



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos

“Las Víctimas Invisibles”
Afectación psicológica en menores expuestos a
violencia de género

Tesis doctoral presentada por:

M^a VICENTA ALCÁNTARA LÓPEZ

Co-Dirigida por:

CARMEN GARCÍA MONTALVO

Profesora titular Departamento Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos

JUAN JOSÉ LÓPEZ GARCÍA

Profesor titular Departamento Psicología Básica y Metodología

CONCEPCIÓN LÓPEZ SOLER

Profesora titular Departamento Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos

Murcia, Octubre 2010

Esta investigación se ha realizado en colaboración con el **Instituto de la Mujer de la Región de Murcia**, a través del Decreto n.º 256/2009, de 31 de julio, que regula la concesión directa de Subvención a la “Asociación para el Desarrollo de la Salud Mental en la Infancia y Juventud, *Quiero Crecer*”, para la puesta en marcha del *Servicio de Atención Psicológica a menores Víctimas de Violencia de Género*.

Agradecimientos

Muchas personas han hecho posible la realización de este trabajo, quisiera expresar mi agradecimiento a tod@s ellos/as. En primer lugar a mis directores, por la paciencia, el interés y la dedicación que han mostrado durante la realización de este trabajo, por guiarme en el camino y animarme cuando caía en la desesperación.

A mi familia por su apoyo incondicional, en especial a mi hermana y a mi madre, por ser un ejemplo de esfuerzo, dedicación y pasión por el trabajo, sin ellas no lo habría logrado. A mi hermano por estar siempre ahí cuando más lo necesito, a mi padre por hacerme luchar por los propósitos en la vida, y a mi abuela por la vitalidad y la fuerza que me transmite. A mi prima Maria, por todos esos momentos que no hemos podido compartir, aunque siempre te he estado acompañando.

También doy las gracias a mis amig@s Laura, Ana, Azahar, Miriam, Isabel, Javi y Miguel por las llamadas, los mensajes de ánimo, por ser siempre un gran apoyo, y sobre todo, por confiar en mí.

A mis compañeros de trabajo, Visi, Jean Carlos, Macarena, Oscar, Nancy, Vanesa, Ana y Mari, por los abrazos, las conversaciones frenéticas y la fuerza que me han dado durante este tiempo.

En especial, quiero expresarle mi gratitud a mi compañera y amiga Mara, porque todo este tiempo y esfuerzo no habría sido igual sin ella al lado, por hacerme sentir bien día a día y ponerle tanta voluntad a nuestro trabajo.

Por último, y no por ello menos relevante, doy las gracias a tod@s los niños/as que cada día muestran confianza en mí, por abrirme su corazón, su imaginación y fantasía, porque su valor para enfrentarse a los problemas los convierte en un ejemplo para todo@s, por el deseo de que algún día no se tengan que escribir libros como este. Por ellos/as y para ellos/as he dedicado todo mi esfuerzo e ilusión.

*A mi madre
... por un sin fin de razones*

Índice

INTRODUCCIÓN GENERAL	1
PRIMERA PARTE: FUNDAMENTACION TEORICA	
Capítulo 1	
UNA APROXIMACION A LA VIOLENCIA DE GÉNERO	7
1.1 La familia	10
1.2 El maltrato en la infancia	13
1.3 Tipos de maltrato infantil	15
1.3.1 Maltrato físico	16
1.3.2 Negligencia física	18
1.3.3 Maltrato emocional	19
1.3.4 Abuso sexual	20
1.4 La violencia familiar	24
1.4.1 La violencia de género	25
1.5 Prevalencia e incidencia	29
1.5.1 Maltrato físico, emocional y negligencia	30
1.5.2 Violencia de género	34
1.5.3 Exposición de niños/as a violencia de género	37
1.6 Una mirada hacia los/as niños/as: La ley de protección integral	40
Capítulo 2	
CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS	43
2.1 Consecuencias generales	46
2.2 Consecuencias específicas	52
2.2.1 Problemas externalizantes	52
2.2.1.1 Problemas de conducta o del comportamiento	54
2.2.1.2 Agresividad	55
2.2.1.3 Violencia en las relaciones de pareja	56
2.2.1.4 Conductas oposicionistas-desafiantes antisociales y delictivas	60
2.2.1.5 Ira/hostilidad	61
2.2.2. Problemas internalizantes	62
2.2.2.1 Ansiedad	63
2.2.2.2 Depresión	67
2.2.3 Funcionamiento cognitivo	72
2.2.4 Trastorno del aprendizaje y del desarrollo	73
2.2.5. Problemas de adaptación psicosocial	74
2.2.6 Crecimiento	75
2.2.7 Salud	76
2.2.8 TraumaComplejo	77
2.3 Otros estudios en población Infantil	78
2.3.1 Sintomatología inter y externalizante	79
2.3.2 Ansiedad	87
2.3.3 Depresión	92

2.3.4 Ira y hostilidad	96
2.3.5 Adaptación Psicosocial	98
Capítulo 3	
FACTORES DE PROTECCIÓN	101
3.1 Factores moderadores	102
3.1.1 La edad	102
3.1.1.1 Bebés	103
3.1.1.2 Edad preescolar	104
3.1.1.3 Edad escolar	105
3.1.1.4 Adolescencia	106
3.1.2 Género	108
3.1.3 Naturaleza del conflicto	109
3.1.3.1 Contenido de la disputa entre los padres	110
3.1.3.2 Intensidad y duración de la disputa	110
3.1.3.3 Gravedad de la disputa	111
3.1.3.4 Exposición a otras formas de maltrato	112
3.2 Factores mediadores	117
3.2.1 Problemas en las madres	117
3.2.1.1 Estrés	119
3.2.1.2 TEPT	119
3.2.1.2 Depresión	120
3.2.1.2 Crianza	122
3.2.2 Estrategias de afrontamiento del menor	124
3.2.3 TEPT en los niños/as	126
3.3 Los factores protectores o de resistencia frente la adversidad	126
3.3.1 Factores personales del menor	129
3.3.2 Factores familiares y extrafamiliares	130
Capítulo 4	
MODELOS EXPLICATIVOS	134
4.1 Teoría del apego	135
4.2 Teoría del desarrollo	141
4.3 Teoría del aprendizaje social	144
4.4 Teoría del trauma	146
4.5 Teoría del trauma complejo	149
4.6 Teoría de la resiliencia	155
4.7 Teoría ecológica	157
Capítulo 5	
EVALUACION PSICOLOGICA	161
5.1 Evaluación de las características de la exposición	163
5.1.1 Características del entorno y de la situación familiar	167

5.2 Evaluación de las consecuencias en el niño/a	174
5.2.1 Entrevista psicodiagnósticas	174
5.2.2 Instrumentos generales de evaluación	180
5.3 Evaluación de las variables mediadoras	193
5.3.1 Características individuales	193

SEGUNDA PARTE: ESTUDIO EMPÍRICO

Capítulo 6

OBJETIVOS E

HIPÓTESIS

6.1 Objetivos	198
6.1.1 Objetivos generales de la investigación	199
6.1.2 Objetivos específicos	199
6.2 Hipótesis	200
6.2.1 Hipótesis sobre la afectación a nivel psicológico	200
6.2.2 Hipótesis sobre la relación de tipo de maltrato y los indicadores clínicos en los niños/as	201

Capítulo 7

MÉTODO

7.1 Participantes	202
7.1.1 Reclutamiento de la muestra	203
7.1.2 Características de la muestra	205
7.2 Diseño	206
7.3 Procedimiento	206
7.3.1 Instrumentos de evaluación	209
7.3.1.1 Entrevistas	210
7.3.2. Cuestionarios, inventarios y escalas	211
7.3.2.1. Inventario de evaluación del maltrato a la mujer por su pareja	212
7.3.2.2. Inventario de evaluación de maltrato a la infancia	213
7.3.2.3. Sintomatología internalizante y externalizante	214
7.3.2.3.1. Child behavior checklist (CBCL)	215
7.3.2.3.2. Youth self report (YSR)	217
7.3.2.4. State-trait anxiety inventory for children (STAIC)	219
7.3.2.5. Children's depression inventory (CDI)	223
7.3.2.6. Inventario de expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescentes ira/hostilidad (STAXI-NA)	226
7.3.2.7. Test autoevaluativo multifuncional de adaptación infantil (TAMAI)	230
7.3.2.8. The screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED-R).	236
7.3.2.9. Listado de indicadores de trauma complejo	237
7.4 Análisis de datos	239

Capítulo 8

RESULTADOS

8.1 Análisis de la fiabilidad	241
8.2. Análisis de los tipos de maltrato	242
8.2.1. Maltrato hacia las madres	243

8.2.2. Testimonio del hijo/a del maltrato a la madre _____	244
8.2.3. Maltrato directo del padre hacia el menor _____	244
8. 3. Indicadores clínicos generales _____	246
8.3.1. Child behavior checklist 1-5 Años _____	246
8.3.2. Child behavior checklist 6-18 Años _____	250
8.3.3. Youth self report _____	257
8.3.4 State-trait anxiety inventory for children _____	261
8.3.5 Children depression inventory _____	263
8.3.6. Inventario de expresión de ira estado-rasgo _____	266
8.3.7. Test autoevaluativo multifactorial de adaptación infantil _____	267
8.3.8 The screen for child anxiety related emotional disorders _____	272
8.3.9. Indicadores de trauma complejo _____	273
8.4. Correlaciones _____	276
8.4.1. Tipo de maltrato-Indicadores generales _____	276
8.4.1.1 Tipo de maltrato-CBCL 1 A 5 Años _____	276
8.4.1.2. Tipo de maltrato-CBCL 6 A 18 Años _____	278
8.4.1.3 Tipo de maltrato-STAIC _____	280
8.4.1.4 Tipo de maltrato-CDI _____	281
8.4.1.5 Tipo de maltrato-STAXI-NA _____	282
Capítulo 9	
DISCUSIÓN DE RESULTADOS _____	283
9.1 Discusión de hipótesis sobre la afectación psicológica en los niños/as _____	284
9.2 Discusión de hipótesis sobre la relación de tipo de maltrato y los indicadores clínicos en los niños/as _____	304
Capítulo 10	
CONCLUSIONES _____	308
REFERENCIAS	
BIBLIOGRÁFICAS _____	313
ANEXOS _____	369

INTRODUCCIÓN GENERAL

La violencia de género, entendida como *cualquier acto violento por razón del sexo que resulta, o podría resultar, en daño físico, sexual o psicológico o en el sufrimiento de la mujer, incluyendo las amenazas de realizar tales actos, coacción o la privación arbitraria de libertad, produciéndose éstos en la vida pública o privada*, es una de las formas de violencia que más atención social e institucional ha recibido en España en los últimos años, debido al impacto que ha producido en la sociedad. Numerosos informes publicados por distintos organismos destacan el aumento continuado de este tipo de violencia. Esta problemática social ha culminado entre otros con



la aprobación de diversas leyes y medidas que son contempladas dentro de un marco general de lucha por la protección de las víctimas.

Pero, la violencia de género como veremos a lo largo de este estudio, no solo afecta a las mujeres que son víctimas directas de ella, sino que además tiene una repercusión sobre los niños/as hijos/as de estas mujeres que conviven diariamente con este tipo de violencia.

En la exposición de motivos de la Ley Orgánica 1/2004 se habla del “*síndrome de mujer maltratada*”, reconociéndose, como se cita en el segundo apartado, que las situaciones de maltrato “*afectan también a los/as menores que se encuentran dentro de su entorno familiar...*”. Si bien, como indica Save the Children (2006), la ley no reconoce a los hijos e hijas que se desarrollan en este ambiente de violencia como lo que son: *víctimas* de la violencia de género.

Así, estimaciones realizadas a la baja calculan que alrededor de 3,3 millones de niños/as son testigos de esta violencia física y verbal al año en nuestro país (Farnós y Sanmartín, 2005). En población general de edad escolar, diversos autores indican que entre un 20 y un 25% de los niños/as han visto a sus padres pegarse (McCloskey y Walker, 2000). Otras estimaciones acerca de la envergadura de este problema social serán expuestas en el capítulo uno, tanto a nivel mundial como en nuestro país.

Como indican diversos estudios, la exposición a la violencia doméstica tiene un efecto negativo significativo y cuantificable en el funcionamiento del/a niño/a, en relación con los niños/as de familias no violentas (Colmenares, Martínez y Quiles, 2007; Christopoulos et al., 1987; Edleson, 1999; Margolin y Gordis, 2000; Wolak y Finkelhor, 1998), y puede tener repercusiones negativas graves en el desarrollo emocional, social, cognitivo y académico, y puede acarrear dichas dificultades hasta la vida adulta. Los problemas psicológicos que más se han asociado con la exposición a la violencia doméstica, son: ansiedad (Christopolous et al., 1987), depresión (Sternberg et al., 1993), agresión (Jaffe, Wolfe, Wilson, y Zak, 1986), estrés postraumático (TEPT) (Marr, 2001) y baja autoestima (Hughes y Barad, 1983); aunque sin coincidencia entre los diferentes estudios en el patrón de relaciones. Además, algunas investigaciones informan que los hijos/as de mujeres maltratadas son considerablemente inferiores a sus iguales en las áreas de competencia



social, rendimiento escolar, actividades y deportes organizados, y participación social (Adamson y Thompson, 1998; Rossman, 1998; Wolfe, Zak, Wilson, y Jaffe, 1986; Wolfe y Mosk, 1983). Otros autores indican que también es causa de absentismo escolar y de trastornos en el aprendizaje del lenguaje (Costa, 2003).

Si la violencia de género ya tiene de por sí efectos adversos en los menores expuestos, las investigaciones llevadas a cabo en los últimos 25 años han puesto de manifiesto la existencia de una estrecha asociación entre la violencia doméstica o de género y maltrato infantil. Edleson, (1999) y Mestre et al., (2006), encontraron que esta co-ocurrencia se daba entre un 30% y un 60% de los casos evaluados. De este modo se confirma la premisa de que dentro de la estructura familiar jerárquica, los ejes de desequilibrio lo constituyen el género y la edad, siendo las mujeres y los/as niños/as las principales víctimas de la violencia intrafamiliar (Patrón y Limiñana, 2005). Los datos sobre infancia maltratada en el ámbito familiar confirman la tendencia de que las niñas son principales víctimas de los maltratos, y que la distancia respecto a los niños aumenta año tras año.

Se han desarrollado numerosos artículos con respecto a las diferencias género, si bien los resultados son inconsistentes. Algunos estudios informan de niveles más altos de problemas internalizantes en las niñas que en los niños (Christopolous et al., 1987; Holden y Ritchie, 1991) o ambos mayores (internalizantes y externalizantes) en las niñas (por ejemplo, Spaccarelli, Sandler, y Roosa, 1994; Moore y Pepler, 1998), mientras que otros estudios indican que los chicos muestran más problemas externalizantes que las niñas (por ejemplo, Jouriles y Norwood, 1995; Wolfe, Jaffe, Wilson, Kaye, y Zak, 1988; Wolfe, Jaffe, Wilson, y Zak, 1985), o no han podido encontrar diferencias de género (por ejemplo, Jaffe et al., 1986; Jaffee, Moffitt, Caspi, Taylor y Arsénault, 2002; Levendosky, Huth-Bocks, Semel y Shapiro, 2002; O'Keefe, 1994). Las investigaciones más relevantes sobre la afectación de los niños/as expuestos a violencia doméstica serán descritos en profundidad a lo largo del capítulo 2.

No obstante, otros estudios realizados de hace décadas, no encontraron diferencias en el ajuste de los hijos/as de mujeres maltratadas frente a niños/as de familias no



violentas (Hershorn y Rosenbaum, 1985; Rosenbaum y O'Leary, 1981). En este sentido, entender por que algunos menores no desarrollan dificultades a pesar de vivir en familias en las que se ha producido violencia interparental es una tarea de suma relevancia para la comunidad científica, y requiere un examen del riesgo, vulnerabilidad y factores de protección que existen tanto en los niños/as, como en sus familias y sus comunidades. Con el fin de explicar este fenómeno se han desarrollado diversos estudios que evalúan como median determinados factores en el desarrollo de problemas psicológicos en los niños/as como veremos en el capítulo 3. Del mismo modo y partiendo de la epistemología, en el capítulo 4 serán descritas las teorías explicativas sobre los efectos adversos de la exposición a la violencia de género en los niños/as.

En muchos casos las dificultades para realizar estudios sobre la influencia de la violencia de género son numerosas. La privacidad e intimidad en la que tiene lugar este tipo de violencia, y el sesgo y la distorsión que puede presentar la información que dan las personas que rodean al menor, dificultan la obtención de indicadores precisos acerca de su prevalencia, características y posibles consecuencias (Medina, 2002). Por otro lado, en nuestro país no disponemos de instrumentos de medida adecuados, de protocolos de evaluación específicos, aptos para nuestro contexto y validados por la comunidad científica, lo que afecta tanto a la detección de los casos, como en la valoración del riesgo y la prevención. Así, se ha estimado que más del 70% de los casos de violencia doméstica no son detectados (Siendones et al., 2002). Por ello, en el capítulo 5 del presente estudio se ofrece un protocolo de evaluación que abarca las áreas que se han podido ver afectadas por la violencia doméstica, así como una valoración de la gravedad del maltrato hacia la mujer, de la exposición del niño/a, y del maltrato directo al menor. Acompañado de diferentes instrumentos con los que realizar la evaluación desde diferentes perspectivas: la del menor, la de la familia y la de la comunidad.

Concluiremos el presente trabajo con el estudio empírico realizado en una muestra de 140 menores expuestos a violencia intrafamiliar que acudieron al Servicio de Atención Psicológica de hijos/as de Mujeres Maltratadas, desarrollado por la Asociación Quiero



Crecer gracias a la subvención concedida por el Instituto de la Mujer de la Región de Murcia (IMRM).

La creciente conciencia de cómo la exposición de la mujer al maltrato puede afectar a sus hijos/as no había sido igualada hasta ahora por el desarrollo de programas especializados de evaluación e intervención para estos/as menores, siendo el presente trabajo un referente en esta línea. Desde el inicio de esta investigación se puso de relieve que estos niños/as están en riesgo de presentar un número importante de alteraciones y trastornos emocionales y, sin embargo, reciben desproporcionadamente pocos servicios desde Salud Mental (Rosenbaum y O'Leary, 1981). En el capítulo 6 se describen las características del estudio, los objetivos y las hipótesis, y en el capítulo 7 los resultados obtenidos. A lo largo del capítulo 8 se compararán los resultados con otros estudios y con las hipótesis planteadas, para finalizar, en el capítulo 9, con las conclusiones más relevantes derivadas de esta investigación.



Primera Parte: Fundamentación teórica



Capítulo 1

UNA APROXIMACIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO

A partir de la aportación de Selye (1956), con su teoría del estrés como una respuesta no específica del organismo ante las demandas hechas sobre él conocida como “*Síndrome General de Adaptación*”, ha habido numerosas propuestas sobre los efectos que los sucesos adversos o *Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE)* tienen en las personas. Las características de los estímulos o situaciones estresantes, y su valor potencial para provocar reacciones o cambios en la estabilidad física y/o psicológica del ser humano, han sido valoradas con el fin de determinar las consecuencias de los mismos.



Así, se desarrolla el concepto de “*Unidades de Cambio Vital, LCU*” (Holmes y Rahe, 1967), para estimar el efecto potencial que los sucesos vitales estresantes tienen sobre la salud, entendiendo por éstos, acontecimientos o situaciones que implican unas condiciones negativas, o que demandan un cambio en las actividades y condiciones habituales para la persona que lo experimenta.

La cantidad y cualidad del acontecimiento o situación estresante determina que unos sucesos vitales impliquen más cambio que otros, es decir, más unidades de cambio, determinando el potencial estresante.

La intensidad de estrés que demanda el suceso vital puede variar según sea extraordinario y extremadamente traumático, o bien, un suceso menor de baja intensidad de estrés pero cotidiano. En ambos casos, lo que determina la respuesta del organismo ante él, no son sólo las unidades de cambio vital que demanda, sino que, para entender el impacto sobre la persona hay que tener en cuenta variables psicológicas, esencialmente de tipo cognitivo, que van a mediar entre los estímulos y las respuestas de estrés. En esta línea, Lazarus desarrolló su *Perspectiva Interaccional* (Lazarus y Folkman, 1984), en la cual propone que, ante un acontecimiento estresante las personas realizan una evaluación primaria, que determina su valor de amenaza, daño/pérdida, desafío o beneficio, y a continuación llevan a cabo una evaluación secundaria, sobre la controlabilidad del estímulo y los recursos disponibles para afrontarlo.

Los procesos cognitivos que median entre las demandas y los recursos personales para hacer frente a las mismas, son de gran importancia en la resolución del conflicto generado.

Otras características de los AVE, relevantes para determinar su impacto son: la duración, la frecuencia, la cantidad, la intensidad y la predictibilidad de los mismos. Así, a mayor duración, frecuencia y cantidad, y a menor predictibilidad, mas impacto negativo pueden tener sobre la persona, prediciendo el nivel de estrés. Atendiendo al origen de los acontecimientos, éstos pueden ser: naturales (inundaciones, terremotos, etc.) o humanos (terrorismo, maltrato, violación, etc.), en general, que el daño sea provocado por otra



persona, mas en el caso de que se mantengan vínculos afectivos con la misma, puede agravar la reacción de estrés.

Si en cualquier época del desarrollo de la persona, la presencia de acontecimientos estresantes o situaciones vitales adversas es importante en relación a la salud física y psicológica, durante la infancia su impacto puede ser dramáticamente significativo, ya que no va a afectar a un ser humano biológica, psicológica y socialmente maduro, sino a un ser humano en una fase de desarrollo que requiere ciertas condiciones externas de estabilidad y protección (López-Soler, 2008). Por ello, cuando un menor sufre unas condiciones de crianza inadecuadas o claramente negativas, los efectos en su desarrollo como persona pueden ser muy graves, comprometiendo a un gran número de variables psicológicas, la maduración del sistema nervioso y neuroendocrino (Kolk, 2003), y generando graves problemas de adaptación. En este sentido, las características del desarrollo cognitivo y afectivo en cada fase evolutiva impone claros límites, siendo fundamental la guía y protección de los adultos responsables del menor, ya que en gran medida el significado de los sucesos en los niños/as y sus reacciones, van a depender de los significados que sus cuidadores atribuyan al suceso y de sus reacciones ante el mismo (López-Soler, 2008).

Las reacciones ante situaciones vitales adversas o acontecimientos naturales catastróficos son muy variadas y complejas. Depende de las características de fuentes diferentes: condiciones específicas del suceso, momento particular en el que se produce, ambiente cultural y social, fase evolutiva, etc. Pero en general, se consideran normales las siguientes reacciones ante un evento estresante grave: tristeza, ansiedad, enfado, comportamiento alterado y otras dificultades menores, que perturban durante un breve periodo de tiempo. Estas reacciones transitorias son muy frecuentes en los niños/as y su superación, estabilidad o agravamiento depende en gran medida de la actitud de los padres o cuidadores para hacer que los/as hijos/as sientan protección y seguridad (Dyregrov y Yule, 2006).



1.1. LA FAMILIA

Según el artículo artículo 16 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, el artículo 10 de los Pactos Internacionales de Derechos Económicos y Sociales, y el 23 de los Derechos Culturales Civiles y Políticos la familia es la *unidad grupal natural básica de la sociedad*.

La Convención de los Derechos del Niño cita en su preámbulo el supuesto de que la familia es el entorno natural para el crecimiento y bienestar de todos sus miembros, en particular de los/las niños/as, reconociendo así que es la familia la que tiene una mayor capacidad para protegerlos, promoviendo en este sentido lo necesario para su desarrollo y seguridad física y emocional.

La privacidad y la autonomía de la familia son valoradas en todas las sociedades, y el derecho a una vida privada y familiar, a tener hogar y correspondencia está garantizado en los instrumentos internacionales de derechos humanos¹.

Si bien, como ya apuntaban Gelles y Strauss en 1979, *la familia es la institución más violenta de nuestra sociedad*, ya que, como indican las familias tienen *licencia para pegar*. Estos autores consideraban como única excepción a esta peculiar sentencia, el ejército, en tiempos de guerra, y el matrimonio, en muchas ocasiones.

Strauss identificó determinadas características que apoyan el hecho de que la familia sea el entorno más violento, indicando a su vez, que esas mismas son las que pueden tornarlo como el más favorable, cálido y seguro, destaca entre ellas: las relaciones estrechas y duraderas entre sus miembros, el carácter no objetarial de las mismas, el hecho de que en numerosas ocasiones haya ganadores y perdedores, el entrometimiento de unos y otros miembros en los asuntos de los demás, y las diferencias de edad y de sexo.

Por otro lado, se considera a la familia como el entorno mas violento, debido al hecho de que tradicionalmente se respeta la *privacidad* de esta *institución*, así la familia en la sociedad es considerada *la más privada de todas las esferas privadas*.

¹ Véase artículo 8 del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales y el artículo 17 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.



Sin embargo, los derechos de los/as niños/as no terminan en la puerta del hogar familiar, ni tampoco acaban ahí las obligaciones que tienen los Estados de garantizarles tales derechos (Pinheiro, 2006).

En las últimas décadas, se ha reconocido y documentado que la violencia contra menores ejercida por los padres y otros miembros cercanos de la familia – física, sexual y psicológica, así como la desatención deliberada – es un fenómeno menos infrecuente de lo que se creía. Desde la infancia temprana hasta los 18 años de edad, los/as niños/as son vulnerables a variadas formas de violencia en sus hogares. Los agresores son diferentes de acuerdo con la edad y madurez de la víctima, y pueden ser los padres, padrastros, padres de acogida, cuidadores, hermanos y otros miembros de la familia.

A pesar de que cualquier acto violento que se produzca supone una trasgresión de los derechos tales como la salud, la libertad, y la integridad física y psíquica de las personas, no se denuncia esta pandemia hasta la mitad del siglo XX, por parte de distintos grupos sociales y académicos (De los Santos y Sanmartín, 2005). Como indican estos autores, es en el año 1960 cuando se describen por primera vez las características que presentan los menores maltratados físicamente, dándose a conocer como el “*Síndrome del Niño Apaleado*”; posteriormente en 1970 el maltrato a la mujer es reconocido como un problema social, y en 1980 se empieza a hablar del maltrato a los ancianos.

Actualmente, se considera que la mayoría de los abusos suceden dentro del círculo familiar (Save the Children, 2005), sabemos que la violencia física hacia los niños/as es ejercida dentro de este seno, y que normalmente no causa daños físicos visibles de carácter permanente o grave. Sin embargo, a veces la violencia ejercida contra niños/as muy pequeños dentro de la familia causa daños permanentes e incluso la muerte. Como indica Flodmark (2004), el “*Síndrome del Bebé Sacudido*” es un tipo de maltrato hacia los/as bebés consistente en sacudirlos repetidamente que, a menudo, trae consigo heridas en la cabeza y lesiones cerebrales graves.

Pero la violencia contra los niños/as en muchos casos se puede producir como parte de la disciplina, bajo la forma de castigos físicos, crueles o humillantes (Durrant,



2005). A sí mismo, la desatención favorece la mortalidad y la morbilidad de los/as pequeños (Pinheiro, 2006).

Si bien, la violencia de género no es contemplada como un tipo de maltrato directo hacia los niños/as por muchos autores, otros por el contrario, lo consideran un tipo de maltrato emocional (De los Santos y Santamaría 2005), debido a las consecuencias que genera, y a las situaciones altamente estresantes que de él se derivan.

Como destacan diversos autores, la violencia doméstica es un factor de desequilibrio para la salud mental tanto de las víctimas como de los que conviven en este ambiente (AAFP Home Study Self Assessment, 1996; Campbell, Snow, Dienemann, 2002; Sasseti, 1993; Stringham, 1999), como los niños/as. En este tipo de situaciones la controlabilidad de los menores sobre la situación es muy baja, los recursos limitados, y la capacidad de respuesta depende, en muchos casos, de la relación establecida con los progenitores, el ambiente o figuras de apoyo, y las características físicas y psicológicas del niño/a. Así, se ven inmersos en un ambiente familiar caótico donde no solo no se les proporcionan apoyo y seguridad, sino que se les genera miedo, incertidumbre e impotencia. Además, la puesta en marcha de estrategias o recursos de afrontamiento poco tiene que ver con el cese de la situación estresante, quedando prácticamente anulada la capacidad de modificar la misma, derivando en una situación de *indefensión aprendida*, esto es, haga lo que haga las cosas seguirán igual.

Los niños/as expuestos a violencia de género no sólo se enfrentan a la violencia entre sus padres, sino que, como aportan diversas investigaciones, tienen muchas más posibilidades de sufrir maltrato directo (UNICEF, 2006), lo que agrava las condiciones en las que se encuentran.

Por otro lado es importante destacar que en numerosas ocasiones la salud mental de la madre víctima de violencia de género se ve deteriorada, quedando restringido el apoyo emocional que ofrece a sus hijos/as, produciéndose problemas para proporcionar los cuidados básicos que precisan, por lo que, a menudo se pueden generar además situaciones de negligencia.



Por tanto, los hijos/as de mujeres víctimas de violencia de género son víctimas también de esa violencia, y como tales deben ser atendidos y contemplados por el sistema de protección. Por los motivos expuestos hasta ahora y debido, a que estos niños/as se encuentran en un ambiente que justifica, legitima y desencadena la violencia, como parte de las relaciones afectivas y personales, los menores interiorizan un modelo negativo de relación que daña su desarrollo (Save the Children, 2008).

En resumen, los datos recogidos por los diferentes organismos e instituciones encargadas del cumplimiento de los derechos de los niños/as, así como organizaciones e investigadores independientes, concluyen que la familia supone el contexto en el que más riesgo tiene un menor de sufrir violencia.

Con el fin de entender que conductas abarca la misma, a continuación se exponen las características del maltrato infantil intrafamiliar y sus principales tipos; para pasar a continuación a describir el fenómeno de la exposición de los niños/as a la violencia de género.

1.2. EL MALTRATO EN LA INFANCIA

Como se ha comentado anteriormente no es hasta 1960 cuando se habla del maltrato infantil. En concreto Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller, y Silver (1962), fueron quienes acuñaron el término de *Síndrome del Niño Maltratado* en el cual se exponían las características que presentaban estos menores. La noticia sobre este síndrome tuvo gran impacto a nivel social, debido a que los autores lo describieron especificando que se trataba de niños/as agredidos principalmente por sus propios padres o cuidadores. A partir de ahí se empieza a investigar este problema social y se generan las primeras definiciones.

En esta línea, la Convención de los Derechos de los Niños de Naciones Unidas (1989), recogía en su artículo 19, la definición de maltrato infantil como: *“Toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquier otra persona que le tenga a su cargo”*.



Gracias al desarrollo de numerosos estudios y a la toma de conciencia del maltrato infantil como un problema social, actualmente hay disparidad de definiciones sobre el mismo, que varían en función del contexto en el que se formulan. Autores, grupos de investigación e instituciones internacionales y nacionales, gubernamentales y no gubernamentales, han aportado multitud de definiciones. Se destaca la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (1999), que define el maltrato infantil como *cualquier forma de daño físico y/o emocional, abuso sexual, negligencia o cualquier forma de trato negligente, comercial u explotación, que resulta en el daño actual o potencial a la salud, supervivencia o desarrollo de la dignidad, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.*

Analizando las aportaciones sobre la definición de maltrato, se observa que algunas de ellas se centran en los comportamientos o acciones que realizan los adultos, mientras que otras, utilizan como criterio principal la realización de daño o amenaza hacia el menor (Straus, 1979; Straus, Kinard, y Williams, 1995; Straus y Hamby, 1997; Straus y Gelles, 1990; Straus, 1998). Así, algunos expertos consideran como maltratados a aquellos niños/as que han sido dañados, aunque sea inadvertidamente por los padres, mientras que otros requieren que el daño producido al niño o la niña sea intencionado (Ketsela y Kedebe, 1997; Madu y Peltzer, 2000; Shumba, 2001; Youssef, Attia y Kamel, 1998).

Pero es cierto que, cualquier enfoque global del maltrato infantil debe tener en cuenta los diferentes estándares y expectativas de comportamiento de las culturas de todo el mundo. Como sabemos, la cultura ayuda a definir los principios que se aceptan en torno a la crianza y el cuidado de los hijos/as. De este modo, existen distintas normas sobre lo que son prácticas adecuadas de crianza infantil dependiendo de los diferentes contextos culturales. Bien sabidos son los ejemplos de numerosos países respecto al cumplimiento y defensa de los derechos humanos en general, y de los derechos del niño/a en particular. Algunos investigadores han sugerido que las reglas o conceptos sobre la crianza en las distintas culturas pueden diferir hasta tal punto de que el acuerdo sobre qué prácticas son abusivas o negligentes pueden ser extremadamente difícil de alcanzar (Facchin et al., 1998; National Research Council, 1993). No obstante existe un acuerdo general, de que el



maltrato infantil no se debe permitir, y prácticamente unanimidad en lo que concierne a las prácticas disciplinarias extremadamente duras o el abuso sexual (Bross et al., 2000).

Debido a la complejidad de la definición de maltrato infantil, y con el fin de realizar una propuesta integradora, se han determinado los elementos básicos para el establecimiento de una adecuada definición de maltrato infantil. Perea et al., (2001) reconocen varios: (1) La *Identificación del agresor*, esta determina si el perpetrador es una persona, una institución, o la sociedad en su conjunto; (2) La *Forma de agresión*, si se trata de acción u omisión en contra del bienestar de un/a niño/a; (3) El *Lugar* donde ocurre la agresión, especifica que el maltrato puede ocurrir dentro o fuera del hogar; (4) La *Intencionalidad*, ésta establece que la intención es una condición obligada en el fenómeno del maltrato; (5) La *Etapas* de la vida involucrada, que describe que el daño puede ocurrir antes y/o después del nacimiento; (6) El *Tipo* de lesión, considera las diversas formas de maltrato como física, sexual, emocional, etc., y por último, (7) La *Amplitud* de la definición, que evalúa si la definición es comprensible, muy extensa o escueta.

Resumiendo, por maltrato se puede entender *cualquier acción voluntariamente realizada- es decir, no accidental- que dañe o pueda dañar física, emocional o sexualmente a un menor, o cualquier omisión que prive a un menor de la atención necesaria para su adecuado bienestar y desarrollo* (De los Santos y Sanmartín, 2005, pág. 258).

1.3. TIPOS DE MALTRATO INFANTIL

Del mismo modo que existen diversas definiciones de maltrato infantil, encontramos una gran variedad de tipologías del mismo. Si bien, hay que destacar, que existe un alto nivel de comorbilidad entre los diferentes tipos de maltrato, que hace que los casos puros sean menos frecuentes (Belsky, 1993). Aunque exista esta comorbilidad, que explica que se puedan presentar varios tipos de maltrato infantil simultáneamente, éste se puede clasificar en cuatro grandes categorías: (1) Maltrato Físico, (2) Abuso Sexual, (3) Negligencia o Abandono, y (4) Maltrato Psicológico o Emocional (Cicchetti y Carlson, 1989).



Otros autores distinguen dos formas principales: el tipo directo y el indirecto. Entendiendo por *maltrato directo* aquel que sufren los niños/as en primera persona; y por *maltrato indirecto* el que aparece como consecuencia de determinadas condiciones, sin que la acción u omisión se dirija directamente al/la menor.

A continuación se exponen las cuatro clasificaciones generales de maltrato infantil.

1.3.1 MALTRATO FÍSICO

Entendemos por *maltrato físico* toda acción de carácter físico, voluntariamente realizada, que provoque o pueda provocar lesiones físicas o enfermedad en el menor o le coloque en situación grave de padecerlo. Las formas en las que se puede provocar son muy diversas: lesiones cutáneas (equimosis, heridas, hemorragias, escoriaciones, escaldaduras, quemaduras, mordeduras, alopecia traumática), fracturas, zarandeado, asfixia mecánica, intoxicaciones, etc.

Hay que destacar el *Síndrome de Münchhausen por poderes*, considerado un tipo de maltrato físico, y que se produce cuando los padres provocan o inventan síntomas orgánicos o psicológicos en sus hijos/as que les llevan a someterlos a exploraciones, tratamientos y/o ingresos hospitalarios con el fin de asumir el rol de paciente a través del menor, aumentando la dependencia y vulnerabilidad de éste hacia los padres precisando de ellos mayores cuidados.

Los indicadores físicos más comunes del maltrato físico en el niño/a son: (a) Magulladuras o moratones en rostro, labios o boca, en zonas extensas del torso, la espalda, nalgas o muslos; en diferentes fases de cicatrización o con formas no normales, agrupados o con formas o marcas del objeto con el que ha sido producida la agresión; (b) Quemaduras con formas definidas de objetos concretos o de cigarrillos o puros, o con indicadores de haber sido realizadas por inmersión en agua caliente; (c) Fracturas de nariz o mandíbula o en espiral de los huesos largos; (d) Torceduras o dislocaciones; (e) Heridas o raspaduras en la boca, labios, encías y ojos o en la parte posterior de los brazos, piernas o torso; (f) Señales de mordeduras humanas, claramente realizadas por un adulto y reiteradas; (g) Cortes o



pinchazos; (h) Lesiones internas, fracturas de cráneo, daños cerebrales, hematomas subdurales, asfixia y ahogamiento.

Para la correcta identificación de la presencia de maltrato físico ha de cumplirse al menos uno de los siguientes requisitos: (1) Como mínimo en una ocasión se ha detectado la presencia de al menos uno de los indicadores. Las lesiones físicas no son "normales" en el rango de lo previsible en un niño/a de su edad y características, bien por su mayor frecuencia o intensidad, o por ser lesiones aparentemente inexplicables o no acordes con las explicaciones dadas por el niño/a y/o los padres; (2) No se ha percibido claramente ninguno de los indicadores señalados, pero hay un conocimiento certero de que el niño/a ha padecido alguna de las lesiones físicas indicadas como resultado de la actuación de sus padres/tutores; o hay un conocimiento certero de que los padres/tutores utilizan un castigo corporal excesivo o palizas hacia el niño/a.

Para que estos dos tipos de acciones sean calificadas como maltrato físico, deberían estar presentes los siguientes factores: (1) La intensidad de la reacción del padre/madre no se corresponde con la gravedad del comportamiento del niño/a; (2) La disciplina que utilizan los padres o cuidadores no es apropiada o no está en concordancia con las necesidades del niño/a en función de su edad y/o nivel de desarrollo; (3) Parece que el padre/madre no controló su reacción cesando el castigo; (4) Además de lo expuesto anteriormente, el niño/a presenta una reacción de tensión emocional no justificada.

Existen distintos niveles de gravedad del maltrato físico, dependiendo del nivel de lesiones físicas que este produce, sin tener en cuenta las consecuencias psicológicas, así se distingue entre: (a) *Leve*, el maltrato no ha provocado en ningún momento lesión alguna en el/la niño/a, o el niño/a ha sufrido un daño/lesión mínima que no ha requerido atención médica; (b) *Moderado*, el maltrato ha provocado en el/la niño/a lesiones físicas de carácter moderado o que han requerido algún tipo de diagnóstico o tratamiento médico y el/la niño/a presenta lesiones en diferentes fases de cicatrización/curación; (c) *Severo*, el/la niño/a ha requerido hospitalización o atención médica inmediata a causa de las lesiones producidas por el maltrato. Y el/la niño/a padece lesiones severas en diferentes fases de cicatrización.



