

ARTÍCULO ORIGINAL

La violencia y su impacto en el crecimiento y desarrollo de los niños

Violência e seu impacto no crescimento e desenvolvimento das crianças

Cynthia Dinora Gómez Alfonso¹

Resumen: El objetivo del presente trabajo es identificar si los niños que viven en hogares donde se ejerce violencia contra las mujeres presentan mayor riesgo de padecer retraso en el crecimiento y alteraciones en el desarrollo al finalizar la intervención del proyecto CCC en 2011-2012. Estudio de corte transversal, descriptivo y analítico de 205 mujeres. Las variables centrales son la violencia contra la mujer y el retraso en el crecimiento y en el desarrollo. El crecimiento se evaluó con patrones OMS y el desarrollo con un instrumento de tamizaje de la Pontificia Universidad de Chile. La fuerza de asociación y el riesgo se estimaron a través del modelo de regresión logística binaria múltiple y se expresaron mediante odds ratio (OR: IC 95%).

El 11,7% de las mujeres sufrían algún tipo de violencia doméstica. Las mujeres expuestas con mayor frecuencia presentaban un estado emocional de riesgo ($p<0,001$), mayor inseguridad alimentaria ($p=0,038$), hábito de fumar ($p=0,004$), consumo de drogas ($p<0,001$) y prácticas de crianza más desfavorables ($p<0,001$). El peso al nacer (Violencia= 2754 ± 711 ; No violencia= 3116 ± 521 ; $p=0,004$) al igual que la duración gestación (Violencia= $37,4\pm2,8$; No violencia= $38,6\pm1,6$; $p=0,005$) fueron significativamente menores. El 25% de los hijos de mujeres expuestas a la violencia evidenciaron retraso de talla al finalizar el programa; este guarismo disminuyó al 4,4% en los niños no expuestos. El puntaje Z Talla/edad (violencia= $-1,0\pm1,4$; No violencia= $-0,043\pm1,3$) y perímetro cefálico/edad (Violencia= $-0,17\pm1,0$; No violencia= $0,43\pm1,3$) fueron significativamente menores. Los hijos de víctimas de violencia presentaron un riesgo cuatro veces mayor de retraso de talla OR:4,39 (IC 95% 1,12–17,26) en relación a los niños no expuestos. La mitad de los niños expuestos a la violencia manifestaron retraso en el desarrollo del lenguaje (Violencia 50%; No violencia 6,9%; $p=0,01$). Estos niños evidenciaron 44 veces más chances de presentar retraso en el lenguaje OR: 44 (IC: 95% 3,44-562,10) en relación a los que no la sufrían.

¹ Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Uruguay.

Email: cynthiagomez24@gmail.com

Recibido: 18/07/2018. Aceptado: 09/12/2019.

doi: 10.28917/ism.2019-v3-122

El presente artículo está basado en la tesis para acceder al grado de Maestría *La violencia contra las mujeres como factor de riesgo para el crecimiento y el desarrollo de los niños al finalizar la intervención de Canelones Crece Contigo (CCC)*.



La violencia contra la mujer es un importante factor de riesgo que afecta el normal crecimiento y desarrollo de los niños. Es primordial fomentar la convivencia saludable, trabajar en equidad de género y establecer una política intersectorial que promueva igualdad de derechos y atienda en forma integral a las víctimas de violencia.

Palabras clave: violencia doméstica, retraso de crecimiento, retraso del lenguaje.

Resumo: O objetivo deste estudo é identificar se as crianças que vivem em lares onde há violência contra as mulheres correm maior risco de sofrer de atraso de crescimento e alterações no desenvolvimento ao final da intervenção do projeto CCC em 2011-2012. Estudo transversal, descritivo e analítico de 205 mulheres. As variáveis centrais são violência contra as mulheres, e atraso no crescimento e desenvolvimento. O crescimento foi avaliado com os padrões da OMS e o desenvolvimento com um instrumento de triagem da Pontifícia Universidade do Chile. A força de associação e risco foi estimada através do modelo de regressão logística binária múltipla e expressa pela odds ratio (OR: IC 95%).

Foi identificado que 11,7% das mulheres sofreram algum tipo de violência doméstica. As mulheres expostas apresentavam com mais frequência um estado de risco emocional ($p < 0,001$), aumento da insegurança alimentar ($p = 0,038$), tabagismo ($p = 0,004$), uso de drogas ($p < 0,001$) e práticas parentais mais desfavoráveis ($p < 0,001$). O peso ao nascer (Violência = 2754 ± 711 ; Não Violência = 3116 ± 521 ; $p = 0,004$), assim como a duração da gestação (Violência = $37,4 \pm 2,8$; Não Violência = $38,6 \pm 1,6$; $p = 0,005$) foram significativamente menores. Um total de 25% dos filhos de mulheres expostas à violência apresentou um atraso na altura ao final do programa; este valor diminuiu para 4,4% em crianças não expostas. O escore Z Tamanho/idade (violência = $-1,0 \pm 1,4$; Não Violência = $-0,043 \pm 1,3$) e perímetro encefálico/idade (Violência = $-0,17 \pm 1,0$; Não Violência = $0,43 \pm 1,3$) foram significativamente menores. Os filhos de vítimas de violência apresentaram risco quatro vezes maior de atraso de estatura OR: 4,39 (IC95% 1,12-17,26) em relação às crianças não expostas. Metade das crianças expostas à violência manifestou atraso no desenvolvimento da linguagem (Violência 50%; Não Violência 6,9%; $p = 0,01$). Essas crianças apresentaram 44 vezes mais chances de apresentar atraso na linguagem OR: 44 (IC: 95% 3,44-562,10) em relação àquelas que não sofreram.

A violência contra as mulheres é um importante fator de risco que afeta o crescimento e desenvolvimento das crianças. É essencial promover a convivência saudável, trabalhar a igualdade de gênero e estabelecer uma política intersetorial que promova a igualdade de direitos e forneça assistência integral às vítimas de violência.

Palavras-chave: violência doméstica, atraso de crescimento, atraso de linguagem.

I. Introducción

La violencia contra las mujeres está considerada como uno de los abusos más graves contra los derechos humanos y se

reconoce como un importante problema de salud pública que tiene consecuencias para la salud física, mental, sexual y reproductiva de las mujeres (Ellsberg, 2008).

