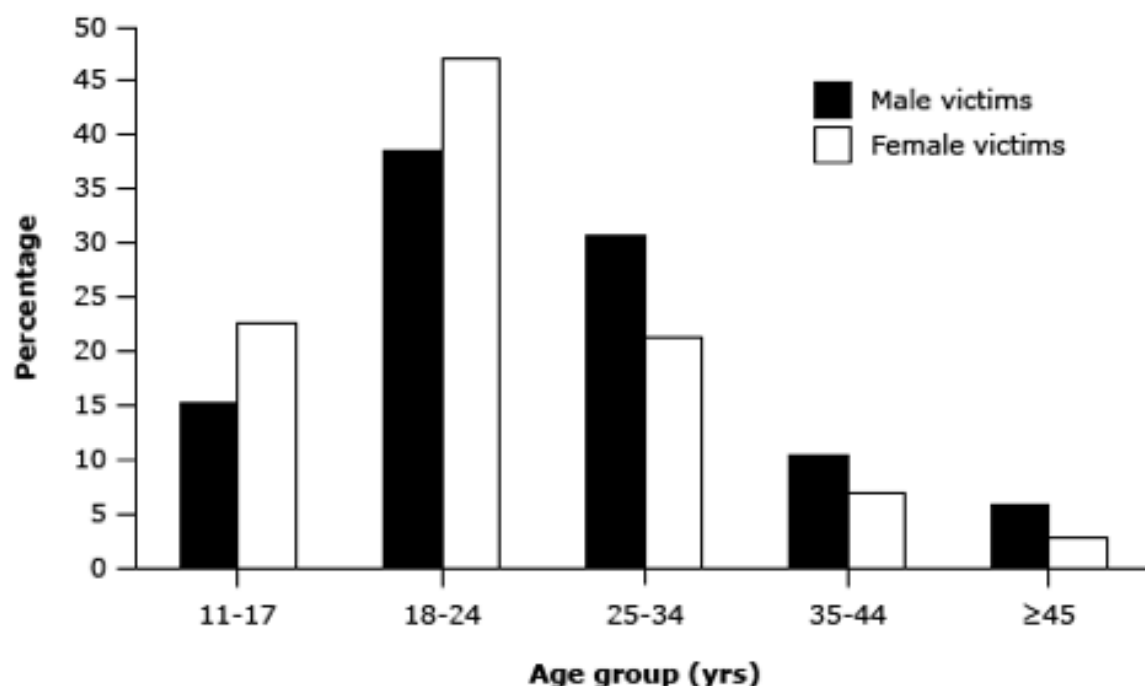
Type of IPV	Women		Men	
	Lifetime %* (95% CI)	12-month %* (95% CI)	Lifetime %* (95% CI)	12-month %* (95% CI)
Rape	8.8 (7.8-9.8)	0.8 (0.5-1.2)	0.5 (0.3-0.8)	Estimate not reported
Other sexual violence	15.8 (14.6-17.1)	2.1 (1.6 to 2.6)	9.5 (8.4-10.8)	2.1 (1.7-2.7)
Physical violence	31.5 (29.9-33.2)	4.0 (3.2-4.8)	27.5 (25.8-29.3)	4.8 (4.0-5.8)
Stalking	9.2 (8.2-10.3)	2.4 (1.9-3.0)	2.5 (1.9-3.3)	0.8 (0.6-1.2)
Psychological aggression [¶]	47.1 (45.3-48.8)	14.2 (12.9-15.5)	46.5 (44.6-48.4)	18.0 (16.5-19.6)

IPV: intimate partner violence; CI: confidence interval.

* Percentages are weighted.

¶ Psychological aggression includes expressive aggression (such as name calling, or insulting or humiliating an intimate partner) and coercive control, which includes behaviors that are intended to monitor, control, or threaten an intimate partner.

Data from: Breiding MJ, Smith SG, Basile KC, et al. Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking, and intimate partner violence victimization - National Intimate Partner and Sexual Violence Survey, United States, 2011. *MMWR Surveill Summ* 2014; 63 Suppl 8:1.

FIGURA 1**Age at occurrence of first intimate partner violence experience among males and females who experienced rape, physical violence, or stalking by an intimate partner – National Intimate Partner and Sexual Violence Survey, United States, 2010**

Reproduced from: Spivak HR, Jenkins L, VanAudenhove K, et al. CDC Grand Rounds: A public health approach to prevention of intimate partner violence. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2014; 63:38.

TABLA 2

Risk factors for maternal partner violence victimization

Age 20 to 34 years
Maternal disability
History of physical injury during pregnancy
Mother directly or indirectly refers to intimate partner violence
Alcohol or substance abuse in the home
Maternal history of depression, anxiety, suicidality
Having a child with alleged or confirmed child maltreatment
Not following through with recommended treatments for self or child (ren)
Chronically missing appointments for self or child(ren)

ALGORITMO 1

Asking caregivers about intimate partner victimization at pediatric visits



This algorithm should be used in conjunction with the UpToDate topic on childhood exposure to intimate partner violence.

IPV: intimate partner violence.

* Risk factors for maternal IPV include: being a woman between 20 and 34 years of age; maternal disability; history of physical injury during pregnancy; mother directly or indirectly refers to IPV; alcohol or substance abuse in the home; maternal history of depression, anxiety, or suicidality; having a child with alleged or confirmed child maltreatment; not following through with recommended treatments for self or child(ren); chronically missing appointments for self or child(ren).