1.3.2 NEGLIGENCIA FÍSICA

Se entiende por *negligencia física* la desatención temporal o permanentemente de las necesidades del niño o niña -estas son, alimentación, vestido, higiene, educación y/o cuidados médicos- o de los deberes de guarda y protección, referida a la protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas.

Para poder indicar la existencia de negligencia física, deben presentarse uno o varios de los siguientes indicadores de manera reiterada y/o continua: (a) *Alimentación inadecuada* en cantidad y frecuencia de la misma; (b) *Vestido impropio*, la ropa que viste el menor es inadecuada al tiempo atmosférico. E/la niño/a no va bien protegido/a del frío; (c) *Higiene*, el menor va constantemente sucio, existe escasa higiene corporal; (d) *Cuidados médicos*, hay una ausencia o retraso importante en la atención médica de los problemas físicos o enfermedades necesidades y ausencia de asistencia las citas sobre cuidados médicos rutinarios; (e) *Supervisión*, el niño/a pasa largos periodos de tiempo sin la supervisión y vigilancia de un adulto. Se producen repetidos accidentes domésticos claramente debidos a la falta de supervisión por parte de los padres/cuidadores del niño/a; (f) Las condiciones higiénicas y de seguridad del hogar que son peligrosas para la salud y seguridad del niño/a; y (g) *Área educativa*, el menor falta de manera injustificada y frecuente a la escuela.

Existen distintos niveles de gravedad según el grado de desatención que los padres o cuidadores ejercen sobre el menor, así se diferencia entre: (1) *Leve*, se produce la conducta negligente, pero el/la niño/a no padece ninguna consecuencia negativa a nivel de desarrollo físico o cognitivo, o en sus relaciones sociales; (2) *Moderado*, el/la niño/a no ha padecido lesiones o daño físico como consecuencia directa de la conducta de sus padres/tutores y no requiere, por tanto, atención médica; sin embargo, la conducta parental negligente es causa directa de situaciones de rechazo hacia el niño/a tanto en escuela, como en el grupo de iguales, o en otros contextos en los que interactúa el menor; (3) *Severo*, el/la niño/a ha padecido lesiones o daño físico como consecuencia directa de la conducta negligente de sus padres/tutores, habiéndose requerido atención médica por ello, o la falta de supervisión parental ha determinado que el niño/a presente retrasos



importantes en su desarrollo –a nivel intelectual, físico, social u otros- que requieren atención o tratamiento especializado.

El *Abandono* se clasificaría como un tipo de maltrato por negligencia constituyendo su forma mas grave, ya que consiste en la delegación total de los padres/tutores del cuidado del niño/a en otras personas, con desaparición física y desentendimiento completo de la compañía y cuidado del menor.

1.3.3 MALTRATO EMOCIONAL

El *maltrato emocional* se define como la falta persistente de respuesta a las señales, expresiones emocionales, y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el/la niño/a, así como la falta de iniciativa de interacción y contacto, por parte de una figura adulta estable que provoque o pueda provocar en el/la niño/a deterioro en su desarrollo emocional, social e intelectual.

Para poder indicar la existencia de negligencia psíquica/emocional debe presentarse al menos una de las situaciones que se describen a continuación de manera reiterada y/o continua, y su presencia ha de ser claramente perceptible, entre estas situaciones o conductas por parte de los padres cuidadores se destacan:

(a) Ignorar, situaciones en las que hay una ausencia total de disponibilidad de los padres hacia el niño/a, o cuando éstos se muestran inaccesibles e incapaces de responder a cualquier conducta del niño/a. En este sentido el maltrato emocional se caracteriza por diferentes conductas en función de la edad del/la niño/a, así, (1) de cero a dos años, el maltrato emocional lo constituye la no provisión de respuesta a las conductas sociales espontáneas del niño/a; (2) de dos a cuatro años, frialdad y falta de afecto en el tratamiento de los padres al niño/a, no participación en las actividades diarias del niño/a; (3) edad escolar, caracterizado por el fracaso en proteger al niño/a de las amenazas externas o no intervenir en favor de éste aun sabiendo que necesita ayuda; (4) adolescencia, renuncia por parte de los padres al rol parental y ausencia total de interés por el/la joven. Continuando con las conductas que denotan este tipo de maltrato encontramos: (b) Rechazo de atención psicológica, negativa de los padres/tutores a iniciar un tratamiento de algún problema



emocional o conductual del niño/a, existiendo acceso a un recurso de tratamiento que ha sido recomendado por profesionales competentes; (c) Retraso en la atención psicológica, los padres/tutores no proporcionan o buscan ayuda psicológica para resolver una alteración emocional o conductual del niño/a ante una circunstancia extrema en la que es evidente la necesidad de ayuda profesional (por ejemplo, depresión severa, intento de suicidio).

Existen distintos niveles de gravedad en función de la frecuencia e intensidad con la que se dan estas conductas, se distingue entre (1) Leve, las conductas de negligencia psíquica no son frecuentes y/o su intensidad es baja, el/la niño/a no presenta secuelas negativas a nivel emocional como consecuencia de dichas conductas; (2) Moderado, las conductas de negligencia psíquica son frecuentes y generalizadas, se puede indicar una falta importante de atención al niño/a en momentos determinados y/o ante problemas concretos de éste; no obstante, hay aspectos positivos importantes en el trato y cuidado emocional que los padres proporcionan al niño/a. La situación emocional del niño/a ha recibido un daño significativo, teniendo dificultades para funcionar adaptativamente en varios de los roles normales para su edad; y (3) Severo, las conductas de negligencia psíquica son constantes y su intensidad elevada. El niño/a no tiene acceso emocional o de interacción a los padres. La situación emocional del niño/a presenta un daño severo como consecuencia de esta situación y su desarrollo se encuentra seriamente comprometido necesitando el/la niño/a atención y/o tratamiento especializado.

1.3.4 ABUSO SEXUAL

El *abuso sexual* comprende cualquier clase de contacto sexual de un adulto con un niño/a, donde el primero posee una posición de poder o autoridad sobre el/la niño/a. El/la menor puede ser utilizado para la realización de actos sexuales o como objeto de estimulación sexual. Desde el punto de vista psicológico, el acuerdo en los criterios necesarios para que se produzca un abuso sexual agrupa dos condiciones: (1) una relación de desigualdad de poder, edad o madurez entre el agresor y la víctima, y (2) la utilización de la víctima como objeto sexual (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).



El abuso sexual comprende distintos tipos de conductas, estas se dividen (1) dependiendo de la relación entre la víctima y el abusador, se distingue entre: (a) Incesto, comprende aquel contacto físico sexual protagonizado por una persona que mantiene una relación de consanguinidad lineal con el niño/a -padre, madre, abuelo, abuela, hermano, tío o sobrino- o adultos que estén cubriendo de manera estable el rol parental, por ejemplo, padres adoptivos; (b) Violación o paidofilia, supone contacto físico sexual protagonizado por cualquier persona adulta no incluida en el apartado anterior; (c) Hemofilia o comercio sexual con menores (Sánchez, 2003).

En función de tipo de contacto sexual se distingue: (1) Abuso sexual sin contacto físico, en este se recoge el exhibicionismo, las solicitudes al niño/a de implicarse en una actividad sexual sin contacto físico, el enseñar y/o hablar con el niño/a acerca de material pornográfico, y (2) Abuso sexual con contacto físico, implica tocamientos incluidos caricias de los genitales del niño/a, coito, intentos de penetración vaginal, oral y/o anal.

Existen distintos niveles de gravedad: (1) *Leve*, indica un abuso sexual sin contacto físico, protagonizado por una persona ajena a la familia del niño/a, que ha tenido lugar en una sola ocasión, y donde el menor dispone del apoyo de sus padres/tutores; (2) *Moderado*, supone un abuso sexual sin contacto físico, protagonizado por una persona ajena a la familia del niño/a, que ha tenido lugar en varias ocasiones, y donde el menor dispone del apoyo de sus padres/tutores; y (3) *Severo*, este nivel de gravedad comprende el incesto -con o sin contacto físico-, y la violación. Al igual que en el maltrato emocional el maltrato sexual puede producirse por *omisión* si no se atienden a las necesidades del menor, por ejemplo si no se le protege en el área de la sexualidad, no dándole credibilidad, desatendiendo la demanda de ayuda, lo que en general se conoce como *el consentimiento de forma pasiva*, que se da en muchos casos de maltrato infantil tanto como por parte de otros familiares como de profesionales vinculados con el desarrollo del menor. La gravedad y el impacto del maltrato infantil esta determinado no sólo del tipo, sino por variables tales como la intensidad, la frecuencia, la edad del menor, la relación con el agresor, y el modo en que se resuelve el problema (Arruabarrena y de Paúl, 1994).



De los Santos y Sanmartín (2005) señalan una serie de factores de riesgo, basándose en la teoría del modelo ecológico o ecosistémico del maltrato infantil (Jay Belsky, 1980), estos se dividen en:

- (a) *Factores individuales del agresor*, entre los que se encuentran: (1) factores biológicos que incluyen factores psicofisiológicos, problemas neuropsicológicos, problemas de salud física y trastornos mentales; (2) *factores cognitivos*, como problemas en el procesamiento de la información, falta de habilidades de crianza y falta de estrategias de afrontamiento del estrés; (a continuación se muestra un cuadro resumen con los mismos; (3) *factores afectivos*, entre los que se encuentran falta de autoestima, falta de empatía, afectividad negativa, consumo de sustancias tóxicas e historia de malos tratos en la infancia, entre otros.
- (b) *Factores individuales de la víctima*, como la edad, problemas de salud o minusvalías físicas o psíquicas y problemas de conducta.
- (c) *Factores familiares*, el que existan interacciones problemáticas entre padres e hijos/as y la *violencia de género*.
- (d) *Factores culturales* que incluye la creencia de que los hijos/as son propiedad de los padres, la creencia de que el castigo físico es adecuado para la educación y la creencia acerca de la privacidad de la familia; y, por último factores sociales como un bajo nivel educativo, condiciones de vivienda inadecuadas, situación de desempleo o trabajo precario y aislamiento social.

A continuación se muestra una tabla con los distintos tipos de factores de riesgo planteados por estos autores.



Tabla 1.1. Factores de riesgo en maltrato infantil

Factores individuales del agresor		
Factores biológicos	- Factores psicofisiológicos - Problemas neuropsicológicos	- Problemas de salud física - Trastornos mentales y de la personalidad
Factores cognitivos	- Problemas en el procesamiento de la información - Falta de habilidades de crianza de los hijos/as - Falta de estrategias de afrontamiento del estrés	
Factores afectivos	- Falta de autoestima - Falta de empatía - Afectividad negativa	- Otras psicopatologías - Consumo de sustancias tóxicas - Historia de malos tratos en la infancia
Factores individuales de la víctima		
	- Edad - Problemas de salud o minusvalías físicas o psíquicas	- Problemas de conducta
Factores familiares		
	- Interacciones problemáticas entre padres e hijos/as - <i>Violencia de pareja</i>	
Factores culturales		
	- Creencia de que los hijos/as son propiedad de los padres - Creencia de que el castigo físico es adorado para la educación - Creencia acerca de la privacidad de la familia	
Factores sociales		
	- Bajo nivel educativo - Desempleo o trabajo precario	- Viviendas inadecuadas - Asilamiento social

Como se señalaba al principio del apartado, diversos autores entienden que la violencia intrafamiliar, en particular la violencia de género, no debe ser incluida como una categoría de maltrato infantil, aunque, como se mencionaba, otros autores la consideran un tipo de maltrato emocional. Sin entrar en el terreno del debate planteado, a continuación se analizará este fenómeno en profundidad con el fin de que el lector saque sus propias conclusiones sobre si debería o no la violencia de género incluirse como un tipo de maltrato infantil.



1.4. VIOLENCIA FAMILIAR

La *violencia* es un fenómeno que siempre ha existido desde el inicio de la humanidad, y así, como sobre otros muchos fenómenos, se encuentran multitud de conceptualizaciones.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) recoge en su definición: *el uso intencional de la fuerza física o el poder contra uno mismo, hacia otra persona, grupos o comunidades, que tiene como consecuencias probables lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones del desarrollo, abandono e incluso la muerte.*

La violencia, como otro tipo de acción desarrollada por las personas, se clasifica en función de las características de aquellos que cometen dichos actos. Basándose en esto, la OMS (1999) distingue tres tipos: (1) Violencia dirigida a uno mismo, (2) *violencia interpersonal*, y (3) *violencia colectiva*.

La *violencia interpersonal* está dividida a su vez en dos subcategorías (OMS, 2002): (1) La *Violencia familiar y de pareja* y (2) la *Violencia comunitaria*. La *violencia familiar y de pareja* contempla la violencia ejercida entre los miembros de la familia y, por lo general aunque no exclusivamente, tiene lugar en el hogar. Incluye otras formas de violencia como: el abuso infantil, la violencia de pareja y el abuso o maltrato de ancianos. La *Violencia comunitaria*, es un tipo de violencia que sucede entre personas que no tienen relación, que puede o no que se conozcan entre sí; y generalmente, tiene lugar fuera del hogar. Incluye la violencia juvenil, los actos arbitrarios de violencia, violación o asalto sexual por parte de extraños, y la violencia institucional en establecimientos como escuelas, lugares de trabajo, prisiones y hogares de ancianos.

Centrándonos en la *violencia familiar*, por ser el interés del presente trabajo, entendemos por esta *todo acto de violencia que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada entre los miembros de una familia* (OMS, 2002). Corsi (1994) la define como *“cualquier forma de abuso, ya sea físico, psicológico o sexual, que tiene lugar en la relación entre los miembros de una familia”*.



El término violencia familiar se equipara con el de Violencia doméstica o conyugal², que se entiende como *toda violencia física, sexual o psicológica que pone en peligro la seguridad o el bienestar de un miembro de la familia; recurso a la fuerza física o al chantaje emocional; amenazas de recurso a la fuerza física, incluida la violencia sexual, en la familia o en el hogar. En este concepto se incluyen el maltrato infantil, el incesto, el maltrato de mujeres y los abusos sexuales o de otro tipo contra cualquier persona que conviva bajo el mismo techo* (Save the Children, 2008).

La *violencia de pareja* quedaría de este modo incluida en esta categoría, y es definida por Fernández-Alonso et al., (2005) como *aquellas agresiones que se producen en el ámbito privado en el que el agresor, generalmente hombre, tiene una relación de pareja con la víctima. Dos elementos deben tenerse en cuenta en la definición: la reiteración o habitualidad de los actos violentos, y la situación de dominio del agresor que utiliza la violencia para el sometimiento y control de la víctima*. Como indica Amor et al., (2001 a y b) la *violencia familiar* representa un grave problema social, tanto por su alta incidencia en la población como por las consecuencias psicopatológicas que produce en las víctimas (Organización de las Naciones Unidas, 1987).

Una vez definida la violencia y sus tipos pasamos a describir uno de los problemas actuales más importantes en nuestra sociedad (Olaya, Tarragona, de la Osa y Ezpeleta, 2008), la *violencia de género*.

1.4.1. VIOLENCIA DE GÉNERO

Tradicionalmente, en nuestra sociedad, inmersa dentro de la estructura familiar jerárquica actualmente predominante, los dos ejes principales de desequilibrio lo constituyen el *género* y la *edad*, siendo las mujeres, los niños/as y los ancianos las principales víctimas de violencia dentro de la familia (Patrón y Limiñana, 2005). Por otro lado, y debido a que las tasas de incidencia y prevalencia hasta la fecha indican que las principales víctimas de este tipo de violencia son mujeres, se desarrolló el término “*Violencia de Género*”, que hace

² En este texto se utilizarán indistintamente el término *violencia de género* y *violencia doméstica*, ya que violencia doméstica también se aplica de forma restrictiva al maltrato en la relación de pareja, en el cual, la mayoría de veces es el hombre el maltratador y la mujer la víctima.



referencia a *la violencia específica contra las mujeres, utilizada como instrumento para mantener la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres. Esta comprende la violencia física, sexual y psicológica incluidas las amenazas, la coacción, o la privación arbitraria de la libertad, que ocurre en la vida pública o privada y cuyo principal factor de riesgo lo constituye el hecho de ser mujer* (Fernández-Alonso et al., 2003).

Como se puede observar, los conceptos de *violencia de género* y *violencia doméstica* se superponen cuando se dan malos tratos hacia la mujer en el ámbito familiar (Save the Children, 2008). Aunque no exista una equivalencia total, en este sentido, en ámbitos no familiares tales como escolares, laborales y/o comunitarios, se producen múltiples acciones u omisiones con respecto a las mujeres por el simple hecho de serlo, ejemplos de ello son, sueldos más bajos con respecto a los hombres por el mismo desempeño laboral, menor pertenencia de bienes e inmuebles, menor acceso a salud, educación o derechos, ejemplos que podemos encontrar en numerosos países del mundo³.

El Consejo Europeo, siguiendo la Declaración de la Organización de Naciones Unidas (1993) sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, junto con la Plataforma para la Acción adoptada en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing (1995) propone una definición sobre la violencia de género como: *Cualquier acto violento por razón de sexo que resulta, o podría resultar, en daño físico, sexual o psicológico o en el sufrimiento de la mujer, incluyendo las amenazas de realizar tales actos, coacción o la privación arbitraria de libertad, produciéndose éstos en la vida pública o privada.*

Esta definición incluye, aunque no se limita, a las siguientes situaciones: (a) La Violencia que se produce en la familia o en la unidad doméstica, incluyendo, entre otras, la agresión física y mental, el abuso emocional y psicológico, la violación y abusos sexuales, el incesto, violación entre cónyuges, compañeros ocasionales o estables y personas con las que conviven; (b) Crímenes perpetrados en nombre del honor, mutilación genital y sexual femenina y otras prácticas tradicionales perjudiciales para la mujer, como son los matrimonios forzados; (c) Violencia que se produce dentro de la comunidad general, incluyendo, entre otros, la violación, abusos sexuales, acoso sexual e intimidación en el

³ Remitimos al lector a los Informes sobre Desarrollo humano que publica el Programa de Naciones Unidas Para el Desarrollo (PNUD), dependiente de la Organización de las Naciones Unidas (ONU).hdr.undp.org/es/



trabajo, en las instituciones o cualquier otro lugar, el tráfico ilegal de mujeres con fines de explotación sexual y explotación económica y el turismo sexual; (d) Violencia perpetrada o tolerada por el estado o sus representantes; y (e) Violación de los derechos humanos de las mujeres en circunstancias de conflicto armado, en particular la toma de rehenes, desplazamiento forzado, violación sistemática, esclavitud sexual, embarazos forzados y la trata con fines de explotación sexual y explotación económica” (Save the Children, 2008).

La violencia de género puede adquirir distintas formas entre las que destacan (1) La *Física*, que comprende lesiones corporales inflingidas de forma intencional, como golpes, quemaduras, agresiones con armas, etc.; la (2) *Psicológica*, como humillaciones, desvalorizaciones, críticas exageradas y públicas, lenguaje soez y humillante, insultos, amenazas, culpabilizaciones, aislamiento social, control del dinero, o el bloqueo en la toma de decisiones; y la (3) *Sexual*, que comprende aquellos actos que atentan contra la libertad sexual de la persona y lesionan su dignidad, como las relaciones sexuales forzadas, el abuso o la violación, entendidas dentro del marco de una relación sentimental.

La violencia de género comporta graves riesgos para la salud de las víctimas, tanto a nivel físico como psicológico, y afecta también a la salud del resto de componentes del hogar, en particular a los niños/as. Por ello, y como se ha expuesto con anterioridad, hoy día, existe la controversia de si la exposición a la violencia de género se debería considerar un tipo de maltrato infantil o no. Como indican Olaya, Tarragona, de la Osa y Ezpeleta (2008), algunos autores defienden la postura de no incluirla porque aumentaría en gran medida la presencia del mismo, y porque la definición del concepto *testigo de violencia doméstica* no está exenta de ambigüedades (Edleson, 1999; Keríg y Fedorowicz, 1999; Magen, Conroy, Hess, Panciera, y Levi, 2001). Otros defienden su inclusión, ya que, la exposición a la violencia de género se relaciona con consecuencias a nivel psicológico y conductual en los niños/as (Wolfe, Werkerle, y Scott, 1997). Espinosa-Bayal (2004) apuntan que gran parte de los problemas que se generan en el desarrollo, fruto de la exposición a la violencia, tienen su origen, tanto en las situaciones de tensión, negligencia o abandono a las que se ven sometidos por parte de padres o cuidadores, incapaces de satisfacer sus necesidades básicas en el clima familiar violento, como en el hecho de que en



muchos casos estos menores son también víctimas del maltrato activo, similar al que reciben sus madres.

El término *expuestos*, ha sido también fruto de controversia, en este sentido, actualmente se utiliza para referirse a los menores que viven en familias en las que existe violencia doméstica, si bien, este término sustituyó al de *testigos* que en principio se limitaba a la observación directa de la violencia de género, sin incluir los episodios en los cuales los menores escuchaban o experimentaban los resultados de la misma (Loise, 2009). Holden (2003) propone en esta línea, nueve tipologías de exposición: (1) exposición prenatal, (2) exposición en la que se participa, (3) la que se dan acciones de maltrato directo sobre el mismo, (4) la que ha estado relacionado con la situación que ha desembocado el episodio, (5) la que han observado por casualidad, (6) la exposición al hecho inicial, (7) la exposición como testigo ocular, (8) la exposición a las consecuencias, y (9) la exposición a comentarios sobre la misma, si bien esta clasificación resulta un tanto ambigua, la exposición a la violencia doméstica puede incluir desde ver o escuchar actos violentos, hasta la participación directa por ejemplo, tratando de intervenir o llamar a la policía, o experimentando las secuelas en la madre (Fantuzzo y Mohr, 1999).

Para concluir, tomamos el criterio del *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF), creado por la *Asamblea General de las Naciones Unidas* y el *Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia* en 1946. Este organismo considera como maltrato, no solo la violencia directa, sino también *los efectos indirectos de la violencia familiar sobre los niños/as*, basándose en diversos estudios que han destacado *los efectos psicológicos potencialmente adversos que tiene sobre los menores ser expuestos a situaciones violentas -tanto físicas como psicológicas- del padre hacia la madre* (UNICEF, 1999).



1.5. PREVALENCIA⁴ E INCIDENCIA⁵

La violencia contra la infancia se presenta bajo diversas formas, y depende de una amplia gama de factores, desde las características personales de la víctima y el agresor, hasta sus entornos culturales y físicos. Los datos en torno a la prevalencia e incidencia varían con respecto a las distintas fuentes de las que se obtienen. Por ello, se especifica que para la elaboración de este apartado se han consultado las estadísticas realizadas por distintos organismos e instituciones públicas y privadas, entre las que se encuentra: Ministerio de Igualdad⁶, Ministerio de Interior⁷, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Organización Mundial de la Salud⁸, Organización de las Naciones Unidas⁹, organismos de Protección del Menor, Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia¹⁰, así como diversos informes elaborados por organismos como UNICEF¹¹, Save the Children¹², y otras entidades e investigadores independientes que trabajan por y para el cumplimiento de los derechos humanos de los niños/as.

A continuación, se detallan los datos más relevantes obtenidos de las diversas fuentes citadas. En primer lugar, se exponen las estadísticas sobre prevalencia del maltrato físico y negligencia, considerando que la gran mayoría de estos conllevan el maltrato emocional, y en segundo lugar, se exponen las estadísticas sobre violencia de género y exposición de los menores a la misma.

⁴ Resultado de poner en relación el número de casos con la población objeto de estudio: mujeres mayores de 14 años.

⁵ Número total de casos.

⁶ Ministerio De Igualdad. Secretaría General de Políticas de Igualdad. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Información estadística del 1er semestre de 2010 (hasta 30 julio de 2010). Ministerio De Igualdad. Secretaría General de Políticas de Igualdad. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. www.migualdad.es/

⁷ Ministerio de Interior. Informes del sobre denuncias de violencia de género (2000-2010). www.mir.es/

⁸ Organización Mundial de la Salud. Informes sobre Política de Género e Infancia Maltratada. (OMS, 2000, 2002, 2006). www.who.int/es/

⁹ Organización de las Naciones Unidas. Informes sobre Derechos Humanos. (ONU, 1999, 2005). www.un.org/es/

¹⁰ Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. Informes estadísticos (revisados julio 2010). www.centroreinasofia.es/

¹¹ United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF, 2006). Diversos Informes sobre Violencia en niños (2004, 2006, 2007, 2008, 2009). www.unicef.org/

¹² Save the Children. Informes sobre el estado de los derechos y salud mental en la Infancia (2008), noticias de prensa (2009). www.savethechildren.es/



1.5.1 MALTRATO FÍSICO, EMOCIONAL Y NEGLIGENCIA

Desde tiempos remotos se tienen noticias de la existencia de castigos crueles y humillantes, de la mutilación genital femenina, de la desatención, del abuso sexual, del homicidio, y de otras formas de violencia contra los/las niños/as, pero hasta hace poco no se había puesto de manifiesto la gravedad de este problema a nivel mundial (Reza, Mercy y Krug, 2002).

Según la *Iniciativa Global para Acabar con Todo Castigo Corporal Hacia Niños y Niñas*¹³ - resumen de la legalidad del castigo corporal de los niños, 2006-, al menos 106 países no prohíben el uso del castigo corporal en la escuela, 147 no lo prohíben en los establecimientos alternativos de acogida, y hasta ahora sólo 16 países lo han prohibido en el hogar.

Diversas iniciativas que van desde el análisis estadístico a nivel internacional hasta la investigación para la adopción de medidas a nivel local, nos dan una idea más clara de la magnitud y gravedad del problema, en estas se expone que la gran mayoría de víctimas de maltrato intrafamiliar permanecen en el anonimato, en muchas ocasiones, ante el mutismo de su entorno social más próximo, siendo los casos que se dan a conocer los más graves, o los que por determinadas condiciones están en el punto de mira de los servicios sociales (De los Santos y Santamaría, 2005).

Aún así, los datos que se recogen a nivel mundial indican que alrededor de 40 millones de niños/as por debajo de la edad de 14 años sufren maltrato y negligencia (OMS, 2002), entre un 80% y un 98% de los/las niños/as sufren castigos corporales en el hogar, y que un tercio o más de ellos recibe castigos corporales muy graves (Pinheiro, 2006).

Los datos sobre maltrato de EEUU muestran que en este país, durante el año 2000 murieron una media de 4 menores al día por este motivo, en cifras generales unos 1.356 niños/as (Peddle, Wang, Díaz, y Reid, 2002), lo que supone un 1,87 niños/as por cada 100.000 menores, y estas cifras aumentaron en los últimos años un 5% (De los Santos y

¹³ Swedish International Development Corporation. “*Iniciativa Global para acabar con todo Castigo Corporal hacia niños y niñas*” (2009). www.endcorporalpunished.org.



Santamaría, 2005). Peddle y Wang (2001) calcularon que en 1999 el número de casos de maltrato confirmados fue de 1.070.000 niños/as, 15 víctimas por cada mil menores.

Según Sánchez-Meca, Rosa-Alcázar y López-Soler (2010), el maltrato físico es el más prevalente de los tipos de maltrato infantil, llegando a estimarse en 2002 unos 166.000 niños maltratados en Estados Unidos (U. S. Department of Health and Human Services, 2002).

En España, según el Ministerio de Interior, 2.614 menores fueron maltratados, mayoritariamente por sus padres, durante el 2001. En ese año murieron 19 niños/as, y en 2007, 16 menores víctimas de violencia doméstica¹⁴. Los datos aportados por uno de los estudios desarrollados por el instituto Reina Sofía para el Estudio de la Violencia afirman que 7 de cada 10.000 menores es víctima de malos tratos en la infancia por parte de sus padres u otros familiares.

Los informes sobre la incidencia de niños y niñas maltratados en nuestro país, que recogen los datos desde el año 2001 hasta el 2005¹⁵, muestran un aumento del número de casos significativo y progresivo en este periodo de tiempo.

Con respecto a sexo, se confirma la tendencia de que las niñas que siguen siendo las principales víctimas de los maltratos, y la distancia respecto a los niños sigue aumentando año tras año. En el año 2001, el 55% de las víctimas de maltrato fueron niñas y el 44% niños. En el año 2005, 4.077 víctimas de malos tratos fueron niñas (63,3%), frente a 2.361 niños (36,7%) (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2008).

Según el Informe del Instituto Reina Sofía (2007) la edad que mayores porcentajes presenta son los 13 años, seguido de menores de dicha edad.

La incidencia de menores maltratados por sus padres creció a su vez en un 112% de 2001 a 2004, si bien, el número de menores asesinados en el ámbito familiar decreció en un 15,79% en este mismo periodo, reduciéndose la incidencia a un 25%.

Como se ha señalado anteriormente, las estimaciones ofrecidas por los diferentes organismos se basan en las denuncias e intervenciones realizadas, lo que indica que,

¹⁴ Informe de Víctimas de Violencia doméstica y Violencia de Género del Consejo General del Poder Judicial (2007).

¹⁵ No se han publicado datos más actualizados desde este organismo.

probablemente, un gran número de casos pasa desapercibido ante los profesionales, sobre todo aquellas situaciones en las que el maltrato no deja lesiones físicas sino lesiones de tipo emocional (Sánchez-Meca, Rosa-Alcázar y López-Soler, 2010).

En consecuencia, el número de casos de abuso y maltrato infantil se estima que debe ser muy superior al registrado oficialmente, siendo la prevalencia real del maltrato infantil desconocida. La propia naturaleza del problema -que en gran número se produzca dentro de la propia familia, el miedo a la denuncia, la formación insuficiente de los profesionales, que el agredido sea un niño, etc.-, condicionan el conocimiento del número de casos.

Diferentes expertos asemejan la situación a la de un Iceberg (Morales y Costa, 1997; De los Santos y Santamaría, 2005), estimando que los casos detectados serían sólo una parte de los casos reales.

Gráfico 2: Los icebergs del maltrato (Morales JM, Costa M, 1997).



Como se ha comentado anteriormente, es muy frecuente que el maltrato infantil se de junto a situaciones de violencia de género. Estudios realizados en China, Colombia, Egipto, México, Filipinas y Sudáfrica, muestran que hay una estrecha relación entre la violencia contra las mujeres y la violencia contra los niños/as (Reza, Mercy y Krug, 2002).

Un estudio llevado a cabo en la India, detectó que la violencia doméstica en el hogar multiplica por dos el riesgo de violencia contra los/as menores (Hunter et al., 2000).



En la misma línea, UNICEF (2006) considera que los/as hijos/as de las mujeres que sufren malos tratos tienen quince veces más posibilidades de sufrir agresiones físicas y psicológicas directas por parte del padre, incluidos los abusos sexuales.

Carlson (2000), indica que la prevalencia de la exposición a violencia de género es difícil de estimar, ya que esta directamente relacionada con cuatro factores: (1) como la violencia en la pareja esta definida operacionalmente (específicamente si la definición incluye violencia *por parte* así como *a* la madre, (2) si incluye tanto abuso emocional como físico, (3) el marco temporal, el pasado año frente a la vida, y (4) el tipo de muestra estudiada.

A pesar de las dificultades en la estimación del número de menores que son expuestos a violencia de género y maltratados en el contexto familiar, distintas investigaciones llevadas a cabo en los últimos 25 años han puesto de manifiesto la existencia de esta estrecha asociación.

Autores como Edleson (1999) y Mestre et al., (2006), calcularon que entre el 30 % y el 60% de los casos evaluados sobre violencia de género incluían malos tratos a los hijos/as. Un estudio sobre la incidencia de violencia de pareja en Canadá (CIS, 2003; citado en Loise, 2009), informó que aproximadamente el 18% de los informes de maltrato infantil sobre Abuso Infantil y Negligencia implican la violencia de pareja como la principal forma de maltrato, encontrada en el 28% de los informes (Trocmé et al., 2005).

Datos más recientes dados a conocer por Save The Children (2009), estiman que en España hay 800.000 niños y niñas que sufren en sus hogares situaciones de malos tratos o de violencia de género. Corbalán y Patró (2003), realizaron un estudio sobre una muestra de mujeres maltratadas residentes en hogares de acogida, y encontraron que el 85% de los hijos/as fueron testigos de la violencia ejercida sobre sus madres, y de éstos, un 66,6% de presentaron también maltrato infantil, mayoritariamente físico y psicológico.

Otro estudio realizado en la comunidad valenciana con una muestra de 127 mujeres víctimas de violencia de género -76 con maltrato físico y 51 con emocional-, reveló que el 73,3% de los casos en los que se daba maltrato físico hacia la mujer, también se daba hacia los hijos/as, específicamente, un 5,3% de los niños/as eran víctimas de maltrato físico, y un



23,7% emocional. De los hijos/as de mujeres víctimas de maltrato emocional, un 74,5% eran maltratados, de éstos un 49% psicológicamente, 19,6% física y psicológicamente, y un 5,9% sufrían maltrato físico, psicológico y sexual. Estos datos comparados con los obtenidos en el grupo de control formado por 46 mujeres que no eran víctimas de este tipo de violencia, cobran importancia, ya que en este grupo solo un 2,2% de los hombres maltrataban a sus hijos/as (Blasco, Savall, Sánchez y Martínez, 2002).

Podemos concluir que la violencia de género supone un factor de riesgo para el maltrato infantil, por ello es imprescindible conocer los datos sobre la prevalencia de este tipo de violencia.

1.5.2 VIOLENCIA DE GÉNERO

La manifestación de la violencia contra las mujeres puede diferir en función del contexto económico, social y cultural, si bien, se considera un fenómeno universal

La OMS (2002), a partir de los datos recogidos a través de 48 encuestas de población realizadas en todo el mundo, concluye que entre el 10% y el 69% de las mujeres informan haber sido abusadas físicamente por una pareja íntima masculina en algún momento de su vida, algunos ejemplos son, el 29% en Canadá, el 10% en Paraguay, y el 69% en Managua y Nicaragua (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, y Lorenzo, 2002). Además, según este informe, varios tipos de abuso suelen coexistir en la misma relación. Estos datos, coinciden con los datos aportados por otros autores que señalan que una de cada tres mujeres ha sido golpeada, forzada a tener relaciones sexuales, o ha sido víctima de malos tratos durante su vida (García-Moreno, Heise, Jansen, Ellsberg, y Watts, 2005).

En Estados Unidos, aproximadamente el 44% de las mujeres son víctimas de violencia doméstica a lo largo de su vida (Thompson et al., 2006). Otros autores, hablan de que más de un 10% de las mujeres adultas en ese país son víctimas de violencia en sus relaciones de pareja (Strauss y Gelles, 1990). Las cifras que se exponen son orientativas, debido a que, la prevalencia de determinados tipos de violencia, como la psicológica es muy difícil de estimar (Adams, 2006).

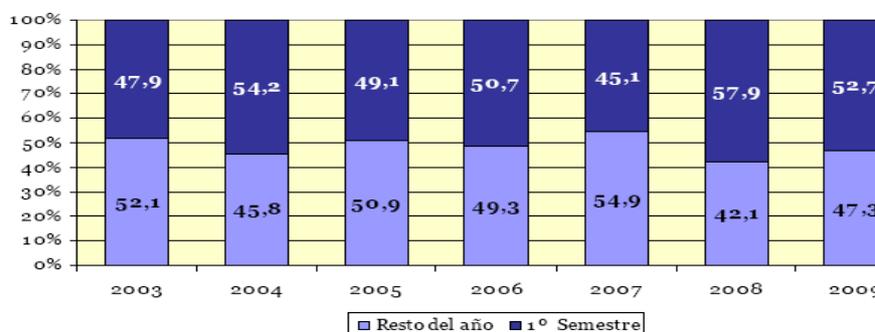


En nuestro país, en relación al número de femicidios¹⁶, el informe de marzo de 2010 del Centro Reina Sofía para el estudio de la Violencia¹⁷, muestra que la incidencia entre 2000 y 2009 fue de 629, lo que supone una media de 63 mujeres al año. Los femicidios por tanto, en términos absolutos han aumentado un 17,65% en este periodo de tiempo. Por Comunidades Autónomas, Andalucía, Cataluña y País Vasco son en las que mas casos se han producido. Por provincias, las que han registrado un mayor número han sido: Madrid, Barcelona, Valencia y Alicante.

Con respecto a la prevalencia una media de 3 mujeres por cada millón han sido asesinadas por su pareja al año, lo que en términos relativos supone un aumento de 2,42% en el periodo de 2000 a 2009. Además de Melilla y Ceuta (8 por millón y 7 por millón respectivamente), Canarias y Baleares (6 por millón y 5 por millón respectivamente) son las comunidades en las que se encuentra una mayor prevalencia de femicidios.

Por provincias las que registran un mayor número de femicidios son: Almería (7), Santa Cruz de Tenerife (7) y Tarragona (6). Sobre la nacionalidad de los femicidas, un 71,91% son españoles, y el 28,09% restante son extranjeros, procedentes principalmente de la Unión Europea y de países iberoamericanos. Sobre las víctimas se destaca que entre los 25 y 34 años han sido asesinadas una media de 17 mujeres, de las cuales el 71,04 % eran españolas frente al 28,96% que eran extranjeras. Al menos un 33% de ellas tenía historia de malos tratos previos, y un 22,73 había denunciado a su agresor. Sobre la relación con el agresor, un 45,86% eran cónyuges, y un 26,17% había roto la relación con el mismo.

Figura 1.2.: Víctimas mortales por violencia de género en España del 1 de enero al 1 junio de 2010.



¹⁶Mujeres asesinadas a manos de sus parejas o exparejas.

¹⁷Las fuentes para la obtención de datos han sido los medios de comunicación, los Cuerpos y Fuerzas de seguridad del estado y los juzgados encargados de la tramitación de los casos.



Como se puede observar en el gráfico, el número de víctimas por femicidio en el primer semestre de 2009 superó la cifra del resto del año, en el 2008 los datos fueron similares, encontrando que durante el 1º semestre se registraron más casos que en el resto del año. En 2007, 99 mujeres murieron a causa de este tipo de violencia y 30 menores quedaron h́erfanos de madre (Consejo General del Poder Judicial, 2008). En lo que va de año (hasta el 19 de septiembre de 2010), se han registrado 59 muertes por femicidio¹⁸.

Los datos obtenidos sobre la Comunidad Autónoma de Murcia (Informe del Ministerio de Igualdad del 1 de enero al 1 de junio de 2010)¹⁹, muestran que se realizaron 5.796 llamadas al dispositivo 016, que un total de 164 usuarias tienen teleprotección móvil, y se ha contabilizado 1 víctima por femicidio, si bien, los datos acumulados desde enero de 2003 recogen 22 víctimas mortales en nuestra comunidad.

El informe semestral del Ministerio de Igualdad²⁰ (2010) muestra que de las mujeres que realizaron llamadas al dispositivo 016²¹ facilitaron su estado civil 49.103, de ellas más de la mitad estaban casadas, un 52,3%, y el 15,0% manifestó tener pareja de hecho.

De estos datos se deriva que el 67,3% de las mujeres que llamaron en relación con una situación de violencia de género convive con su maltratador. La cifra de mujeres que facilitaron su estado civil y estaban separadas fue de 4.611, y la de divorciadas de 3.008; entre ambos colectivos representaban el 15,5% de las mujeres que llamaron y facilitaron su estado civil. El número de solteras fue de 8.274 (el 16,9%) y el de viudas de 181 (el 0,4%). De los 11.094 informes de mujeres que especificaron el tipo de maltrato, el 52,6% manifiesta haber sufrido un tipo de maltrato psicológico, el 6,9% maltrato físico y el 40,5% manifiesta haber sufrido ambos tipos de maltratos. Sobre si tenían hijos/as de 27.400 mujeres, 2.125 (el

¹⁸Datos obtenidos del Ministerio de Igualdad junto con noticias publicadas en los medios de comunicación.