Asimismo, la violencia contra los

niños y jóvenes tiene consecuencias de alcance social, emocional y económico a corto y largo plazo para los individuos, familias y la comunidad (Tharp, 2012).

Investigaciones han demostrado que la violencia hacia las mujeres embarazadas repercute en los recién nacidos pues conduce a abortos, bajo peso al nacer y parto prematuro, además de afectar el desarrollo de las capacidades físicas, cognitivas y sociales (Monge Rojas, 2003). Los niños que se exponen a la violencia en el hogar en sus primeros años tienen mayor probabilidad de retraso en el crecimiento, talla baja para la edad o emaciación (Salazar, 2012; Sobkoviak, 2012), retraso en el desarrollo y en el lenguaje de los niños (Stacks et al., 2011).

El objetivo de la investigación es identificar si los niños que viven en hogares donde se ejerce violencia contra las mujeres, presentan mayor riesgo de padecer retraso en el crecimiento y alteraciones en el desarrollo al finalizar la intervención del proyecto *Canelones Crece Contigo*.

La hipótesis de partida es que la violencia contra la mujer incrementa el riesgo del retraso de crecimiento y del desarrollo en el niño.

Es un estudio de corte transversal, descriptivo y analítico sobre la base de 205 mujeres que egresaron del proyecto *Canelones Crece Contigo* en los años 2011-2012.

2. Fundamentación teórica

La violencia interpersonal es un fenómeno multicausal que supone un sistema de dominación, donde el objetivo central es someter y controlar

a las personas que se encuentran en una situación de desigualdad y desequilibrio de poder. La violencia de género es la que se ejerce hacia las mujeres por su condición de tales y su expresión más frecuente es la relación de pareja (Romano, 2010).

En el año 2002, en Uruguay la violencia doméstica pasa de ser un problema social a integrar las políticas públicas al promulgarse la Ley 17.514. Esta comienza a implementarse, una vez que se aprueba el Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica, cuyo objetivo general es diseñar y gestionar políticas públicas específicas para la erradicación de la violencia doméstica en el ámbito nacional, liderando los procesos que garanticen la protección, prevención y promoción de derechos (CNCLVD, 2015). En el año 2013 se presentaron datos en la *Encuesta de prevalencia de violencia doméstica* en los Servicios de Salud en la que se estudiaron 1200 mujeres. De la encuesta se recoge que 1 de cada 4 mujeres tuvieron algún episodio de violencia doméstica. El tipo de violencia que predomina es la violencia psicológica (23,7%) seguida de violencia física (6,3%). Es importante resaltar que el 14% de las mujeres la padecieron durante el embarazo (MSP, 2013). Posteriormente, se publican datos de la *Primera Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones* y de ella se recoge que casi 7 de cada 10 mujeres mayores de 15 años han vivido en su vida alguna situación de violencia de género y que existe un predominio de la violencia psicológica (CNCLVD & SIPIAV, 2014).

2.1. Crecimiento y desarrollo de los niños

El crecimiento durante la infancia es un indicador de la salud general del niño (Uauy, 2009). Cuando existe un crecimiento inadecuado en la infancia puede afectarse la estatura adulta, el rendimiento escolar, la productividad económica, la capacidad de trabajo y producir mayor riesgo a enfermedades (Surkan, 2011). De igual modo afecta a futuro los resultados reproductivos maternos (Dewey & Begum, 2011).

El peso al nacer es un indicador fundamental en la salud de una población. Es el resultado del crecimiento intrauterino que está determinado por la nutrición materna, las características propias del feto, los factores genéticos y hormonales, las eventuales patologías del embarazo, el tabaquismo y el alcoholismo, así como por otros factores ambientales (Uauy, 2009). Cuando el niño nace con bajo peso (menor a 2500 grs.) se relaciona con crecimiento subnormal y retrasos del desarrollo, motor y mental, adquisición del lenguaje retrasado (Kane, 2011) y con el déficit de talla para la edad (Cortés Moreno & Avilés Flores, 2011).

Otra de las principales variables que afecta al crecimiento de los niños es el retraso del crecimiento intrauterino (RCIU). Durante el embarazo el RCIU puede causar sufrimiento fetal crónico o muerte fetal. Los bebés con RCIU tienen mayor riesgo de sufrir complicaciones médicas graves, alteraciones en el desarrollo neurológico e intelectual, y en el déficit de altura que por lo general persiste hasta la edad adulta (Dewey & Begum, 2011). Al igual que los niños nacidos con RCIU, los recién nacidos

prematurados (aquellos que nacen antes de las 37 semanas) tienen un mayor riesgo de muerte, mayor morbilidad neurológica y retraso del desarrollo psicomotor (Kramer, 2003).

La talla al nacer también es un indicador de nutrición fetal. Se sabe que las personas de talla pequeña al nacer padecen alteraciones permanentes en las respuestas al estrés y son vulnerables a las influencias ambientales y enfermedades en el futuro (Uauy, 2009).

2.2. Desarrollo infantil

Los primeros años de vida son particularmente importantes para el desarrollo (Grantham-McGregor et al., 2007). La arquitectura básica del cerebro se construye a través de un proceso continuo que comienza antes del nacimiento y continúa hasta la edad adulta. Al igual que la construcción de una casa, primero se construyen los cimientos, luego se elaboran las habitaciones y el cableado del sistema eléctrico en una secuencia predecible, y continúa con la incorporación de rasgos distintivos que reflejan el aumento de la individualidad a través del tiempo. A través de este proceso, las primeras experiencias crean una base para el aprendizaje de toda la vida, el comportamiento y la salud física y mental. Una base sólida en los primeros años aumenta la probabilidad de resultados positivos y una base débil aumenta las probabilidades de dificultades posteriores (Science of Early Childhood Development, 2007). La desnutrición temprana por deficiencia de hierro, las toxinas ambientales, el estrés, la falta de estimulación e interacción social pueden afectar la estructura y función

del cerebro, y tienen efectos cognitivos y emocionales duraderos (Grantham-McGregor et al., 2007). Las etapas más sensibles a la desnutrición son durante la gestación y el primer año de vida, debido a que un daño en esta fase de rápido desarrollo reduce la proliferación neuronal que no podrá ser compensada más tarde. Si las carencias de nutrientes se presentan en una etapa tardía, los efectos pueden atenuarse, dado que el proceso de desarrollo estructural (los cimientos) del sistema nervioso central se encuentra más avanzado y es altamente probable que el niño cuente ya con conductas básicas, necesarias para la adquisición de procesos psicológicos más complejas. En ese momento, el contexto social que rodea al niño puede desempeñar un papel crucial (Cortés Moreno, 2011).