† Refer to UpToDate content on intimate partner violence and childhood exposure to intimate partner violence for additional details.

‡ The [Centers for Disease Control and Prevention \(CDC\)](#) provides a summary of screening instruments.

§ Other causes of toxic stress include: physical abuse; bullying/severe teasing; sexual abuse; medical care trauma; animal attack; motor vehicle accident; removal from the home by Child Protective Services; witness to violence in the home; witness to violence in the community; incarceration of a caregiver; loss of a parent due to death, divorce, deportation, displacement. A [parent information handout](#) related to toxic stress is available through the Community & Family Services Division of the Spokane Health District. Additional resources related to toxic stress are available through the [American Academy of Pediatrics](#) and the [CDC](#).

¶ Assessment of safety and lethality is a difficult and uncertain process and cannot predict if an IPV perpetrator will harm or kill his or her partner. [Gender assessment](#) is a tool for assessing safety provided by the Johns Hopkins School of Nursing. Scenarios that are that are most concern for risk of harm include: the victim is trying to leave the relationship; alcohol or drug use; access to weapons; escalating violence; history of nonfatal strangulation; threats of homicide or suicide. Refer to UpToDate content on intervention and management of intimate partner violence for additional details.

‡ Examples of indications to contact law enforcement/security include: perpetrator has threatened to kill the caregiver/patient and has a weapon; the caregiver/patient has injuries and the perpetrator is on-site; the clinician is concerned for the safety of the patient, patient's parent, clinic staff, or self.

Courtesy of Kathleen M Fancher-Boz, MD.

Additional data from:

1. Future Without Violence. Available at: www.futurewithoutviolence.org (Accessed on March 24, 2016).

TABLA 3

Effects of exposure to intimate partner violence

Infants and toddlers
Emotional distress and fear of being alone
Attachment problems
Pre-schoolers
Difficulty developing empathy
Poor self-esteem
Nightmares
Sleep difficulties
Separation/anxiety issues
School-age
Feeling guilty, blaming themselves
Adoption of antisocial rationales for abusive behavior
Poor social skills
Peer difficulties
Bullying/aggressive behavior
Parentification
Adolescents
Difficulty forming healthy relationships
Avoidant attachment style
Aggression
Abusive behaviors in their own intimate relationships
Mental and emotional disengagement
Parentification

1. Holt S, Buckley H, Whelan S. The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse Negl* 2008; 32:797.

2. Hurley DJ, Jaffe P. Adoption of values and attitudes about violence and treatment of women. *Can J Psychiatry* 1990; 35:471.

3. Levendosky AA, Huth-Bocks AC, Semel MA. Adolescent peer relationships and mental health functioning in families with domestic violence. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2002; 31:206.

4. Lundy M, Grossman SF. The mental health and service needs of young children exposed to domestic violence: Supportive data. *Fam Soc* 2005; 86:17.

TABLA 4

Signs and symptoms of childhood exposure to intimate partner violence

Infants and toddlers
Disrupted sleep patterns
Disrupted feeding routines
Failure to thrive
Excessive screaming
Developmental delays
Pre-schoolers
Behavioral problems
Posttraumatic stress symptoms
Aggressive behavior
Anxiety symptoms
Regressive behaviors such as bed-wetting, thumb-sucking
Nightmares
School-age
Problems concentrating and focusing
Depression
Behavioral problems such as conduct disorders or mood disorders
Bullying/aggressive behavior
Poor academic performance
Somatic complaints such as chronic headache or abdominal pain
Adolescents
Substance abuse problems
Sexual promiscuity
Teen pregnancy
Sexually transmitted infections
School failure/truancy

Data from:

1. Evans SE, Davies C, DiLillo D. Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and Violent Behavior* 2008; 13:131.
2. Holt S, Buckley H, Whelan S. The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse & Negl* 2008; 32:797.
3. Knapp JF. The impact of children witnessing violence. *Pediatric Clinics of North America* 1998; 45:355.

TABLA 5

Intimate partner violence resources for patients and clinicians

Resources for clinicians and patients
National intimate partner violence resources
National Domestic Violence Hotline (can provide information about local shelters and access to domestic violence advocates) 800-799-SAFE 800-799-7233
National Sexual Assault Hotline 800-656-HOPE 800-656-4573
International intimate partner violence resources
HotPeachPages (provides an international directory of resources in more than 110 languages) www.hotpeachpages.net
Other intimate partner violence resources
Futures without Violence www.futureswithoutviolence.org
Look to End Abuse Permanently www.leapsf.org/html/index.shtml
Toxic stress resources
The American Academy of Pediatrics The Resilience Project https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/resilience/Pages/ACES-and-Toxic-Stress.aspx
The Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Division of Violence Prevention www.cdc.gov/violenceprevention/childmaltreatment/essentials.html
Resources for patients
Intimate partner violence
Understanding Intimate Partner Violence (CDC) www.cdc.gov/ViolencePrevention/pdf/IPV-FactSheet.pdf
Teen dating resources
Loveisrespect.org www.loveisrespect.org
Teen Dating Violence (CDC) www.cdc.gov/ViolencePrevention/intimatepartnerviolence/teen_dating_violence.html
Toxic stress
The Community & Family Services Division of the Spokane Health District Patient information handout on Understanding Adverse Childhood Experiences www.ifapa.org/pdf_docs/ACES_Handout.pdf