¹⁹ Ver Anexo 1.

²⁰ Ver Anexo 2. Los datos de 2003 a 2005 proceden del Instituto de la Mujer, que se basa en la información facilitada por los medios de comunicación. Los datos a partir de enero de 2006 proceden de la propia Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, y recogen la información facilitada por las Delegaciones y Subdelegaciones del Gobierno y, desde su creación y cobertura, en 2007, de las Unidades de Coordinación y Unidades de Violencia contra la Mujer.

²¹Según el informe del Ministerio de Igualdad la confidencialidad con la que funciona este servicio no permite disponer de datos en relación con las personas que han llamado más de una vez. Por tanto cabe la posibilidad de que se haya contabilizado a algunas mujeres (y alguna de sus características sociodemográficas) más de una vez.



7,8%) manifestaron no tener hijos, 25.275 (el 92,2%) dijeron que tenían uno o más hijos, en concreto 13.088 tenían uno, 8.672 tenían dos hijos y 3.515 tenían tres o más hijos.

1.5.3 EXPOSICIÓN DE NIÑOS/AS A VIOLENCIA DE GÉNERO

Las estadísticas señalan que al menos en un 10,14% de los asesinatos producidos por violencia de género el agresor mató a su pareja en presencia de los hijos/as (Centro Reina Sofía para el estudio de la Violencia, 2007a). Durante el 2002, en el 8,5% de los femicidios estaban presente los hijos/as. En 2007, de los 30 menores que quedaron huérfanos de madre, 7 presenciaron el asesinato a manos de su progenitor. Según los datos de 2010 reflejados en el informe del Centro Reina Sofía, de los 33 casos que se han registrado en lo que va de año, más de la mitad tenían uno o más hijos/as.

Aunque estar presente en los femicidios es la forma más grave de exposición a la violencia de género para un niño/a, presenciar episodios de violencia doméstica no es infrecuente entre los menores (Huth-Bocks et al. 2001; Meltzer, 2009).

Así, se calcula que entre 133 y 275 millones de niños y niñas de todo el mundo son testigos de la violencia doméstica cada año²².

Otros estudios indican que aproximadamente uno de cada cuatro niños está expuesto a la violencia de pareja (Maxwell y Carroll-Lind, 1996). En población general de edad escolar, entre un 20% y un 25% de los niños/as han visto a sus padres pegarse (McCloskey y Walker, 2000). Para otros autores, la incidencia de niños y niñas expuestos a violencia entre los padres se encuentra entre el 10% y el 20% cada año (Carlson, 2000), este mismo autor en 1984 indicó que al menos 3,3 millones de niños y niñas de entre 3 y 17 años eran expuestos a este tipo de violencia al año.

En Estados Unidos, se estima que aproximadamente 10 millones de niños/as son testigos de violencia doméstica (McFarlane et al., 2003; Maxwell y Maxwell 2003; Sullivan,

²² Cálculo basado en datos de la División de Población de las Naciones Unidas para la población mundial menor de 18 años junto con estudios de la violencia en el hogar realizados entre 1987 y 2005. *Behind Closed Doors: The Impact of Domestic Violence on Children* (Londres: UNICEF and The Body Shop International Plc., 2006).



Egan, y Gooch, 2004), y que alrededor del 50% de estos niños/as están siendo investigados por servicios de protección a la infancia (Beeman, Hagemester, y Edleson, 2001). Otros autores hablan de que cada año, en ese país, más de tres millones de niños/as son testigos de violencia doméstica (Fantuzzo y Mohr, 1999). Además Wolack y Finkelhor (1998), indican que un importante número de niños/as son testigos de las agresiones sexuales que sufren las madres por parte de sus parejas. Un estudio más reciente, basado en una encuesta nacional realizada en este país, encontró que el 16,3% de los/las niños/as estadounidenses han estado expuestos a la violencia doméstica durante su vida (Laliberte, 2010). Finkelhor, Turner, Ormrod, y Hamby (2009), encontraron que en niños/as menores de 14 años o mayores de esa edad, más de uno de cada tres (34,6%) han estado expuestos a la violencia intrafamiliar. Spaccarelli, Sandler, y Roosa (1994), estimaron que había alrededor de 17,8 millones de niños y niñas expuestos a violencia doméstica. Rennison (2003), informó que en alrededor de la mitad de los incidentes de maltrato que se produjeron en los hogares durante un año, había un niño o niña menor de doce años presente, reflejando que aproximadamente 297.435 niños y niñas habían presenciado episodios violentos.

En el Reino Unido, aproximadamente 750.000 niños/as han sido testigos de violencia de género (Health Department of United Kingdom, 2002). En un estudio de prevalencia nacional en este país, de 2.869 adultos jóvenes, el 26% había sido testigo de violencia entre sus padres al menos una vez, y el 5% con mayor frecuencia (Cawson, 2002).

En Gales e Inglaterra, más de 34.000 niños/as pasan por los refugios de violencia doméstica al año (Rivett et al., 2006).

Algunos autores señalan que en nuestro país, alrededor de 3,3 millones de niños/as son testigos de este tipo de violencia, ya sea física o verbal (Farnós y Sanmartín, 2005). En el año 2006, un informe de UNICEF (Unicef Bodyshop, 2006), estimó que en España había 188.000 menores expuestos a la violencia doméstica.

Con respecto a la edad, los niños y niñas más pequeños tienen más probabilidades de ser testigo de violencia doméstica, debido a que la violencia de género a menudo ocurre por primera vez durante el embarazo (Fundación de Prevención de la Violencia Familiar,



2008). Los menores de 3 años además de tener más probabilidades de ser testigos de violencia de género, también son más propensos que los más mayores a experimentar abuso y negligencia, lo cual es también es un factor de riesgo para ser testigo de violencia (Borrego, Gutow, Reichert y Barker, 2008; Moffitt y Caspi, 1998). Otros estudios, indican que los menores de 6 años tienen un riesgo mayor que los de más edad de exposición a violencia (Fantuzzo, Boruch, Beriama y Atkins, 1997; Gjelsvik, Verhoek-Oftedahl y Pearlman, 2003).

Es indiscutible que aunque la mayor dimensión de la violencia ejercida en el ámbito familiar se concreta en la violencia de género inflingida a las mujeres, también otros miembros del grupo familiar en situación de debilidad, como los menores, son víctimas de la misma. Save The Children (2009), apunta que de los 800.000 menores que sufren en sus hogares situaciones de malos tratos o de violencia de género, 200.000 son hijos/as de mujeres que han recibido órdenes de protección, y se calcula que tan sólo el 4% del total reciben atención especializada.

Hay que tener en cuenta que estas estimaciones sobre la frecuencia e intensidad de la exposición de los menores a la violencia de género se basan casi exclusivamente en la información proporcionada por la madre víctima. De acuerdo con Carlson (2000), diversos investigadores han comparado los informes de los niños/as con los de los padres encontrando que los padres frecuentemente subestiman la naturaleza de la exposición de sus hijos/as (Edleson, 1999; Osofsky, 1998). En esta línea, un estudio informó de diferencias entre los informes de los/as niños/as y los de los padres, encontrando que en general los padres indicaban que los menores no habían observado algún tipo de abuso, y sin embargo los menores referían haber sido testigos de los mismos (O'Brien, John, Margolin y Erel, 1994). En este sentido se han formulado varias hipótesis (Carlson, 2000): (1) los padres pueden ignorar que los niños/as están cerca o pensar que están dormidos; (2) se pueden dar distorsiones cognitivas que evitan conocer que sus hijos/as están siendo expuestos a conflictos emocionalmente perturbadores, o (3) puede ser una respuesta defensiva ante la impotencia para controlar dichos episodios.



Si partimos de la premisa que los niños y niñas expuestos a violencia de género son víctimas del maltrato que sufren sus madres, entonces podemos concluir, a partir de las estadísticas mencionadas, que es mayor el número de niños y niñas víctimas de esta violencia, que las mujeres que la sufren (Save the Children, 2008).

1.6. UNA MIRADA HACIA LOS/AS NIÑOS/AS: LA LEY DE PROTECCIÓN INTEGRAL²³

La violencia contra las mujeres ha sido un fenómeno invisible durante décadas, reconociéndose en la II Conferencia Mundial sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer (1980) como “*el crimen más silenciado del mundo*”.

En 1993, la *Conferencia Mundial de Derechos Humanos* celebrada en Viena fue el marco donde se reconocieron los derechos de las mujeres como parte de los Derechos Humanos, y se indicó la necesidad de eliminar todas las formas de discriminación, ya que ésta impedía gravemente el goce de derechos y libertades en igualdad con el hombre.

En la actualidad, esta forma de violencia está recibiendo una gran atención social e institucional a nivel internacional debido al gran aumento que se ha producido.

España se suma a la lucha activa contra la violencia de género con la aprobación de la Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la *Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica*, así como con el *II Plan Nacional de medidas contra la violencia doméstica 2001/2004*, en el marco del *Observatorio Nacional de la violencia doméstica y de género*.

Aprobada por unanimidad de todos los grupos parlamentarios, la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, entró en rigor, defendiendo una serie de *Medidas de Protección Integral* contra la Violencia de Género.

Hasta aquí los no pocos esfuerzos realizados por la lucha contra la violencia de género. Si bien, quedan otras víctimas de este tipo de violencia fuera de toda actuación política, convirtiéndose en testigos del *crimen más silenciado de la historia*, nos referimos a ellos como: las *Victimas Invisibles* (Osofsky, 1995).

²³ Exposición de Motivos de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de *Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*.



Los menores que viven en hogares donde existe violencia de género han quedado relegados a un lugar secundario tanto políticamente, como en los estudios científicos tradicionales sobre la misma. En los últimos años, se han desarrollado multitud de investigaciones sobre mujeres víctimas de violencia machista en las cuales se reconoce que los niños/as que viven estas situaciones presentan problemas similares a los que se encuentran en los niños y niñas que sufren maltrato directo. La exposición de los menores a la violencia doméstica provoca consecuencias adversas, teniendo un gran impacto sobre el desarrollo psicológico y emocional.

Era por tanto una prioridad, el adoptar medidas específicas que atendieran las necesidades de estos menores. En esta línea, la Exposición de Motivos de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre de *Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*, nombra por primera vez a los hijos/as de las mujeres que sufren violencia de género, reconociendo que dichas situaciones afectan a estos menores, convirtiéndoles en víctimas directas o indirectas de esta violencia. Se apunta también que “*se compagine, en los ámbitos civil y penal, medidas de protección a las mujeres y a sus hijos e hijas, y medidas cautelares para ser ejecutadas con carácter de urgencia*”, así a través de varios artículos -5, 7, 14, 19.5, 61.2, 63, 65, 66-, además de en la Disposición Adicional 17, se les concede una serie de derechos con el fin de proporcionarles una *atención integral*.

Dos años más tarde de la aprobación de esta Ley Integral, se desarrollaron diversas actuaciones a nivel estatal, entre las que se encuentran, el *Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2006-2009*, aprobado el 16 de junio de 2006, y el *Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género 2007-2008*, aprobado por el Consejo de Ministros el 15 de Diciembre de 2006. En el primero de estos textos se reconoce que los menores que viven en entornos en los que se sufre violencia de género se encuentran en situación de *riesgo y desprotección social*, por lo que se proponen distintas medidas para mejorar el marco legislativo español con el objetivo de proteger a esos niños y niñas. Por su parte, el Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género 2007-2008, ratifica lo que la Ley Orgánica 1/2004 ya reconoció, que “*a través de los servicios*



sociales se garantiza a las mujeres víctimas de violencia de género y a los menores el derecho a la asistencia integral”.

En el presente año, se ha desarrollado el “*Protocolo Marco de Atención Especializada a menores expuestos a la Violencia de Género*”, con fecha 21 de Junio de 2010, y el objetivo de enmarcar las actuaciones dirigidas a atender integralmente a todas las víctimas de la violencia machista, reconociéndose como un derecho a cubrir las necesidades específicas de los/las niños/as que viven en entornos familiares donde existe este tipo de violencia. Se establecen, para ello, diferentes actuaciones que giran en torno a tres ejes de intervención: (1) Mejorar el conocimiento en torno a la realidad de estos menores con el fin de cuantificar su magnitud y conocer si los recursos existentes atienden sus necesidades, (2) Formar a los profesionales que intervienen en las situaciones de violencia de género y los que trabajan con los niños y niñas que viven este tipo de violencia, y (3) Prestar una atención especializada y garantizar el derecho a la asistencia social integral de estos menores desde el mismo momento de la formulación de la denuncia, protegiéndoles tanto física como emocionalmente de las situaciones de violencia.

En este sentido, la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, mediante Convenio de colaboración con el Ministerio de Igualdad -acuerdo del Consejo de Gobierno de fecha 29 de mayo de 2009-, contempla dentro de las actuaciones, el desarrollo de proyectos de intervención psicológica con menores hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género.

A través del Decreto n.º 256/2009, de 31 de julio, se regula la concesión directa de Subvención a la Asociación para el Desarrollo de la Salud Mental en la Infancia y Juventud, *Quiero Crecer*, para la puesta en marcha del *Servicio de Atención Psicológica a menores Víctimas de Violencia de Género*, gracias al cual este trabajo ha sido posible.

Se trata de un gran paso que permitirá sentar las bases para el desarrollo de una estructura sólida en la asistencia social integral a los niños/as víctimas de violencia doméstica, tratando con ello de *visibilizar* a estas *victimias invisibles*.



Capítulo 2

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS

Se han desarrollado un gran número de investigaciones con el fin de determinar el daño que produce en las mujeres la violencia de género, existiendo amplia literatura científica al respecto. Pero, no fue hasta hace algunas décadas, cuando empezaron a desarrollarse estudios sobre los posibles efectos adversos que este tipo de violencia tiene sobre los/as hijos/as de las mismas. Hoy día, existe una amplia gama de investigaciones empíricas que ponen de manifiesto que la exposición de los/as niños/as a este tipo de violencia puede tener efectos perjudiciales (Loise, 2009), es más, como indican algunos estudios, en muchos casos estas consecuencias son equiparables a las producidas por el maltrato físico directo (Kitzmann, Gaylord, Holt, y Kenny, 2003).



En los hogares donde existe violencia de género se repiten a diario una gran variedad de comportamientos abusivos por parte del maltratador hacia su pareja, tales como: abuso emocional, acoso, amenazas, violencia sexual, agresiones físicas e incluso, como se ha visto, asesinato. Los niños/as que viven en esos hogares están expuestos a ese tipo de violencia de varias formas: pueden ser testigos visual o auditivamente, observando los efectos en la víctima tales como contusiones y heridas, o en el hogar ya que puede provocar desorden, agujeros en las paredes y puertas, y/o teniendo contacto con trabajadores del servicio de protección al menor, policía o guardia civil, y/o personal sanitario. Además, estos niños y niñas también pueden verse influidos por la afectación psicológica que tiene esta violencia en sus padres (Carpenter y Stacks, 2009).

En 1970 aparecieron los primeros estudios en este campo, publicándose alrededor de 1975 los primeros artículos sobre los efectos de la violencia de género tenía en los niños/as (Levine, 1975; y Moore, 1975). Estos estudios estaban basados en muestras recogidas en casas de acogida, se trataba, por tanto, de menores que habían sido expuestos a la forma más extrema de la violencia de género (Graham-Bermann y Hughes, 2003). Pero, no es hasta 1980 cuando se realizan estudios empíricos sistemáticos y rigurosos, en parte debido al incremento del interés en el tema, desarrollándose multitud de estudios controlados (Jaffe, Crooks, y Wolfe, 2003). El enfoque principal de estas investigaciones fue identificar y describir los efectos negativos que tenía este tipo de violencia en la población infantil afectada (Overlien, 2010). Sin embargo, como concluye Adams (2006), las consecuencias de la exposición a la violencia de género han empezado a entenderse sólo recientemente.

Hasta la actualidad, numerosos estudios han constatado que la violencia doméstica puede ser una amenaza para el sentido de seguridad y bienestar de los menores que han sido expuestos a ella (Pepler, Catallo y Moore, 2000), y conlleva consecuencias negativas significativas en todas las áreas de su desarrollo -emocional, social, cognitivo y académico-, comparándolo con niños y niñas que viven en familias no violentas. En este sentido, podemos consultar numerosas investigaciones fuera de nuestro país como las de Adamson y Thompson, 1998; Bedi y Goddard, 2007; Chemtob, Nomura y Abramovitz, 2008; Edleson,



1999; Fantuzzo y Mohr, 1999; Graham-Bermann y Seng, 2005; Kitzmann, Gaylord, Holt y Kenny, 2003; Kolbo, Blakely y Engleman, 1996; Levendosky, Huth-Boks, Semel y Shapiro, 2002; Litrownik, Newton, Hunter, English y Everson, 2003; Maker, Kimmelmeier y Peterson, 1998; Malik 2008; Margolin y Gordis, 2000; Rossman 2001; Saunders, 2003; Sternberg et al., 1993; Stover y Berkowitz, 2005; Wolak y Finkelhor, 1998; Wolfe, Crooks, Lee, McIntyre-Smith, y Jaffe, 2003; y Zuckerman et al., 1995. Sin embargo, las publicaciones sobre las consecuencias de la violencia doméstica en niños/as en España son escasas (Colmenares, Martínez y Quiles en el año 2007, y Patró y Limiñana dos años antes, 2005).

Investigar y conocer la realidad de estos menores es muy importante, ya que se estima que estos niños y niñas tienen entre dos y cuatro veces más probabilidades de exhibir problemas de comportamiento clínicamente significativos (Cummings y Davies, 1994; Martínez-Torteya, Bogat, von Eye y Levendosky, 2009; McDonald y Jouriles, 1991; Sternberg, Baradaran, Abbott, Lamb y Guterman, 2006), que otros menores, y por tanto, necesitan programas de intervención y tratamiento específicos.

La exposición de los niños/as a situaciones de violencia de género produce, además de las consecuencias descritas anteriormente, otros efectos a más largo plazo, ya que las experiencias vividas en la infancia constituyen un factor de vital importancia para el posterior desarrollo y adaptación de la persona a su entorno (Sroufe y Rutter, 1984). En este punto, es importante destacar que el impacto del maltrato en los menores y el curso que éstos sigan no es de ningún modo lineal. Los efectos representan un fenómeno cuya complejidad queda ilustrada cuando se observa que unas víctimas generan unos problemas y no otros, que éstos problemas pueden agravarse o bien remitir con el tiempo, que se manifiestan tardíamente o, incluso, que haya víctimas asintomáticas y ajustadas (Cerezo, 1995; Edelson, 1999; Fantuzzo y Lindquist, 1989).

A continuación se exponen las alteraciones más comúnmente encontradas en las diversas investigaciones empíricas realizadas sobre las consecuencias de la exposición a la violencia doméstica en niños/as y adolescentes. En cada apartado se especificarán los estudios más relevantes, así como los instrumentos utilizados para su valoración y/o criterios diagnósticos empleados.



2.1 CONSECUENCIAS GENERALES

Existen numerosos estudios que informan de manera consistente de una serie de problemas conductuales y emocionales en niños y niñas testigos de violencia doméstica (Edleson, 1999; McFarlane, Groff, O’Breien y Watson, 2003; Mitchell y Finkelhor 2001; Rivett, Howarth y Harold, 2006; Sullivan, Egan y Gooch, 2004; Hornor 2005; Skopp, McDonald, Manke y Jouriles, 2005; Sternberg, Baradaran, Abbott, Lamb y Guterman, 2006; Wolfe, Crooks, Lee, McIntyre-Smith, y Jaffe, 2003; y Zuckerman et al. 1995). En la misma línea, diversos investigadores han mostrado que la exposición a la violencia familiar constituye un grave riesgo para el bienestar psicológico de niños/as en edad escolar, en mayor medida si, además de ser testigos, también han sido víctimas. Así, estos menores presentan mayor probabilidad de padecer una gran variedad de dificultades psicológicas, psicosociales y educativas (Bolger y Patterson, 2003; Carlson, 1990; Edelson, 1999; English, Marshall y Stewart, 2003; Martínez-Roig y de Paúl, 1993; Pelcovitz, Kaplan, DeRosa, Mandel y Salzinger, 2000; Sternberg et al., 1993).

Los resultados de diversos estudios meta-analíticos sobre los efectos de la exposición a la violencia doméstica que abarcan desde 1967 a 2003 (Fantuzzo y Lindquist, 1989; Kolbo, Blakely y Engleman, 1996; Margolin, 1998; Wolfe, Crooks, Lee, McIntyre-Smith, y Jaffe, 2003), y posteriores estudios sobre experiencias traumáticas, maltrato físico, emocional, negligencia y abuso sexual (Bal, Crombez, Van Oost y De Bourdeaudhuij, 2003; Kitzmann, Gaylord, Holt y Kenny, 2003; Paolucci, Genuis y Violato, 2001; Valle y Silovsky, 2002; Wolfe, Scout, Wekerle y Pittman, 2001), muestran que los niños/as expuestos a los diferentes tipos de maltrato presentan más cantidad de conductas externalizantes tales como problemas de conducta, abuso de sustancias, agresividad, hostilidad, comportamiento negativista-desafiante e hiperactividad, así como de conductas internalizantes entre las que se encuentran, estados depresivos, cuadros de ansiedad, baja autoestima, inhibición, miedo, distorsiones cognitivas, atribución de errores, sintomatología disociativa y retraimiento, que los niños/as no expuestos. Apoyando esta idea, otro estudio metanalítico basado en 118 investigaciones sobre las consecuencias



psicológicas de los/as menores expuestos/as a violencia de género, encontró que dichas consecuencias no fueron significativamente diferentes a las presentadas en niños/as que habían sufrido maltrato físico (Kitzmann, Gaylord, Holt, y Kenny, 2003).

La violencia a la que estos niños/as son expuestos supone una gran amenaza y desencadena un aumento en el nivel de activación fisiológica y afectiva, que puede ocurrir en el mismo momento del conflicto o sensibilizarlos al estrés si se exponen repetidamente a esta violencia, lo que conlleva una disminución en la capacidad para regular sus emociones (Davies y Cummings, 1998), así como en el manejo eficaz de la situación conflictiva (DeJonge, Bogat, Levendosky, Von Eye y Davidson, 2005). La reactividad emocional, a su vez, se ha relacionado con la externalización y la internalización de los problemas (Davies y Cummings, 1998; Jenkins, 2000). Como apuntan Sternberg, Baradaran, Abbott, Cordero, y Guterman (2006), los/as niños/as expuestos/as a violencia de género en el hogar tienen aproximadamente una probabilidad dos veces mayor que los menores no expuestos de presentar problemas internalizantes y externalizantes.

Grych y Cardoza-Fernandes (2001), indican que los menores pueden sentirse ansiosos, impotentes o deprimidos como resultado de desarrollar expectativas acerca de que las discusiones entre los adultos van a derivar en agresiones físicas, aumentando con ello la probabilidad de desarrollar síntomas clínicos, como ansiedad, depresión, ira y trastorno por estrés postraumático (Grych, Jouriles, Swank, McDonald y Norwood, 2000; Graham-Bermann y Seng, 2005; Johnson et al., 2002; Kitzmann, Gaylord, Holt, y Kenny, 2003; Knapp, 1998; Scheeringa y Zeanah, 1995).

En la literatura científica encontramos numerosos trabajos sobre los problemas internalizantes y externalizantes que presentan los menores testigos de violencia doméstica. Por ejemplo, en el estudio de Hughes y Luke (1998), en una muestra de 58 niños y niñas de 6 a 12 años de edad que residían en un centro de acogida para mujeres maltratadas, encontraron cinco subgrupos de sintomatología: el primer grupo que comprendía a un 36% de los menores, presentaban niveles moderados de ansiedad, problemas externalizantes y baja autoestima; el segundo grupo (26%) tenían puntuaciones bajas en problemas externalizantes y ansiedad, y relativamente altas en autoestima,



considerándolo como de buen funcionamiento; el tercer grupo (16%), presentaban altos niveles de problemas tanto externalizantes como internalizantes; el cuarto grupo, también del 16%, presentaban problemas externalizantes, pero no internalizantes; y el quinto y último grupo (7%), presentaban problemas internalizantes y no problemas externalizantes.

Diversos estudios sobre las consecuencias de hijos/as víctimas de violencia doméstica utilizan los instrumentos desarrollados por Achenbach (1991a, 1991c)²⁴, para determinar la prevalencia de problemas psicopatológicos infantiles y adolescentes, permitiendo distinguir trastornos internalizantes o externalizantes, así como síndromes empíricos específicos. El *Child Behavior Checklist* (CBCL, Achenbach 1991a) que es cumplimentado por madres/padres, y el *Youth Self-Report* (Achenbach, 1991c) es un autoinforme para menores de entre 11 y 18 años. En esta línea, Graham-Bermann, Gruber, Howell y Girz (2009), llevaron a cabo un estudio con una muestra de 219 menores de 6 a 12 años (109 niños y 110 niñas) expuestos a violencia de género, con el fin de valorar el porcentaje de problemas internalizantes y externalizantes a través de la cumplimentación del *Check Behavior Checklist* (CBCL, Achenbach, 1991) por parte de las madres. Estos autores encontraron que la prevalencia de niños con problemas internalizantes fue del 39%, y en las niñas del 36%; en cuanto a los problemas externalizantes se encontró 26% en niños, y 21% en niñas. La media para los problemas de comportamiento externalizantes tanto de niños como de niñas fue de 17.25, y para los internalizantes de 13.50. Owen, Thompson, Shaffer, Jackson y Kaslow (2009), realizaron un estudio en una muestra de 139 menores afroamericanos, de edades comprendidas entre los 8 y 12 años, y sus madres, en el cual se utilizaron el CBCL y el *Youth Self-Report* (YSR, Achenbach, 1991b). El objetivo de este estudio fue analizar como afecta en el ajuste infantil la situación familiar, en concreto el comportamiento de la madre víctima de violencia de género. En el CBCL se obtuvieron medias de problemas de conducta internalizantes de 51.99 (desviación típica=11.44), con una prevalencia del 9%; y en problemas de conducta externalizantes de 55.82 (desviación típica=10.96), con una prevalencia del 19%. Los resultados obtenidos a través del YSR,

²⁴ Estos instrumentos serán desarrollados en profundidad en el capítulo de instrumentos de evaluación, y posteriormente en la parte empírica de este trabajo, exponiendo sus características psicométricas de fiabilidad y validez.



muestran que la media para problemas internalizantes fue de 56.57 (desviación típica=11.89), apareciendo problemas en un 18% de la muestra; y para problemas externalizantes la media fue de 48.81 (desviación típica=10.11), con un 4% de la muestra con este tipo de problemas. Los resultados obtenidos indican que la angustia psicológica de las madres está relacionada con el ajuste psicológico de los hijos e hijas, sobre todo en cuanto a los problemas internalizantes y externalizantes de estos. Además, estos resultados son consistentes con otros estudios que han encontrado que los menores expuestos a violencia de género presentan tasas elevadas en problemas de conducta tanto externalizantes como internalizantes (Bair-Merritt, Blackstone y Feudtner, 2006; Grych, Jouriles, Swank, McDonald y Norwood, 2000; Jaffe, Moffitt, Caspi, Taylor y Arseneault, 2002; Johnson et al., 2002; Kernick et al., 2003; Kitzmann, Gaylord y Kenny, 2003; Margolin y Gordis, 2000; Margolin y Vickerman, 2007), incluso cuando otros factores de riesgo son controlados (Hazen, Connelly, Kelleher, Barth y Landsverk, 2006). Un análisis más detallado de estos resultados muestra que las madres informan más de problemas externalizantes (madres: 19%; niños/as: 4%), mientras que los/as menores informan más de los internalizantes (madres: 9%; niños/as: 18%). Kimberly y Foley (2007) estudiaron los efectos de la exposición a violencia de género en los niños/as, desde la perspectiva de la resiliencia. Utilizaron como instrumento de evaluación del comportamiento infantil el CBCL. En problemas de conducta totales se obtuvieron medias de 55.30, en problemas externalizantes de 56.06, y en problemas internalizantes de 56.61. Los resultados indican que las variables que más correlacionan con los problemas de conducta en los niños y niñas expuestos/as a violencia doméstica son la psicopatología materna, el establecimiento de los límites por parte de los padres, el apoyo que tengan de los padres y la proximidad de los niños/as a la violencia de género en sí.

McFarlane et al. (2003), realizaron un estudio donde se compara el comportamiento de niños y niñas de edades comprendidas entre los 18 meses y los 18 años de distintos grupos raciales, que habían sido expuestos a violencia de género, con otra muestra de similares características pero que no han sido testigos de esta violencia. Los resultados no mostraron diferencias significativas para los niños de edades de 18 meses hasta 5 años



(problemas de comportamiento totales, media=57.8, desviación típica=13.7). Si bien se encontraron diferencias para el grupo de 6 a 18 años (problemas de comportamiento totales, media=57.6, desviación típica=12.3), frente al de mujeres no maltratadas (problemas totales, media=51.0, desviación típica=13.0).

Los resultados muestran que el grupo de los hijos e hijas de madres maltratadas obtuvieron significativamente mayores puntuaciones en problemas de comportamiento internalizantes, externalizantes y totales frente al grupo de hijos/as de mujeres no maltratadas. En un estudio desarrollado por Kerig (1998), sobre una muestra de 106 familias en las cuales se daba violencia doméstica, y cuyos hijos e hijas tenían edades comprendidas entre 8 y 11 años, se encontraron tasas de problemas de conducta, evaluados a través del CBCL, más altas en chicos (media de 57.26; desviación típica de 9.62) que en chicas (media de 53.10; desviación típica de 9.56). Concretamente, los resultados para los niños mostraron que la violencia interparental fue un predictor significativo de problemas internalizantes (media=58.24, desviación típica=9.73), además de problemas externalizantes (media=53.49, desviación típica=9.16), problemas totales y ansiedad infantil; resultados similares se obtuvieron con niñas en cuanto a problemas internalizantes (media=54.66, desviación típica=10.61). Sternberg et al., (1993), desarrollaron otro estudio sobre una muestra de 110 menores israelíes (61 niños y 49 niñas) de 8 a 12 años y sus padres. Utilizando como instrumentos de evaluación, tanto el CBCL como el YSR. Se realizaron cuatro grupos de comparación: grupo 1 (n=33), con menores maltratados; grupo 2 (n=16), menores testigos de violencia de género; grupo 3 (n=30), menores que fueron a la vez maltratados y testigos de violencia hacia la madre; y grupo 4 de control (n=31), donde los menores no sufrieron ningún tipo de maltrato, ni fueron testigos. La media para el grupo 2 (grupo de menores testigo de violencia de género) en problemas internalizantes fue de 68,06 (desviación típica=9.85), si bien para el grupo 4 (grupo control) fue de 62.48 (desviación típica=8.49); para problemas externalizantes la media en el grupo 2, fue de 67.88 (desviación típica=8.36) y para el grupo 4, de 59.39 (desviación típica=10.02). Los resultados indican que tanto en problemas internalizantes como en externalizantes los niños y niñas del grupo de menores testigos de violencia de género obtuvieron medias de



puntuaciones más altas que los menores del grupo control. Con respecto a la información aportada a través del YSR, administrado a los menores, en el grupo 2 (menores expuestos) se obtuvo una media en comportamientos internalizantes de 50.63 (desviación típica=9.55), y en el grupo 4 (control), de 48.61 (desviación típica=7.82); para problemas externalizantes en el grupo 2, la media fue de 46.88 (desviación típica=9.47) y en el grupo 4, de 41.39 (desviación típica=9.92). En este sentido, en los propios informes de los menores (YSR), las medias fueron también más altas tanto en problemas internalizantes como externalizantes en el grupo de niños y niñas expuestos a violencia de género, en comparación con los niños que no fueron testigos de esta violencia. En este estudio también se analizan las diferencias de género en problemas de comportamiento a través del CBCL, los resultados muestran que los niños expuestos a violencia de pareja presentan una media para problemas internalizantes de 64.13 (desviación típica=7.90), que resultó más baja que para las niñas, que obtuvieron una media de 71.63 (desviación típica=7.43). En problemas externalizantes se obtuvo una media de 67.00 (desviación típica=8.21) para los niños y, una media ligeramente superior, de 69.13, en las niñas (desviación típica=10.52). Por lo tanto, a partir de los resultados encontrados en este estudio, los autores concluyen que las niñas expuestas a violencia de género presentan mayores problemas de comportamiento en general, y en especial, en conductas internalizantes, que los niños testigos de esta violencia. Bourassa (2007) sobre una muestra de 490 jóvenes entre 15 y 19 años que habían sido testigos de violencia interparental y/o maltratados físicamente, utilizando el YSR, encontró que la existencia de ambos tipos de maltrato tiene un impacto más grave en el funcionamiento psicológico, así se obtuvieron mayores niveles de problemas internalizantes (36.6%) y externalizantes (30.3%). También se encontraron diferencias de género, en este sentido, las chicas mostraron más problemas internalizantes que los chicos, sin hallar diferencias con respecto a los problemas de comportamiento externalizantes.



2.2 CONSECUENCIAS ESPECÍFICAS

2.2.1 PROBLEMAS EXTERNALIZANTES

Los *problemas de comportamiento externalizantes*, tales como agresividad, desobediencia, inconformidad, hostilidad, desafío y comportamiento opositor, suelen encontrarse más comúnmente como patrones de respuesta en niños/as víctimas de violencia doméstica frente a los que no han estado expuestos, según sugieren diversos estudios realizados (Christopoulos et al., 1987; Copping, 1996; Duncan, Thomas y Miller, 2005; Eiden 1999; Fantuzzo et al., 1991; Graham-Bermann y Levendosky, 1998; Holden y Ritchie, 1991; Kernic et al., 2003; Kolbo, 1996; Litronwnik et al., 2003; McFarlane et al., 2003; Moore y Pepler, 1998; O’Keefe, 1995; Onyskiw, 2003; Rossman, 1998; Sternberg et al., 1993 y Yates, 1996).

Rogers y Holmbeck (1997) obtuvieron resultados similares a los expuestos. Estos autores llevaron a cabo un estudio utilizando como muestra a 80 menores de edades comprendidas entre los 11 y 15 años y encontraron que el haber presenciado disputas y conflictos familiares intensos se asociaba a mayores problemas externalizantes. Este perfil externalizante caracterizado por ira, hostilidad, agresividad y violencia, incluye a menudo crueldad hacia los animales (Currie, 2006). Otro estudio llevado a cabo por Kernick et al., (2003) en una muestra de 143 niños y niñas de entre 2 y 17 años expuestos a violencia conyugal, valorados a través del CBCL, encontró que el 40% de los menores presentaban problemas de comportamiento en el rango clínico (por encima del percentil 93%). Jaffe, Wolfe, y Wilson (1990) valoraron a una muestra de 198 niños a través del CBCL, los resultados mostraron que los niños/as de hogares con violencia de género presentaron más problemas de conducta.

Grych y cols (2000), con una muestra más amplia, 228 menores testigos de violencia de doméstica de edades comprendidas entre los 8 y 14 años, encontraron resultados similares. En este caso, se analizaron cinco tipos de problemas: (1) multi-problemas externalizantes, (2) multi-problemas internalizantes, (3) problemas externalizantes solo, (4) problemas de ansiedad, y (5) sin problemas. El 30% de los menores desarrollaron un patrón mixto de sintomatología internalizante y externalizante, el 21% revelaron sólo



problemas externalizantes y el 18% sólo internalizantes, mientras que otro grupo (31%) no mostraba señales de inadaptación. Estos autores señalaron que eran más comunes los problemas externalizantes, y que los menores que informaron de altos niveles de depresión y ansiedad también tenían tendencia a mostrar un alto nivel agresividad, y acting-out, mientras que los que mostraban problemas externalizantes no mostraron sintomatología internalizante, aun así recordamos que encontraron un 18% de trastornos internalizantes. Kernic *et al* (2003), con una muestra de 167 menores entre 2-17 años que habían sufrido maltrato físico y fueron testigos de violencia hacia su madre por la pareja de ésta, encontraron una mayor prevalencia de comportamiento externalizante (54.2%) frente a la prevalencia de comportamiento internalizante (45.8%). Estos estudios, reflejan una tendencia en estos menores a presentar más problemas externalizantes que internalizantes, y a que, aún dándose estos últimos, se acompañan de sintomatología externalizante. Colmenares, Martínez y Quiles (2007) analizaron el perfil psicológico de 15 hijos/as de mujeres víctimas de maltrato doméstico, captados de una unidad de psiquiatría, y los evaluaron a través del CBCL. Los resultados muestran que las madres referían un 55% de problemas de comportamiento externalizantes, concretamente mayor agresividad.

Ware *et al.*, (2001), diseñaron una investigación con dos objetivos, el primero obtener las estimaciones de prevalencia de los niveles clínicos de problemas de conducta en una muestra de 401 niños/as de edades comprendidas entre los 4 y los 10 años que residían en centros de acogida para mujeres maltratadas, el segundo fue evaluar la estabilidad de los informes de las madres sobre los niños y niñas tras la salida del centro. Para ello utilizaron diversos instrumentos de evaluación entre los que se encuentra el CBCL. Los resultados indicaron que no existían diferencias significativas de género en las puntuaciones de problemas externalizantes, sin embargo, los niños cumplían proporcionalmente más que las niñas los criterios del DSM-IV para los niveles clínicos de problemas de conducta (23% los chicos y 14% las chicas). Estos datos coinciden con las prevalencias nacionales señaladas por la American Psychiatric Association (APA), que indica que los *Trastornos de Conducta* y el *Trastorno Oposicionista Desafiante* son más comunes en niños que en niñas (APA, 1994). La media de la puntuación del CBCL en



problemas externalizantes fue de 56.8 (desviación típica=12.02), lo que supone un 30% de los menores con puntuaciones externalizantes clínicas. El 37% de los niños cumplen criterios diagnósticos del DSM para este tipo de trastornos, en concreto el *Trastorno Oposicionista Desafiante* (22%) o *Trastorno de Conducta* (15%). Hubo acuerdo entre los datos diagnósticos y el CBCL sobre la presencia de problemas de nivel clínico en el 77% de los casos. En cuanto a la comparación de los informes de las madres al entrar en el centro de acogida (pretest) y al salir del mismo (postest), se encontró un aumento de la sintomatología externalizante (la media en el pretest es de 64.2, desviación típica=9.40, y la media postest es de 66.2, desviación típica=8.64). En los porcentajes encontrados el 45% de las madres informaron de muy pocos cambios en las puntuaciones externalizantes del CBCL, y el 30% notificaron que los problemas externalizantes habían aumentado después de salir de los centros. Respecto a las puntuaciones de problemas internalizantes, la media en el pretest fue de 60.5 (desviación típica=12.71) y en el postest de 57.6 (desviación típica=12.10).

2.2.1.1 PROBLEMAS DE CONDUCTA O DEL COMPORTAMIENTO

En relación con los problemas de conducta, también denominados externalizantes, durante la primera década de investigación sobre la violencia en la familia, diversos investigadores documentaron la asociación entre ésta y el desarrollo de problemas de conducta en los menores (National Research Council, 1993; Salzinger, Feldman, Hammer y Rosario, 1993).