2.3. El papel del estrés en el crecimiento y desarrollo

Las influencias ambientales durante el desarrollo fetal son especialmente potentes en el cerebro. Existe una fuerte asociación entre el estrés psicosocial materno y el cortisol. El cortisol elevado a menudo es el resultado de los procesos inflamatorios en el cuerpo. Cuando las mujeres embarazadas se exponen al estrés psicosocial aumentan los marcadores inflamatorios y disminuye la circulación de los antiinflamatorios. Estos desequilibrios junto con niveles elevados de cortisol, pueden distorsionar el desarrollo cerebral en el feto lo que resulta en retraso en el desarrollo mental y motor y rendimiento cognitivo deteriorado (Maldonado, 2008). Se ha demostrado que una concentración excesiva de cortisol tiene un efecto

neurotóxico en el cerebro (Amugongo, 2014). Estudios de casos y controles en ratas explican que el cortisol cruza la placenta y es capaz de influir en diversos aspectos del desarrollo en el feto (Copper et al, 1996).

La violencia contra las mujeres se ha asociado con los problemas de salud materno-infantil (Salazar, 2012). El estudio multi país de OMS encontró que en la mayoría de las regiones, las mujeres embarazadas que habían experimentado algún tipo de violencia tenían significativamente más probabilidades de aborto inducido (OMS, 2005), parto prematuro o un bebé pequeño para su edad gestacional. Se ha observado que ocurren contracciones en la arteria uterina en los momentos en que la gestante está expuesta al estrés, causando disminución en la oxigenación y alteraciones fisiológicas en su bebé. Uno de los resultados posibles es un peso más bajo al nacer (Maldonado, 2008). También, se correlaciona el estrés con tener un neonato con bajo perímetro cefálico y esto puede deberse a un menor crecimiento cerebral en el útero (Copper et al, 1996) pudiendo contribuir a alteraciones en el desarrollo de algunas áreas del cerebro (Arcos, 2001).

En un estudio en Perú, encontraron que las mujeres expuestas a cualquier forma de violencia durante el embarazo tenían aproximadamente un doble aumento de las probabilidades de parto prematuro espontáneo (OR = 1,99, IC 95%: 1,52 a 2,61) en comparación con las mujeres que no fueron expuestas. Cuando se combinó el abuso emocional con abuso físico aumentó a 4,7 veces (OR = 4,66, IC 95% 2,74-7,92) más de

parto prematuro en las mujeres peruanas (Sánchez et al, 2013).

En Costa Rica estudiaron la diferencia bruta entre los pesos promedio de los recién nacidos de mujeres no maltratadas y de maltratadas, la diferencia fue de 454,6 gr. ($p < 0,001$), siendo menor en los hijos de mujeres con experiencias de violencia. La hipótesis de las posibles causas es que la liberación de neurotransmisores (producto de la depresión) y el estrés, podría tener efectos directos en el feto al precipitar el parto prematuramente o causar retraso del crecimiento fetal (Monge Rojas, 2003).

En Nicaragua, en un estudio de cohorte realizado a 478 mujeres embarazadas, se analizó la asociación existente entre la experiencia de violencia doméstica y el crecimiento lineal del niño. Cuando se ajustó por los posibles factores de confusión (nivel educativo de la madre, la edad, la residencia, la paridad, el nivel socioeconómico, la angustia emocional, edad y peso al nacer) la violencia se asoció con una menor media de puntaje para la talla/edad (Salazar et al., 2012). En Bangladesh se estudió la asociación de la violencia doméstica y el estado nutricional de sus hijos. De los resultados se observó que la prevalencia de retraso en el crecimiento, emaciación y bajo peso en los niños menores de 5 años y se observó que los hijos de mujeres con experiencia de violencia física o sexual eran más propensos a tener retraso en el crecimiento (Ziaei, 2014). Sobkoviak en Liberia también encontró asociación entre la exposición materna a la violencia con las medidas antropométricas en los niños. Los niños de las madres que informaron violencia tenían 2,6 veces

más alta de probabilidad ajustada de bajo peso y 2,2 veces mayor probabilidad ajustada de talla baja que sus contrapartes (Sobkoviak, 2012).

La investigación ha demostrado que los entornos de cuidado estimulantes promueven el desarrollo del lenguaje en los niños. El estrés asociado con experiencias adversas tempranas (estrés tóxico), incluyendo maltrato, está vinculado a alteraciones en el cerebro y procesos biológicos y psíquicos, que a su vez puede afectar la adquisición de lenguaje y otras funciones del desarrollo neurológico (Stacks et al., 2011).

2.4. Otros factores que influyen en el crecimiento y desarrollo

Existen otros factores que están vinculados al crecimiento y desarrollo de los niños como lo es la edad y los años de educación de la madre. La maternidad en la adolescencia ha sido estudiada en múltiples investigaciones y se ha asociado con un menor crecimiento en los niños y con una mayor probabilidad de reportar situaciones de violencia (Aerts, Drachler & Giugliani, 2004; Arcos, 2001; Islam et al., 2014; Kim & Lee, 2013). En lo que respecta a los años de educación materna, estudios realizados en Bangladesh e Indonesia concluyen que los años de educación materna previene la desnutrición en los niños menores de 5 años (Semba, 2008). En una encuesta en Canelones, Uruguay, los hijos de madres que tuvieron pocos años de estudio presentaron una prevalencia de 5 veces mayor de retraso de crecimiento (Bove, 2007). En un estudio en Brasil, la escolaridad de la madre se asoció significativamente con el déficit de

talla. La escolaridad de la madre tiene el mayor efecto en el crecimiento a lo largo de todas las etapas (Aerts, Drachler & Giugliani, 2004).

La inseguridad alimentaria y la pobreza también se han vinculado al crecimiento infantil (Hackett, Melgar-Quinonez, Álvarez, 2009). Las condiciones ligadas a la pobreza, como el nivel educativo insuficiente y la falta de recursos tanto económicos como conductas de los padres, influyen en prácticas de crianza deficientes (Cortés Moreno & Avilés Flores, 2011). Asimismo, se ha investigado y asociado la violencia con la pobreza (Islam et al., 2014).

El estado emocional de la madre resulta relevante en la crianza de los niños. Investigaciones sugieren que la depresión materna puede ser un factor de riesgo de retraso del crecimiento en los niños pequeños que conlleva a prácticas de crianza inadecuadas y una menor probabilidad o menor duración de la lactancia materna (Surkan et al., 2011). La depresión materna en los períodos pre y postnatales predice un desarrollo infantil deteriorado que afecta el desarrollo intelectual y psicológico del niño (Nunes et al., 2010). La depresión, el trastorno de estrés post-traumático y el abuso de drogas y alcohol son las secuelas más frecuentes de las personas que son víctimas de violencia (Campbell, 2002; Kathryn, 2011).

Las prácticas de crianza son los patrones de comportamiento de los adultos que se enfocan en satisfacer necesidades de los niños para asegurar una buena calidad de vida. Estas acciones se asocian con el estado de salud, nutrición y desarrollo físico y

psicológico de los niños especialmente en edades tempranas. Estos patrones actúan como protectores de desarrollo y estado de nutrición en la mayoría de los casos (Cortés Moreno, 2006). Cuando las prácticas de crianza son inadecuadas, se incrementa la probabilidad de desnutrición en el niño, y cuando ya está presente, potencian sus efectos negativos (Cortés Moreno, 2011). Las prácticas de crianza sensibles y de calidad, puede asegurarse la alimentación correcta del niño para prevenir la desnutrición y, en el caso de haberla padecido, puede revertirla o minimizarla. La respuesta oportuna y pertinente de las madres ante las necesidades de los niños, se relaciona con un nivel cognoscitivo más elevado y un desarrollo de lenguaje más acelerado durante los primeros tres años de vida. Un vínculo seguro entre padres e hijos y un ambiente enriquecido pueden amortiguar las posibles consecuencias negativas que puede producir el estrés ambiental (Buss, 2012).

En la encuesta de Canelones se encontró una fuerte asociación entre el retraso de crecimiento del perímetro cefálico y la falta de juego de la madre con el niño. Los hijos de madres que no solían jugar con ellos presentaron el triple de riesgo de padecer retraso de crecimiento cefálico (Bove, 2007).

La exposición a sustancias tóxicas se ha asociado con efectos adversos en la salud pediátrica, incluyendo parto prematuro, RCIU, mortalidad perinatal, enfermedades respiratorias, problemas neuroconductuales, y una disminución del rendimiento en la escuela. En el feto, las sustancias entran a través del cordón umbilical de la madre expuesta al humo

de tabaco y esto se asocia con alteración en el crecimiento y desarrollo alveolar y en el bronquiolo respiratorio (Hwang, Hwang, Moon, & Lee, 2012). Una cohorte en Brasil tuvo como resultados que la exposición al tabaquismo materno prenatal y posnatal tuvo un efecto negativo persistente en la altura hasta la adolescencia; los niños expuestos en estos períodos eran más bajos desde su nacimiento hasta la adolescencia en comparación con los no expuestos (Muraro et al., 2014).

El consumo de alcohol también se asocia con el parto prematuro, bajo peso al nacer y el RCIU. En un estudio en Australia los autores concluyeron que hay una fuerte asociación entre el consumo de alcohol durante el embarazo y el tabaquismo, y estos factores combinados tienen el efecto más profundo en el crecimiento fetal, con un aumento del riesgo cuatro veces mayor para el RCIU (Murphy et al., 2013). Asimismo se demostró que el crecimiento postnatal se reduce en niños que fueron expuestos al alcohol durante el embarazo (Patra, 2011). Patra en su revisión sistemática y metaanálisis indica una asociación no lineal entre el consumo materno de alcohol y el riesgo de bajo peso al nacer y parto prematuro. En las madres que consumían más de 3 medidas de bebidas alcohólicas, el riesgo de tener un niño prematuro nacido se incrementó en un 23% (Patra et al., 2011).

En lo que se refiere al consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo, el abuso de las mismas se asocia con efectos negativos sobre el peso al nacer y la circunferencia de la cabeza (Soto, 2013). Los riesgos de

complicaciones maternas y neonatales se incrementan cuando las embarazadas consumen sustancias como heroína, crack, marihuana o metanfetamina. La exposición al *cannabis* se asocia con disminución de peso al nacer, longitud reducida, y la circunferencia de cabeza más pequeña, incluso después de controlar por consumo de tabaco (Gray et al., 2010).

En Islandia se estudiaron las características maternas durante el embarazo en mujeres que sufrieron violencia. Las mujeres expuestas a la violencia presentaban comportamientos como el tabaquismo y el consumo de drogas ilícitas. Después de ajustar por edad, paridad y el año de parto, las mujeres expuestas a la violencia tenían seis veces más probabilidades que las no expuestas de haber consumido drogas ilícitas en algún momento durante el embarazo (Gísladottir et al., 2014).

3. Sujetos y método

El presente artículo está basado en la tesis para acceder el grado de Maestría La violencia contra las mujeres como factor de riesgo para el crecimiento y el desarrollo de los niños al finalizar la intervención de Canelones Crece Contigo (CCC), cuyo objetivo es identificar si los niños que viven en hogares donde se ejerce violencia contra las mujeres presentan mayor riesgo de padecer retraso en el crecimiento y alteraciones en el desarrollo al finalizar la intervención del proyecto CCC. Es un estudio de corte transversal, descriptivo y analítico sobre la base de 205 mujeres que egresaron del proyecto en los años

2011-2012. El proyecto forma parte del Plan Estratégico Canario 2010-2030 para alcanzar los Objetivos del Milenio en Canelones. Se orienta a la reducción significativa de las familias con riesgo nutricional y apunta a la atención integral de la primera infancia, de las niñas y niños como sujetos de derecho. La modalidad de intervención es mediante trabajo de cercanía realizado por profesionales de diversas disciplinas (Licenciados en Nutrición, Trabajadores Sociales, Psicomotricistas, Psicólogos, Educadores Sociales, Licenciados en Enfermería). Dichos profesionales realizan el abordaje del trabajo con las familias por un período aproximado a 9 meses (Comuna Canaria, 2010).

Las variables centrales para el estudio son la Violencia contra la mujer, el Retraso en el crecimiento y el Retraso en el desarrollo.