Existen numerosos estudios que informan de manera consistente de una serie de problemas conductuales en los niños y niñas testigos de violencia doméstica (Edleson, 1999; McFarlane, Groff, O’Breien y Watson, 2003; Mitchell y Finkelhor 2001; Rivett, Howarth y Harold, 2006; Sullivan, Egan y Gooch, 2004; Hornor 2005; Skopp, McDonald, Manke y Jouriles, 2005; Sternberg, Baradaran, Abbott, Lamb y Guterman, 2006; Wolfe, Crooks, Lee, McIntyre-Smith, y Jaffe, 2003; y Zuckerman et al. 1995). El conflicto matrimonial, de pareja o familiar está asociado con problemas conductuales en los/as menores, afirmación que se confirma en todos los estudios que han analizado esta relación (López-López y López-Soler, 2008), ya sea con muestras clínicas (Porter y O’Leary, 1980;



Emery, 1982) o a través de estudios epidemiológicos (Dadds, Sheffield y Holbeck, 1990; Rutter, 1971). Uno de los primeros estudios sobre las consecuencias de la violencia doméstica en los menores es el de Jaffe, Wilson y Wolfe (1986). Estos autores informaron que entre el 25 y el 70% de los niños/as expuestos a este tipo de violencia presentaban problemas clínicos de conducta, poniendo de relieve la relación existente entre conflicto de pareja intenso y problemas de conducta de los hijos e hijas.

Un trabajo más reciente es el de Meltzer, Doos, Vostanis, Ford y Goodman (2009), basado en el análisis de una encuesta realizada a una amplia muestra de padres de 7.865 niños/as y adolescentes de Gran Bretaña, de los cuales aproximadamente el 4% habían sido testigos de violencia doméstica. Los resultados mostraron que el ser testigo de violencia grave en el hogar aumentaba 3 veces la probabilidad de que los/as hijos/as presentaran trastornos de conducta frente a los no expuestos, aunque esta asociación no apareció de forma independiente de problemas emocionales en los menores.

Silvern et al. (1995) en un estudio retrospectivo donde los/as participantes informaron haber sido testigos de maltrato hacia sus madres durante su infancia, encontraron la presencia de problemas clínicos en la edad adulta después de controlar los efectos de otros factores.

2.2.1.2 AGRESIVIDAD

La agresividad ha sido uno de los síntomas más comúnmente encontrado en niños/as expuestos a violencia de género. Así, como indica Dauvergne y Johnson (2001), este tipo de violencia se ha relacionado con la realización de agresiones físicas por parte de los menores. Estudios como los de Jaffe, Wilson y Wolfe (1986) sugieren que ser testigo de violencia doméstica puede generar actitudes en los menores que justifican su propio uso de la violencia, y la percepción de que la violencia es aceptable o no puede afectar a su comportamiento en otras relaciones interpersonales. En algunas ocasiones la violencia empieza en los primeros años de relación de una pareja, y puede ser la única realidad familiar que algunos niños/as pequeños hayan visto (Peled, 1997). Estos menores que viven tan próxima la violencia y el dolor que causa su padre a su madre y a ellos/as



mismos/as, tienen que aprender a convivir con ella (Peled, 1993), debido a que no pueden pararla ni evitar la situación conflictiva (Marcus, Lindahl, y Malik, 2001; Riggs y O'Leary, 1996).

Los resultados de diversas investigaciones muestran esta relación. Un estudio llevado a cabo sobre una muestra de 40 hijos/as de mujeres maltratadas que residían en casa de acogida, informaron que los hijos e hijas presentaban como comportamientos problemáticos, la violencia hacia iguales (35%), seguida del comportamiento violento hacia la propia madre (22%), y en menor medida, la conflictividad en la escuela (10%) (Corbalán y Patró, 2003). Resultados similares hallaron los estudios de Adamson y Thompson (1998), y Ballif-Spanvill, Clayton, Hendrix y Hunsaker (2004), estos autores encontraron que los menores que habían sido expuestos a violencia doméstica eran más propensos a responder mediante la agresión a los conflictos con sus compañeros, lo que a su vez, aumentaba los problemas en las interacciones con los iguales y las relaciones sociales. En un estudio con estudiantes italianos de educación primaria y secundaria, se encontró que los menores que habían sido expuestos a violencia doméstica eran más propensos a involucrarse en el acoso entre iguales (bullying), y también a ser víctimas de acoso en la escuela, siendo esta asociación más fuerte para las chicas (Baldry, 2003). Los resultados de Lisboa, Koller, y Ribas, (2002) muestran que los menores expuestos a violencia de género utilizaban estrategias agresivas con los compañeros junto con agresión verbal hacia los profesores de la escuela. La problemática social que nos ocupa se agrava en preadolescentes, ya que la exposición en esta edad a la violencia doméstica hace que se más actitudes pro-violentas que en otras edades (Jaffe, Wilson y Wolfe, 1988).

2.2.1.3 VIOLENCIA EN LAS RELACIONES DE PAREJA

Un creciente número de investigaciones retrospectivas indican que porcentajes elevados de personas que presenciaron violencia entre sus padres durante su infancia o adolescencia, han ejercido o han sido objeto de violencia en su relación de pareja. Tales porcentajes se han encontrado tanto en adultos (ver Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997; Herman, 1986; Klevens, 2001; Langhinrichsen-Rohling, Neidig y Thorn, 1995; Matud et al., 2003;



Rey, 2002; Rosenbaum y O'Leary, 1981; Rubiano, Hernández, Molina, Gutiérrez y Vejarano, 2003), como en adolescentes (Foshee, Bauman y Linder, 1999; Wolfe, Scott, Wekerle y Pittman, 2001). En este sentido, Meltzer, Doos, Vostanis, Ford y Goodman (2009), en un estudio reciente concluyen que haber presenciado violencia doméstica puede enseñar a los niños/as que la violencia es una forma aceptable de resolver los conflictos entre los padres y predice la violencia de pareja en la adultez temprana, así como, que la violencia se interioriza como una estrategia de manejo del estrés adecuada (Loise, 2009). En esta línea Goodman, Barfoot, Frye, y Belli (1999) y Marcus, Lindahl, y Malik (2001), apuntan que estos menores pueden llegar a percibir la violencia como una forma aceptable de resolver los desacuerdos con los demás, especialmente si los resultados de esta violencia implican alguna ganancia para el agresor.

Bell (1995), defiende que los menores expuestos a la violencia de género tienen más riesgo de convertirse en agresores o víctimas. Shakoor y Chalmers et al., (1991) desarrollaron un estudio en una muestra de 10.036 niños/as de escuelas primarias y secundarias de la ciudad de Chicago. Estos autores encontraron que los jóvenes de edades comprendidas entre los 10 y los 19 años, que son testigos de violencia, tenían más probabilidades de convertirse en agresores que los que no lo fueron. Si bien, hay que tener en cuenta que la violencia a la que habían sido expuestos era grave en la mayoría de los casos (75% de los chicos y el 70% de las chicas), desde robos o apuñalamientos, a asesinatos y disparos.

En un trabajo de hace décadas, Straus, Gelles y Steinmetz (1980) ya estimaron que los niños que habían presenciado la violencia doméstica desarrollaban conductas de maltrato hacia la mujer en la edad adulta 10 veces más frecuentemente que los niños de padres no violentos. McNeal y Amato en 1998, realizaron un estudio longitudinal, llevando a cabo dos evaluaciones, una entre los 11 y 19 años, y otra en la edad adulta, los resultados mostraron una relación significativa entre la exposición a este tipo de violencia durante la infancia y la violencia en la pareja en la edad adulta, los resultados se mantenían controlando otras variables como el maltrato directo hacia los niños/as. En la misma línea, Ehrensaft et al., (2003) en un seguimiento de más de 20 años, hallaron que haber sido



testigo de violencia entre los padres en la infancia predecía un aumento de los actos violentos y de la victimización violenta en sus relaciones. Así, las mujeres que fueron testigos de violencia conyugal tuvieron tasas más altas de violencia hasta el momento (Maker, Kimmelmeier y Peterson, (1998), valoradas tres años más tarde. Wekerle et al., (2001), concluyeron que los menores maltratados son más propensos a experimentar violencia en sus relaciones íntimas en la adolescencia temprana. En un estudio llevado a cabo por estos autores encontraron que el abuso emocional es un predictor significativo de la violencia entre los jóvenes durante el noviazgo, por tanto las relaciones en la adolescencia se convierten en una oportunidad de repetir las relaciones violentas, y los roles de agresor o de víctima (Wekerle y Wolfe, 1999). Whitfield, Anda, Dube, y Felitti, (2003), evaluaron a 8.629 niños/as expuestos a violencia de género, en particular la maltrato físico hacia la madre, los resultados encontrados muestran que los menores expuestos eran más propensos a emplear la violencia en la pareja íntima en la edad adulta que los no expuestos, mientras que las niñas tenían más probabilidades de ser víctimas.

En 1987, Kaufman y Zigler tras la revisión de diversos estudios, encontraron que el 30% de los niños maltratados mantenía esos patrones violentos frente al 70% que no se convirtieron en adultos abusivos. Sin embargo, durante las últimas décadas, diversos investigadores han encontrado apoyo para el *ciclo de la violencia* (Egeland, 1993; Egeland, Jacobvitz, Y Sroufe, 1988; Solnick Hemenway; Hunter & Kilstrom, 1979; Peras y Capaldi, 2001; Simons, Whitbeck, Conger, y Wu, 1991; Zaidi, Knutson, y Mehm, 1989), esto es, la transmisión de la violencia de padres a hijos/as.

Las distintas estimaciones llevadas a cabo con el fin de calcular la transmisión de la violencia varían sustancialmente, encontrando datos que van desde el 18% (Hunter y Kilstrom, 1979), al 40% (Egeland, Jacobvitz, y Paptola, 1989). Dicha variación puede tener diversas explicaciones, como problemas metodológicos, distintas concepciones de maltrato, u otras variables sin controlar (Pears y Capaldi, 2001). En este sentido, Kaufman y Zigler, (1993) y Widom, (1989) apuntaron como los diseños retrospectivos tienden a aumentar la tasa de transmisión de la violencia, debido a que no incluyen a los adultos que fueron abusados pero no maltratan a sus hijos/as. En este sentido, a pesar de la



documentación existente sobre el ciclo de violencia, y el aumento de la agresiones en menores expuestos a violencia doméstica, no siempre las consecuencias son de aumento de agresión en las relaciones de pareja o hacia los/as hijos/as en el futuro. Así, en un estudio retrospectivo en el que entrevistaron a mujeres de alto riesgo en relación a sus experiencias de violencia de pareja y de maltrato infantil durante la infancia y la edad adulta, se encontró un débil apoyo para la hipótesis de transmisión de la violencia, pero se destacó el fuerte apoyo para la *teoría de la indefensión aprendida*, refiriéndose a que aquellas mujeres que habían sufrido u observado violencia familiar durante la infancia, tenían más posibilidades de ser víctimas de violencia en la edad adulta (Renner y Slack, 2006).

Las diferencias que ejerce este tipo de violencia en niños y niñas actúa, además de mediante factores situacionales como la historia de violencia intrafamiliar, mediante procesos de socialización diferencial de género y aceptación social de la violencia.

Gelles señalaba en el año 1976, que ser testigo de violencia también puede ser un modelo para la víctima, aprendiendo futuros patrones conductuales de inhibición ya presenciados en casa. Otros autores como Cesar (1988); Dumas, Margolin y John (1984); y Hotaling y Sugarman (1989) encontraron resultados similares. Rey (2008) ha estudiado las habilidades de comunicación interpersonal, la comunicación afectiva de pareja, la empatía, los rasgos de personalidad considerados machistas y sumisos, y la aceptación del uso de la violencia hacia la mujer. La muestra estaba formada por 106 adolescentes entre 14 y 18 años de edad que había presenciado violencia del padre hacia la madre. El grupo control lo formaron 105 adolescentes, con rasgos sociodemográficos similares, que no habían sido testigos de ese tipo de violencia. Se encontró que los adolescentes, tanto chicos como chicas, testigos de violencia presentaban más rasgos de personalidad considerados machistas y sumisas, respectivamente, que el grupo control. Lo que parece indicar que la violencia de género no afecta igual a los niños que a las niñas con respecto a las relaciones de pareja futuras.



2.2.1.4 CONDUCTAS OPOSICIONISTAS-DESAFIANTES, ANTISOCIALES Y DELICTIVAS

Una de las consecuencias psicológicas que mayor asociación ha tenido con el maltrato infantil, y que más ampliamente ha sido investigada ha sido la delincuencia (Henggeler, McKeen y Borduin, 1989; Kaufman y Widom, 1999; Lewis, Mallouch y Webb, 1990; Preski y Shelton, 2001; Schwartz, Rendon y Hsieh, 1994). Se estima que entre el 25% y el 70% de los menores de familias en las que se producen episodios de violencia manifiestan problemas clínicos de conducta, especialmente problemas externalizantes como conductas agresivas y antisociales (McDonald y Jouriles, 1991). En un estudio de Haapasalo y Pokela (1999) se observó que la mayoría de los sujetos educados con prácticas punitivas severas y los sujetos maltratados, tendían a ser más agresivos, antisociales y a cometer crímenes en la edad adulta. En un estudio sobre la asociación entre maltrato y conductas agresivas, Carrasco, Rodríguez y Del Barrio (2001) compararon las conductas antisociales y delictivas en tres grupos de adolescentes, de edades comprendidas entre los 12 y los 18 años, con o sin experiencia de maltrato. Los resultados mostraron que los sujetos maltratados manifestaban significativamente mayores problemas externalizantes, en general, y delictivos en particular. Mediante el autoinforme YSR se comprobó que los sujetos maltratados presentaban mayores puntuaciones en: búsqueda de atención, conducta delictiva, síndrome externalizante, problemas de pensamiento y en la escala total de la prueba.

La relación entre la exposición a este tipo de violencia en la adolescencia y la conducta delictiva también es documentada por Herrera y McCloskey (2001), que entrevistaron a 299 niños y niñas expuestos a la violencia doméstica y, cinco años después, comprobaron los registros del tribunal de menores. Estos autores encontraron que la exposición a la violencia doméstica en la niñez predice futuros actos delictivos. González de Rivera (2002) encontró que la exposición a la violencia de género provoca en la adolescencia resistencia a las normas y falta de ideales y proyectos.



Otros estudios sobre delincuencia han establecido, desde hace tiempo, que la relación del hijo con el padre parece jugar un papel relevante en la delincuencia del adolescente (Gluek et al., 1950; McCord, 1983), siendo esta relación, complicada en las situaciones de violencia doméstica. Lewis y Feiring (1989) realizaron una estimación entre el ser víctima de abuso en la infancia y el desarrollo de conductas delictivas futuras, encontrando que sobre un 20% de éstos se convierten en delincuentes, comparados con el 5% de la población general. Otro estudio, relacionó el maltrato en la adolescencia y la conducta antisocial, encontrando que los menores que habían sido víctimas de condiciones de maltrato presentaban más número de arrestos, delitos, y consumo de drogas en los años posteriores (Smith, Ireland y Thornberry, 2005). En general, se destaca la relación entre los conflictos familiares y el trastorno disocial, y de forma más generalizada a los problemas externalizantes (López-López y López-Soler, 2008), si bien ésta relación se da más en chicos que en chicas (Porter y O’Leavy, 1980; Jouriles, Murphy y O’Leary, 1989; Emery, 1982).

Como indican López-López y López-Soler (2008), se considera que puede haber una mayor exposición al conflicto en los hijos que en las hijas, que en general se les protege y apoya menos que a las chicas, y que tienen mayor predisposición biológica a ser más reactivos ante el estrés (Hetherington, Stanley-Hagan y Anderson, 1989), aunque ellas reciben más abusos en general que los chicos. En esta línea, Block, Block y Morrison (1981) apuntan que en los chicos la ansiedad correlaciona con el conflicto matrimonial, y sugieren la mayor dificultad de éstos frente a las chicas a asumir cambios de hogar entre otro tipo de experiencias estresantes.

2.2.1.5 IRA/HOSTILIDAD

Autores como Jenkins y Oatley (1997) explican que cuando los niños/as y adolescentes se exponen a altos niveles de hostilidad y agresión por parte de sus progenitores, los/as menores pueden sentir diferentes y contradictorias emociones y reaccionar mostrando altos niveles de ira. De este modo responden de forma agresiva a los estímulos incluso en situaciones en las que la respuesta de ira no ha sido provocada o no es la respuesta adecuada a la situación (Jenkins, 2000). Estos niños/as suelen interpretar que las



expresiones de ira son un medio eficaz para cubrir sus necesidades y desarrollan respuestas automáticas de ira en las situaciones sociales conflictivas (Jenkins y Oatley, 1997), aumentando el riesgo de presentar problemas externalizantes (Davies, Harold, Goeke-Morey y Cummings, 2002; Jenkins, 2000). González de Rivera (2002), también encontró hostilidad en los menores expuestos a violencia de género. Grych, Jouriles, Swank, McDonald y Norwood (2000), y Scheeringa y Zeanah (1995) concluyeron que estos menores podrían presentar síntomas clínicos de ira. Lehman (1997), empleando instrumentos específicos, informó que los menores testigos de agresiones hacia sus madres y diagnosticados con TEPT presentaban niveles significativamente más altos en ira a través del *Anger Response Inventory*.

2.2.2. PROBLEMAS INTERNALIZANTES

A pesar de toda la literatura científica hasta ahora expuesta, que apoya la idea de una mayor frecuencia de los trastornos externalizantes frente a los internalizantes, también se encuentran otros estudios que no han identificado la sintomatología externalizante como la característica en menores expuestos a violencia doméstica (Hughes, 1988; Jouriles, Barling y O’Leary, 1987; Jouriles, Norwood, McDonald, Vincent y Mahoney, 1996), considerando que son los *problemas internalizantes* tales como: depresión, ansiedad, miedo, inhibición, disminución de la autoestima, etc., son los más característicos en estos niños/as (Adams, 2006; Christopoulos et al., 1987; Davis y Carlson, 1987; Edleson, 1999; Hughes y Barad, 1983; Jouriles et al., 1996; Maxwell y Maxwell, 2003; O’Keefe, 1995; Rossman, 1998; Spaccarelli, Sandler y Roosa, 1994; Sternberg et al., 1993 y Zinc y Jacobson, 2003).

Si bien, al igual que ocurría en las investigaciones sobre sintomatología externalizante, los expertos han encontrado resultados diferentes. Así, algunos trabajos hallan diferencias significativas en algunos de los problemas internalizantes pero no en otros, y algunos estudios no han hallado diferencias entre niños/as testigos y no testigos en este tipo de conductas, como por ejemplo el de Holden y Ritchie en 1991, aunque la



mayoría encuentra que la exposición a este tipo de violencia favorece el desarrollo de sintomatología internalizante en niños/as expuestos.

En esta línea, un estudio llevado a cabo por Kernic y colaboradores (2003), utilizó una muestra de 162 menores de entre 2 y 17 años, hijos/as de madres que tenían ordenes de protección hacia sus parejas. Encontraron que los niños/as expuestos a la violencia de género presentaban tasas más altas de problemas clínicos internalizantes que externalizantes. Monahan (2003) desarrolló una tesis doctoral utilizando una muestra de 71 niños y niñas de edades comprendidas entre los 3 y los 10 años, en ella se analizó la relación entre los síntomas de estrés postraumático en la madre y los problemas de comportamiento de los hijos e hijas, a través del CBCL. Los resultados muestran una relación entre los síntomas de TEPT en la madre y los problemas de comportamiento en los menores, en concreto, los problemas internalizantes de estos se relacionan más con los síntomas depresivos y de evitación. Estos resultados coinciden con los encontrados en el estudio de Rossman et al. (1997).

A continuación se describen los estudios realizados que han encontrado evidencia al desarrollo de sintomatología internalizante.

2.2.2.1 ANSIEDAD

En el estudio comentado anteriormente de Corbalán y Patró (2003) sobre 40 hijos/as de mujeres maltratadas que residían en casas de acogida, según la información proporcionada por la madre, el 32% de los menores presentaban síntomas de ansiedad. Hughes, en 1988, apuntó que los menores que residían junto a sus madres maltratadas en centros de acogida, presentaban unos niveles de ansiedad más alta y de autoestima más baja que los niños y niñas que no habían sido testigos de violencia, no encontrando diferencias en los niveles de depresión.

Grych y Cardoza-Fernandes (2001), indican que los menores pueden sentirse ansiosos como resultado de desarrollar expectativas de que las interacciones en las discusiones van a derivar en agresiones físicas, aumentando con ello la probabilidad de



desarrollar síntomas clínicos como ansiedad (Grych, Jouriles, Swank, McDonald y Norwood, 2000; Scheeringa y Zeanah, 1995).

2.2.2.1.1 TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)

Especial atención merece en el campo de la ansiedad uno de los diagnósticos más frecuentemente asociado a ser testigo sistemático del abuso a la madre, el *Trastorno por Estrés Postraumático, TEPT* (Marr, 2001).

Como indican numerosos autores, los niños/as que presencian actos de violencia doméstica pueden reaccionar mostrando síntomas de trauma (Graham- Bermann y Levendosky, 1998; Graham- Berman, DeVoe, Mattis, Lynch y Thomas, 2006; Kitzmann, Gaylord, Holt, y Kenny, 2003 y Levendosky, Huth-Bocks, Semel y Shapiro, 2002), y tener un riesgo mayor de desarrollar trastorno por estrés postraumático (Adams 2006; Card, 2005; Chemtob y Carlson 2004; Davis y Siegel, 2000; Griffing et al., 2006; Horner 2005; Jarvis, Godon y Novaco, 2005; Mitchell y Finkelhor 2001; Rivett, Howarth ;Harold, 2006 y Rossman, 1998 y Grych, Jouriles, Swank, McDonald y Norwood, 2000; Scheeringa y Zeanah, 1995), o al menos mostrar evidencia de trastornos de conducta o emocionales que son o están cerca de los criterios para este trastorno (Eiden, 1999 y Zuckerman, Augustyn, Groves y Parker, 1995). Los síntomas típicos del estrés postraumático en menores expuestos a violencia son: (1) reexperimentación del evento traumático a través de sueños o flashbacks; (2) síntomas de activación como hipervigilancia o respuesta de orientación exagerada, y (3) retraimiento emocional o embotamiento, aunque algunos autores consideran que éste último es el síntoma menos común entre testigos de violencia doméstica (Graham-Berman y Levendosky, 1998).

Este trastorno es uno de los más diagnosticados en los niños/as que residen en casas de acogida, algo esperable, ya que las mujeres que se encuentran en estas casas han experimentado las formas más graves de violencia. Así, Lehmann en 1997, con una muestra formada por 67 madres y 84 menores de edades comprendidas entre los 9 y los 15 años, pertenecientes a 8 casas de acogida y 3 centros de servicio de protección infantil, encontró que aproximadamente el 58 % de la muestra había sido testigo de una media de



59 incidentes violentos entre su padres, mientras que aproximadamente el 42% de la muestra había sido testigo de un promedio de 75. Una gran proporción de los/as niños/as, en concreto el 68%, habían sido testigos de violencia de género hacia su madre durante más de 4 años, el resto lo fue durante 3-4 años (9,5%), 2-3 años (16,7%), 1-2 años (3,6%), y menos de 1 año (1,2%). Los resultados indicaron que el 60% de los menores presentaban al menos un síntoma de reexperimentación, el 68% al menos tres síntomas de evitación, y el 66% al menos dos síntomas de hiperactivación. Los autores concluyeron que más de la mitad de los menores incluidos en la muestra, podían ser diagnosticados de trastorno por estrés postraumático.

Otro estudio llevado a cabo en ese mismo año (Kilpatrick y Williams. 1997), encontró que sólo un menor de una muestra de 20, en condiciones similares, no se diagnóstico de TEPT.

La literatura científica muestra que también se encuentra trastorno por estrés postraumático en niños/as que son testigos de violencia de género pero que no residen en casa de acogida. Rossman (1998) estudió a menores en una amplia variedad de entornos, y encontró que la exposición a violencia doméstica predijo las puntuaciones de trastorno por estrés postraumático. Graham-Berman y Levendosky (1998b), y años más tarde, el equipo de Zinzou et al. (2009), encontraron resultados similares. En España, en una muestra de 15 menores de entre 6 y 15 años que acudieron a una consulta de Psicología Clínica, los autores informaron de que el 71% de los mismos reconocía haber vivido un suceso estresante en su vida relacionado con la violencia de género, tanto física como psicológica, cumpliendo criterios para el diagnóstico de TEPT la mitad de ellos (Colmenares et al., 2007). También en ámbito clínico se informa a partir del Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (RACP), que en casi el 60% de los informes de menores con TEPT estaba presente la violencia familiar.

Con respecto a la edad, diversos autores han mostrado que cuanto menor sea la edad del niño/a, mayor es el riesgo de desarrollar y mostrar síntomas de TEPT (Black et al., 1992; Lehmann, 1997 y 2000; Pynoos y Eth, 1984, 1985 y 1986), lo que puede deberse a que los/as niños/as más pequeños tienen menos estrategias de afrontamiento y más



dificultades en el procesamiento de los eventos traumáticos (Duarte, 2007). Así los bebés y los niños/as pequeños que viven en hogares violentos pueden presentar problemas de sueño, alimentación, o llanto escaso o excesivo (Osofsky, 1995a; Osofsky, 1995b). Fisiológicamente, los/as menores expuestos a la violencia de género presentan mayor activación autónoma en comparación con otros, siendo este un indicador de estrés (Saltzman, Holden, y Holahan, 2005). Bogat y cols. (2006), encontraron en esta misma línea que el trauma materno y el impacto sobre los hijos/as de la situación de violencia de género, estaban relacionados. En su estudio sobre una muestra de 48 bebés de aproximadamente un año de edad, encontraron que casi la mitad, un 44%, según referían las madres, presentaban síntomas de trauma como consecuencia de la exposición a la violencia de género. Dejonghe, Bogat, Levendonsky, von Eye y Davidson (2005) encontraron que a un año de edad los niños/as eran más propensos a mostrar estrés en respuesta a los conflictos verbales que los/as niños/as que no habían estado expuestos a esta violencia, y un año más tarde, en el estudio de Bogat, DeJonghe, Levendosky, Davidson y von Eye (2006), se hallaron síntomas de trauma entre los bebés de un año que habían sido testigos de violencia de género severa.

Si bien, como ocurre con otros eventos traumáticos, no todos los menores que son testigos de violencia de género desarrollan estrés postraumático o reúnen criterios para el diagnóstico. Así por ejemplo, Rossman, Hughes y Rosenberg (2000), resumiendo estudios anteriores, informaron que del 13% al 50% de los menores que habían sido expuestos a violencia doméstica cumplía el diagnóstico para TEPT, pero en el estudio de Graham-Bermann y Levendosky (1998) sólo el 13% de los menores cumplieron criterios para el trastorno completo. Sí que encontraron sintomatología del trastorno, con más del 50% de los niños/as cumpliendo el criterio de pensamientos intrusivos sobre los hechos, una quinta parte mostró evitación de estímulos relacionados con el trauma, y dos quintas partes experimentaron síntomas de hiperactivación asociados con el acontecimiento traumático.

La National Council of Juvenile and Family Court Judges (1993), estima que alrededor del 20% de los niños y niñas expuestos a violencia de género presentan este



diagnóstico, siendo mayor el riesgo cuando son testigos directos de la violencia parental o sufren abuso ellos mismos. Además los síntomas postraumáticos pueden persistir en la edad adulta (Von Steen 1997), o en el caso de bebés pueden continuar en la segunda infancia o la adolescencia temprana (Becker y McCloskey, 2002).

2.2.2.2 DEPRESIÓN

Diversos estudios indican que el ambiente familiar donde se da violencia doméstica provoca sintomatología depresiva (González de Rivera, 2002). En esta línea, Grych y Cardoza-Fernandes (2001), encontraron indicadores de que los menores pueden sentirse impotentes o deprimidos debido a la anticipación de que las discusiones derivarán en agresiones físicas, lo que aparte de provocar síntomas ansiosos, aumentando la probabilidad de desarrollar síntomas clínicos de depresión (Grych, Jouriles, Swank, McDonald y Norwood, 2000; Scheeringa y Zeanah, 1995).

En el estudio de Corbalán y Patró (2003), citado anteriormente, se encontró que un 27,5% de los niños/as presentaban tristeza y aislamiento, y el mismo porcentaje tenía miedo al maltratador.

Según indica Bolger (1997), los menores víctimas de maltrato presentan déficit en el auto-concepto y baja autoestima, siendo la autoestima un mediador del impacto de la calidad de la relación madre-hijo/a en el funcionamiento infantil (Kim y Cicchetti, 2004).

Jouriles, Norwood, McDonald, Vicente, y Mahoney (1996) desarrollaron un estudio sobre 199 hijos/as, de edades entre los 5 y los 12 años, de mujeres víctimas de violencia doméstica residentes en un hogar de acogida. Los resultados mostraron que los menores que habían presenciado violencia física presentaban sintomatología clínica depresiva. Otro estudio utilizó una muestra de 363 niños/as de edades comprendidas entre los 6 y los 12 años, los resultados mostraron que los menores expuestos a violencia de género, especialmente los que residían en casas de acogida, referían sentirse más solos que sus compañeros que no habían pasado por estas situaciones (McCloskey y Stuewing, 2001).

Rogers y Holmbeck (1997) llevaron a cabo un estudio utilizando como muestra a 80 menores de edades entre los 11 y los 15 años, los resultados mostraron que el haber



presenciado disputas y conflictos familiares intensos, se asociaban a baja autoestima y depresión.

Sternberg et al., (1993) en la investigación que ha sido citada anteriormente, evaluaron los efectos de diferentes tipos de maltrato (abuso físico y/o testigos de violencia interparental) empleando el CBCL y el YSR, así como una prueba de evaluación concreta de la depresión el *Children's Depression Inventory* (CDI; Kovacs, 1992), en una muestra de 110 menores israelíes de 8 a 12 años. Los resultados muestran niveles significativos de agresión y problemas de conducta, así como mayores puntuaciones de depresión en el CDI en las muestras testigos de violencia de género y maltrato frente al grupo control.

Lehman (1997), empleando instrumentos específicos, informó que los menores testigos de agresiones hacia sus madres y diagnosticados con TEPT presentaban niveles significativamente más altos en depresión, valorados a través del CDI que menores no expuestos.

Estudios retrospectivos como los de Henning, Leitenberg, Coffey, Turner y Bennett (1996) y Silvern et al. (1995) donde los/as participantes informaron haber sido testigos del maltrato hacia sus madres durante su infancia, encontraron la presencia de problemas clínicos en la edad adulta, siendo controlados los efectos de otros factores. Así, las mujeres que fueron testigos de violencia conyugal tuvieron tasas más altas de depresión y más bajas de autoestima (Silvern et al., 1995), lo que indica que esta sintomatología perdura en la vida adulta.

En la siguiente tabla se muestran los estudios más relevantes que utilizan instrumentos baremados para evaluar las consecuencias de la violencia de género en los niños/as.



Tabla 2.1. Estudios que utilizan instrumentos baremados para evaluar las consecuencias de la violencia de género.

AUTORES	MUESTRA	EDAD	TIPO DE MALTRATO	INSTRUMENTO	RESULTADOS
Sternberg <i>et al.</i> (1993)	110	8-12	-Abuso físico (n=36) -Testigos de abuso físico interparental (n=16) -Ambos (30) -Grupo control (31)	CBCL YSR CDI	La media en CBCL problemas internalizantes fue de 68,06 (dt=9.85), y en problemas externalizantes de 67.88 (dt=8.36) La media en YSR En problemas internalizantes fue de 50.63 (dt=9.55), y en problemas externalizantes de 46.88 (dt=9.47).
Bourassa (2007)	490	15-19	-Maltrato físico -Exposición a violencia interparental	YSR	Prevalencia comp. internalizante 36.61% Prevalencia comp. externalizante 30.33%
Kernic <i>et al.</i> , (2003)	167	2-17	-Maltrato físico -Exposición a violencia interparental	CBCL	Prevalencias: comp. externalizante 54.2% comp. Internalizante 45.8%
Pelcovitz <i>et al.</i> (1994)	54	-	-Maltrato físico (n=27) -Grupo control (n=27)	CBCL YSR	Encontraron conductas externalizantes (problemas de conducta) e Internalizantes (Depresión) y déficits sociales.
Mennen (2004)	31	6-12	-Abuso sexual (n=11, 35%) -Abuso físico (n=7, 26%) -Abuso físico y sexual (n=7, 23%)	CBCL CDI	Encontraron problemas internalizantes en el rango clínico, y problemas externalizantes en el rango borde-line.
Fantuzzo <i>et al.</i> , (1991)	107	3-6	-Violencia verbal y/o física - Residencia en Instituciones sociales	CBCL	Encontraron problemas internalizantes (emocionales) y externalizantes (problemas de conducta), y comportamiento social alterado.
Hughes, Parkinson y Vargo (1989)	150	4-12	-Abuso físico y testigos de violencia interparental	CBCL	Encontraron problemas. internalizantes y externalizantes y comportamiento social afectado.
García, Lila y Musitu (2005)	444	-	-Negligencia	CBCL	Encontraron comportamiento externalizante (agresivo, hiperactivo y disruptivo), e internalizante (ansiedad, depresión, somatización), obsesión-compulsión, y retraimiento social.



Tabla 2.1. (Continuación). Estudios que utilizan instrumentos baremados para evaluar las consecuencias de la violencia de género.

AUTORES	MUESTRA	EDAD	TIPO DE MALTRATO	INSTRUMENTO	RESULTADOS
De Paúl y Arruabarrena (1995)	66	-	-Maltrato físico (n=17) -Abandono físico (n=24) -Grupo control (n=25)	CBCL TRF	Encontraron problemas de conducta, problemas sociales, conducta delictiva y problemas de atención en menores con ambos tipos de maltrato. Problemas externalizantes en los menores con abandono físico, e internalizantes en menores con maltrato físico.
Gallardo y Jiménez (1997)	181	9-14	-Maltrato físico (n=44) -Violencia familiar (n=34)	CBCL TRF	Encontraron problemas de conducta, ansiedad, depresión, y desadaptación.
Schmid, Goldbeck, Nutzel y Fegert (2008)	689	4-18	-Residencia en Instituciones sociales	CBCL YSR	En el CBCL la prevalencia en comp. externalizante fue de 67.1%. En YSR de 58.3%; en Trastorno de conducta 24.8%, TDAH y TC 20.5%, TDAH 8.6%, Distimia y Depresión 8.6%, Ansiedad 3.7%.
Ruiz y Gallardo (2002)	57	8-13	-Negligencia leve o grave.	CBCL TRF STAIC	Encontraron conductas externalizantes, desatención, bajo rendimiento escolar y adaptación general baja.
Hukkanen, Sourander, Bergroth y Piha (1999)	53	-	-Residencia en Instituciones sociales	CBCL	Encontraron síntomas externalizantes tales como agresividad, delincuencia y problemas de atención.
Corbalán y Patró (2003)	-	-	-Maltrato infantil -Exposición a violencia interparental	-	Encontraron prevalencias del 25% en bajo rendimiento escolar, 27.5% en miedo hacia el maltratador, 32.5% en ansiedad, y 30% tristeza y aislamiento.
Graham-Bermann, Gruber, Howell y Girz (2009)	219 menores (109 niños y 110 niñas)	6-12	-Expuestos a violencia de género	CBCL	La media para los problemas de comportamiento externalizantes tanto de niños como de niñas fue de 17.25, y para los internalizantes de 13.50.



Tabla 2.1. (Continuación). Estudios que utilizan instrumentos baremados para evaluar las consecuencias de la violencia de género.

AUTORES	MUESTRA	EDAD	TIPO DE MALTRATO	INSTRUMENTO	RESULTADOS
Owen, Thompson, Shaffer, Jackson y Kaslow (2009)	139 menores afroamericanos	8 -12	-Expuestos a violencia de género.	CBCL YSR	Prevalencia en CBCL en problemas internalizantes del 9%, y externalizantes de 19%. Puntuación media en problemas internalizantes de 51.99 (dt=11.44) y externalizantes de 55.82 (dt=10.96), Prevalencia YSR problemas internalizantes de 18% y externalizantes de 4%. Media en problemas inter. 56.57 (dt=11.89), y externalizantes 48.81 (dt=10.11).
Kerig (1998)	106 familias	8 -11	-Expuestos a violencia doméstica	CBCL	Encontraron altas tasas de problemas de conducta.
Kernick <i>et al.</i> (2003)	143	2-17	-Maltrato físico -Exposición a violencia interparental	CBCL	Encontraron una prevalencia de 54.2% en problemas externalizantes y de 45.8% en problemas internalizantes. El 40% de los menores presentaban problemas de comportamiento en el rango clínico.
Grych <i>et al.</i> , (2000)	228	8-14	-Expuestos a violencia de doméstica	CBCL	El 30% de los menores desarrollaron un patrón mixto de sintomatología internalizante y externalizante, el 21% revelaron sólo problemas externalizantes y el 18% sólo internalizantes, mientras que otro grupo (31%) no mostraba señales de inadaptación.



Tabla 2.1. (Continuación). Estudios que utilizan instrumentos baremados para evaluar las consecuencias de la violencia de género.

AUTORES	MUESTRA	EDAD	TIPO DE MALTRATO	INSTRUMENTO	RESULTADOS
Ware et al., (2001)	401	4 -10	-Residentes en centros de acogida para mujeres maltratadas	CBCL	La puntuación media en CBCL problemas externalizantes fue de 56.8 (dt=12.02), un 30% de los menores con puntuaciones externalizantes clínicas; en problemas internalizantes de 60.5 (dt=12.71)
Colmenares, Martínez y Quiles (2007)	15	6 15	-Expuestos a violencia de género	CBCL	Encontraron trastornos del comportamiento en un 55%. La conducta más nombrada es la agresividad.
Carrasco, Rodríguez y Del Barrio (2001)	-	12-18	-Adolescentes entre con o sin experiencia de maltrato	YSR	Encontraron una mayor proporción de problemas externalizantes y delictivos.

2.2.3 FUNCIONAMIENTO COGNITIVO

La literatura científica también indica que la exposición a la violencia doméstica puede afectar al funcionamiento cognitivo de los menores (Rossman, 1998).

A pesar de la importancia que esto supone, disponemos de relativamente poca investigación sistemática y válida al respecto según refieren Graham-Berman, Howell, Miller, Kwek y Lilly (2010), aunque a nivel escolar y clínico es un dato difícilmente desestimable.

En el estudio de estos autores (Graham-Berman et al., 2010) se comparan 87 niños/as en edad preescolar (de 4 a 6 años) y sus madres expuestas a violencia de género en los últimos dos años, con una muestra nacional de 1.700 niños/as de la misma edad no expuestos a esta violencia. Los resultados mostraron, según la evaluación con medidas estandarizadas, que los menores expuestos a violencia de género obtenían puntuaciones significativamente más bajas en sus rendimientos verbales.