Se estudiaron también otros posibles factores de confusión, los cuales fueron recabados mediante una entrevista estructurada. Estos son: edad materna, años de estudio de la madre, inseguridad alimentaria en el hogar, estado emocional de riesgo, pautas de crianza inadecuada, hábito de fumar en la madre y consumo de drogas y alcohol.

Para el análisis descriptivo se tomarán las medidas de tendencia central (media y mediana), de dispersión (desvíos estándar) y frecuencias (relativas y absolutas). Se estudió la asociación de las variables cualitativas con el test de chi cuadrado (χ^2). En el caso de las categorías con un valor esperado menor a 5, se utilizó el test de Fischer.

La fuerza de asociación y el riesgo se estimaron a través de modelos de

regresión logística binaria múltiple. El riesgo se expresó mediante odds ratio (OR) con un intervalo de confianza de 95%. Se consideró estadísticamente significativo cuando el valor p resultó menor a 0,05.

El procesamiento de datos se realizó a través del paquete estadístico SPSS versión 17.

4. Resultados

Al finalizar la intervención con las familias de Canelones Crece Contigo en el 11,7% de los hogares trabajados, las mujeres sufrían algún tipo de violencia doméstica ($n=21$).

Las mujeres víctimas de violencia presentaban un estado emocional de riesgo en relación a las que no la padecían ($p<0,001$), tenían menos años de estudio ($p=0,056$) y mayor prevalencia de inseguridad alimentaria grave ($p=0,038$).

También se observó que estas mujeres tenían con mayor frecuencia hábito de fumar ($p=0,004$) y de consumir drogas ($p<0,001$) sin diferencias en el consumo de alcohol ($p=NS$). No se observó mayor prevalencia de violencia entre las madres adolescentes ($p=NS$). Se destaca que casi un tercio de los recién nacidos, hijos de mujeres que han vivido experiencias de violencia, fueron prematuros o con bajo peso al nacer. El promedio del peso al nacimiento de estos niños (Violencia = 2754 ± 711 ; No violencia = 3116 ± 521 $p=0,004$) al igual que la duración del embarazo (Violencia = $37,4 \pm 2,8$; No violencia = $38,6 \pm 1,6$) fueron significativamente menores ($p=0,005$).

Cuando finalizó la intervención,

el promedio de edad de los niños que pertenecían a los hogares con violencia fue mayor dado que la intervención fue más prolongada (Violencia $15,2 \pm 6,9$; No violencia $12,5 \pm 5,6$ $p=0,033$). Estos niños alcanzaron peores resultados en cuanto al crecimiento tanto para la talla como para el perímetro cefálico. El 25% de los hijos de mujeres que fueron objeto de violencia evidenciaron retraso de talla al finalizar el programa; este guarismo disminuyó al 4,4% en los niños de hogares sin violencia. El puntaje z de Talla/edad de los niños con violencia fue de $-1,0 \pm 1,4$, sin embargo el de los no expuestos alcanzó casi la normalidad ($-0,043 \pm 1,3$). El puntaje z del perímetro cefálico/edad, también resultó más bajo ($p=0,033$).

Las madres víctimas de violencia mostraron prácticas de crianza más desfavorables ya que una mayor proporción (20,8%) manifestaron no compartir juegos con sus hijos ($p<0,001$). Si bien las diferencias en el retraso del desarrollo de los niños entre ambos grupos no alcanzó a ser significativa, se evidenció que la mitad de los niños donde se vivían situaciones de violencia manifestaron retraso en el desarrollo del lenguaje. (Violencia 50%; No violencia 6,9% $p=0,014$). Esta área del desarrollo también aumenta con el estado emocional de riesgo de la madre (Estado emocional de riesgo 25%; No riesgo 4,5% $p=0,026$) y con la actitud de la madre de no compartir juegos o actividades con sus hijos (Comparte juegos o actividades 8,8%; No comparte juegos o actividades 50% $p=0,06$).

Para conocer el riesgo en el retraso en el crecimiento y en el desarrollo del

lenguaje que tienen los hijos de mujeres que sufrían violencia doméstica, se realizaron dos modelos de regresión logística múltiple binaria. Dado que el retraso de crecimiento además de estar asociado a la violencia estaba

relacionado con el bajo peso al nacer también se introdujo en el modelo esta variable. Un niño cuya madre sufrió violencia, presentó un riesgo cuatro veces mayor de retraso de talla OR: 4,39 (IC 95% 1,12 – 17,26) en relación a los niños no expuestos luego de ser controlado por el bajo peso al nacer.

Para estudiar el riesgo de retraso en el desarrollo del lenguaje, además de la violencia se incluyó en el modelo múltiple de regresión logística binaria el estado emocional de riesgo de la madre y no compartir juegos como posibles variables de confusión. Los hijos de las mujeres que sufrían violencia evidenciaron 44 veces más chances de presentar retraso en el lenguaje OR: 44 (IC: 95% 3,44-562,10) en relación a los que no la sufrían. La magnitud del riesgo que significó la violencia en el hogar para el adecuado desarrollo del lenguaje implicó que fueran expulsados del modelo los otros factores asociados.

5. Discusión

El porcentaje de mujeres que experimentaron situaciones de violencia doméstica (11,4%) resultaron por debajo de los observados en las encuestas nacionales (MSP, 2013; CNCLVD/SIPIAV, 2014). Esto podría deberse a que la información se obtuvo de la evaluación que hace el profesional al

finalizar la intervención de acuerdo a relatos u observación, pudiendo subestimarse. Cuando se evalúa la violencia según la percepción el resultado depende de la habilidad del técnico para detectar indicios en la rutina familiar, ya que las víctimas tienden a naturalizar las conductas de las personas que ejercen el poder. Si se pregunta directamente a la mujer, ella junto al equipo técnico puede problematizar y revelar sus experiencias. No obstante la mujer debe ser capaz de identificar todos los tipos de violencia para brindar información certera, ya que hay patrones de la sociedad que fomentan la diferencia de género y/o el abuso de poder, y son culturalmente aceptadas. En este estudio no se discriminó el tipo de violencia que predomina, siendo una debilidad de este trabajo. Esta información permitiría conocer el impacto de las distintas manifestaciones de violencia en la salud física y mental de las mujeres y niños. Tampoco se estudió la prevalencia de violencia en el embarazo, dato que sería importante para conocer el impacto en el recién nacido y el tiempo de exposición, conformando otra debilidad de este trabajo.

Se observó una mayor prevalencia de mujeres con bajo nivel de estudio entre aquellas que sufrían violencia doméstica, aunque la asociación no resultó estadísticamente significativa ($p=0,056$). La edad de la madre no resultó ser una variable significativa con respecto a la presencia de violencia en el hogar.

En cuanto a la relación entre el estado emocional de las mujeres y la violencia en el hogar, los resultados de este estudio son consistentes con los de otros autores (Arcos et al., 2001; Campbell,

2002; Kathryn et al., 2011, Kim & Lee, 2013). La evidencia demuestra los efectos de la salud mental en el crecimiento y desarrollo de los niños se vincula a conductas sociales negativas como abuso de drogas, alcohol o tabaquismo y a prácticas de crianza inadecuadas para el desarrollo normal del niño (Bove, 2007; Gray et al., 2010; Muraro et al., 2014; Nunes et al., 2010; Patra et al., 2011; Surkan et al., 2011). En este trabajo se observó con mayor frecuencia el hábito de fumar y el consumo de drogas entre las mujeres expuestas a violencia.

El trabajo destaca que las mujeres que sufrieron violencia en el proyecto CCC tienen las peores condiciones sociales ya que sin importar la edad, tienen menos años de estudio y por lo tanto menos oportunidades de acceder a trabajos bien remunerados y mayores niveles de inseguridad alimentaria grave. Esto repercute en el estado emocional de las mujeres que, como expresa la bibliografía, se asocia fuertemente con la violencia (Nunes et al., 2010), conduce a prácticas de crianza inadecuadas como por ejemplo no compartir juegos con los niños y afecta en forma negativa el crecimiento y desarrollo infantil.

Con respecto a los recién nacidos, un tercio de los hijos de mujeres que sufrían violencia en el proyecto eran prematuros o con bajo peso al nacer. Los resultados son consistentes con la evidencia científica; la mujer expuesta a la violencia experimenta una situación de estrés y por lo tanto aumenta el nivel del cortisol, lo que resulta en crecimiento intrauterino insuficiente o parto prematuro (Arcos et al., 2001; Maldonado, 2008; Monge Rojas, 2003;

Sánchez et al., 2013; Sobkoviak, Yount & Halim, 2012). El peso al nacer es menor en aquellos recién nacidos expuesto a la violencia, tal como ha sido evidenciado en otros estudios (Monge Rojas, 2003).

Al igual que otras investigaciones (Kathryn, 2011, Salazar, 2012; Ziaei, Naved & Ekström, 2014) el crecimiento de las niñas y niños fue menor en aquellos expuestos a la violencia, resultando estadísticamente significativo para el retraso de talla. Si bien el crecimiento de un niño/a se relaciona con varios factores, al realizar el modelo de regresión logística binaria queda demostrado el alto impacto de la exposición de la violencia en el crecimiento infantil, ya que en este estudio se evidencia que cuadruplica la probabilidad de retraso de talla. Este dato es sumamente relevante dada la alta influencia del retraso del crecimiento en la capacidad intelectual adulta, el rendimiento escolar y la capacidad de trabajo (Dewey & Begum, 2011). El perímetro cefálico alcanzado por los niños expuestos a la violencia doméstica fue muy inferior que aquellos que no conviven en hogares violentos, dato que es relevante porque se asocia con menor cantidad de años de estudio en la vida adulta y la disminución del funcionamiento intelectual (Dewey & Begum, 2011). Actuar oportuna e integralmente en la primera infancia fomentando la buena convivencia no sólo influye en la salud del niño/a sino que mejorará la capacidad y productividad a futuro.

El desarrollo infantil es afectado por ambientes violentos según lo expresa Stacks en su investigación (Stacks et al., 2011). En el presente trabajo, las

alteraciones en el desarrollo infantil resultaron más frecuentes en aquellos niños y niñas que se exponen a la violencia, sin llegar a ser significativo. Sin embargo, al estudiarlo por áreas el desarrollo del lenguaje se vio muy afectado por la presencia de violencia en el hogar. Los resultados del modelo de regresión logística binaria demuestran que la violencia doméstica resulta un factor de riesgo de fuerte impacto ya que aumenta 44 veces la probabilidad de retraso del lenguaje. La magnitud con que la violencia influye en esta área del desarrollo es importante para establecer acciones de intervención acordes, que promueva estímulos para prevenir o revertir esta situación ya que es de suma importancia para el futuro de las niñas y niños. El hallazgo del impacto de la violencia en el desarrollo del lenguaje podría considerarse una ventana de oportunidad para seguir estudiando el tema.

Conclusión

La violencia doméstica es un fenómeno que existió desde la antigüedad pero en los últimos años la denuncia pública está en aumento. Esto puede deberse a que luego de establecerse la Ley 17.514, las mujeres sienten que tienen respaldo legal y se animan a denunciar. Sin embargo, aún existen debilidades luego que se realiza la denuncia y muchas veces las mujeres quedan desprotegidas. Considero que hay una concientización sobre este tema pero todavía es necesario capacitar a nivel institucional para identificar a las mujeres víctimas e intervenir en forma integral. A

nivel del área de la salud, es importante la captación para intervenir en forma oportuna y esto aún resulta una debilidad, ya que en los controles de salud se dedica poco tiempo a indagar sobre los factores sociales y en general no se sabe cómo responder. Se reconocen los avances de la política pública pero aún falta que se amplíe el número de los servicios que atienden directamente a las mujeres; respuestas de salida para las mujeres que solventen su economía y que esta no sea la limitante para el desvínculo con el agresor (como por ejemplo la oferta laboral para las mujeres que denuncien) y la atención integral de salud, tanto para mujeres víctimas como para sus hijos que han presenciado la violencia en el hogar, que ayuden a disminuir el impacto de la violencia.

A modo de conclusión el presente trabajo puso en evidencia una vez más que la violencia contra la mujer es un importante factor de riesgo que afecta el normal crecimiento y desarrollo de los niños. Asimismo, permite exponer la forma en que conjugan dos temas de agenda pública como es el género y la primera infancia. Es primordial promover la convivencia saludable en las familias y trabajar en equidad de género desde la primera infancia. Para esto es necesario establecer una política intersectorial que promueva la igualdad de derechos y atienda en forma integral a las víctimas de violencia.