También encontramos en los estudios realizados por Koenen, Moffitt, Caspi, Taylor y Purcell (2003) y Costa en el mismo año, resultados similares. En el primer estudio citado los niños/as expuestos a violencia doméstica presentaban puntuaciones de cociente intelectual 8 puntos por debajo de los menores no expuestos. Koenen, Moffitt, Caspi, Taylor y Purcell (2003) hallaron que los niños y niñas expuestos a violencia doméstica presentaban puntuaciones de cociente intelectual 8 puntos por debajo de los menores no expuestos. Huth-Bocks, Levendosky, y Semel (2001) llevaron a cabo otro estudio sobre una muestra de hijos/as entre 3 a 6 de 100 mujeres víctimas de violencia de género, que vivían en casas de acogida. Se encontró que el funcionamiento intelectual verbal era inferior que los grupos de comparación. Los resultados resultaron estar mediados por la sintomatología depresiva en las madres y la deficiente estimulación intelectual en el hogar.

DeBellis (2001), encontró que el efecto de la violencia de género a nivel cognitivo incluye una capacidad intelectual más baja y dificultades en la memoria y la concentración.

A pesar de que los resultados no son concluyentes, de lo que si se está seguro es de que los rendimientos intelectuales de los/las niños/as expuestos a violencia intrafamiliar son significativamente más bajos que los de menores no expuestos, y que este hecho tiene un dramático efecto en su funcionamiento y rendimiento escolar.

2.2.4 TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE Y DEL DESARROLLO

Los efectos de la exposición a violencia de género sobre el rendimiento académico son difíciles de cuantificar, ya que algunas de las características que presentan estas familias tales como bajos ingresos y hogar desestructurado, están asociadas con pobre rendimiento escolar y estas variables deberían estar controladas en la investigación (Wildin, Williamson y Wilson, 1991). En esta línea Moore y Pepler (1998) encontraron evidencias de que la exposición a violencia doméstica no empeoraba el rendimiento escolar, sino que éste era más bien afectado por este tipo de variables, como el hogar desestructurado, la pobreza y el estrés de la madre. A pesar de ello, los resultados encontrados en diversos estudios apuntan una estrecha relación entre estas variables.



En 1989 Pepler y Moore, encontraron que los menores testigos de violencia doméstica presentaban de manera significativa menor rendimiento escolar y puntuaciones más bajas en lectura y matemáticas. Años más tarde, Rossman (1998), también observó puntuaciones más bajas en pruebas verbales en menores testigos. Costa (2003), detectó que ser testigo de violencia de género también es causa de absentismo escolar y de trastornos en el aprendizaje del lenguaje. Otro estudio llevado a cabo por Mathias, Mertin, y Murray (1995), sobre una muestra de 79 niños con un historia previa de exposición a violencia de género, encontró que casi la mitad (43%) tenían un nivel de lectura de más de un año por debajo de su edad cronológica, si bien, en comparación con 22 niños en un grupo control de edad, sexo y nivel socioeconómico, las diferencias desaparecieron.

Con la información aportada hasta este momento, se puede concluir que la exposición a la violencia de pareja, y las consecuencias psicológicas que ocasiona en los hijos/as, sean subclínicas o claramente patológicas, afecta al rendimiento escolar comprometiendo su desarrollo.

En un trabajo reciente Humpreys, Lowe y Williams (2009), entrevistaron a las madres de 28 niños/as expuestos/as a violencia de género. Estas madres informaron que muchos de sus hijos e hijas experimentaban pesadillas, mojaban la cama, sufrían crisis de pánico durante la noche y presentaban patrones de sueño interrumpidos. Estos autores concluyeron que la interrupción del sueño es un efecto de la violencia de género y que afecta profundamente a las vidas de los menores. En el estudio de Abrahams (1994), 96 madres informaron sobre los efectos a corto plazo de la violencia de género en los menores, y se encontró que el 34% de ellas refirieron que sus hijos e hijas tenían problemas en el control de esfínteres nocturno.

2.2.5 PROBLEMAS DE ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL

La competencia social de los menores que han sido expuestos a violencia de género también se ve comprometida, produciendo déficits en su interacción y relaciones sociales (Davis y Carlson, 1987; Kernic et al., 2003; Moore y Pepler, 1998). Dificultades en esta área



también se han encontrado cuando los estilos parentales son excesivamente punitivos o coercitivos (Cohen y Brook, 1995). Las relaciones familiares, especialmente los estilos de crianza y la relación entre los padres, influyen en la capacidad del niño/a para autorregular sus conductas y emociones y atribuir un significado a las relaciones interpersonales (Gilliom, Shaw, Beck, Schonberg y Lukon, 2002; Siegel, 1999).

Autores como Dogde, Bates y Pettit (1990) y Downey y Feldman (1996), apuntan que los menores que han experimentado alguna forma de rechazo parental o maltrato tienden a presentar sesgos atribucionales hostiles y aprenden a anticipar y a evitar las conductas de rechazo, generalizando esta anticipación a contextos interpersonales y desarrollando con alta probabilidad déficits en el procesamiento de la información social. De esta forma, es más probable que estos niños/as que se muestran agresivos en las relaciones interpersonales con sus iguales no sean aceptados entre sus compañeros/as, aumentando el riesgo de aislarse o relacionarse con grupos de pares agresivos (Dishion, Patterson, Stoolmiller y Skinner, 1991), lo que puede convertirse en un importante obstáculo para aprender a relacionarse con los demás de manera constructiva (Cohen y Brook, 1995; Dishion, Andrews y Crosby, 1995).

Henning et al. (1996) en un estudio retrospectivo donde los/as participantes informaron haber sido testigos de maltrato hacia sus madres durante su infancia, encontraron la presencia de problemas clínicos en la edad adulta después de controlar los efectos de otros factores. Así, las mujeres que fueron testigos de violencia conyugal tuvieron mayor estrés y peor ajuste social en el trabajo.

2.2.6 CRECIMIENTO

Estudios como los Wolak y Filkelhor en 1998 y Barudy en 2004, apuntan que la violencia de género tiene repercusiones a nivel físico en los menores que son testigos de ella, como retraso en el crecimiento, trastornos de la conducta alimentaria (inapetencia, anorexia, bulimia), dificultad o problemas de sueño, regresiones, déficits en habilidades motoras, síntomas psicósomáticos (alergias, asma, eczemas, cefaleas, dolores abdominales, enuresis



nocturna, etc.). Los estudios han documentado trastornos del sueño en niños/as mientras están viviendo en un hogar donde sus madres son objeto de abusos (por ejemplo, Jaffe, Wolfe y Wilson, 1990; y Lemmy, McFarlane, Willson y Malecha, 2001), y además, estos problemas pueden continuar después de cesar la violencia (Mertin y Mohr, 2002).

2.2.7 SALUD

Los menores expuestos a violencia de género son más vulnerables a desarrollar problemas físicos, debido a su mayor riesgo de sufrir negligencia, abusos físicos, y pérdida de un cuidador, que afectan a su bienestar y seguridad física (Carlson, 2000; Edleson, 1999; Rossman, 2001).

Meltzer, Doos, Vostanis, Ford y Goodman (2009) dieron a los padres tres listas sobre problemas de salud comunes en los niños/as. Ellos comprendían problemas de salud específicos, por ejemplo, asma, eczema, epilepsia, diabetes, o grandes categorías, como problemas del aparato digestivo, dificultades en la coordinación, la vista y el oído, etc. Se encontró que los grupos de niños/as que tenían más probabilidad de ser testigos de violencia de género severa eran aquellos con más problemas de salud física.

Por otro lado, los menores expuestos a violencia de género tienen mayor probabilidad de involucrarse en conductas perjudiciales para la salud en etapas posteriores de la vida (Bair-Merritt, Blackstone y Feudtner, 2006), como, intentos de suicidio, abuso de drogas y alcohol, fugas, comportamientos delictivos, coqueteo con sectas, prostitución y abuso sexual, (González de Rivera, 2002; Wolfe, Wekerle, Reitzel Gough, 1995) y trastornos psicosomáticos, trastornos de personalidad límite y depresión, baja autoestima y síntomas de trauma en la edad adulta (Colmenares, Martinez y Quiles, 2007; Silvern et al., 1995). Straus y Gelles, 1990 llevaron a cabo una encuesta en más de 6.000 familias estadounidenses encontrando que, un 50% de los hombres que con frecuencia agredían a sus esposas también abusaban de sus hijos. En este sentido, los agresores a menudo utilizan a sus hijos/as con el fin de controlar a la pareja, y en muchos casos se producen lesiones en los menores durante estos episodios (Loise, 2009). En el caso de hijos/as



mayores, muchos se ven lesionados por intentar intervenir en los episodios violentos para proteger a sus madres (Carter y Schechter, 1997).

Con respecto a la mortalidad de estos niños/as, según datos aportados por el Centro Reina Sofía (2005), el número de menores asesinados en el ámbito familiar fue de 19 en 2001, 16 en 2002, 12 en 2003 y 16 en 2004. El Grupo de Trabajo sobre Mortalidad Infantil (1997) de la provincia de Ontario en Canadá identificó que de los 11 niños que murieron como resultado de homicidio en 1994/95, la violencia de género estaba presente en cinco de los casos (Loise, 2009).

2.2.8 TRAUMA COMPLEJO

Por otra parte y mostrando la complejidad de las reacciones postraumáticas en la infancia, cuando los sucesos estresantes son intrafamiliares, y concretamente el maltrato o abuso se lleva a cabo por parte de una o varias de las personas responsables de la crianza con un fuerte poder en las relaciones familiares, las reacciones postraumáticas, además de poder configurar perfiles específicos internalizantes o externalizantes, pueden afectar al desarrollo psicológico general conformando un *trastorno por estrés postraumático extremo o complejo*, que se caracteriza por un conjunto de síntomas tanto internalizantes como externalizantes (Cook et al., 2005; López-Soler, 2008), y que se describirá en las teorías explicativas. Lo característico de este trastorno es que en vez de considerar la sintomatología presentada hasta ahora como comorbida, ésta sería interpretada como síntomas de un trastorno que abarca la alteración de diferentes áreas de desarrollo y tipos de sintomatología.

Pelcovitz et al. (1997), propusieron el diagnóstico de *Trastorno por Estrés Extremo no Especificado* (Disorders of Extreme Stress not Otherwise Specified, DESNOS), para diagnosticar la reacción más grave ante el estrés, y el grupo de trabajo sobre TEPT del DSM-V ha identificado 6 dominios que debían presentar alteraciones para el diagnóstico de este trastorno: (1) Alteración en la regulación de afectos e impulsos; (2) Alteraciones en atención y consciencia; (3) Alteraciones en la autopercepción; (4) Alteraciones en la relación con los otros; (5) Somatización y/o problemas médicos y (6) Alteración en el



sistema de significados. Se puede considerar que algunas de estas características suponen mecanismos adaptativos que estructuran el significado del mundo y de las relaciones en un proceso de aprendizaje patológico, que está siendo legitimado por el resto de personas consentidoras (López-Soler, 2008).

Existe por tanto evidencia clínica sobre este diagnóstico, necesario para capturar el espectro de los síntomas que presentan los niños/as expuestos a la violencia interpersonal y víctimas de malos tratos intrafamiliares, en los que se observa una mezcla de sintomatología internalizante (ansiedad, culpabilidad, baja autoestima, somatizaciones), externalizante (inquietud, falta de atención, descontrol de impulsos, ira, problemas de conducta), junto a graves problemas cognitivos (déficit funciones ejecutivas, problemas memoria, bajo rendimiento intelectual y académico), y en las relaciones interpersonales (dificultades en la modulación afectiva, reacciones desproporcionadas ante dudosos indicadores de rechazo, dependencia excesiva). Por lo que hay una línea de investigación y apoyo a la formalización e inclusión de este trastorno como una nueva categoría diagnóstica (Carlson, 2000; Cook et al., 2005; López-Soler, 2008; López-Soler et al., 2008a), si bien por su prematuridad no existen, hoy día, investigaciones empíricas sobre la prevalencia del mismo en menores expuestos a violencia de género, se ha encontrado evidencia del mismo en menores tutelados provenientes de familias con elevados niveles de violencia, los cuales muestran una gran cantidad de sintomatología característica de este trastorno (López-Soler, 2008).

2.3 OTROS ESTUDIOS EN POBLACIÓN INFANTIL

Como se comentó al principio de este capítulo, determinados instrumentos como el *Child Behavior Checklist (CBCL, Achenbach 1991a)*, el *Youth Self-Report (YSR, Achenbach 1991c)*, el *Cuestionario de depression Infantil, (CDI, Kovacs, 1992)*, el *Cuestionario de ansiedad estado/rasgo en niños, (STAIC, Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1973, 1982; adapt española Seisdedos, 1989)* entre otros, son instrumentos muy utilizados para evaluar un amplio espectro de problemas psicopatológicos en niños/as y adolescentes.



A continuación, se describen brevemente algunos estudios realizados con estos instrumentos en población clínica, muestras no clínicas y muestras de menores víctimas de maltrato físico, negligencia y/o abandono, con el fin de tener un referente con el que interpretar y comparar las puntuaciones obtenidas en niños/as víctimas de violencia de género descritas anteriormente.

2.3.1 SINTOMATOLOGÍA INTERNALIZANTE Y EXTERNALIZANTE

2.3.1.1 POBLACION GENERAL

Achenbach (1991a), administró el CBCL a 2.368 padres de niños/as de edades comprendidas entre los 4 y los 18 años (1.200 entre 4 y 11 años, y 1.168 entre 12 y 18 años) encontrando que las medias para las escalas de banda estrecha estaban comprendidas entre 0,5 y 8,2 y las escalas de banda ancha oscilaban entre 5,6 y 24,3. Curry et al. (2000) evaluaron a 108 adolescentes de edades comprendidas entre los 13 y los 18 años, obteniendo puntuaciones medias entre 67,41 y 67,71 en las escalas de banda ancha.

Thurber y Show (1990), evaluaron con el CBCL a 102 madres de chicas con trastornos psiquiátricos y obtuvieron puntuaciones T medias que oscilaban entre 71,94 y 76,18. Roussos et al., (1999) administraron este cuestionario (en la versión griega) a 1.213 padres de niños/as entre 6 y 12 años y obtuvieron medias comprendidas entre 0,3 y 9,4 para las escalas de banda estrecha, y entre 7,5 y 30,4 para las escalas de banda ancha.

Otros autores administraron el CBCL a 580 padres de chicos y chicas de 15 y 16 años y obtuvieron medias comprendidas entre 0,3 y 4,1 para las escalas de banda estrecha y entre 5,2 y 17,0 para las escalas de banda ancha (Sourander et al., 1999). Jensen, Salzberg, Richters y Watanabe (1993), en una muestra formada por 192 familias de niños entre 5 y 17 años obtuvieron puntuaciones medias entre 56,2 y 62,4. Achenbach (1991c) evaluó a 1.315 niños/as y adolescentes de edades comprendidas entre 11 y 18 años, mediante el YSR, y encontró medias comprendidas entre 2,2 y 8,5 para las escalas de banda estrecha y de 10,3 a 38,9 para las escalas de banda ancha. Las medias encontradas en las diferentes poblaciones oscilan entre 39 y 76,65 en americanas y 26 y 41,4 en europeas.



En la siguiente tabla se muestra un resumen de los estudios más relevantes llevados a cabo con el CBCL e YSR en este tipo de población.

Tabla 2.1. Estudios que utilizan el CBCL e YSR en población general.

AUTORES	INSTRUMENTO	MUESTRA	EDAD	RESULTADOS
Achenbach (1991a)	CBCL	-2.368 padres de niños/as -Población general	4-18	Encontraron puntuaciones medias para las escalas de banda estrecha entre 0,5 y 8,2 y las escalas de banda ancha entre 5,6 y 24,3.
Jensen, Salzberg, Richters y Watanabe (1993)	CBCL	-192 familias -Población general	5-17	Encontraron puntuaciones medias entre 56,2 y 62,4.
Thurber y Show (1990)	CBCL	-102 madres de chicas con trastornos psiquiátricos -Población clínica	-	Encontraron puntuaciones T medias entre 71,94 y 76,18.
Roussos et al., (1999)	CBCL	-1.213 padres de niños/as -Población general	6-12	Encontraron puntuaciones medias entre 0,3 y 9,4 para las escalas de banda estrecha, y entre 7,5 y 30,4 para las escalas de banda ancha.
Sourander et al., (1999)	CBCL	-580 padres -Población general	15-16	Encontraron puntuaciones medias entre 0,3 y 4,1 para las escalas de banda estrecha, y entre 5,2 y 17,0 para las escalas de banda ancha.
Achenbach (1991c)	YSR	-1.315 niños/as y adolescentes -Población general	11-18	Encontraron medias entre 2,2 y 8,5 para las escalas de banda estrecha, y de 10,3 a 38,9 para las escalas de banda ancha.
Curry et al., (2000)	YSR	-108 adolescentes -Población general	13-18	Encontraron medias entre 67,41 y 67,71 en las escalas de banda ancha.



2.3.1.2 POBLACION CLINICA

Los resultados de una investigación llevada a cabo por López-Soler, Castro, Alcántara, Fernández y López-Pina (2009), con una muestra de 300 niños y niñas, de edades comprendidas entre los 6 y 12 años de la Unidad de Psicología Clínica Infantil del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia, evaluados a través del instrumento de evaluación CBCL, muestran los siguientes resultados. Las prevalencias en problemas de comportamiento externalizantes (tomando como punto de corte el percentil 98, que indica sintomatología clínica significativa): un 28,3% *Déficit de Atención e Hiperactividad*, un 40,6%, *Oposicionismo Desafiante*, y un 44% *Problemas de Conducta*. No se encontraron diferencias significativas entre niños y niñas en *Problemas de Conducta*, mientras que las prevalencias son superiores en niños en: *Oposicionismo Desafiante* con 34,3%, frente a las niñas que obtienen un 30,1%; en *Déficit de Atención e Hiperactividad* el porcentaje de niños es del 49,3%, superior al de las niñas que es de 34,4%.

En otro estudio (López-Soler, Alcántara, Fernández, Castro y López-Pina, 2010), que analiza la sintomatología internalizante en la misma muestra clínica y con idéntico criterio, se obtuvo una prevalencia del 54% en *ansiedad*, el 32% en *alteraciones afectivas*, y un 29% en *quejas somáticas*, y se encontró en las dos primeras alteraciones puntuaciones más altas en los niños que en las niñas. En otra investigación realizada por estos mismos autores se presenta la prevalencia en *Alteraciones del Pensamiento* en la misma muestra clínica pediátrica donde se obtiene un porcentaje clínico de 2,1% en este tipo de alteración, además el porcentaje fue superior para los niños (3,6%) que en las niñas (1,1%) (López-Soler, Fernández, Castro, Alcántara y López-Pina, 2009).



Tabla 2.2. Estudios que utilizan el CBCL en población clínica.

AUTOR	INSTRUMENTO	MUESTRA	EDAD	RESULTADOS
López-Soler, Castro, Alcántara, Fernández y López-Pina (2009)	CBCL Externalizante (por encima del percentil 98)	-300 niños y niñas Unidad de Psicología Clínica Infantil del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia -Población clínica	6-12	Encontraron una prevalencia de 28,3% en Déficit de Atención e Hiperactividad, un 40,6% en Oposicionismo Desafiante, y un 44% Problemas de Conducta.
López-Soler, Alcántara, Fernández, Castro y López-Pina (2010)	CBCL Internalizante (por encima del percentil 98)	-300 niños y niñas Unidad de Psicología Clínica Infantil del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia -Población clínica	6 -12	Encontraron una prevalencia de 54% en ansiedad, el 32% en alteraciones afectivas, y un 29% en quejas somáticas.
López-Soler, Alcántara, Fernández, Castro y López-Pina (2010)	CBCL Problemas de pensamiento (por encima del percentil 98)	-300 niños y niñas Unidad de Psicología Clínica Infantil del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia -Población clínica	6 - 12	Encontraron una prevalencia de 2,1% Alteraciones del Pensamiento

2.3.1.3 POBLACION VICTIMA DE MALTRATO FISICO, NEGLIGENCIA Y/O ABANDONO

De los estudios realizados en niños/as víctimas de maltrato físico, negligencia y/o abandono se encuentra el desarrollado por Schmid, Goldbeck, Nuetzel y Fegert (2008) sobre una muestra de 689 niños/as y adolescentes de edades comprendidas entre los 4 y 18 que vivía en 20 residencias sociales. El CBCL fue cumplimentado por los cuidadores y el YSR por los menores. Este estudio mostró puntuaciones medias altas en la mayoría de las subescalas del CBCL e YSR, predominando los problemas externalizantes y el comportamiento disruptivo. Se encontraron diferencias en género, los niños presentaron mayor prevalencia en trastorno de conducta (25.6%), que las niñas (22.9%), en trastorno de déficit de atención con hiperactividad también se hallaron puntuaciones mayores en los niños (25,6%) frente a las niñas (6,4%), y los porcentajes juntos de estos dos síndromes fueron de 2.5% para niños a 0.7% para niñas. Con respecto a problemas internalizantes, las



niñas mostraron prevalencias más altas en depresión y distimia (12,9% niñas; 6,8% niños), y en trastornos de ansiedad (7,1% niñas; 2,2% niños).

En esta misma línea de Paúl y Arruabarrena (1995), realizaron un estudio en nuestro país con una muestra de 66 menores, víctimas de maltrato físico (n=17) abandono físico (n=24), y un grupo control (n=25), a través del CBCL y su versión para profesores TRF. Los resultados mostraron que en los niños/as víctimas de maltrato físico y abandono se encontraron puntuaciones más altas que el grupo de control en problemas de conducta. Se obtuvieron puntuaciones más altas en el grupo de niños/as víctimas de abandono que el grupo control en problemas externalizantes y en el síndrome conducta agresiva; y el grupo de menores víctimas de maltrato físico puntuaron más alto en la escala internalizante y en la subescala de oposicionismo que el grupo de comparación. Se realizaron análisis posteriores que confirmaron la tendencia encontrada de que los niños/as víctimas de maltrato y abandono, presentaron puntuaciones más altas en las subescalas de problemas sociales, conducta delictiva y problemas de atención y un menor ajuste escolar que el grupo comparación. García, Lila y Musitu (2005) realizaron un estudio en población española, en una muestra de 444 menores, víctimas de negligencia. Analizaron la relación entre la negligencia y el ajuste psicológico y social en sus hijos/as, a través CBCL. Los resultados muestran que los menores presentan problemas de ansiedad, depresión y aislamiento, obsesiones-compulsiones, problemas somáticos y retraimiento social, y problemas de conducta externalizados, tales como hiperactividad, agresividad y delincuencia. Hukkanen, Sourander, Bergroth y Piha (1999) evaluaron los cambios emocionales y comportamentales que experimentaban los menores durante un período de 2.5 años tras ingresar en centro de acogida. Los cuidadores informaron a través del CBCL de un incremento significativo en problemas externalizantes, tales como agresividad, delincuencia y problemas de atención, pasando el 25 % de los menores de un rango normal en estos problemas a uno clínico. Mennen (2004), sobre una muestra de 31 menores latino-americanos víctimas de maltrato físico y/o sexual entre 6 y 12 años, evaluó los problemas de comportamiento a través del CBCL, la depresión a través del CDI, así como la ansiedad con el Revised *Children's Manifest Anxiety Scale* (RCMAS). Los resultados



mostraron que no se daba sintomatología clínica ansiosa o depresiva, sin embargo, sí se daban rangos clínicos en las escalas totales de problemas internalizantes y rango borderline en externalizantes.

Pelkovitz et al., (1994) aplicaron el CBCL y el YSR en 54 menores de los cuales 27 eran víctimas de maltrato físico y otros 27 pertenecían al grupo control, los resultados mostraron conductas externalizantes e internalizantes, así como problemas sociales en el grupo maltratado frente al grupo control. Ruiz y Gallardo (2002), evaluaron el impacto psicológico de la negligencia familiar leve frente a la negligencia grave en un grupo de 57 menores de entre 8 y 13 años a través del CBCL y el TRF, los resultados mostraron conductas externalizantes, desatención, bajo rendimiento escolar y adaptación general baja en el grupo de negligencia grave.

López Soler et al., (2008) realizaron un estudio sobre 42 menores tutelados entre 6 y 16 años, víctimas de maltrato intrafamiliar grave, a través del CBCL y el YSR, entre otros instrumentos. Los resultados mostraron una puntuación media en el síndrome ansiedad depresión de 5,83; en depresión-retraimiento 5,27; en quejas somáticas 2,50; en problemas sociales 5,34; en problemas de pensamiento de 3,93; en problemas de atención de 8,22; en comportamiento anti-normativo de 5,22; y por último, en comportamiento agresivo de 11,12. La puntuación media total en el CBCL para los síndromes de banda ancha (8) es de 5,93. Las medias que se encontraron en el YSR son: problemas afectivos de 5,32; en problemas de ansiedad de 3,21; en quejas somáticas de 2,32; en problemas de atención de 5,75; en problemas de oposición- desafío de 2,89; y por último en problemas de conducta de 4,75. La puntuación media total en el YSR para los síndromes de banda ancha (6) es de 4,04. Con respecto a las prevalencias, en el CBCL se encontraron prevalencias elevadas (por encima de la puntuación centil 98) en: depresión/retraimiento (21.95%), comportamiento agresivo (21.95%), y comportamiento anti-normativo (19.51%), seguidas de Problemas de Atención (17.07%), de Pensamiento (17.07%), Sociales (14.63%) y, en menor proporción, Ansiedad-Depresión (9.76%). En este estudio la prevalencia más baja se obtuvo en la subescala de quejas somáticas (4.76 %). Respecto a las prevalencias que encontraron en el YSR, las más elevadas se dieron en los síndromes problemas de atención (7.14 %) y



problemas de oposición- desafío (7.14%), seguidas de problemas de conducta (3.57%), problemas afectivos (3.57 %) y quejas somáticas (3.57 %), encontrando una prevalencia nula en problemas de ansiedad. La comparación entre el informe de los cuidadores y el de los niños/as indicó que las prevalencias eran considerablemente mayores en los informes de los cuidadores frente a los de los niños/as. Con respecto al sexo y la edad, en el CBCL, las niñas obtuvieron unas prevalencias altas en todos los síndromes que evaluaron: Depresión-Retraitamiento (22.22%), Problemas de Atención (22.22%), Comportamiento Anti-normativo (22.22%), Comportamiento Agresivo (22.22%) y Ansiedad-Depresión (16.67%), seguidas de Quejas Somáticas (11.11%), Problemas Sociales (11.11%) y de Pensamiento (11.11%), y los niños, con prevalencias menores, puntuaban más en Depresión-Retraitamiento (21.74%), Problemas de Pensamiento (21.74%), Comportamiento Agresivo (21.74%), Problemas Sociales (17.39%) y Comportamiento Anti-normativo (17.39%) y Problemas de Atención (13.03%). En relación a las puntuaciones halladas en el YSR según el sexo, las niñas presentan prevalencias mayores en Problemas de Atención/Hiperactividad (15.39%), seguidas de prevalencias del 7.69% en Problemas afectivos, Oposición-Desafío y Problemas de Conducta; no encontrándose prevalencias en Problemas de Ansiedad y Quejas Somáticas. Respecto a los niños, se han hallado prevalencias bajas en Quejas Somáticas (6.67%) y Problemas de Oposición-Desafío (6.67%), en el resto de síndromes no se han encontrado diferencias entre las prevalencias. En relación a la edad, se evidenciaron niveles mayores en Depresión-Retraitamiento, Problemas Sociales, de Pensamiento, de Atención, Comportamiento Anti-normativo y Agresivo; en los niños menores (6-11 años). Contrariamente el grupo de 12 a 16 años presenta prevalencias mayores en Depresión-Ansiedad y Quejas Somáticas. Los resultados hallados en 6 factores confirman estas tendencias.

Pelcovitz et al. (1994) compararon un grupo de menores maltratados físicamente (n=27) con un grupo control de menores no expuestos a tal abuso (n=27). Emplearon el CBCL y el YSR y comprobaron que los menores maltratados presentaban mayor prevalencia en depresión, problemas de conducta, conductas externalizantes e internalizantes y déficits sociales.



A continuación se muestra una tabla resumen con los estudios más relevantes en población víctima de maltrato físico, negligencia y/o abandono.

Tabla 2.3. Estudios que utilizan el CBCL e YSR en población víctima de maltrato físico, negligencia y/o abandono.

AUTOR	INSTRUMENTO	MUESTRA	EDAD	RESULTADOS
López Soler et al., (2008)	YSR	-42 menores tutelados -víctimas de maltrato intrafamiliar grave	6- 16	Encontraron una puntuación media en los síndromes entre 2.89 y 5.75. Y una prevalencia entre 3.57% y 7.14 %.
López Soler et al., (2008)	CBCL	42 menores tutelados víctimas de maltrato intrafamiliar grave	6 -16	Encontraron una puntuación media en los síndromes entre 2, 50 y 11,12. Y una prevalencia entre 4.76 % y 21.95%.
Hukkanen, Sourander, Bergroth y Piha (1999)	CBCL	-Cambios emocionales y comportamentales que experimentaban los menores durante un período de 2.5 años tras ingresar en centro de acogida.	-	Encontraron un incremento significativo en problemas externalizantes (agresividad, delincuencia y problemas de atención), pasando el 25 % de los menores de un rango normal en estos problemas a uno clínico.
Mennen (2004)	CBCL CDI RCMAS	-31 menores latino-americanos -víctimas de maltrato físico y/o sexual	6- 12	-Los resultados mostraron que no se daba sintomatología clínica ansiosa o depresiva, sin embargo, sí se daban rangos clínicos en las escalas totales de problemas internalizantes , y rango borderline en externalizantes
Pelcovitz et al. (1994)	CBCL YSR	-Menores maltratados físicamente (n=27) -no expuestos a tal abuso (n=27)	-	Los menores maltratados presentaban mayor prevalencia en depresión, problemas de conducta, conductas externalizantes e internalizantes y déficits sociales.
Ruiz y Gallardo (2002)	CBCL TRF	57 niños/as con negligencia familiar leve frente a la negligencia grave	8- 13	Conductas externalizantes desatención bajo rendimiento escolar y adaptación general baja en el grupo de negligencia grave.



Tabla 2.3. Estudios que utilizan el CBCL e YSR en población víctima de maltrato físico, negligencia y/o abandono.

AUTOR	INSTRUMENTO	MUESTRA	EDAD	RESULTADOS
García, Lila y Musitu (2005)	CBCL	-444 víctimas de negligencia	-	Encontraron problemas de ansiedad, depresión y aislamiento, obsesiones-compulsiones, problemas somáticos y retraimiento social, y problemas de conducta externalizados, tales como hiperactividad, agresividad y delincuencia.
Pelkovitz et al., (1994)	CBCL YSR	-54 -27 víctimas de maltrato físico -27 grupo control	-	Encontraron conductas externalizantes e internalizantes, así como problemas sociales en el grupo maltratado frente al grupo control.
Schmid, Goldbeck, Nuetzel y Fegert (2008)	CBCL cuidadores YSR	-689 víctimas de maltrato físico, negligencia y/o abandono	4- 18	Encontraron un predominio de problemas externalizantes y el comportamiento disruptivo.
Paúl y Arruabarrena (1995)	CBCL TRF	-66 -víctimas de maltrato físico (n=17) -abandono físico (n= 24) -grupo control (n=25)	-	Encontraron que las víctimas de maltrato físico y abandono obtuvieron puntuaciones más altas que el grupo de control en problemas de conducta.

2.3.2 ANSIEDAD

2.3.2.1 POBLACION GENERAL

Pelaz, Bayón, Fernández, Fernández y Rodríguez (2008), evaluaron el temperamento, la ansiedad y la depresión en población infantil en una muestra de 827 niños de 3 colegios de la Comunidad de Madrid, a través del STAIC. Los resultados mostraron una media en Ansiedad Rasgo de 32,12 (dt=6,63), y en Ansiedad Estado de 27,32 (dt =6,25). Alonso y Juidías (2008) valoraron la ansiedad en 722 sujetos de entre 9 y 13 años, escolarizados en colegios públicos y concertados pertenecientes a Huelva, a través del STAIC. Los resultados mostraron una media en Ansiedad Estado de 31,7 y en ansiedad Rasgo de 34,86. Los autores concluyeron que más del 25% de la muestra de ambos cursos, superan el percentil 75 de la escala de Ansiedad Rasgo y más del 40% tienen una ansiedad-rasgo que



supera la media esperada para su edad. Moreno, del Barrio y Mestre (1995), evaluaron la ansiedad y los acontecimientos vitales a través del STAIC en 695 adolescentes de entre 14 y 15 años pertenecientes a centros públicos y privados. Obtuvieron una puntuación media en Ansiedad Estado de 30,10 (dt= 7,10), y en Ansiedad Rasgo 35,65 (dt=7,18). La prevalencia tomando la media menos una desviación típica para Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo fue de 14,35%.

2.3.2.2 POBLACION VICTIMA DE MALTRATO FISICO, NEGLIGENCIA Y/O ABANDONO

Carrasco, Rodríguez, Rodríguez y Sánchez (1999) realizaron un estudio con una muestra de 47 niños/as divididos en tres grupos; los que habían sido víctimas de negligencia, los que recibieron malos tratos físicos y los que no habían sufrido ningún tipo de maltrato. Concluyeron que existían diferencias significativas tanto en ansiedad estado como rasgo en el STAIC en los dos grupos de menores maltratados respecto al grupo control.

Ruiz y Gallardo (2002) estudiaron hasta qué punto un nivel leve o grave de negligencia impacta negativamente en el desarrollo evolutivo de un grupo de niños y niñas. La muestra estuvo constituida por 57 sujetos con un rango de edad de 8 a 13 años. Se emplearon STAIC, del que no se extrajeron puntuaciones significativas, y el TRF, que informó de mayor número de conductas externalizantes, bajo rendimiento escolar, desatención y baja adaptación general.

Colmenares, Martínez y Quiles (2007) evaluaron el perfil psicológico a través del STAIC de 15 hijos/as de mujeres víctimas del maltrato doméstico de edades comprendidas entre los 6 y los 15 años, captados en unidad psiquiatría de un hospital. Los resultados mostraron que un 60% de la muestra obtenía puntuaciones altas en Ansiedad Estado, y un 80% en Ansiedad Rasgo.

Ericsson, Egeland y Pianta (1989) encontraron que menores entre 5 y 6 años con abandono físico presentaron mayor número de problemas y más graves, manifestándose ansiosos (preocupación, comportamiento agitado), distraídos, carecían de iniciativa y



dependían de ayuda; en cuanto a la relación social también manifestaron comportamientos de retraimiento social, no fueron sensibles o empáticos con sus compañeros por lo que fueron rechazados por ellos en pruebas psicométricas; parecían tener un estado de cólera permanente y tenían dificultades para desenvolverse con independencia.

Sullivan y Spacer (1977, en Ruiz y Gallardo, 2002) evaluaron un proyecto piloto realizado para ayudar a los niños víctimas de negligencia en 35 familias y comprobaron que éstos manifestaban conductas de miedo y angustia y que, incluso, frente a nuevas experiencias agradables y positivas, reaccionaban con excitación y ansiedad.

En el estudio de López et al. (2008), sobre 35 menores tutelados, víctimas de maltrato intrafamiliar crónico, se utilizó el STAIC para evaluar la sintomatología ansiosa. Los resultados mostraron una puntuación media en Ansiedad-Estado de 30, equivalente a puntuaciones centiles entre 45 y 65 de los baremos de la muestra (según edad y sexo); así como una puntuación media de 35 en Ansiedad-Estado, equivalente a puntuaciones centiles comprendidas entre 40 y 60. Encontrándose ambas puntuaciones en la media y levemente por encima de ella en los sujetos de la muestra normal. Con respecto a las prevalencias, se encontró la misma tanto en Ansiedad-Estado como en Ansiedad-Rasgo, un 11.43%.

Tabla 2.4. Estudios que utilizan el STAIC en población general, clínica y víctima de maltrato físico, negligencia y /o abandono.

AUTORES	INSTRUMENTO	MUESTRA	EDAD	RESULTADOS
Pelaz, Bayón, Fernández, Fernández y Rodríguez (2008)	STAIC	-827 niños de 3 colegios de la Comunidad de Madrid	-	Encontraron una media en Ansiedad Rasgo de 32,12 (dt=6,63), y en Ansiedad Estado de 27,32 (dt =6,25).
Alonso y Juidías (2008)	STAIC	-722 de colegios públicos y concertados pertenecientes a Huelva	9 -13	Media en Ansiedad Estado de 31,7 y en ansiedad Rasgo de 34,86.
Moreno, del Barrio y Mestre (1995)	STAIC	-695 adolescentes de centros públicos y privados	14 -15	Puntuación media en Ansiedad Estado de 30,10 (dt= 7,10), y en Ansiedad Rasgo 35,65 (dt=7,18).



Tabla 2.4. (Continuación) Estudios que utilizan el STAIC en población general, clínica y víctima de maltrato físico, negligencia y /o abandono.

AUTORES	INSTRUMENTO	MUESTRA	EDAD	RESULTADOS
Colmenares, Martínez y Quiles (2007)	STAIC	-15 hijos/as de mujeres víctimas del maltrato doméstico en unidad psiquiatría de un hospital	6-15	Encontraron una prevalencia de 60% en Ansiedad Estado, y de 80% en Ansiedad Rasgo
López <i>et al.</i> , (2008)	STAIC	-35 menores tutelados -víctimas de maltrato intrafamiliar crónico	6-16	Encontraron una puntuación media en Ansiedad-Estado de 30 y de 35 en Ansiedad-Estado La prevalencia en Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo fue de 11.43%
Carrasco, Rodríguez, Rodríguez y Sánchez (1999)	STAIC	-47 víctimas de negligencia. -malos tratos físicos -ningún tipo de maltrato.	-	Encontraron diferencias significativas tanto en ansiedad estado como rasgo en el STAIC en los dos grupos de menores maltratados respecto al grupo control.

2.3.2.1 TEPT

Foa et al. (2001) realizaron el primer examen sobre las propiedades psicométricas de la escala *The Child PTSD Symptom Scale* (CPSS) en 75 menores de entre 8 y 15 años a los dos años de haber vivenciado un terremoto. Los resultados mostraron una media en esta escala de 7,6 (dt= 8,1).

Bustos, Rincón y Aedo (2009), realizaron la validación preliminar de la Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Child PTSD Symptom Scale, CPSS) en Niños/as y Adolescentes Víctimas de Violencia Sexual. La muestra estuvo formada por 75 niños y adolescentes chilenos de edades comprendidas entre 8 y 18 años. Los resultados utilizando el punto de corte inferior a la puntuación 24, indicaron que la de sintomatología TEPT eran nula o baja, y las puntuaciones mayores o iguales a 24 indicaron sintomatología TEPT moderada o alta. Al igual que en la CPSS original, no se encontraron diferencias significativas ($0,27 < p < 0,80$) en función de la edad de los



evaluados respecto a las puntuaciones totales de la escala y de sus respectivas subescalas. Con respecto al sexo de los evaluados, no se encontraron diferencias significativas ($0,59 < p < 0,83$) respecto a las puntuaciones totales del CPSS y de sus respectivas subescalas, a diferencia de lo ocurrido con la versión original del CPSS, en la que los evaluados de sexo masculino presentaron puntuaciones significativamente inferiores a las evaluadas de sexo femenino (Foa et al., 2001).