Agradecimientos

A las familias de que participaron del proyecto Canelones Crece Contigo, a su equipo técnico por el apoyo

y la confianza depositada en esta investigación, y al Instituto Social del MERCOSUR por permitir la posibilidad de publicar este trabajo.

Referencias

- Aerts, D., Drachler, M. L., Giugliani, E. R. (2004). Determinants of growth retardation in Southern Brazil. *Cad Saude Publica.*, 20(5), 1182-90.
- Amugongo, S. K., & Hlusko, L. J. (2014). Impact of maternal prenatal stress on growth of the offspring. *Aging Dis.*, 5(1), 1-16. 10.14336/AD.2014.05001
- Arcos, E., Uarac, M., Molina, I., Repossi, A., & Ulloa, M. (2001). Impacto de la violencia doméstica sobre salud reproductiva y neonatal. *Rev Med Chil.*, 129(12), 1413-1424.
- Bove, I. (2007). *Encuesta de crecimiento, desarrollo y salud materna en Canelones.*
- Buss, C., Entringer, S., Swanson, J. M., & Wadhwa, P. D. (2002). The Role of Stress in Brain Development: The Gestational Environment's Long-Term Effects on the Brain. *Cerebrum*, 2012:4.
- Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 359(9314), 1331-6.
- CNCLVD, & SIPIAV. (2014). Encuesta Nacional de Prevalencia sobre violencia basada en género y generaciones. <http://repositorio.mides.gub.uy:8080/xmlui/handle/123456789/362>
- CNCLVD. (2015). *Plan de Acción 2016-2019: Por una vida libre de violencia*

- de género, con una mirada generacional. http://www.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/uy_3201.pdf
- Comuna Canaria. (2010). *Plan estratégico canario 2010-2030*. Segundo avance.
- Copper, R. L., Goldenberg, R. L., Das, A., Elder, N., Swain, M., Norman, G... Meier, A. M. (1996). The preterm prediction study: maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than thirty-five weeks' gestation. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. *Am J Obstet Gynecol.*, 175(5): 1286-92. 10.1016 / s0002-9378 (96) 70042-x
- Cortés Moreno, A., & Avilés Flores, A. L. (2011). Factores demográficos, crianza e historia de salud: vinculación con la nutrición y el desarrollo infantil. *Universitas Psychologica*, 10 (3), 789-802.
- Cortés Moreno, A., Romero Sánchez, P., & Flores Torres, G. (2006). Diseño y validación inicial de un instrumento para evaluar prácticas de crianza en la infancia. *Universitas Psychologica*, 5(1), 37-50. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672006000100004&lng=en&tlng=es
- Dewey, K. G., & Begum, K. (2011). Long-term consequences of stunting in early life. *Matern Child Nutr.*, 7(3), 5-18.
- Ellsberg, M., Jansen, H. A., Heise, L., Watts, C. H., & García-Moreno, C. (2008). WHO Multicountry Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*, 371(9619), 1165-72.
- Gisladdottir, A., Harlow, B. L., Gudmundsdottir, B., Bjarnadottir, R. I., Jonsdottir, E., Aspelund, T.... Valdimarsdottir, U. A. (2014). Risk factors and health during pregnancy among women previously exposed to sexual violence. *Acta Obstet Gynecol Scand.*, 3(4), 351-8.
- Grantham-McGregor, S., Bun Cheung, Y., Cueto S., Glewwe, P., Richter, L., Strupp, B. (2007). International Child Development Steering Group. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*, 369(9555), 60-70. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60032-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60032-4)
- Gray, T. R., Eiden, R. D., Leonard, K. E., Connors, G. J., Shisler, S., & Huestis, M. A. (2010). Identifying prenatal cannabis exposure and effects of concurrent tobacco exposure on neonatal growth. *Clin Chem.*, 56(9), 1442-50.
- Hackett, M., Melgar-Quinonez, H., & Álvarez, M. C. (2009). La inseguridad alimentaria en los hogares asociada con baja talla y bajo peso en niños preescolares de Antioquia, Colombia. *Rev Panam Salud Publica.*, 25(6), 506-10.
- Hwang, S. H., Hwang, J. H., Moon, J. S., Lee, D. H. (2012). Environmental tobacco smoke and children's health. *Korean J Pediatr.*, 55(2):35-41.

- Islam, T. M., Tareque, M. I., Tiedt, A. D., & Hoque, N. (2014). The intergenerational transmission of intimate partner violence in Bangladesh. *Glob Health Action*, 23(7), 23591.
- Kane, R. J. (2011). The ecology of un healthy places: violence, birthweight, and the importance of territoriality in structurally disadvantaged communities. *Soc Sci Med.*, 73(11), 1585-92.
- Kathryn, M., Yount, K. M., DiGirolamo, A. M., Ramakrishnan, U. (2011). Impacts of domestic violence on child growth and nutrition: a conceptual review of the pathways of influence. *Soc Sci Med.*, 72(9):1534-54.
- Kim, J., & Lee, J. (2013). Prospective study on the reciprocal relationship between intimate partner violence and depression among women in Korea. *Soc Sci Med.*, 99, 42-8. 10.1016/j.socscimed.2013.10.014.
- Kramer, M. S. (2013). The epidemiology of adverse pregnancy outcomes: an overview. *J Nutr.*, 133(2):1592S-1596S.
- Maldonado, M. (2008). Fenómenos de la “programación” in utero: efectos del alto nivel de estrés y de la desnutrición durante el embarazo. *Perinatol Reprod Hum.*, 22, 26-35.
- Monge-Rojas, R., Gríos-Dávila, C., Elizondo-Ureña, A. M., & Rojas-Chavarría, A. (2003). Physical, psychological, emotional, and sexual violence during pregnancy as a reproductive-risk predictor of low birthweight in Costa Rica. *Rev Panam Salud Pública*, 14(2), 75-83.
- Muraro, A. P., Gonçalves-Silva, R. M., Moreira, N.F., Ferreira, M.G., Nunes-Freitas, A. L... Sichieri, R. (2014). Effect of tobacco smoke exposure during pregnancy and preschool age on growth from birth to adolescence: a cohort study. *BMC Pediatr.*, 10, 14:99.
- Murphy, D. J., Mullally, A., Cleary, B. J., Fahey, T., Barry, J. (2013). Behavioural change in relation to alcohol exposure in early pregnancy and impact on perinatal outcomes a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.*, 16(13), 8.
- Nunes, M. A., Ferri, C. P., Manzolli, P., Soares RM, Drehmer, M., Buss, C., Giacomello, A... Schmidt, M. I. (2010). Nutrition, mental health and violence: from pregnancy to postpartum Cohort of women attending primary care units in Southern Brazil-ECCAGE study. *BMC Psychiatry*, 31, 10:66.
- OMS. (2005). *Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women* Departamento Genero, Mujer y Salud. Ginebra: OMS; 2005.
- Patra, J., Bakker, R., Irving, H., Jaddoe, V. W., Malini, S., Rehm, J. (2011). Dose-response relationship between alcohol consumption before and during pregnancy and the risks of low birthweight, preterm birth and small for gestational age (SGA)-a systematic review and meta-analyses. *BJOG.*, 118(12):1411-21.
- Romano, S. (2010). Violencia de género en la pareja. Aportes para su evaluación en la consulta psiquiátrica de mujeres. *Rev Psiquiatr Urug*, 74(1), 45-66.
- Salazar, M., Högberg, U., Valladares,