Duarte (2007) evaluó la sintomatología por estrés postraumático en menores expuestos a violencia doméstica, la muestra estuvo formada por 67 menores de entre 8 y 18 años y el instrumento utilizado el CPSS. Los resultados obtenidos mostraron una media en las puntuaciones de 21,30 ($dt= 9,34$). Jaycox (2009) realizó un estudio piloto sobre estudiantes expuestos algún tipo de trauma, la muestra tenía una edad media de 11,5 años. Los resultados mostraron una media en el CPSS de 19,41 ($dt= 10$)

López-Soler et al., (2008), realizaron una investigación sobre trauma complejo y estrés postraumático en maltrato infantil utilizando una muestra de 38 menores tutelados, que habían sufrido maltrato intrafamiliar crónico, con un rango de edad de entre 8 y 16 años, los evaluaron a través del CPSS y hallaron una media de 15,68 ($dt=12,47$). Los niños/as de 8 a 12 años obtuvieron puntuaciones mayores en los factores de Pensamientos Intrusivos y Evitación que los de 13 a 16 años, y no se encontraron diferencias significativas con respecto al sexo. Las prevalencias fueron estimadas a partir de dos puntos de corte: puntuaciones mayores de 11 y de 18, resultando unas prevalencias de 57,89 % y 39,47% respectivamente. Otros estudios sobre comorbilidad de TEPT y otros trastornos, llevados a cabo en muestras de niños/as que habían sufrido abuso sexual, encontraron una importante asociación entre el TEPT y trastornos depresivos (Browne y Finkelhor, 1986; Lipovsky, Saunders y Murphy, 1989; Rew, 1989; Sawyer, Vogt, Hansen y Flood, 2004; Wolfe, Sas y Wekerle, 1994). En este sentido, McLeer, Deblinger, Atkins, Ralphe y Foa, (1988) indicaron que los menores diagnosticados de TEPT presentaban un nivel alto de síntomas depresivos en el CDI (Kovacs, 1991).



2.3.3 DEPRESION

2.3.3.1 POBLACION GENERAL

En uno de los estudios realizado por Kovacs (1992) se evaluó a 1.266 participantes (592 chicos de entre 7 y 15 años y 674 chicas de entre 7 y 16 años), que fueron divididos en grupos 7 a 12 años, y de 13 a 16. Se encontró una media de 9,8 (DT =7,3), para los mayores de 13 años, y de 10,5 (DT = 7,3) para los menores de 12 años. Los estudios revisados que aparecen en el manual de la adaptación española recogen medias comprendidas entre 9,98 y 12,19 (Mestre, García, Frías, y Moreno, 1992; Del Barrio y Mestre, 1989; Del Barrio, Frías y Mestre, 1994). Otros estudios realizados en población española han encontrado medias superiores a las de Kovacs (1992), así, Monreal (1988) en una muestra de 907 niños de entre 9 y 12 años encontró una media de 12,18 (DT=8,44) aplicando este instrumento. En otro estudio con una muestra de 413 participantes (180 chicos y 233 chicas) entre 12 y 18 años, se obtuvo una media de 11,67 (DT= 6,01) (Figueras, Amador y Cano, 2001). Del Barrio et al. (2004), en la adaptación española de la prueba, evaluaron 7.759 participantes de edades entre 7 y 15 años y obtuvieron una media de 10 (DT= 5,92).

Vinaccia, et al. (2006) evaluaron a 768 sujetos entre los 8 y los 12 años, 379 chicos y 389 chicas de Colombia utilizaron el CDI versión en español de la escala original de Kovacs (1992) de Davanzo y cols. (2004). Los resultados mostraron una media escala total de 10,52 (dt 5,61). Sobre las prevalencias, estableciendo el punto de corte en 17 puntos (recomendado por Doménech et al., 1995; y por Craighead et al., 1995), la prevalencia fue de 25,2%. Cuando se tomó como punto de corte la puntuación 19 (Kovacs, 1992), la prevalencia fué de 21,7 %. Con respecto al sexo, los chicos presentaron una prevalencia mayor de depresión (14.4%), en comparación con las chicas (10.8%). Gómez, Alviz y Sepúlveda (2003), detectaron sintomatología depresiva en niños de 8 a 12 años de la ciudad de Medellín a través del CDI, y encontraron una puntuación media de 7,94 (dt 5.2) y una prevalencia menor que en el estudio de Vinaccia (25,2%), tomando como punto de corte 17. Davanzo y cols. (2004) en una muestra de hispanos residentes en EEUU valorados a través del CDI, encontró una puntuación media de 8.8 y una prevalencia en población clínica



entre 7% y 34%, con el mismo criterio (punto de corte 17). Mantilla et al., (2004), estimaron la prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares de Bucaramanga (Colombia), en una muestra de 239 niños/as escolarizados de clase alta y baja en entre 8 y 11 años a través de la versión corta del CDI (10 ítems). El punto de corte que establecieron fue de 7 puntos o más. La prevalencia encontrada fue del 9,2%. Además, se halló una asociación entre depresión con mayor edad ($p = 0,0001$), género femenino ($p = 0.004$), y menor grado de escolaridad ($p = 0,0001$). Las conclusiones de los autores fueron que era alta la prevalencia de sintomatología depresiva en escolares de Bucaramanga; que ésta es mayor en niñas, que aumenta con la edad y disminuye con mayor grado de escolaridad.

Tabla 2.5. Estudios que utilizan el CDI en población general.

AUTORES	INSTRUMENTO	MUESTRA	EDAD	RESULTADOS
Kovacs (1992)	CDI	-1.266 niños/as -Población general	7- 15	Encontró una puntuación media de 9,8 (dt =7,3), para los mayores de 13 años, y de 10,5 (DT = 7,3) para los menores de 12 años.
Monreal (1988)	CDI	-907 niños/as -Población general	9 -12	Encontraron una puntuación media de 12,18 (dt=8,44).
Figueras, Amador y Cano (2001)	CDI	- 413 niños/as -Población general	12 -18	Encontraron una puntuación media de 11,67 (dt= 6,01).
Del Barrio et al., (2004)	CDI	-7.759 niños/as -Población general	7 -15	Encontraron una puntuación media de 10 (dt= 5,92).
Vinaccia, Gaviria, Atehortúa, Martínez, Trujillo, Quiceno (2006)	CDI	-768 niños/as -Población general	8 -12	Encontraron una puntuación media escala total de 10,52 (dt 5,61) La prevalencia con punto de corte en 17 puntos fue de 25,2%, y con punto de corte 19 de 21,7 %.
Mestre, García, Frías, y Moreno, (1992) Del Barrio y Mestre, (1989) Del Barrio, Frías y Mestre, (1994)	CDI	-Población general española	-	Encontraron puntuaciones medias entre 9,98 y 12,19.



Tabla 2.5. (Continuación). Estudios que utilizan el CDI en población general.

AUTORES	INSTRUMENTO	MUESTRA	EDAD	RESULTADOS
Mantilla et al., (2004)	Versión corta del CDI (10 ítems).	-239 -Población general	8- 11	Encontraron una prevalencia con el punto de corte de 7 de 9,2%.
Davanzo et al., (2004)	CDI	-Hispanos residentes en EEUU	-	Encontraron una puntuación media de 8.8.

2.3.3.2 POBLACION VICTIMA DE MALTRATO FISICO, NEGLIGENCIA Y/O ABANDONO.

Cerezo y Frías (1994) realizaron un estudio comparativo en España en 19 menores víctimas de abuso físico y emocional, que llevaban sufriendo maltrato al menos dos años en el momento en el que fueron evaluadas, y 26 menores equiparados socio-económicamente, de la misma comunidad y cuya situación familiar no era problemática. Se emplearon el CDI y el cuestionario de estilo atribucional en niños de Kaslow (*Children's Attributional Style Questionnaire; CASQ* o *KASTAN*). Los resultados indicaron que los menores del grupo de abuso presentaron un nivel superior en sintomatología depresiva y un estilo atribucional más depresógeno. En las respuestas al CDI, las víctimas manifestaban un afecto negativo en relación al auto-concepto la salud/enfermedad, las preocupaciones por la muerte, las relaciones sociales y el disfrute de las cosas y las experiencias.

López-Soler et al., (2008), evaluaron a través del CDI y otros instrumentos a 42 niños/as tutelados, víctimas de maltrato intrafamiliar grave, los resultados muestran una puntuación media en la escala de Depresión Total de 12, en la subescala de disforia de 6 y en Autoestima de 6. Con respecto a las prevalencias se determinó el punto de corte el percentil 90, obteniendo una prevalencia para la escala de Depresión Total de 19.01%, en la subescala de Disforia de 28.57%, y en Autoestima de 11.91%. Las prevalencias que se obtuvieron respecto al sexo, fueron mayores en los niños en Depresión Total (25% niños; 11,11% niñas) y Disforia (33.33% niños; 22,22 niñas), mientras que en autoestima



encontraron prevalencias menores en los niños que en las niñas (12.50% niños; 11.11% niñas). Otro estudio basado en el tratamiento de 19 niñas entre 3 y 16 años abusadas sexualmente encontró que éstas, diagnosticadas con TEPT, obtuvieron puntuaciones por encima de la media de significación clínica en el CDI (Deblinger, McLeer y Henry, 1990). Características específicas de la depresión, tales como baja autoestima, desesperanza, desamparo, y conductas auto-destructivas, también se asocian al maltrato, especialmente al abuso sexual infantil (Morrow y Sorrell, 1989).

Tabla 2.6. Estudios que utilizan el CDI en población víctima de maltrato físico, negligencia y /o abandono.

AUTORES	INSTRUMENTO	MUESTRA	EDAD	RESULTADOS
Cerezo y Frías (1994)	CDI CASQ	-19 menores víctimas de abuso físico y emocional -26 menores sin abuso	-	Encontraron que los menores del grupo de abuso presentaron un nivel superior en sintomatología depresiva y un estilo atribucional más depresógeno
López-Soler et al., (2008)	CDI	-42 niños/as tutelados -víctimas de maltrato intrafamiliar grave	-	Encontraron una puntuación media en la escala de Depresión Total de 12, en la subescala de disforia de 6 y en Autoestima de 6. La prevalencia con punto de corte percentil 90 en Depresión Total de 19.01%, en la subescala de Disforia de 28.57 % y en Autoestima de 11.91%.
Deblinger, McLeer y Henry (1990)	CDI	-19 niñas abusadas sexualmente	3 - 16	Obtuvieron puntuaciones por encima de la media de significación clínica.



2.3.4 IRA Y HOSTILIDAD

2.3.4.1 POBLACION NO CLINICA

Una de las pruebas que se utiliza para evaluar la ira en población infantil es el *Inventario de expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescentes STAXI-NA* (Del Barrio, Spielberg y Aluja, 2005). La muestra que se utilizó para baremar la prueba que evalúa Ira estado rasgo y Control de la Ira, estaba compuesta por 2.193 sujetos con una media de edad de 12,9 años (DT=2,09), de los cuales 1.252 eran chicos (M 12,8; Dt=2,12), y 940 chicas (M 12,9; Dt:2,05), pertenecientes a diferentes ámbitos urbanos. La puntuación media que se obtuvo para Ira Estado Total fue de 9,24 (dt=2,36) para chicos y de 8,73 (dt=1,66) para chicas; en Ira Rasgo Total fue de 14,42 (dt=3,30) para chicos y de 13,98 (dt=3,19) para chicas; en Control Total de la Ira fue de 17,15 (dt=3,50) para chicos y de 17,32 (dt=3,43) para chicas; en Expresión Externa de la Ira 7,90 (dt=1,96) para chicos y de 17,67 (dt=1,96) para chicas; por último, en Control Interno fue de 7,25 (dt=1,73) para chicos y de 7,82 (dt=1,84) para chicas (del Barrio, Spielberg y Aluja, 2005).

2.3.4.2 POBLACION VICTIMA DE MALTRATO, NEGLIGENCIA Y/O ABANDONO.

El estudio de López-Soler et al., (2008) se utilizó el STAXI-NA para evaluar el nivel de Ira en una muestra de 42 menores tutelados, víctimas de violencia intrafamiliar grave. Los resultados encontrados mostraron un nivel bajo-moderado en Ira Estado y puntuaciones correspondientes a rangos medios para población normal en Expresión Externa (Pc 37-60), y en Control de la Ira (Pc 48-55). La puntuación en Expresión Interna de la ira se correspondió con un rango de puntuaciones centiles entre 64 y 76, superior a la media. Para las prevalencias se seleccionó como punto de corte la puntuación media para población normal, en cada subescala, más una desviación típica (puntuaciones extraídas del manual de aplicación de la prueba) respecto a la muestra total se obtuvieron prevalencias bajas en Ira Estado (7.5 %), mayores en Expresión Externa (15%) y Control de la Ira (15%), y superiores en Ira Estado (20%) y Expresión Interna (20%). En relación al



sexo, los niños presentaron prevalencias altas en Expresión Interna (22.73%), seguida de prevalencias del 16.67% en Expresión Externa y del 12.5% en Control de la Ira, lo que supone que tan sólo el 12.5% de los sujetos controlaban adecuadamente la ira. Sin embargo, los niños presentaron prevalencias bajas en Ira Estado (4.17%) y Rasgo (8.33%). En cuanto a las niñas, obtuvieron prevalencias muy altas en Ira Rasgo (33.33%), seguidas de Expresión Interna (16.67%), Externa (11.11%) e Ira Estado (11.11%), así como prevalencias del 16.67% en Control de la Ira, lo que supone que solo el 16.67% de las niñas controlaba adecuadamente la ira. En otro estudio Saigh, Yasik, Oberfield y Halamandaris (2007) trataron de confirmar la relación entre la ira y el TEPT en niños/as y adolescentes víctimas y/o testigos de un evento traumático (asalto sexual, físico o accidentes). Para ello administraron el STAXI a menores diagnosticados con TEPT (n=24), a menores expuestos a experiencias traumatizantes que no fueron diagnosticados con TEPT (n = 58), y a un tercer grupo control sin historia experiencia traumatizante ni diagnóstico (n = 38). El grupo de trastorno con diagnóstico de TEPT mostró niveles significativamente más altos en las escalas del STAXI: Estado, Rasgo y Temperamento. Schrack (1996) indicó que los menores delincuentes con TEPT manifestaban puntuaciones más altas en ira, en el *Emotion Profile Index* (Plutchick y Kellerman, 1974), en relación con los menores delincuentes sin el trastorno.

Tabla 2.7. Estudios que utilizan el STAXI-NA en población general y víctima de maltrato físico, negligencia y /o abandono.

AUTORES	INSTRUMENTO	MUESTRA	EDAD	RESULTADOS
López-Soler et al., (2008)	STAXI-NA	-42 menores tutelados -víctimas de violencia intrafamiliar grave	-	Encontraron un nivel bajo-moderado en Ira Estado y puntuaciones correspondientes a rangos medios para población normal en Expresión Externa (Pc 37-60) y en Control de la Ira (Pc 48-55), y prevalencias bajas en Ira Estado (7.5 %), mayores en Expresión Externa (15%) y Control de la Ira (15%), y superiores en Ira Estado (20%) y Expresión Interna (20%).



Tabla 2.7. (continuación). Estudios que utilizan el STAXI-NA en población general y víctima de maltrato físico, negligencia y /o abandono.

AUTORES	INSTRUMENTO	MUESTRA	EDAD	RESULTADOS
Saigh, Yasik, Oberfield y Halamandaris, (2007)	STAXI-NA	-120 Menores diagnosticados con TEPT (n=24), - expuestos a experiencias traumatizantes que no fueron diagnosticados con TEPT (n = 58), - sin historia experiencia traumatizante ni diagnóstico (n = 38).	-	Encontraron niveles significativamente más altos en las escalas del STAXI: Estado, Rasgo y Temperamento en menores diagnosticados con TEPT.
Del Barrio, Spielberg y Aluja (2005)	STAXI-NA	-2.193 niños/as	Media 12,9	Encontraron que la puntuación media oscilo entre 7,25 y 17,32.

2.3.5 ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL

Carrasco y del Barrio (2002) evaluaron la autoeficacia en una muestra de 543 (274 varones, 50,5% y 261 mujeres, 48,1%) niños/as y adolescentes de edades comprendidas entre los 8 y los 15 años de edad en colegios, a través de Escala de Autoeficacia para Niños (EAN) y el CDI, analizando las relaciones entre las pruebas AEN, CDI y la escala de Agresividad Física y Verbal, AFV. Aportan datos en tres rangos de edad: 8-11años, 12-13 años y 14-15 años. En el conjunto de la muestra se han encontrado diferencias por edad: los más pequeños presentan puntuaciones más altas en auteficacia. El comportamiento en autoeficacia por sexos es similar, y se encontró interrelación entre edad y sexo en eficacia autorreguladora, apareciendo en las chicas más jóvenes mejor autorregulación.

Siverio y García (2007) evaluaron la autopercepción de adaptación y de tristeza en la adolescencia desde una perspectiva de género, la muestra estuvo formada por 528 participantes, 145 niños, 226 adolescentes y 157 adultos de la isla de Tenerife. En particular la muestra de niños/as, estaba constituida por 145 alumnos y alumnas de Educación Primaria, entre 8 y 12 años, aproximadamente, con una media de edad de 9.7 y una desviación típica de 1.3, de los cuales 101 pertenecían a una zona rural, y 44 a una zona urbana. La muestra de adolescentes la forman 226 alumnos y alumnas de 3º y 4º de



Educación Secundaria Obligatoria, entre 14 y 18 años aproximadamente, con una media de 15.39 y una desviación típica de 1.3, de los cuales 130 pertenecen a una zona rural y 96 a una zona urbana. Encontraron diferencias en el Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI) entre cada factor en niños y adolescentes utilizando la prueba anova.

Rollán, Maseda, Sánchez, Ruiz, y Presa (2008) realizaron una investigación intercultural a la acción preventiva en la familia en una muestra de 268 niños y niñas de edades entre 8-10 años, de diferentes países: El Salvador, España, Honduras, Bolivia y Argentina a través del TAMAI se evaluó la Inadaptación personal, social, escolar, insatisfacción familiar, estilos educativos: Discrepancia y estilos educativos (punitivo, despreocupado y perfeccionista). Los resultados muestran que los estilos educativos caracterizados por algún tipo de polarización (permisivo, punitivo, restrictivo, despreocupado, perfeccionista) se relacionan con una mayor inadaptación familiar de los hijos/as, mientras que los estilos educativos de estilo adecuado y de estilo asistencial/personal no se relacionan con la inadaptación familiar de los hijos.

López-Soler, et al., (2009) en un estudio realizado sobre población clínica infantil (sobre adaptación psicosocial mediante el TAMAI, no se encontraron diferencias significativas estadísticamente entre niños (N=76) y niñas (N=27), en ninguno de los tipos de adaptación de este test.

Tabla 2.8. Estudios que utilizan el STAXI-NA en población general y víctima de maltrato físico, negligencia y /o abandono.

AUTORES	INSTRUMENTO	MUESTRA	EDAD	RESULTADOS
Siverio y García (2007)	TAMAI	-528 -Población general	8- 12	Encontraron diferencias en el Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil entre cada factor.
Rollán, Maseda, Sánchez, Ruiz, y Presa (2008)	TAMAI	-268 niños/as de El Salvador, España, Honduras, Bolivia y Argentina	8-10	Encontraron que los estilos educativos caracterizados por algún tipo de polarización se relacionan con una mayor inadaptación familiar



Tabla 2.8. (Continuación). Estudios que utilizan el STAXI-NA en población general y víctima de maltrato físico, negligencia y /o abandono.

AUTORES	INSTRUMENTO	MUESTRA	EDAD	RESULTADOS
López-Soler, et al., (2009)	TAMAI	-103 -Población clínica	6-12	No se encontraron diferencias significativas estadísticamente entre los factores ni por sexo.
Colmenares, Martínez y Quiles (2007)	TAMAI	-15 expuestos a violencia de género en unidad psiquiatría de un hospital	6-15	Encontraron un 69% insatisfacción familiar, y 61% inadaptación personal.

Los resultados encontrados en los diferentes estudios descritos a lo largo de éste capítulo, muestran una afectación a nivel psicológico en muestras de población de niños/as expuestos a violencia de género, en el próximo capítulo se analizan las condiciones o características que pueden modular el inicio o exacerbación de sintomatología a nivel psicopatológico en estos niños/as.



Capítulo 3

FACTORES DE PROTECCIÓN

La psicopatología del desarrollo enfatiza la importancia de un enfoque multidimensional e interactivo para el estudio del desarrollo del menor. Según este enfoque, no suele haber una vía directa de causalidad que conduce a un resultado concreto, sino que existe una interacción permanente entre los factores protectores y los de vulnerabilidad en el niño o niña y su entorno. Estos factores no son procesos absolutos, ya que el mismo evento o condición puede funcionar como un factor protector o de riesgo en función del contexto global en el que se produce, y en la fase de desarrollo en que se encuentre, por tanto, los efectos que la violencia de género tiene en los menores varía en función de cómo éstos factores se dan a lo largo de la vida del niño/a (Edleson, 2004).



El estudio de los factores de riesgo y protección a menudo presenta una serie de limitaciones prácticas en la selección de las muestras que impiden cualquier análisis por separado de estas variables. Por ello, distintos autores han establecido clasificaciones con el fin de facilitar la investigación de los mismos.

En este sentido, Baron y Kenny en 1986 propusieron una clasificación diferenciando entre factores *moderadores* y factores *mediadores*. Estos pasan a describirse a continuación.

3.1 FACTORES MODERADORES

Los *factores moderadores* son aquellos que influyen en la fortaleza o dirección de la relación entre una *variable predictora*, en este caso la exposición a violencia de pareja, y una *variable de resultado*, es decir, la naturaleza de las respuestas de los niños y niñas a ser testigo de violencia.

Entre los factores más importantes que moderan las reacciones de niños y niñas a la violencia doméstica se encuentran: la edad, el género, y la naturaleza del conflicto vivido (Becker y McCloskey, 2002; Carlson, 2000; Edleson, 1999; Maxwell y Maxwell, 2003; von Oteen, 1997).

3.1.1 LA EDAD

Las investigaciones empíricas desarrolladas indican que el nivel de desarrollo actúa como moderador en la relación entre la exposición a violencia de género y el ajuste infantil. En esta línea, hay claros indicios sobre que el impacto de la exposición a la violencia de género en edades tempranas agrava las consecuencias de la misma (Loise, 2009).

Así, la mayoría de estudios se han centrado en menores en edad escolar (Edleson, 1999; Evans, Davies, y DiLillo, 2008; Levendosky y Graham- Bermann, 2001; Sternberg et al., 1993), y sólo unos pocos han examinado las asociaciones para los niños/as en la primera infancia (Carpenter y Stacks, 2009; Levendosky, Leahy, Bogat, Davidson y von Eye, 2006; Litrownik, Newton, Hunter, English, y Everson, 2003; Zerk, Mertin, y Proeve, 2009). En este sentido, no siempre se han encontrado hallazgos consistentes. Por ejemplo,



Holden y Ritchie (1991) encontraron que los niños y niñas más pequeños tuvieron menos problemas que los más mayores, aunque esto puede ser atribuido también a una duración más corta de la exposición a la violencia. En contraste, otras investigaciones como las de Edleson (1999); Hughes (1988); McFarlane, Groff, O'Brien y Watson (2003) y Hornor (2005) han hallado que los niños/as en los grupos de edad más joven parecen mostrar más problemas que los de otros grupos de edad. Rossman, Bingham y Emde (1997), obtuvieron resultados similares, entrevistaron a 86 mujeres y a sus hijos/as acerca de las reacciones postraumáticas tras distintas situaciones estresantes, entre ellas la violencia de género, encontrando que las respuestas postraumáticas eran más graves en los hijos/as de menor edad.

A pesar de que no se hayan hallado resultados consistentes, pueden describirse, de manera general, las manifestaciones psicopatológicas más comunes en las distintas etapas del desarrollo como consecuencia de la exposición a la violencia.

3.1.1.1 BEBES

A pesar de que las investigaciones sobre bebés expuestos a violencia de género son escasas, la evidencia sugiere que también pueden verse afectados. Así, diversos autores han encontrado consecuencias como: problemas en la alimentación y el sueño, alteraciones en el estado de ánimo y dificultades en la interacción con el grupo de iguales y con los adultos (Layzer, Goodson y deLange, 1986), además de tener una peor salud, mayor irritabilidad y altas tasas de gritos y lloros (Alessi y Hearn, 1984; Davidson, 1978).

Estudios actuales también encuentran reacciones en los bebés a la violencia de género. Trabajos como los de McFarlane, Groff, O'Brien y Watson en el año 2003, y Hornor en el 2005 refieren que los bebés que viven en hogares violentos tienden a presentar trastornos del sueño y trastornos en la alimentación, que pueden resultar en aumento de peso. Dejonghe, Bogat, Levendosky, von Eye y Davidson (2005) encontraron que los niños y niñas expuestos/as a violencia doméstica a la edad de 1 año eran más propensos a mostrar estrés en respuesta a conflictos verbales que los bebés que no habían estado



expuestos. Incluso Bogat, Dejonghe, Levendosky, Davidson y von Eye (2006) hallaron síntomas de trauma en bebés de 1 año.

3.1.1.2 EDAD PRE-ESCOLAR

Los/as niños/as más pequeños tienen mayor probabilidad que los/as niños/as mayores de ser testigos del abuso visualmente (Overlien, 2010). También se ha encontrado que sufren más consecuencias negativas de la violencia de género, ya que no tienen la capacidad de afrontamiento y comprensión que tienen los niños/as mayores (Graham-Bermann, 2002). A estas edades, la exposición a violencia entre los padres puede alterar el desarrollo de competencias básicas y se convierte en una amenaza a la capacidad del menor para procesar y gestionar de forma eficaz sus emociones (Cole, Zahn-Waxler, Fox, Usher, y Gales, 1996).

Los/as niños y niñas en edad preescolar suelen tener intensos sentimientos de culpa, ya sea porque ven a la madre enfadada, porque creen que son culpables de la violencia, o porque en muchos casos se sienten responsables de la seguridad de su madre. Estos menores viven con angustia y ansiedad la posibilidad del próximo episodio violento (Dubowitz y King, 1995; Kashani, Daniel, Dandoy y Holcomb, 1992; Wolfe y Korsch, 1994).

Von Steen (1997), encontró problemas tanto a nivel fisiológico como psicológico en niños/as de tan sólo 12 meses y en los años preescolares como resultado de ser testigos de violencia verbal entre los padres. Osofsky (1999) asocia la exposición a la violencia doméstica en preescolares con irritabilidad excesiva, temor, inquietud, síntomas somáticos, conductas regresivas en el lenguaje y en el control de esfínteres, problemas de sueño, ansiedad de separación, dificultades en el desarrollo normal de la autoconfianza, de posteriores conductas de exploración y de hábitos de autonomía, además de síntomas de estrés postraumático. Por su parte, Hornor (2005) refiere que los niños y niñas en edad preescolar que son testigos de violencia en el hogar suelen presentar comportamientos de aislamiento, ansiedad y temor.

En esta línea, Ingoldsby, Shaw, Owens, y Winslow (1999) realizaron un estudio en una muestra de 129 madres e hijos/as mostrando que el experimentar violencia de género



a los dos años predecía problemas a los cinco, aunque hay que destacar que la muestra estaba compuesta por familias de bajos ingresos, lo que pudo determinar los resultados. Otro estudio, encontró que los menores en edad preescolar en cuyas familias se da violencia de género, presentan más dificultades que los mayores (Hughes, 1988). Yates, Dodds, Sroufe, y Egeland (2003) llevaron a cabo un estudio longitudinal que mostró que experimentar violencia de género en edad preescolar, era un predictor de problemas de conducta en la adolescencia.

3.1.1.3 EN EDAD ESCOLAR

Como refiere Osofsky (1999), los niños/as en edad escolar presentan síntomas de ansiedad, depresión, agresividad y estrés postraumático, así como otros problemas asociados como alteraciones en el sueño, en la concentración y en el afrontamiento de situaciones cotidianas. Además, estos/as menores testigos de violencia muestran cambios en su comportamiento que afecta a su rendimiento escolar (Hornor 2005). También se ve afectada su competencia social y, conforme crecen, aumenta el riesgo de fracaso escolar, actos vandálicos y abuso de sustancias. Con respecto al comportamiento en la escuela, suelen mostrarse más agresivos (Lisboa, Koller y Ribas, 2002).

Estos resultados coinciden con los encontrados en un estudio realizado en España por Colmenares, Martínez y Quiles (2007) con 15 hijos e hijas de mujeres maltratadas de edades comprendidas entre los 6 y los 15 años de edad. Estos autores encontraron puntuaciones elevadas en ansiedad, el 80% en ansiedad rasgo, y el 60% en ansiedad estado. El 82% tenía sentimientos de culpa y un 73% de los menores refirió tener algún trastorno del sueño. En referencia a los trastornos del comportamiento, el 55% de las madres observó algún trastorno en sus hijos/as, especialmente agresividad. Los profesores, por su parte, destacaron la dificultad para aprender, la introversión, la ansiedad y el déficit de atención de estos niños/as. Además el 50% de la muestra presentaba puntuaciones significativas en trastorno por estrés postraumático.

Los/as escolares, por tanto, pueden tener sentimientos ambivalentes. Por un lado, prefieren esconder lo que sucede dentro de su hogar, mientras que por otro desean que



alguien descubra la situación conflictiva y los rescate. A su vez, se pueden sentir culpables ya que creen que podían haber evitado la violencia. Estas experiencias alteran el desarrollo de su autoestima y la confianza en el futuro, siendo tales logros fundamentales en esta etapa del desarrollo (Johnson, 1990; Wolfe y Korsch, 1994).

En otra muestra de 363 niños/as en edad escolar se relacionó la violencia de género con mayor número de conflictos con los iguales (McCloskey y Stuewig, 2001).

3.1.1.4 ADOLESCENCIA

Los adolescentes expuestos a violencia de género suelen utilizar soluciones inadecuadas a sus conflictos que pueden ser peligrosas para ellos mismos o para quienes les rodean. Así, algunos estudios apuntan que estos/as adolescentes suelen implicarse con mayor frecuencia en actos criminales (Fagan, 2003), y tienden a justificar el uso de la violencia en sus relaciones amorosas (Lichter y McCloskey, 2004).

En ocasiones, los jóvenes experimentan un fuerte sentimiento de desamparo por no poder salvar a sus madres, dando lugar a actitudes de responsabilidad excesiva en el hogar. Si los/as adolescentes adquieren un papel protector activo, con frecuencia se interponen delante de la madre cuando el padre intenta golpearla, recibiendo ellos/as mismos los golpes, e incluso llegando ellos/as mismos a agredir a sus propios padres (a veces han cometido parricidio). En el otro extremo, cuando el sufrimiento de la madre pasa a ser parte de la rutina diaria, los adolescentes se vuelven indiferentes a ésta, culpando a la madre de los problemas familiares y agrediéndola en ocasiones (Wolfe y Korsch, 1994).

La exposición a la violencia entre sus padres en esta etapa del desarrollo puede interferir a la hora de encontrar su propia identidad. Pueden convertirse en personas pasivas, o por el contrario, en personas agresivas y peligrosas en respuesta o como identificación con el progenitor agresor o víctima. Además, también puede afectar a la tarea de elegir pareja, donde pueden repetirse los patrones observados (Ulloa, 1996).

Otras consecuencias de la violencia de género observadas en la adolescencia son: baja autoestima, altos niveles de ansiedad y depresión, y problemas académicos. A veces



pueden llegar al embotamiento emocional, frialdad e indiferencia. En ocasiones algunos/as adolescentes se comportan como niños/as pequeños, y en otras buscan la aceptación de los demás (Carlson, 2000).

Con el fin presentar de manera mas resumida los datos hasta ahora expuestos, y facilitar la comprensión de los mismos, Baker y Cunningham (2004) resumen las consecuencias de la violencia de género según el estadio del desarrollo en el que se encuentran los niños/as, que se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 3.1: Consecuencias de la violencia familiar en menores y adolescentes.

	BEBÉS Y PEQUEÑOS/AS	EDAD PRE-ESCOLAR	EDAD ESCOLAR	ADOLESCENTES
CONDUCTUAL	Irritabilidad	Agresividad y problemas de conducta	Agresividad, problemas de conducta, y desobediencia	Conductas violentas, fugas Y delincuencia
EMOCIONAL	LLanto	Miedo, ansiedad, tristeza, preocupación por la madre, TEPT y dificultades afectivas	Miedo, ansiedad, depresión, baja autoestima, culpabilidad, vergüenza, y TEPT	Depresión, ideas suicidas, y TEPT
FÍSICA	Problemas para dormir y comer, y angustia	Alto nivel de actividad, intentos de llamar la atención y de aferrarse, y actos regresivos	No se especifican	Abuso de sustancias
COGNITIVA	Dificultades de comprensión	Comprensión limitada y sentimientos de culpabilidad	Culpa, problemas de rendimiento escolar, y actitudes a favor de la violencia	Actitudes a favor de la violencia
SOCIAL	Contactos desorganizados	Problemas a la hora de interactuar con los iguales o adultos, relación ambivalente con la madre o el/la cuidador/a principal	Menos y peor calidad en las relaciones con sus iguales	Relaciones (de pareja) con conductas violentas

Fuente: Adaptado de Save the Children, 2008, basado en Baker y Cunningham, 2004



3.1.2 GÉNERO

La mayoría de la bibliografía científica existente sobre las respuestas de los niños/as a la violencia doméstica sugiere que el género puede ser una variable moderadora. Si bien, existe poco acuerdo sobre los tipos de reacciones que los niños y niñas presentan cuando han presenciado violencia doméstica, es aceptado que ambos sexos se ven afectados negativamente (Maxwell y Maxwell, 2003).

En general, los chicos han manifestado problemas con mayor frecuencia, especialmente en categorías externalizantes, tales como hostilidad y agresión; mientras que las chicas generalmente presentan más problemas internalizantes, como depresión y quejas somáticas (Carlson, 1991; Hughes, Vargo, Ito y Skinner, 1989; Jaffe, Wolfe, Wilson y Zak, 1986; Schmid, Goldbeck, Nuetzel y Fegert, 2008; Stagg, Wills y Howell, 1989).

También existen estudios que disienten respecto a esta tendencia general mostrando que las chicas, especialmente a medida que se hacen mayores, también pueden mostrar comportamiento agresivo (Bourassa, 2007; Christopoulos et al., 1987; Davis y Carlson, 1987; Hughes, Vargo, Ito y Skinner, 1989; Spaccarelli, Sandler y Roosa, 1994; Sternberg et al., 1993).

Otros informan de niveles más altos de problemas internalizantes en las niñas que en los niños (Carlson, 1991; Christopolous et al., 1987; Holden y Ritchie, 1991; McFarlane, Groff, O' Brien y Watson, 2003; Stagg, Wills y Howell, 1989; von Oteen, 1997), o ambos mayores (internalizantes y externalizantes) en las niñas (por ejemplo, Becker y McCloskey, 2002; McFarlane, Groff, O' Brien y Watson, 2003; Moore y Pepler, 1998; Spaccarelli, Sandler y Roosa, 1994). Mientras que otros trabajos, informan que los chicos muestran más problemas externalizantes que las niñas (por ejemplo, Jouriles y Norwood, 1995; McFarlane, Groff, O' Brien y Watson, 2003; von Steen, 1997; Wolfe, Jaffe, Wilson, y Zak, 1985; Wolfe, Jaffe, Wilson, Kaye, y Zak, 1988), o no han podido encontrar diferencias de género (por ejemplo, Jaffe et al., 1986; Jaffee, Moffitt, Caspi, Taylor y Arsénault, 2002; Levendosky, Huth-Bocks, Semel y Shapiro, 2002; O'Keefe, 1994).



En este sentido los resultados encontrados sobre las diferencias de género han sido inconsistentes (por ejemplo, Davies y Lindsey, 2001; Jouriles, Spiller, Stephens, McDonald y Swank, 2000).

Lemmey et al. (2001), utilizaron el Check Behavior Check List CBCL, (Achenbach, 1991b) en niños y niñas expuestos a violencia de género. Estos autores encontraron que las niñas expuestas mostraban más problemas de comportamiento totales en el rango clínico que los niños, concretamente el 45.0% para las niñas y el 34.8% para los niños. Estudios como los de Grych (1998) encuentran a las niñas más sensibles a la amenaza potencial que representan los conflictos, pero no todas las investigaciones al respecto apoyan esta conclusión. Así, por ejemplo, Cummings, Davies y Simpson (1994) informaron que los adolescentes chicos experimentaban tristeza por la violencia, mientras que las chicas adolescentes solían tener tendencia a sentir enojo.

También se hallan resultados no concluyentes en cuanto a la percepción que tienen los menores expuestos a violencia de género de la agresión como una conducta justificable. Según Kinsfogel y Grych, 2004 y O'Keefe, 1997 esto sólo está presente en los chicos. Así, Kinsfogel y Grych (2004), en una muestra de 391 adolescentes de edades comprendidas entre los 14 y 18 años de edad, cuyos padres habían estado en conflicto, encontraron que los varones que habían presenciado mayor conflicto interparental veían con mayor naturalidad la agresión en las relaciones románticas, tenían mayores dificultades para manejar la ira, y creían que la violencia era común en las relaciones de pareja de sus iguales. Sin embargo, otros autores como Riggs y O'Leary (1996); y Marcus, Lindahl, y Malik (2001) no han encontrado estas diferencias de género en la percepción de la violencia. Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, y Lozano (2002) informan que los chicos corren mayor riesgo de sufrir violencia física que las chicas, mientras que las chicas están más expuestas a sufrir violencia sexual, abandono y prostitución forzada.

3.1.3 NATURALEZA DEL CONFLICTO

Algunos factores sobre la naturaleza del conflicto parental deben de tenerse en cuenta como factores mediadores. Entre ellos se encuentra el contenido de la disputa, la frecuencia



y duración, la gravedad, la naturaleza del maltrato, y la existencia de maltrato directo al menor.

Autores como Cummings, Davies y Simpson (1994), y Grych, Seid, y Fincham, (1992) afirman que los menores presentan elevados niveles de problemas internalizantes y externalizantes si presencian conflictos entre los padres más frecuentes, intensos, y pobremente resueltos.

3.1.3.1 CONTENIDO DE LA DISPUTA ENTRE LOS PADRES

Grych y Fincham (1990) comprobaron que los conflictos en los que se ven involucrados los menores son más angustiantes para ellos/as, lo que suele ser un hecho frecuente.

Fantuzzo, Boruch, Beriama, Atkins, y Marcus (1997), encontraron que entre el 9% y el 27% de los menores que fueron entrevistados en cinco ciudades diferentes, percibieron que lo que precipitó el incidente fue algo que ellos/as mismos/as hicieron. Lee, Kotch y Cox (2004) encontraron que los menores que habían intervenido directamente en el episodio de violencia entre sus padres presentaban mayores niveles de problemas de conducta que los que no intervenían.

También se ha corroborado que las disputas de pareja que no se resuelven son más molestas para los niños/as (Cumming, 1998).

A pesar de que hacía décadas se pensaba que los conflictos que involucran violencia física son más angustiantes que los que no la involucran (Grych y Fincham, 1990), se ha comprobado, en estudios posteriores, que la exposición al maltrato verbal supera incluso, a veces, los efectos de la violencia física (Fantuzzo et al. 1991; Jouriles et al., 1996; Moore y Pepler, 1998).

3.1.3.2 INTENSIDAD Y DURACIÓN DE LA DISPUTA

Los estudios demuestran que cuando existe violencia de género en el hogar esta se da desde temprana edad en la vida del niño/a.

Jarvis, Godon y Novaco (2005), encontraron que a la edad de 2 años; y autores como Kilpatrick y Williams (1998) incluso en el primer año de vida.



En otro estudio, el de Graham-Bermann, Lynch, Banyard, DeVoe y Halabu (2007), en el que las madres de menores de 6 a 12 años informan sobre el tiempo de exposición de sus hijos a la violencia de género, se encontró que los menores habían estado expuestos durante un promedio de 10 años, y en muchos casos durante toda la vida.

Los hallazgos de diversos estudios confirman que cuando el conflicto entre los padres es más intenso, de más duración y más reciente suele provocar mayor angustia en los niños y niñas que son testigos (Edleson, 1999; Grych y Fincham, 1990; Moore y Pepler, 1998). Así por ejemplo, Rossman (2000) encontró que los menores que habían estado expuestos a la violencia conyugal más tiempo, y de manera recurrente, presentaban más síntomas de TEPT y de mayor gravedad que los que habían sido expuestos durante un período más corto de tiempo.

Zuckerman, Augustyn, Groves y Parker (1995) afirman que si la violencia es frecuente los niños/as, éstos son más propensos a desarrollar problemas relacionados con la violencia. Los/as niños/as que experimentan de forma intermitente la violencia de género podrían beneficiarse de períodos de menos estrés y de funcionamiento relativamente más adecuado para la familia (Martínez-Torteya, Bogart, von Eye y Levendosky (2009). En este sentido, Edleson (1999) encontró que los niños/as parecen presentar menos problemas cuando más largo es el período de tiempo transcurrido desde su último incidente de violencia de género.

La mayoría de los niños y niñas aparentemente no se habitúan al conflicto parental, sino que por el contrario, una historia de exposición parece sensibilizar a estos menores a futuros conflictos, afectándoles más que a aquellos que provienen de hogares no violentos (Cummings, 1998; Grych y Fincham, 1990). Tal vez esta situación provoque una hiperreacción a la ira o la interpretación de alguna situación emocionalmente ambigua como agresiva (Grych y Fincham, 1990).

3.1.3.3 GRAVEDAD DE LA DISPUTA

Investigaciones recientes revelan que la duración y la severidad del trauma son particularmente importantes para los resultados del desarrollo, de este modo, los más



graves y frecuentes resultan en un mayor deterioro cognitivo (Emdad, Sondergaard y Theorell, 2005).

En este sentido, las investigaciones realizadas señalan que aquellos niños y niñas expuestos a una violencia de género más severa, tienen síntomas más severos (Cumnigs, Zahn Waxler, y Radke-Yarrow, 1981).

Algunos estudios indicaron que los menores de familias caracterizadas por violencia de género en el hogar son más propensos a experimentar problemas externalizantes e internalizantes que los niños y niñas no expuestos (Wolfe, Jaffe, Wilson, y Zak, 1985) y que en los menores expuestos a violencia de género menos grave (Fantuzzo et al., 1991; Rossman y Rosenberg, 1992).

En estudios más actuales, como el de Kitzmann Gaylord, Holt y Kenny (2003), se confirma que la gravedad de la violencia a la que un menor se ha expuesto es un moderador de problemas posteriores de conducta. Este mismo autor, Kitzman et al., (2003), en un artículo de revisión, sugiere que los niños/as que han sido testigos de formas menos graves de violencia de género pueden tener respuestas negativas moderadas, similares a las que tienen los menores que han presenciado discusiones de pareja no violentas; sin embargo, los niños/as que son testigos de formas más graves de violencia tienen síntomas más problemáticos, similares a las de los niños/as que han sido objeto de maltrato directo.

La amenaza al cuidador, según indican Scheeringa y Zeanah (1995), es el evento traumático más perjudicial para los menores.

3.1.3.4 EXPOSICIÓN A OTRAS FORMAS DE MALTRATO

Una gran cantidad de investigaciones han demostrado que existe una conexión entre la violencia doméstica y otras formas de malos tratos (Edleson, 1999; Lee, Kotch y Cox, 2004; McGuigan y Pratt, 2001; Straus, Gelles y Steinmetz, 1980), como ha quedado de manifiesto a lo largo de este trabajo.

Estudios como los de Osofsky, Wewers, Hann, y Fick (1993) y Richter y Martínez (1993) refieren que la violencia en la comunidad y el conflicto interparental también tienden a co-existir. Del mismo modo, la agresión entre padres e hijos/as a menudo se



produce en las familias donde existe violencia de género (Jouriles y LeCompte, 1991; Jouriles y Norwood, 1995; Herrenkohl, Sousa, Tajima, Herrenkohl, y Moylan, 2008; Margolin y Gordis, 2000; Rumm, Cummings, Krauss, Bell y Rivera, 2000). En la revisión que hicieron Apple y Holden en 1998 encontraron 30 estudios que muestran un vínculo claro entre la violencia doméstica y maltrato infantil.

Los rangos de co-ocurrencia encontrados en diversos estudios se sitúan entre el 30 % y el 60% (Edleson, 1999b; Jouriles, McDonald, Slep Smith, Heyman, y Garrido, 2008).

Algunos estudios muestran datos sobre estos hallazgos. Por ejemplo, Layzer, Goodson, y Delange, en 1986 encontraron que el 70% de los menores testigos de violencia de género que residían en centros de acogida, habían sufrido también abuso o negligencia. Osofsky (1995) apunta que en los hogares de EEUU donde hay violencia doméstica los niños/as sufren abuso o negligencia 15 veces más que la media nacional.

Los estudios también han demostrado una asociación significativa entre la violencia de género y el abuso físico y sexual (Ver Lynch y Cicchetti, 1998). Autores como Moore y Pepler (1998), encontraron que el 42% de los menores que habían estado expuestos a la violencia doméstica también había sido abusado físicamente. Ese mismo año, Holden, Stein, Ritchie, Harris, y Jouriles (1998) concluyeron que existe un solapamiento entre exposición a violencia de pareja y maltrato físico que va desde el 20% al 100%, con una media del 29%. En un estudio más actual, Knickerbocker, Heyman, Smith, Jouriles y McDonald (2007), encontraron mayores tasas de maltrato físico infantil (22-67%) en las familias caracterizadas por malos tratos físicos al cónyuge, en comparación con las tasas encontradas en la población general, que son como máximo del 4,4%.

También los menores expuestos a la violencia doméstica son un grupo de riesgo para el abuso sexual infantil. McCloskey, Figueredo y Koss (1995) encontraron que el 10% de las mujeres maltratadas que entrevistó en su estudio, informaron que sus hijos/as habían sido abusados sexualmente por sus parejas masculinas.

Sullivan (2009), en un artículo de revisión, concluye que existe una mayor riesgo de exposición de la violencia doméstica en los/as menores con discapacidades, pero que este un tema requiere mayor investigación.



Los niños/as que viven en hogares con mayores niveles de agresividad tienden a intervenir con más frecuencia en conflictos parentales (Laumakis, Margolin, y John, 1998; O'Hearn, Margolin y John, 1997), aumentando el riesgo de daño directo cuando intervienen en el evento violento, y compartiendo el maltrato con la madre por violencia indiscriminada (Linares, 2002).

En esta línea, Edleson, Mbilinyi, Beeman y Hagemester (2003), desarrollaron un estudio con hijos e hijas de 114 mujeres maltratadas, e informaron que el 25% de los niños/as había pedido ayuda durante el evento violento, y un 25% estuvieron directamente involucrados en el episodio. Cuanto más severo fue el maltrato hacia la madre, con mayor frecuencia intervenían los menores. Se encontró que los niños y niñas que tenían una relación biológica con el agresor intervinieron con menos frecuencia.

Además, algunos menores son utilizados por sus padres como un medio para hacer daño o amenazar a la madre. En un estudio realizado por McCloskey (2001), el 65 % de los hombres que maltrataban a sus parejas también habían amenazado con dañar a los niños/as.

Por otro lado, los hombres que abusan de su pareja presentan mayor probabilidad de abusar también de sus hijos/as (Straus, 1993), especialmente en los casos en los que el maltratador abusa del alcohol (Linares, 2002). Así, con mayor frecuencia las investigaciones se han centrado en los hombres como autores del maltrato hacia sus hijos/as (English, 1998; Hangen, 1994; Hughes, 1988; McKibben, De Vos y Newberger, 1989), ya que en la mayoría de los casos es el hombre el que maltrata tanto a la mujer como a los hijos/as.

Según Bowker, Arbitell, y McFerron (1988) la gravedad de la violencia entre los padres predice la gravedad del maltrato que sufre el menor.

Pero también existen casos donde la agresión se ejerce del hombre hacia la mujer, y de ésta o de ambos hacia los niños/as (Appel y Holden, 1998). Los estudios que han tomado a las mujeres como autoras del maltrato hacia sus hijos han encontrado resultados mixtos, algunos de ellos encontraron vínculos entre las experiencias de violencia de género de las mujeres y su maltrato hacia sus hijos/as (Berger, 2005; Eckenrode et al., 2000; Straus



y Gelles, 1990; Walker, 1984), y otros estudios no encontraron una asociación directa (Holden, Stein, Ritchie, Harris, y Jouriles, 1998; O'Keefe, 1994).

Teniendo en cuenta el sufrimiento, el dolor y el estrés asociados a la violencia, las mujeres maltratadas por su pareja pueden ser más propensas a mostrarse agresivas y/o negligentes hacia sus hijos/as (Holden y Ritchie, 1991; Levendosky y Graham-Bermann, 2000, 2001; Wolfe, Jaffe, Wilson y Zak, 1985).

Smith-Slep, y O'Leary (2005); y Sorenson, Upchurch, y Shen (1996) indican que en familias en las que existe violencia de género grave, hasta el 50% de las mujeres también participan en el conflicto. McDonald, Jouriles, Tart y Minze (2009) encontraron que en los 6 meses antes de la participación en su estudio, el 45% de los menores de la muestra había sido objeto de una agresión grave por la pareja de su madre y el 35% habían sido agredidos gravemente por su madre. La muestra estaba formada por 2.508 madres de alto riesgo psicosocial y se estudió la asociación entre la violencia de género, el estrés y depresión materna, y el maltrato directo de la madre a sus hijos/as. Según los resultados encontrados, las madres informaron una media de 25 actos de agresión psicológica y 17 actos de agresión física contra sus hijos/as de 3 años de edad en el año anterior al estudio, el 11% informó de algún acto de negligencia hacia sus hijos/as durante el mismo período, y el 55% pegaron a sus hijos/as durante el mes anterior. En total alrededor del 40% de las madres habían experimentado violencia de género por su pareja actual. Se llegó a la conclusión de que la violencia de género y el estrés materno fueron ambos factores de riesgo consistente para las variables de maltrato (Taylor, Guterman, Lee y Rathouz, 2009).

Alguno de estos casos podría relacionarse con el intento de hacerle daño al padre a través de los hijos, lo que se conoce como el *Síndrome de Medea*, aunque está más claramente relacionado con el efecto de los altos niveles de sufrimiento y frustración grave que viven cotidianamente las madres maltratadas, y la incapacidad que se va generando en ellas a lo largo del tiempo, sobre todo por las dificultades en la crianza de hijos/as en estado de conflicto emocional permanente, (que veremos en el siguiente apartado de factores mediadores), ambivalencia respecto al padre o pareja de la madre, y



comportamientos inadecuados (dependencia extrema y ambivalente, agresividad, hostilidad física y verbal) hacia ella misma.

En este sentido, y según apuntan Kerig y Fedorowicz (1999), si el maltratador es el padre, el niño/a aprende a normalizar la violencia como instrumento para la resolución de conflictos, lo que facilita la perpetuación del ciclo de violencia en la edad adulta; sin embargo, cuando la madre es la que maltrata a los hijos/as, se altera la vinculación y seguridad emocional del niño/a surgiendo problemas como ansiedad, depresión y culpa.

Teóricos de la adaptación de la población infantil al estrés, como Rutter, (1979, 1983), sugieren que los niños y niñas que han sufrido ambos tipos de agresión deberían ser afectados más adversamente que los menores que sólo han experimentado una, por los efectos de acumulación o exponenciales (Hughes, 1988; Markwald, 1997). En un estudio realizado por Sousa et al., (2010) se evaluaron los efectos únicos y combinados de abuso infantil y exposición de los menores a la violencia doméstica en el apego posterior a los padres, y el comportamiento antisocial durante la adolescencia. Según los resultados encontrados, los menores que habían sufrido ambos tipos de maltrato tenían un menor apego hacia sus padres en la adolescencia que los que no habían sido expuestos, no encontrando variación en el nivel de apego a los padres para los niños y niñas que habían sufrido sólo un tipo de maltrato.

McDonald, Jouriles, Tart, y Minze (2009) en una muestra de 258 menores y sus madres residentes en pisos de acogida, examinaron si otras formas de violencia familiar contribuían a los problemas de adaptación de sus hijos e hijas. Los resultados obtenidos mostraron que cada una de las formas adicionales de violencia familiar (agresión pareja de la madre-hijo/a, agresión madre-hijo, y violencia de las mujeres hacia sus parejas) se asoció a problemas externalizantes de los niños; la agresión pareja-hijo/a se asoció con problemas internalizantes y con amenazas a los menores. Además, se encontraron diferencias de género para los problemas externalizantes, que eran más fuertes en los chicos que en las chicas. Se concluyó que la violencia de género rara vez se produce en ausencia de otras formas de violencia en la familia, y que estas otras formas parecen contribuir a los problemas de adaptación de los hijos/as.



Las familias donde se dan múltiples formas de violencia tienden a ser impredecibles y extremadamente caóticas (Patterson, 1982). Cuando existe violencia de género y agresiones de padres a hijos/as, los menores se sienten más amenazados y experimentan más problemas internalizantes, frente a los que sufren sólo violencia de género, o cuando ambos progenitores, en lugar de uno, se involucra en la violencia (McDonald, Jouriles, Tart y Minze, 2009).

Cummings y Davis (1994) apuntan que se produce un efecto de sensibilización en el menor con el aumento de la exposición a la agresión de la familia, los niños/as son propensos a experimentar mayores dificultades para regular su afecto y comportamiento, que a su vez aumenta el impacto de los casos posteriores de conflicto y agresión. Sin embargo, este último hallazgo no es un resultado estable en los diversos estudios realizados (Hughes, Parkinson, y Vargo, 1989; McCloskey, Figueredo, y Koss, 1995; Sternberg et al., 1993).

3.2 FACTORES MEDIADORES

Por *factores mediadores* se entienden aquellos que ayudan a explicar porqué la exposición a violencia doméstica es perjudicial para los niños y niñas, analizando cuáles son los mecanismos que participan en dicho efecto. Existen pocos estudios que hayan documentado los posibles mecanismos implicados en los efectos de la violencia de género en los menores (Overlien, 2010), si bien algunos autores como Carlson (2000) destacan los siguientes factores mediadores: problemas en la crianza de los hijos/as, respuestas de afrontamiento inadecuadas y desarrollo de reacciones de estrés postraumático por parte de los menores.

3.2.1 PROBLEMAS EN LAS MADRES

La naturaleza de las relaciones de los niños/as con sus padres influye en la forma en que éstos evalúan e interpretan la violencia de pareja (Grych y Fincham, 1990). Siendo éste un



factor clave para la comprensión de las consecuencias de la exposición de los menores a la violencia de género.

Se han encontrado datos en la literatura científica sobre los efectos de la violencia de género en las mujeres a nivel emocional, de estrés y en la salud física (Carlson, 2000; Levendosky et al., 2006; Levendosky y Graham-Bermann, 2001). Además, en muchas ocasiones estas mujeres se enfrentan a otro tipo de situaciones estresantes, como falta de dinero, de casa o desempleo, que se suman a la ya de por sí complicada situación que padecen.

En general se acepta que un niño/a aprende a regular sus emociones gracias a la interacción con su madre, o cuidador principal, especialmente cuando le proporciona los cuidados (Schore, 2001; Kochanska, 1995). En este sentido, interactúan los sistemas de regulación materna e infantil (Schore, 1994), y por tanto, la alteración en la regulación de la madre afecta a la regulación del hijo/a.

Se ha encontrado que la salud mental materna tiene efectos directos e indirectos sobre el comportamiento de los menores a través de la influencia que ésta ejerce sobre la crianza de los hijos/as. En términos de efectos directos, los estudios han demostrado que los problemas de salud mental materna están relacionados con el aumento de los problemas de comportamiento en los niños/as (English et al., 2003; Jackson, Brooks-Gunn, Huang, y Glassman, 2000; Levendosky, Leahy, Bogat, Davidson y von Eye, 2006; Meadows, McLanahan, y Brooks-Gunn, 2007).

Por ejemplo, Meadows et al., (2007) encontraron que la afectación en la salud mental materna se asoció con mayores probabilidades de ansiedad o depresión, déficit de atención y trastornos de oposición-desafío para los niños de 3 años.

Además, algunos estudios señalan que la resiliencia, o la resistencia frente a la adversidad, de los menores puede relacionarse con la existencia o no de problemas de salud mental en sus madres, en particular con la historia de traumas y la depresión (Hughes, Graham-Bermann y Gruber, 2001; Moore y Pepler 1998).



3.2.1.1 ESTRÉS

Hutch-Bocks (2008) encontró que el estrés parental tiene un fuerte efecto negativo directo sobre el comportamiento de los/as menores y sus problemas emocionales, en concreto, que la violencia doméstica y el estrés maternal están significativamente asociados (Holden et al., 1998; Wolfe, Wekerle, Reitzel, y Gough, 1985).

El estrés en la madre puede originar un vínculo con su hijo/a caracterizado por una diada estresada-estresante, y dar lugar a una gran cantidad de problemas de conducta infantil (Clark et al., 2007; Wolfe, Jaffe, Wilson y Zak, 1985). Levendosky, Leahy, Bogat, Davidson y von Eye (2006) encontraron que el estrés materno medió en la relación entre la exposición a violencia de género y los problemas externalizantes que presentaron los menores en edad preescolar, así síntomas tanto psicológicos como físicos (angustia, trastornos depresivos, trastornos somatomorfos, descompensaciones de procesos crónicos como diabetes o hipertensión arterial), dieron lugar a una reducción en sus habilidades de manejo eficaz en la crianza. Por este motivo, la violencia de género altera la función de las madres como protectoras y fuentes de apoyo de sus hijos/as.

3.2.1.2 TEPT

Las mujeres que han experimentado violencia de género tienen un mayor riesgo de experimentar síntomas de trauma, incluido el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) (Carlson, 2000; Houskamp y Foy, 1991; Kemp, Green, Hovanitz y Rawlings, 1995; Kemp, Rawlings y Green, 1991).

Autores como Chemtob y Carlson (2004), sugieren que las madres que presentan TEPT tienden a ser más impulsivas en el trato hacia sus hijos/as, y también tienden a subestimar el sufrimiento de los menores. Otros estudios en los que la madre y el niño están expuestos al mismo evento traumático muestran una fuerte asociación en el desarrollo de los síntomas en los menores como consecuencia del trauma, y problemas en



su ajuste en la madre (Graham-Bermann, Gruber, Howell y Girz, 2009; Ostrowsi, Christopher y Delahanty, 2007).

Según la teoría del Trastorno por Estrés Postraumático Relacional (Scheeringa y Zeanah, 2001), existe una co-ocurrencia de los síntomas de trauma en la madre y en el bebé. Los bebés son particularmente vulnerables al TEPT relacional debido a su estrecho vínculo emocional y la proximidad física con sus progenitores. Algunas investigaciones analizan esta relación, Bogat et al., (2006) en un estudio con 48 madres víctimas de violencia de género y sus bebés de un año de edad, encontraron que casi la mitad (44%) de los bebés expuestos a la violencia mostraba al menos un síntoma de trauma. Se halló una relación significativa entre los síntomas de trauma en los niños/as y en las madres y esta relación dependía de la gravedad de la violencia. Es decir, los niños/as presentaban síntomas sólo cuando la violencia era severa, ya que habían experimentado un estresor adicional, la angustia de sus madres.

La co-ocurrencia de síntomas de trauma entre los madres y los niños/as no se limita a los bebés, también se ha encontrado en niños/as mayores con respecto a consecuencias en desastres tanto naturales como de origen humano, como la violencia (por ejemplo Koplewicz et al., 2002; Wasserstein y La Greca, 1998), y el abuso sexual en niñas de edad preescolar y escolar (Cohen y Mannarino, 1996, 2000; Mannarino y Cohen, 1996).

Sin embargo, otros autores como Kilpatrick y Williams (1998), no encontraron que el bienestar emocional de las madres fuera un mediador de los síntomas de trauma de los menores. En este sentido, es posible que la relación entre el trauma de la madre y del niño/a sea diferente en los diferentes estadios del desarrollo.

3.2.1.3 DEPRESIÓN

Las mujeres víctimas de violencia de género tienden a presentar problemas de depresión y autoestima (Bogat, Levendosky, Theran, von Eye y Davidson, 2003; Campbell, Kub, Belknap, y Templin, 1997; Carlson, 2000; Coker et al., 2002; Levendosky y Graham-Bermann, 2001; Levendosky, Huth-Bocks, Shapiro y Semel, 2003; Levendosky et al., 2004; Levendosky, Leahy, Bogat, Davidson y von Eye, 2006; Trotter, Bogat y Levendosky, 2004).



La depresión materna se ha asociado con consecuencias negativas en menores de alto riesgo (Tiet et al., 1998), y en niños/as expuestos/as a violencia de género (por ejemplo, Levendosky, Leahy, Bogat, Davidson, y von Eye, 2006).

Kliewer et al. (2004) encontraron una asociación entre la incapacidad de las madres de manejar eficazmente sus propios sentimientos de tristeza, y los problemas de internalización de sus hijos/as. Diversos autores han confirmado que los padres deprimidos tienen las habilidades de crianza deterioradas y esto se ha relacionado con el funcionamiento de sus hijos/as a lo largo del tiempo (Lyons-Ruth, Wolfe, Lyubchik y Steingard, 2002; Sameroff, Seifer y Zax, 1982).

Con respecto a las madres, se cree que su depresión contribuye a reducir la atención y el interés en sus hijos (Gelfand y Teti, 1990; Zahn-Waxler, Iannotti, Cummings y Denham, 1990), y crea dificultades para ayudar al niño/a a regular sus emociones (Cummings y Cicchetti, 1990; Zahn-Waxler, Iannotti, Cummings y Denham, 1990). La falta de disponibilidad de la madre cuando tiene depresión, puede llevar a su hijo/a a esperar un rechazo por su parte y sentir indefensión (Martinez-Torteya, Bogat, von Eye y Levendosky, 2009). En un estudio, English, Marshall y Stewart (2003) refieren que la disminución de la calidad de la interacción entre las madres y sus hijos/as como consecuencia de la depresión y el trauma materno, es uno de los efectos negativos más importantes para los menores que viven en un hogar violento. Estos mismos autores encontraron que el funcionamiento del cuidador, incluyendo la depresión, actuaba como un mediador entre la violencia conyugal y las respuestas de los menores entre 4 y 6 años. Beardslee, Bemporad, Keller y Klerman (1983), y Cummings y Cicchetti (1990) apuntan que la depresión materna tiene efectos más potentes en niños/as más pequeños en comparación con los niños/as un poco más mayores, debido a que en esas edades dependen en mayor medida de su madre.

Otros estudios consideran que no todos los niños/as se ven afectados de forma negativa por la depresión de sus progenitores (Campbell, Cohn y Meyers, 1995; Murray, Fiori-Cowley, Hooper y Cooper, 1996), ya que factores como la heterogeneidad de la



depresión, el tipo de muestra y el informante sobre el diagnóstico contribuyen a la diversidad de resultados (NICHD Early Child Care Research Network, 1999).

3.2.1.4 CRIANZA

En diversas investigaciones realizadas se ha mostrado la conexión existente entre las respuestas de las mujeres a la violencia de género y las consecuencias en sus hijos e hijas, sufriendo estos menores efectos indirectos, como el impacto de los problemas de salud mental en la capacidad de las mujeres para la crianza (Sullivan, Nguyen, Allen, Bybee y Juras, 2000).

Como indican diversos autores, la violencia doméstica parece reducir la calidad de la crianza de los hijos (Anderson y Cramer-Benjamin, 1999; (Levendosky y Graham-Bermann, 1998; Levendosky y Graham-Bermann, 2001; Levendosky, Leahy, Bogat, Davidson y von Eye, 2006; Miller, Cowan, Cowan, Hetherington y Clingempeel, 1993).

Estas mujeres se sienten menos eficaces en su papel como madres (Levendosky y Graham-Bermann, 2001), al mostrarse hipervigilantes y preocupadas por su seguridad (Holden et al., 1998). Asimismo, ambos estudios de Levendosky (Levendosky y Graham-Bermann, 2001; Levendosky, Leahy, Bogat, Davidson y von Eye, 2006) señalan que la violencia doméstica contribuyó a que las madres fueran menos capaces de responder con amabilidad y sensibilidad a sus hijos/as, y menos probable que vincularan positivamente con ellos.

Jouriles et al., (1998), indican que el conflicto en la pareja funciona como estresor y hace que los padres se muestren irritados, deprimidos, distraídos, y agotados emocionalmente, reduciendo considerablemente la atención y la capacidad para responder de manera adecuada a las demandas de los mismos.

Desde la teoría del apego, que veremos en profundidad en el próximo capítulo, concluyen que es probable que el/la menor ante estas situaciones responda con apego desorganizado, ya que el padre es al mismo tiempo la fuente de seguridad y de peligro (Hesse y Main, 2006; Lieberman y van Horn, 2005), y no está disponible para ofrecerle seguridad por ser ella la víctima directa de las amenazas (Dutton, 2000). De este modo, si la



madre vive con temor hacia su pareja, puede deteriorar su capacidad de manejar y responder a las demandas de su bebé, por lo que pueden alterarse las necesidades básicas de apego, rutinas de alimentación y sueño, el lactante reconoce su distancia mostrando retraimiento (Dubowitz y King, 1995).

Levendosky y Graham-Berman (1998), con niños/as más mayores, hallaron que el estrés parental y el maltrato emocional de la madre, sin incluir la violencia física, contribuyeron a los problemas de comportamiento internalizantes y externalizantes que presentaban sus hijos e hijas. Wolfe, Jaffe, Wilson, y Zak, 1985; y Wolfe, Jaffe, Wilson, Kaye, y Zak, 1988) encontraron que el estrés maternal y la salud mental y física de la madre eran factores predictivos de los problemas de conducta de los menores y su competencia social.

En su revisión de la literatura científica al respecto, Anderson y Cramer-Benjamin (1999), encontraron que la violencia interparental había contribuido a que los progenitores estuvieran menos disponibles tanto emocional como físicamente para sus hijos/as, y que esto resultó en problemas internalizantes y externalizantes.

Otros trabajos no encuentran conexión entre la salud mental de la madre y consecuencias en los menores. En esta línea, estudios como el de McCloskey, Figueredo y Koss (2008) refieren que las madres que sufrieron violencia conyugal fueron más propensas a tener problemas de salud mental, pero que su salud mental no era un factor mediador en la respuesta de los hijos/as a los conflictos familiares. También Huang, Wang y Warrener (2010), en un estudio longitudinal a través de 5 años encontró que había efectos a largo plazo para la violencia doméstica, ya que si ésta ocurría en el año 1 tenía efectos directos tanto en problemas externalizantes como internalizantes en los menores en el año 5. Sin embargo, los resultados sólo apoyaron parcialmente la hipótesis de mediación, ya que la salud mental materna en el año 3 no tuvo efectos directos en la crianza de los hijos en ese año ni en problemas de comportamiento en el año 5. Levendosky et al., (2006) también encontraron resultados similares.



3.2.2 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL MENOR

Existe escasa investigación en cuanto a la forma que tienen los menores de afrontar la exposición a la violencia de género. Afrontar una pelea entre los padres implica una reacción emocional que puede ser de miedo, ira o tristeza, así como una evaluación cognitiva de la situación que supone una valoración del conflicto en términos de su significado o las implicaciones para el niño o la niña (Cummings, 1998; Grych y Fincham, 1990; Laumakis et al., 1998).

Estos niños y niñas suelen sobreestimar el peligro y tener preocupaciones y pensamientos intrusivos acerca de su seguridad y la de otros miembros de su familia (Briere, 1992). Según apunta Rossman y Ho (2000), en un intento de modular estos síntomas cognitivos, los/as menores se esfuerzan para minimizar el impacto de la nueva información, es decir, procesan de manera más lenta la información que reciben, o alternativamente, maximizan la nueva información manteniendo un estado de hipervigilancia, o alternan entre minimizar y maximizar la información. Estas distorsiones cognitivas cometidas tanto al minimizar como al maximizar la información, junto con la gran activación emocional, explica el aumento del riesgo de estos menores en involucrarse en comportamientos agresivos. Cuando estas reacciones cognitivas conllevan dificultades en la concentración y en la toma de decisiones, puede afectar al rendimiento escolar (Rossman, Hughes y Rosenberg, 2000).

Por otra parte, también se dispone de pocos datos sobre la percepción que tienen los menores de sus padres violentos. Lo que sí está claro es que estos niños/as se enfrentan a un dilema, ya que la violencia es perpetrada por alguien con el que mantienen una relación afectiva.

Peled (1996), apunta que las relaciones del niño/a con el agresor de sus madres, habitualmente su propio padre, son confusas y contradictorias, ya que por un lado sienten cariño hacia él pero por otro sienten resentimiento, dolor y decepción por su comportamiento violento. En un estudio posterior, Carter (2005), entrevistó a 10 menores residentes en una casa de acogida para mujeres suecas maltratadas. Se les preguntó sobre



lo que pensaban acerca de su padre maltratador, las creencias sobre la aceptabilidad de la agresión, y por qué pensaban que su padre había actuado de forma violenta hacia sus madres. Los resultados mostraron tres formas de conciliar la disonancia entre la valoración positiva que hacían de sus padres y la creencia de que la violencia está mal: algunos niños/as valoraban a sus padres positivamente y restaban importancia a la conducta agresiva, otros niños/as habían llegado a la conclusión de que actuar de forma violenta había convertido a sus padres en gente mala, y algunos niños/as describían a sus padres como buenas personas en general sólo que de vez en cuando hacían cosas malas.

Según la evaluación que haga el/la menor sobre los conflictos entre sus progenitores, éste pondrá en marcha una respuesta de afrontamiento u otra. Estas respuestas se pueden clasificar en dos categorías, según indican Lazarus y Folkman (1984), centradas en el problema o centradas en la emoción. Las estrategias *centradas en el problema* se dirigen directamente a la fuente de estrés y en general se consideran superiores, pero no siempre pueden usarse. En el caso de la violencia doméstica, un ejemplo sería que el hijo o hija se vaya a su habitación cuando comienza una pelea violenta o intentar intervenir en defensa de la madre.

En contraste, las estrategias *centradas en la emoción* se dirigen a la respuesta de una persona al evento estresante. Los menores podrían distraerse viendo la televisión mientras sus padres discuten, intentar no pensar acerca de la disputa, o fantasear que los padres realmente se llevan bien, como mecanismo para no sentirse mal.

Según indican algunos autores, las estrategias de afrontamiento de estos menores suelen ser desadaptativas (pensamiento ilusorio, evitación de problemas, retraimiento social y comportamiento auto-crítico) (Leitenberg, Gibson, y Novy, 2004), y tienden, en general, a utilizar estrategias caracterizadas por la falta de compromiso en frente a estrategias orientadas al problema (Ornduff, y Monahan, 1999).

En un estudio, Adamsom y Thompson (1998) mediante el uso de escenas grabadas de conflictos entre los padres, observaron que los niños y niñas mayores utilizaban menos estrategias de afrontamiento centradas en el problema en respuesta al conflicto entre los padres, tal vez porque ellos/as pensaban que tenían una capacidad limitada para influir en



estas discusiones. Parece que los niños y niñas que son más propensos a usar el afrontamiento centrado en el problema en respuesta a discusiones, se sienten más responsables de intervenir en la disputa.

La respuesta de la madre a la violencia es un factor que puede moderar las respuestas de los hijos/as. Ver a su madre defenderse en lugar de mostrarse pasiva puede ser de importancia para el menor (Holden, 2003), ya que representa un modelo de conducta a seguir en situaciones de violencia.

3.2.3 TEPT EN LOS NIÑOS/AS

La sintomatología postraumática ha sido también propuesta como un posible factor mediador. Rossman en 1998, encontró evidencia de que la violencia doméstica predecía TEPT en las madres, el cual a su vez predijo problemas de comportamiento en hijos e hijas. La exposición a violencia familiar, sin embargo, no predijo problemas de comportamiento directamente.

Es mismo año, Graham-Berman y Levendosky (1998) también hallaron que los/as menores que presentaban unas mayores puntuaciones en pensamientos intrusivos e hiperaousal y con diagnóstico de TEPT, también tenían altas puntuaciones en problemas internalizantes y externalizantes. Estos resultados sugieren que la activación fisiológica y la reexperimentación de los episodios de maltrato pueden conducir a los menores a mostrar otros problemas de comportamiento.

3.3 FACTORES PROTECTORES O DE RESISTENCIA FRENTE LA ADVERSIDAD

Desde hace décadas encontramos estudios que no han detectado diferencias en el ajuste de los hijos/as de mujeres maltratadas y niños/as de familias no violentas (Hershorn y Rosenbaum, 1985; Rosenbaum y O'Leary, 1981).

Como se comentará ampliamente en el capítulo 4, no todos los menores que han sido testigos de violencia de género presentan consecuencias a corto plazo, ni reproducirán



las conductas violentas o de sumisión de sus progenitores a largo plazo (Herrentohl, 1994; Mrazek, 1987), existiendo factores que hacen que algunos niños y niñas sean capaces de hacer frente a la adversidad y a la difícil situación que viven o han vivido, y puedan mantener un proceso normal de desarrollo e incluso resultar fortalecidos/as tras la experiencia traumática.

En términos generales, los factores de protección o de promoción se refieren a las características que mejoran la adaptación. La resiliencia o resistencia a la adversidad se ha definido como el mantenimiento de un funcionamiento sano o la adaptación dentro del contexto de una adversidad grave o una amenaza (Garmezy, 1993; Luthar, Cicchetti, y Becker, 2000; Masten y Obradovic, 2006). Por lo tanto, dos elementos deben existir: una circunstancia adversa que tenga papel potencial para interrumpir el desarrollo de los menores, y el éxito en su adaptación postraumática (Luthar, Cicchetti y Becker, 2000; Masten, 2001). Del mismo modo, la adaptación positiva se ha definido de varias maneras, incluyendo la ausencia de psicopatología (Tiet et al., 1998), y la presencia de competencia conductual y cognitiva (Kim-Cohen, Moffitt, Caspi, y Taylor, 2004).

Masten y Obradovic (2006) destacan que la adaptación debe ser tanto externa para el medio ambiente como interna, entendida como bienestar interior para la recuperación. Por otra parte, la resistencia se caracteriza más como un proceso dinámico, ya que las personas pueden ser resistentes a determinados peligros ambientales o resistentes en un período de tiempo pero no en otro (Rutter, 2006).

Son escasas las investigaciones realizadas sobre los factores de protección o resistencia en los/as menores víctimas de violencia de género (Grych, Jouriles, Swank, McDonald, y Norwood, 2000; Hughes y Luke, 1998). Los resultados encontrados coinciden con los trabajos referidos a menores expuestos a otros eventos traumáticos (Hughes et al, 2002).

Diversos autores han hallado patrones de respuestas a la violencia de género en los niños/as, encontrando grupos de menores que no presentan sintomatología clínica significativa. Por ejemplo, el estudio de Grych, (2000) se determinó si se podrían identificar patrones distintos de ajuste en 228 niños y niñas de entre 8 y 14 años, residentes en casas



de acogida para mujeres maltratadas. Del estudio surgieron cinco tipos de patrones principales: multiproblemas externalizantes, multiproblemas internalizantes, externalizantes, angustia y sin problemas. Estos resultados fueron similares a los encontrados anteriormente por Hughes y Luke (1998), con el mismo número de agrupaciones y aproximadamente la misma composición. Estos trabajos han referido tasas de resiliencia del 31% al 65% en menores en edad escolar, indicando que un porcentaje significativo de menores que residen en casas de acogida con sus madres sólo presentan bajos niveles de malestar o ninguna evidencia de desajuste conductual. El hecho de que tanto los niños/as y sus madres informaran de una significativa ausencia de sintomatología nos indica un cierto nivel de resiliencia o resistencia en muchos de los/as menores que residen en estos centros. Estos trabajos sugieren que la adaptación positiva está asociada con varios factores: menos agresiones físicas del maltratador a la madre, menos duración de la exposición de los menores a esta violencia, percepción del conflicto como menos amenazador, menos sentimientos de culpa del menor y la ausencia de depresión materna (Grych et al., 2000; Hughes y Luke, 1998).

Estudios actuales confirman estos factores protectores. Así, Martínez-Torteya, Bogart, von Eye, y Levendosky (2009) encontraron que, a pesar de la violencia doméstica, el 54 % de los menores de 2 a 4 años que fueron expuestos se mostraron resilientes.

En otro estudio, realizado por Graham-Bermann y cols (2009), se evaluó el ajuste social y emocional de 219 niños y niñas de familias con diferentes niveles de violencia de género, mediante un modelo de riesgo y protección. En él, se pretendía estudiar los factores que diferenciaban a los niños y niñas con mala adaptación de los que tenían capacidad de recuperación. Se entrevistó a las madres que habían sufrido violencia doméstica en el último año, y a sus hijos/as de 6 a 12 años de edad. Los hallazgos arrojaron cuatro patrones de respuesta en los menores: niños/as con problemas graves de adaptación (24%), niños/as con problemas moderados (45%), niños/as con depresión únicamente (11%) y niños/as resilientes con grandes competencias y bajos problemas de ajuste (20%). Por los hallazgos encontrados parece que las respuestas de los niños y niñas



varían en función del riesgo y vulnerabilidad, nivel de desarrollo y estructura de su entorno más cercano (Osofsky, 2003).

Existen distintas categorías de factores protectores o de resistencia a la adversidad, éstos son expuestos a continuación.

3.3.1 FACTORES PERSONALES DEL MENOR

Se entienden como factores protectores del menor la autoestima positiva, la adaptabilidad, el optimismo, la capacidad de relacionarse, la creatividad, el grado de desarrollo, la inteligencia, los resultados académicos, el talento, los intereses especiales, el temperamento fácil (Aguilar, 2008; Masten et al. 1999; Osofsky, 1999; Tiet et al., 1998; Wyman et al., 1999), así como circunstancias propias, la edad a la que es separado del agresor, y el hecho de que pueda recordar una época sin violencia (Aguilar, 2008; Wolak y Finkelhor, 1998).

Con respecto a la capacidad cognitiva del menor, diversos estudios han constatado que una inteligencia alta se asocia con una adaptación positiva ante la adversidad (Jaffee, Caspi, Moffitt, Tomás Polo, y Taylor, 2007; Tiet et al., 1998), y es predictivo de niveles inferiores de trastornos psicológicos, menores tasas de problemas de conducta y mayores niveles de funcionamiento global (Malcarne, Hamilton, Ingram, y Taylor, 2000). Además, tener bien desarrolladas habilidades cognitivas a nivel verbal facilita, según el estudio de Buckner, Mezzacappa, y Beardslee (2003), la mediación verbal del conflicto, teniendo como consecuencia buscar estrategias de afrontamiento más adecuadas.