- E., & Persson, L. Å. (2012). Intimate partner violence and early child growth: a community-based cohort study in Nicaragua. *BMC Pediatr.*, 12(82). <https://doi.org/10.1186/1471-2431-12-82>
- Sanchez, S. E., Alva, A.V., Diez Chang, G., Qiu, C., Yañez, D., Gelaye, B., Williams, M. A. (2013). Risk of spontaneous preterm birth in relation to maternal exposure to intimate partner violence during pregnancy in Peru. *Matern Child Health J.*, 17(3), 485-92.
- Science of Early Childhood Development. (2007). Science of Early Childhood. Development. <https://www.scienceofecd.com/>
- Semba, R. D., Pee, S., Sun, K., Sari, M., Akhter, N., & Bloem, M. W. (2008). Effect of parental formal education on risk of child stunting in Indonesia and Bangladesh: a cross45 sectional study. *Lancet*, 371(9609), 322-8.
- Sobkoviak, R. M., Yount, K. M., & Halim, N. (2012). Domestic violence and child nutrition in Liberia. *Soc Sci Med.*, 74(2), 103-11.
- Soto, E., Bahado-Singh, R. (2013). Fetal abnormal growth associated with substance abuse. *Clin Obstet Gynecol.*, 56(1):142-53.
- Stacks, A. M., Beeghly, M., Partridge, T., & Dexter, C. (2011). Effects of placement type on the language developmental trajectories of maltreated children from infancy to early childhood. *Child Maltreat.*, 16(4), 287-99.
- Surkan, P. J, Kennedy, C. E., Hurley, K. M., & Black, M. M. (2011). Maternal depression and early childhood growth in developing countries: systematic review and metaanalysis. *Bull World Health Organ*, 89(8),608-15. 10.2471/BLT.11.088187
- Tharp, A. T., Simon, T. R, & Saul, J. (2012). Preventing violence against children and youth. *J Safety Res*, 43(4):291-8.
- Uauy, R. (2009). *Impacto del crecimiento y desarrollo temprano sobre la salud y bienestar de la población*. https://eva.udelar.edu.uy/pluginfile.php/813380/mod_folder/content/0/libro%20T.%20Barker_Crecimiento%20y%20desarrollo.pdf?forcedownload=1
- Ziaei, S., Naved, R.T., & Ekström, E.C. (2014). Women's exposure to intimate partner violence and child malnutrition: findings from demographic and health surveys in Bangladesh. *Matern Child Nutr.*, 10(3), 347-59.

Violence and its impact on the growth and development of children

Abstract: The aim of this study is to identify if children living at homes where there is violence against women, have an increased risk of growth retardation and developmental disturbances after the intervention of CCC project in 2011-2012.

Cross sectional study, descriptive and analytical of 205 women. The main variables are violence against women, delayed growth and development. Growth was assessed by WHO patterns, and Development was assessed with a screening tool from the Pontifical University of Chile. The strength of association and the risk was estimated through multivariate logistic regression binary model and expressed by odds ratio (OR: 95%).

11.7% of women experience some form of domestic violence. Women exposed more often had an emotional state of risk ($p < 0.001$), greater food insecurity ($p = 0.038$), smoking ($p = 0.004$), drug use ($p < 0.001$) and worst parenting practices ($p < 0.001$). Birth weight (Violence = 2754 ± 711 ; Nonviolence = 3116 ± 521 ; $p = 0.004$) as well as the length of gestation (Violence = 37.4 ± 2.8 ; Nonviolence = 38.6 ± 1.6 ; $p = 0.005$) were significantly lower. 25% of the children of women exposed to violence showed growth retardation at the end of the program; this figure fell to 4.4% in unexposed children. The score Z height/age (violence = -1.0 ± 1.4 ; Nonviolence = -0.043 ± 1.3) and head circumference/age (Violence = -0.17 ± 1.0 ; Nonviolence = 0.43 ± 1.3) were significantly lower. The children of victims of violence have a four times greater risk of growth retardation OR: 4.39 (95% CI 1.12 to 17.26) compared to unexposed children. Half of children exposed to violence showed delayed language development (50% Violence; Nonviolence 6.9%; $p = 0.01$). These children showed 44 times more chances of presenting language delay OR: 44 (95% CI 3.44 to 562.10) compared to those who did not suffer violence.

Violence against women is a major risk factor that affects the normal growth and development of children. It is vital to promote healthy coexistence, to work on gender equality and to establish an intersectoral policy that promotes equal rights and comprehensively treats victims of violence.

Keywords: domestic violence, growth retardation, language delay.

Resumen biográfico

Cynthia Dinora Gómez Alfonso

Licenciada en Nutrición por la Universidad de la República. Magíster en Nutrición por la Universidad Católica del Uruguay. Posgrado de Herramientas para el Estudio del Comportamiento Alimentario del Consumidor. Supervisor en el Proyecto Canelones Crece Contigo, Uruguay.

Como citar este artículo

Gómez Alfonso, C. D. (2019). Violencia en el crecimiento y el desarrollo de los niños. *Revista MERCOSUR de políticas sociales*, 3, 122-138. <https://doi.org/10.28917/ism.2019-v3-122>