En relación al temperamento de los menores, se ha encontrado que los niños/as con temperamento fácil, caracterizados por regularidad, accesibilidad, alta adaptabilidad, estado de ánimo positivo, baja reactividad (Thomas y Chess, 1985), muestran menos problemas de comportamiento que los menores con temperamento difícil (Kim-Cohen, Moffitt, Caspi y Taylor, 2004; Smith y Prior, 1995; Tschann, Kaiser, Chesney, Alkon, y Boyce, 1996).



3.3.2 FACTORES FAMILIARES Y EXTRAFAMILIARES

La existencia de un vínculo afectivo y un apego seguro con la madre u otras personas que se ocupen del niño o la niña, y una buena salud mental de los cuidadores (Aguilar, 2008; Masten et al. 1999; Tiet et al., 1998; Wyman et al., 1999) puede mediar la reacción de los menores ante la violencia de género. Así como el apoyo de iguales, profesores u otros adultos, y el involucrarse en actividades de su entorno próximo (vecindario, barrio) (Aguilar, 2008; Wolak y Finkelhor, 1998).

En esta línea tener apoyo social y buenas relaciones con los iguales tienen un efecto amortiguador para los menores que son expuestos a violencia de género, protegiéndoles contra el estrés sufrido. Sin embargo, como los/as menores expuestos a violencia suelen presentar problemas externalizantes y limitadas habilidades sociales, sus relaciones interpersonales pueden estar muy comprometidas (Kolbo, 1996).

Sin duda, uno de los factores protectores o de resiliencia más importantes, como apunta Aguilar (2008), es el tener al menos una relación duradera y de buena calidad con un adulto, hombre o mujer, significativo/a para el niño o la niña, que transmita al menor que es alguien válido/a e importante. Esa relación fuerte casi siempre es con uno de los padres (Belsky, 1984; Osofsky, 2003), y está demostrado que reduce los efectos en los menores del estrés en general (Cummings, 1998).

El hecho de que los cuidadores den respuesta y apoyo a las necesidades de sus hijos/as facilita que los menores tengan menos problemas de comportamiento que los niños y niñas que no tienen el mismo apoyo (Masten y Coatsworth, 1998; Overlien, 2010).

También parece ser más probable que los menores puedan obedecer a los padres y adoptar los valores prosociales parentales (Grusec, Goodnow y Kuczynski, 2000; MacDonald, 1992). La calidez de los padres ayuda a la adaptación emocional de los menores bajo una amplia variedad de circunstancias adversas (Katz y Gottman, 1997; Kim-Cohen, Moffitt, Caspi y Taylor, 2004).

Investigaciones como las de Davies, Sturge-Apple y Cummings (2004); Margolin, Gordis y Oliver (2004), y O’Keefe (1994) señalan que las habilidades de la madre de



proteger a sus hijos e hijas de más problemas psicológicos puede ser alta y su nivel de crianza positiva (Sullivan, Nguyen, Allen, Bybee y Juras, 2000), proporcionando más cariño y seguridad a sus hijos/as y compensando así la violencia sufrida (Levendosky et al., 2003).

Sin embargo, a veces el cuidado que brindan las madres maltratadas a sus hijos e hijas se ve comprometido mientras se mantienen en un relación violenta (Holden et al., 1998; Kelleher et al., 2008; y Levendosky Graham-Bermann, 2000; Walker, 1984), si bien esta atención inadecuada por parte de la madre ya no es evidente seis meses después de la ruptura con el agresor (Holden et al., 1998).

Una de las hipótesis sugeridas para explicar el efecto moderador del calor o la cercanía emocional de las madres es que estas se muestran cálidas en la relación con sus hijos/as y pueden ser particularmente sensibles realizando esfuerzos para hablar con sus hijos/as sobre los episodios de violencia observados, teniendo cuidado en validar sus expresiones emocionales y ayudándoles a desarrollar estrategias competentes para hacer frente a las emociones negativas (McDowell, Kim, O’Neil y Parke, 2002).

Este “*entrenamiento emocional*” que hacen algunas madres con sus hijos/as (Gottman, Katz, y Hooven, 1996) está relacionado con la reducción de los problemas de conducta de los menores (Katz y Windecker-Nelson, 2006) y parece promover habilidades de afrontamiento y un comportamiento prosocial en los niños/as, además de frustrar el desarrollo de evaluaciones positivas sobre los beneficios de la agresión.

Otra hipótesis estudiada es que las madres más competentes son más capaces de reconocer y modular su propio enfado en presencia de sus hijos/as, y este control emocional parece proteger a los niños y niñas en situaciones de riesgo de desarrollar problemas externalizantes (Kliewer et al., 2004). Así, los/as menores cuyas madres están disponibles y le muestran apoyo, serán capaces de desarrollar adecuadas habilidades de autorregulación dentro del contexto de la interacción madre-hijo (Wyman et al., 1999).

Diversos investigadores han analizado actualmente la importancia de tener una figura adulta de apoyo, especialmente la madre, para los niños y niñas expuestos a la violencia de género. Así, Skopp, McDonald, Jouriles y Rosenfield (2007) examinaron si una



relación maternal afectiva podía funcionar como factor de protección ante los efectos de la violencia en los niños/as. La muestra estaba formada por 157 madres y sus hijos de 7 a 9 años de edad expuestos a violencia de género y con problemas de conducta severos. Concluyeron que cuando eran los propios menores los que informaban de sus problemas de conducta, los/as hijos/as, tanto niños como niñas, presentaban menos comportamientos externalizantes cuando las madres se relacionaban mostrando más afecto. Sin embargo, cuando los informantes sobre los problemas externalizantes de los menores eran las madres, el aumento del afecto maternal sólo tuvo una repercusión positiva significativa para las niñas. Parece ser que para los chicos, el afecto maternal resulta más beneficioso en familias con bajos niveles de violencia de género, encontrándose este beneficio en familias con niveles muy elevados de esta violencia solo en las niñas.

En el estudio realizado por Graham-Bermann et al., (2009) comentado anteriormente, se encontró que la diferencia entre los niños resilientes y el resto de niños/as con problemas emocionales fue que estos niños y niñas habían tenido una menor exposición a la violencia. Además, estos menores tenían lazos familiares más fuertes, presentaban menores niveles de miedo y preocupación, y por último, sus madres eran más flexibles y poseían mejores habilidades de crianza, especialmente eran cálidas en la relación con sus hijos/as, y poseían una mejor salud mental.

Los resultados hallados en estos estudios sugieren que el ajuste infantil está fuertemente influido por las habilidades de crianza parentales, especialmente de la madre. Además, el uso de la disciplina apropiada y el establecimiento de límites claros y adecuados, puede proteger a los niños/as ayudándoles a manejar su propio comportamiento y proporcionando modelos positivos a pesar de estar expuestos a violencia doméstica.

En un estudio realizado por Sousa et al., (2010), se evaluaron los efectos únicos y combinados del abuso infantil y la exposición de los menores a la violencia doméstica junto al tipo de vínculo que mantenían los adolescentes con los padres, para determinar el comportamiento antisocial durante la adolescencia. Según los resultados encontrados, unos lazos de apego a los padres más fuertes en la adolescencia predicen un menor riesgo de



comportamiento antisocial, independientemente de que haya existido historia de abuso infantil o exposición a violencia.

Sin embargo, los efectos positivos de crianza de los/as hijos/as puede tener menos impacto en un ambiente caótico, como el de los hogares con violencia de género, que podrá exigir estilos parentales más estrictos para fomentar la competencia (Baldwin, Baldwin, y Cole, 1990; Levendosky y Graham-Bermann, 2000). Así, la muestra de autoridad por parte de la figura materna está asociada con menos comportamientos antisociales en los niños/as expuestos/as a violencia de género (Levendosky y Graham-Bermann, 2000), y con una disminución de los comportamientos externalizantes (Levendosky, Huth-Bloques, Shapiro, y Semel, 2003).



Capítulo 4

MODELOS EXPLICATIVOS

A lo largo de las últimas décadas se han desarrollado diferentes modelos teóricos con el fin de explicar las diversas consecuencias que la violencia doméstica tiene en los/las niño/as; si bien, ninguno de ellos por si solo ha sido capaz de dar respuesta al amplio abanico de síntomas que presentan. Las primeras propuestas partían de la premisa de que existía una relación entre los desórdenes manifestados por los niños/as, y la experiencia de situaciones de conflicto y violencia interparental (Cummings y Davies, 2002). Ante la simpleza de estas primeras propuestas, un nuevo conjunto de estudios empíricos intentó determinar a través de qué procesos y mecanismos el ser expuesto a violencia interparental podría perjudicar el curso del desarrollo infantil, fomentando la manifestación de diversos problemas tanto internalizantes como externalizantes (Duarte, 2007).



A continuación, se exponen las principales propuestas teóricas sobre las consecuencias en los niños/as de la exposición a la violencia de género. Cada una de ellas pone el énfasis en distintos procesos o mecanismos que subyacen al inicio de los síntomas relacionados con la exposición. Repasaremos desde las aportaciones formuladas por las Teorías del Apego, del Desarrollo, del Aprendizaje Social, del Trauma, y de la Resiliencia, hasta el modelo integrador o Teoría Ecológica, incluyendo un nuevo modelo explicativo basado en la Teoría del Trauma Complejo.

4.1 TEORÍA DEL APEGO

Durante los últimos 30 años se ha venido defendiendo la idea de que el establecimiento de *vínculos seguros* en la infancia, promueve la salud física y psicológica, y el bienestar de la persona a lo largo de su desarrollo (Bowlby, 1969, 1973).

A finales de 1970, los teóricos del apego comenzaron a estudiar las consecuencias que podía tener la vinculación sobre el funcionamiento psicológico posterior del individuo. Entre las consecuencias estudiadas se encontraron las interacciones cuidador- hijo/a, las relaciones con iguales, amigos y hermanos, y el desarrollo de algunos indicadores de psicopatología (Greenberg, 1999; y Thompson, 1999). A partir de los resultados obtenidos en estas y otras investigaciones, quedó patente que los niños/as en la primera infancia necesitan establecer apegos seguros con sus cuidadores para alcanzar un adecuado desarrollo en otras áreas de su vida.

El recién nacido, busca la proximidad y contacto con los adultos desde el momento del nacimiento, y parece hacerlo de forma innata. No obstante, a pesar de la presencia de conductas como el llanto, la succión, la prensión, que llevan al niño/a a estar en proximidad de los adultos, los vínculos afectivos no aparecen en un momento tan temprano. Antes al contrario, el apego es el resultado de un largo proceso, en el que las sucesivas interacciones y encuentros que el/la niño/a mantiene con los adultos encargados de su cuidado, determinan las características específicas del mismo. En términos generales, se admite que a partir de los 12 meses de edad podemos empezar a identificar el tipo de



vinculación de la *díada* figura de apego-bebé. La consolidación del apego requiere que el/la niño/a tenga oportunidades de interactuar con sus cuidadores, y que adquiriera competencias en las diferentes áreas, tanto en la cognitiva, como en la emocional y social. Desde la teoría del apego se propone, por tanto, que la relación niño/a-cuidador afecta al desarrollo emocional y social del menor (Loise, 2009).

Así, todos los seres humanos, en condiciones normales, nos vinculamos a nuestras figuras de apego, pero no todos lo hacemos de la misma forma, apareciendo diferencias en la calidad que adopta el lazo afectivo. Estas diferencias se sitúan en torno a la capacidad desarrollada por el niño/a para utilizar a su figura de apego como base de seguridad (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978). El tipo de seguridad en las relaciones cuidador/ra-niño/a fue analizado, a través de observaciones realizadas en Uganda, y después en Baltimore, por parte de Ainsworth, et al., (1978). Estos autores diseñaron un procedimiento observacional que permitía la identificación de los diferentes tipos de apego en torno al primer año de edad, al cual denominaron “*Situación Extraña*”. A través de este procedimiento se detectaron tres patrones de apego: (1) Apego seguro (Tipo a); (2) Apego inseguro-evitativo (Tipo b); y (3) Apego inseguro-ambivalente (Tipo c). A continuación se muestran las características de cada uno de ellos.

El *apego seguro* se caracteriza por utilizar a la figura de apego como base segura de exploración, y como fuente a la que acudir cuando el/la niño/a se siente molesto o en situación de peligro. La interacción de estos niños/as con personas desconocidas suele ser de recelo durante los primeros momentos y después de aceptación.

Los niños/as con apego *inseguro-evitativo* se muestran muy activos en sus interacciones y juegos, aunque su actividad exploratoria funciona al margen de la presencia/ausencia de la figura de apego, es decir, de forma independiente a ésta, a la que además, no involucran en sus actividades. Son menores que apenas se muestran miedosos cuando se encuentran con personas desconocidas, siendo la calidad de la interacción con la figura de apego similar a la interacción con desconocidos. Es difícil que se pueda observar en estos niños/as un equilibrio dinámico entre las conductas de apego y las de exploración. Esta ausencia de equilibrio podría estar ocasionada por la necesidad del



niño/a de realizar adaptaciones defensivas para protegerse de la ansiedad que le genera el saber que la figura de apego no siempre se encuentra disponible y accesible.

Los/las menores con apego *inseguro-ambivalente* presentan dificultades para utilizar a su figura de apego como base de seguridad. Son niños y niñas que interactúan escasamente con su figura de apego, y cuando lo hacen, muestran conductas contradictorias en las que se mezcla la búsqueda de la proximidad con el rechazo. Estos menores suelen tener, en promedio, bajos niveles de exploración con independencia de la presencia/ausencia de la figura de apego. Las interacciones mantenidas con personas desconocidas suelen ser bastante pobres, y son muy similares tanto si se encuentran en presencia del cuidador como si no. En este patrón también aparece un desequilibrio entre el sistema de apego y el de exploración, que conduce al niño/a a un estado de inseguridad permanente.

Con posterioridad, y debido a que en posteriores estudios algunos de los niños/as de las muestras estudiadas presentaban un patrón conductual que no se ajustaba a ninguna de las clasificaciones anteriormente descritas, Main y Solomon (1990) describieron un cuarto patrón de apego, al que denominaron *Desorganizado* (Tipo d). Los niños/as que presentan este tipo de apego presentan patrones de conducta contradictorios caracterizados por: aparición repentina de conductas de apego, seguidas de evitación e inmovilidad; juego placentero seguido de malestar y de enfado; mezcla de conductas de evitación con búsqueda de la proximidad de la figura de apego; movimientos incompletos, sin objetivo, y estereotipias en presencia de la figura de apego; movimientos lentos; manifestaciones variadas de temor hacia la figura de apego o con cualquier objeto relacionado con ella; movimientos defensivos en presencia de ella; expresión facial desorientada, etc. (Solomon y George, 1999).

Se han realizado estudios en distintos países del mundo sobre la distribución de estos patrones de apego en poblaciones normales, los resultados indican que aproximadamente un 60-65% de los niños/as de población general exhibe un patrón de apego seguro, un 20% presentan un tipo de apego inseguro-evitativo, y entre un 10 y 15%



presentan un tipo de apego ambivalente. El *apego desorganizado* suele ser más frecuente en poblaciones de alto riesgo, aunque también pueden darse casos en población general.

En este sentido se estima que un 80% de los niños/as que han experimentado alguna forma de maltrato presentan un patrón desorganizado de vinculación (Carlson, Cicchetti, Barnett y Braunwald, 1989). También se han encontrado porcentajes elevados de este tipo de apego en poblaciones de madres gravemente afectadas de depresión, problemas de alcoholismo, y en familias en las que se dan graves problemas de pareja (DeMulder y Radke-Yarrow, 1991, O'Connor, Sigman y Brill, 1987; Teti, Gelfand, Messinger e Isabella, 1995).

De acuerdo con esta teoría, los/as menores que son expuestos a violencia familiar desde muy temprana edad, tienen una alta probabilidad de desarrollar un patrón desorganizado de vinculación, los que provoca efectos adversos en su desarrollo. De este modo, los/as niños/as que son maltratados tienen mayor riesgo de desarrollar vínculos inseguros al no recibir el apoyo emocional de los adultos que les aterrorizan (Cicchetti, Toth y Lynch, 1995). Si bien, se han encontrado casos de niños/as que desarrollan relaciones de apego seguras con sus padres abusivos (Lamb, Gaensbauer, Malkin y Schultz, 1985), aunque ésta no es la generalidad.

Una variable relevante en la seguridad del apego es la sensibilidad del cuidador, que es entendida como la habilidad para percibir e interpretar con acierto las señales y comunicaciones implícitas en la conducta del bebé, y responder a ellas de forma rápida y apropiada (Ainsworth, Bell, y Stayton, 1974). Diferentes autores han puesto de manifiesto que cuando las madres o cuidador/a principal, se muestran sensibles en las interacciones que mantienen con sus hijos/as tienen mayores probabilidades de establecer con ellos apegos seguros (Ainsworth et al. 1978, Braungart-Rieker, Garwood, Powers y Wang, 2001, Ijzendoorn, Bakermans-Kranenburg, 2004).

Como se ha descrito, el instrumento para evaluar el tipo de apego hasta los 18 meses es el procedimiento observacional de Ainsworth, la situación extraña; a partir de esta edad, la valoración del tipo de apego se realiza analizando los estilos de crianza de los cuidadores principales. Al respecto, Roa y Del Barrio (1997), evaluaron las alteraciones



emocionales y de conducta en menores, tales como agresividad, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo, delictivo, ansiedad somatizaciones, infrasociabilidad, hiperactividad y retraimiento, a través del CBCL, y los estilos educativos de crianza, caracterizados por apoyo externo percibido, satisfacción, compromiso, comunicación, disciplina, autonomía, y distribución de roles. Encontraron una correlación estadísticamente significativa entre déficit en estilos educativos negativos de las madres y los síndromes empíricos infantiles, poniendo de manifiesto la relación directa entre los estilos educativos de los cuidadores, y la psicopatología infantil. De los resultados hay que destacar, como relaciones más significativas, las establecidas entre las alteraciones de hiperactividad y agresividad con los estilos de crianza como percepción de la madre de apoyo social escaso, y disciplina caracterizada por dificultades en el establecimiento de límites.

Main (2000), explica que las particularidades del apego están mediadas por modelos afectivo-cognitivos propios, y por patrones típicos de interacción con los otros significativos. Estos patrones permiten a hijo/a el establecimiento de modelos mentales de relación que afectan al desarrollo de la personalidad y al posterior comportamiento social (Mesa, Estrada y Bahamón, 2009). Bowlby (1990), propuso que las relaciones de apego generan representaciones o modelos mentales, denominándolos *Modelos Internos de Trabajo (MIT)*. Los MIT son modelos basados en la representación interna de las primeras experiencias de apego, en los que se basa la autopercepción, y se utilizan para percibir e interpretar las acciones e intenciones de los demás, guiando la conducta (Mesa, Estrada y Bahamón, 2009). Los MIT afectan directamente a las relaciones sociales del sujeto (Bowlby, 1976), así la calidad de las relaciones con los padres o cuidadores principales van a determinar la calidad de las relaciones que establezcan con otras personas afectivamente significativas. Del mismo modo afectan a las reacciones emocionales que se dan ante una determinada situación, aunque posteriormente, estas reacciones puedan modificarse debido a la interpretación que la persona haga de las mismas. Si el niño/a recibe respuestas adecuadas de sus padres o cuidadores principales, tendrá una imagen de sí mismo segura y valiosa, constituyéndose las bases de su identidad y de la autoestima (Bowlby, 1990). Existen distintas representaciones mentales en función de las distintas



interacciones con los cuidadores. Desde este punto de vista es posible que existan múltiples modelos (Bowlby, 1990).

Bowlby (1973), propuso que estos modelos tienden a ser estables en el tiempo, aunque modificables ante experiencias de la vida, afectando a su vez a la seguridad del apego. Según este autor, los niños/as que han sufrido condiciones de maltrato tienen más probabilidades que los niños/as que no las han sufrido de desarrollar modelos negativos de relación de sus cuidadores y/o de ellos mismos (Cicchetti, Toth, y Lynch, 1995), sin bien, estas percepciones pueden cambiar con el tiempo (Sternberg, Lamb, Guterman, Abbott, y Noursi Dawud, 2005). Estos cambios se producirán si el individuo logra o construye una interpretación nueva de las experiencias pasadas, particularmente de las relacionadas con los vínculos afectivos (Mesa, Estrada y Bahamón, 2009).

Sin embargo, según Bowlby (1989), una parte de estos modelos mentales no son accesibles a la conciencia siendo, por tanto, muy resistentes al cambio (Brenlla, Carreras, y Brizzio, 2001). En este sentido, sugiere que la etiología de numerosas patologías infantiles está relacionada con los vínculos de apego desarrollados con los cuidadores principales (Bowlby, 1976), que dependen de la calidad del cuidado, de este modo, si existe una falta o deterioro de los mismos, como en el caso del maltrato, abuso o la violencia de género, se podrían generar dichas patologías. El mecanismo está relacionado con la función reflexiva, que hace referencia a la capacidad para comprender los comportamientos de los demás y de sí mismo en función de diferentes estados mentales, como intenciones, deseos, pensamientos y propósitos (Mesa, Estrada y Bahamón, 2009). El bebé empieza a reconocerlos a través de las experiencias con el cuidador principal, y para ello, estos cuidados han de ser estables, positivos y consistentes (Fonagy y Target, 1995a). Cuando en la familia hay maltrato infantil o violencia de género, los niños/as no pueden integrar el hecho de que la misma persona que les cuida les genere daño, provocando emociones opuestas que afectan a la capacidad de integrar las representaciones, dando lugar a representaciones escindidas y contradictorias (Gergely, 1997, citado en Fonagy y Target, 2000), que favorecen el inicio de patologías.



A modo de resumen, el tipo de apego afectaría a la función reflexiva y ésta a su vez afectaría a la salud mental. En este sentido, Huetteman (2005) examinó los indicadores de seguridad del apego en los esquemas de niños/as expuestos a violencia de género en edad preescolar, valoró la seguridad, la inseguridad y la desorganización/desorientación, así como la forma en que las representaciones se refieren a la violencia de género. Se valoraron 94 niños/as en edad preescolar, 66 clínicos, los cuales habían sido expuestos a altos niveles de violencia de pareja, y 28, de la comunidad, con menos nivel de exposición. Encontró que durante más de la mitad del tiempo en el que se evaluaron las representaciones de los niños/as sobre los cuidadores, éstas incluían cualidades negativas, por lo que concluyó que era probable que estos niños tuvieran un apego inseguro.

Sternberg et al., (2005), encontraron que las representaciones sobre los padres en menores expuestos a violencia de género, eran complejas, y contenían tanto aspectos positivos como negativos, mientras que las representaciones maternas eran principalmente positivas. En ese mismo año, examinaron el impacto de las diferentes formas de violencia de género en una pequeña muestra de adolescentes israelíes, y encontraron que la exposición temprana no tuvo impacto en el desarrollo del apego posterior, si bien, los resultados mostraban que los/as menores que fueron maltratados y expuestos a la violencia de género tenían puntuaciones inferiores en apego en comparación con los/as que no habían sido maltratados/as o expuestos/as, no encontrando diferencias en el apego en niños/as que habían sido expuestos solo a violencia de género y no a otra forma de maltrato infantil.

4.2 TEORÍA DEL DESARROLLO

De acuerdo con la Teoría del Desarrollo, las experiencias tempranas proporcionan la base para las posteriores adaptaciones, moderando o exacerbando el impacto de los acontecimientos vitales (Lamb, Gaensbauer, Malkin, y Schultz, 1985; Sroufe, Carlson, Levy y Egeland, 1999). De este modo, la exposición a la violencia familiar durante la primera infancia, cuando la capacidad de regulación emocional está surgiendo y existe una fuerte



identificación de los menores con sus figuras de apego, proporcionará efectos negativos más fuertes y duraderos en la adaptación a futuras experiencias.

En esta línea, varios investigadores han encontrado que la exposición a la violencia familiar tiene un impacto particularmente fuerte en los lactantes y preescolares (Fantuzzo *et al*, 1991; Ingoldsby, Shaw, Owens y Winslow, 1999; Levendosky, Huth-Bocks, Semen y Shapiro, 2002; Litrownik, Hunter, English y Everson, 2003; Martin y Clements, 2002; Stagg, Wills y Howell, 1989), lo que concuerda con la teoría planteada desde este modelo.

La Teoría del Desarrollo parte de la idea de que una familia donde existe violencia de género es un ambiente inadecuado para que se de un adecuado desarrollo (Jaffe, Wolfe y Wilson, 1990). Esta teoría organiza el estudio de las consecuencias de la violencia de género en torno a los *hitos* del desarrollo de los niños/as (Loise, 2009), la violencia de género va a afectar al desarrollo del menor, dificultando la consecución de los hitos evolutivos que se consiguen consecutivamente (Cicchetti y Toth, 1995).

Bajo la perspectiva de la psicopatología del desarrollo, las consecuencias en los niños/as de la violencia de género dependen de la interacción producida entre las características de dicha violencia, y las capacidades de desarrollo de los niños/as para hacer frente al mismo (Cicchetti, 1993; Cicchetti y Toth, 1995; Finkelhor y Kendall-Tackett, 1997; Margolin, 2005). Por tanto, las consecuencias de la exposición a la violencia de género no van a depender solo de la naturaleza de la misma, sino de los recursos del menor para hacerle frente y la capacidad del contexto que le rodea para brindarle protección y apoyo (Finkelhor y Kendall-Tackett 1997, cit. Margolin y Gordis, 2000),

Basándose en los resultados de los distintos estudios realizados, predice que la violencia de género va a afectar al desarrollo emocional, cognitivo, y comportamental del menor, si bien, el impacto sobre el menor dependerá de la etapa de desarrollo en la que se encuentre y los recursos personales y ambientales para hacerle frente. Con el fin de identificar estos efectos, se han desarrollado a lo largo de las dos últimas décadas numerosas investigaciones desde esta perspectiva (Edleson, 1999; Fantuzzo y Mohr, 1999; Margolin, 1998; Onyskiw, 2003; Rossman, 2001).



En esta línea diversos estudios apoyan la idea de que la violencia a la que son expuestos los menores víctimas de violencia de género, desencadena un aumento en su nivel de activación fisiológica y afectiva, que puede ocurrir en el mismo momento del conflicto o sensibilizarlos al estrés, si se exponen repetidamente a dicha violencia. Esto conlleva una merma en la capacidad de regular sus emociones (Davies y Cummings, 1998), así como, en el manejo eficaz de la situación conflictiva (DeJonge, Bogat, Levendosky, von Eye y Davidson, 2005). A su vez la reactividad emocional, se relaciona con la internalización y externalización de problemas (Davies y Cummings, 1998; Jenkins, 2000). También la exposición a la violencia de género puede dificultar gravemente el desarrollo emocional provocando depresión y ansiedad (Kernic et al., 2003).

La literatura científica también indica que la exposición a la violencia doméstica puede afectar al funcionamiento cognitivo de los menores (Rossman, 1998), y por tanto a su desarrollo. Los resultados en este campo surgen de los diversos estudios de investigación sobre los efectos del estrés a nivel neurobiológico, los cambios estructurales y funcionales en el cerebro y los efectos en el sistema endocrino e inmunológico (DeBellis, 2001). Relacionado con esto Loise (2009) concluye que los niños expuestos a la violencia de género pueden experimentar dificultades en la escuela. Jenkins y Oatley (1997) explican que el estar expuestos a un ambiente hostil, genera agresividad y otras dificultades comportamentales que afectan en la relación que establece el menor con las personas de su entorno comprometiendo su desarrollo comportamental.

Otro de los apoyos que encuentra esta teoría son los hallazgos a nivel físico, encontrados en menores expuestos a violencia de género. En esta línea diversos estudios señalan la mayor vulnerabilidad de los menores expuestos a violencia de género a desarrollar problemas a nivel físico (Carlson, 2000; Edleson, 1999; Rossman, 2001), entre los que se encuentran: retraso en el crecimiento, distintos problemas de alimentación, de sueño, de control de esfínteres, etc., que comprometen el adecuado desarrollo del niño/a.



4.3 TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL

Sabemos que estar expuesto en la infancia a violencia en el hogar, además de ser una experiencia aterradora, también es una fuente de aprendizaje (Peled, 1997) que facilita la incorporación de modelos y guías de comportamiento (Alcázar y Gómez-Jarabo, 1999), de forma que las conductas agresivas en el hogar, pueden determinar en esos niños/as conductas agresivas en sus relaciones de pareja futuras (Connolly y Goldberg, 1999; Jouriles, 1987; O' Learly, 2004; Sudermann Jaffe, Hastings, 1995).

Para Bandura, “*El aprendizaje es una actividad de procesamiento de información en la que los datos acerca de la estructura de la conducta, y de los acontecimientos del entorno se transforman en representaciones simbólicas que sirven como guías para la acción*” (Bandura, 1986, p. 51).

La teoría del aprendizaje social, parte de la premisa de que el comportamiento se adquiere a través de la observación y de los procesos de modelado que se dan en la familia de origen (Bandura, 1986). El *modelado* es un componente crucial del aprendizaje, y se refiere, a los cambios que se dan a nivel conductual, cognoscitivo y/o afectivo derivados de la observación de un modelo (Schunk, 1997). El modelado tiene diversas funciones entre las que se encuentran: (1) *facilitar* respuestas; (2) *inhibir y/o desinhibir*, las conductas modeladas crean en los observadores expectativas de que ocurrirán las mismas consecuencias que obtiene el modelo si imitan las acciones; y (3) *aprender* a través de la observación. A su vez la *observación* tiene diferentes componentes: (1) *la atención*, que presta el observador a los acontecimientos relevantes del medio; (2) *la retención*, que requiere codificar y transformar la información modelada para almacenarla en la memoria; (3) *la producción*, que consiste en traducir las concepciones visuales y simbólicas de los sucesos modelados en conductas abiertas; y (4) *la motivación*, puesto que atender, retener y producir las acciones va a depender de que se crea que éstas son relevantes.

Según esta teoría, observar modelos no garantiza el aprendizaje ni la capacidad para exhibir más tarde las conductas, sino que cumple funciones de información y motivación, comunica la probabilidad de las consecuencias de los actos y modifica el grado de motivación de los observadores para actuar del mismo modo. Los factores que afectan al



aprendizaje y a la ejecución son: (1) el estadio de desarrollo del observador; (2) el prestigio y la competencia de los modelos; (3) las consecuencias; (4) las metas; (5) las expectativas, y (6) la autoeficacia (Schunk, 1997). Bandura (1967), considera que el reforzamiento autorregulado también determina la ejecución, principalmente por el aumento en la motivación, evaluando la eficacia de la conducta al utilizar normas de ejecución previa o comparando nuestra ejecución con los demás.

Siguiendo la teoría del aprendizaje social, el comportamiento violento se puede transferir de generación a generación, lo que se conoce como el *Ciclo de la violencia*. Este ciclo se produce a través de mecanismos de aprendizaje caracterizados por modelado directo y refuerzos (Jouriles, Murphy y O’Leary, 1989; Jouriles y Norwood, 1995; cit. Graham-Bermann, 1998). De este modo, los niños/as que proceden de familias violentas aprenden diversas tácticas de agresión (Patterson, Dishion, y Bank, 1984), explicando la transmisión intergeneracional de las conductas violentas (McCloskey y Lichter, 2003).

El aprendizaje social a través de la observación y el modelado, se relaciona con conductas agresivas en el hogar (Alcázar y Gómez-Jarabo, 1999), y con el desarrollo de conductas antisociales en los niños/as (Loise, 2009), pudiendo esos niños/as ser agresores en sus relaciones de pareja futuras (Connolly y Goldberg, 1999; Jouriles, 1987; O’ Learly, 2004; Sudermann Jaffe, Hastings, 1995).

Estudios realizados desde la perspectiva del aprendizaje social sugieren que los niños/as aprenden e incorporan las lecciones de la violencia y, si no se lleva a cabo una adecuada intervención, crecen repitiendo dichos comportamientos (Graham-Bermann, 1998), poniéndolos en marcha en situaciones futuras equivalentes a las que sirvieron de aprendizaje.

La propuesta central de la teoría es que los menores expuestos a violencia de género tienden a desarrollar estrategias de afrontamiento del estrés y de resolución de problemas caracterizadas por el uso de la violencia, que está legitimada por el aprendizaje intrafamiliar. De este modo, el niño/a ante una situación de violencia en el hogar se puede identificar con el agresor, aprendiendo a manipular y coaccionar a los demás para satisfacer sus necesidades o, en caso contrario, asimilando que sólo podrá relacionarse con



los demás mediante la adopción de comportamientos de sumisión, auto-culpabilización, o desistiendo ante las dificultades (Graham-Bermann, 1998). De esta forma, la violencia puede perpetuarse a través de los papeles de maltratador y de víctima, volviéndose adultos violentos o adultas sumisas, potenciales maltratadores o víctimas respectivamente (Duarte, 2007).

Esta teoría ha recibido apoyo con respecto a las relaciones íntimas/amorosas entre adolescentes, especialmente para los chicos (Riggs y O'Leary, 1989, 1996), como vimos en el capítulo de consecuencias. En el caso contrario, si la violencia se percibe como algo negativo puede afectar tanto a la respuesta de los niños/as a ese tipo de situaciones como a su relación con el agresor. Los menores que perciben el daño que causa la violencia puede que no se identifiquen con los patrones de violencia de su familia y tengan motivación para romper el “*ciclo de la violencia*”. Según Fosco y et al., 2007, estos niños y niñas muestran un mayor grado de empatía con el sufrimiento de la víctima por la agresión de la que han sido testigos o tienen una buena relación con el progenitor no abusivo u otro adulto.

4.4. TEORÍA DEL TRAUMA

Desde hace décadas, como ya aportaron Silvern y Kaersvang en 1989, ser testigo de violencia de género se considera como un factor precipitante del *Estrés Traumático*.

Se han descrito, reacciones traumáticas en menores que viven en condiciones amenazantes, con falta de calma y control por parte de los adultos que le rodean (Salomón, 1942; Mercier y Despert, 1943). Estas situaciones, a veces, afectan de forma drástica el bienestar personal y la adaptación psicosocial, y pueden provocar la aparición de un trastorno psicopatológico específico como el *Trastorno por Estrés Postraumático*.

El TEPT, no había sido descrito en las clasificaciones oficiales hasta 1980, en el DSM-III (APA, 1980); anteriormente se aceptaba la categoría “*gran reacción al estrés*” en el DSM-I (APA, 1952), y “*trastorno situacional transitorio*” en el DSM-II (APA, 1968). La OMS no lo incluye hasta la novena versión en 1977, en la categoría “*reacción aguda ante gran tensión*”. La última clasificación de la OMS, y la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10



(1992), propone una categoría de los trastornos provocados por estrés y trauma, en los cuales se incluye el TEPT agudo y crónico, los trastornos de adaptación y los cambios duraderos de personalidad posteriores a una situación catastrófica (F62.0).

La consideración de que se produzca un impacto tan grave que provoque cambios en la personalidad, es de gran importancia en el desarrollo infantil, ya que situaciones muy adversas, cercanas y cotidianas, no sólo determinan síntomas y alteraciones psicológicas, sino que comprometen el desarrollo neuropsicológico y de la personalidad, como veremos en la propuesta de reacción postraumática extrema.

Los síntomas que se consideran característicos del TEPT son: la re-experimentación del acontecimiento (por ejemplo, flashbacks, pesadillas, etc.), la evitación (de recordatorios y situaciones relacionadas con el acontecimiento traumático), el embotamiento afectivo, y el incremento en la activación (hiperactivación fisiológica, problemas de sueño, etc.).

En los niños/as y adolescentes, el efecto del trauma y su valoración como TEPT puede adoptar la forma de un comportamiento desestructurado o agitado, y presentarse con síntomas físicos o como sueños terroríficos o pesadillas, resultado de la expresión del síntoma “*vivencia de horror*”. Las conductas repetitivas, los juegos simbólicos de los sucesos traumáticos, como expresión de la reexperimentación del suceso (Dyregrow y Yule, 2006), la disminución de intereses, el retraimiento afectivo, la inquietud, la falta de atención, y los problemas de sueño, son característicos de este trastorno en la infancia.

En los estudios que relacionan violencia doméstica con salud mental, se encuentra una alta relación entre ésta y problemas de salud mental como el TEPT. La probabilidad estimada de que un suceso traumático provoque un trastorno de estrés postraumático oscila entre un 10 y un 100% (Stuber, Nader, Yasuda, Pynoos y Cohen, 1991; Sauter y Franklin, 1998). Los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de TEPT, pueden ser: la historia de traumas previos, las condiciones psicopatológicas anteriores y en el momento del suceso potencialmente traumático, las influencias familiares, la gravedad del suceso, y los criterios diagnósticos empleados (Buka, Stichick, Birdthistle y Earls, 2001; Fletcher, 2003; Fremont, 2004).



La Teoría del trauma propone que la pérdida y la amenaza asociada a la situación de violencia de género, crea un ambiente altamente estresante para los niños (DeBellis, 2001). La exposición crónica y severa a este tipo de violencia, puede provocar en el menor una sintomatología más grave que otro tipo de estresor, debido a los altos niveles de miedo, terror, desamparo, impotencia que genera, y a la percepción de que tanto él como su madre pueden morir o ser gravemente heridos (McNally, 1993; Moreno, 1999 Terr, 1990). En esta línea, los niños/as que presencian actos de violencia doméstica pueden reaccionar mostrando síntomas de trauma (Graham- Bermann y Levendosky, 1998; Graham- Berman, DeVoe, Mattis, Lynch y Thomas, 2006; Kitzmann, Gaylord, Holt, y Kenny, 2003 y Levendosky, Huth-Bocks, Semel y Shapiro, 2002), y tener un riesgo mayor de desarrollar el *Trastorno por Estrés Postraumático, TEPT* (Adams 2006; Card, 2005; Chemtob y Carlson 2004; Davis y Siegel, 2000; Griffing et al., 2006; Hornor 2005; Jarvis, Godon y Novaco, 2005; Mitchell y Finkelhor 2001; Rivett, Howarth y Harold, 2006 y Rossman, 1998), o al menos mostrar evidencia de trastornos de conducta o emocionales que son, o que pueden reflejar, reacciones postraumáticas compatibles con el TEPT (Eiden, 1999 y Zuckerman, Augustyn, Groves y Parker, 1995). Así, autores como Silvern y Kaersvang ya en 1989, concluían que ser testigo de violencia de género se considera un factor de riesgo para el desarrollo de este trastorno, siendo uno de los diagnósticos más asociado a ser expuesto sistemáticamente al abuso hacia la madre (Marr, 2001).

Los síntomas comunes, característicos de este trastorno en estos menores expuestos a violencia de género son: *reexperimentación* del evento traumático (presenciar el maltrato) en sueños o flashbacks; síntomas de *activación fisiológica*, como hipervigilancia o respuesta de orientación exagerada; y *retramiento emocional* o embotamiento, aunque éste último es el síntoma menos común entre testigos de violencia doméstica (Graham-Berman y Levendosky, 1998).

Diversos factores afectan a la forma en que el niño/a se enfrenta a un evento traumático, estos incluyen la percepción de peligro, el significado que le da al evento, y la respuesta inmediata de los cuidadores (Pynoos, Sorenson, y Steinberg, 1993). Scheeringa y Zeanah (2001), explican que según la teoría relacional del TEPT, el que se de



sintomatología de este trastorno se debe a una deficiente regulación en las respuestas de los adultos, y entre éstas incluyen: retraimiento emocional y falta de capacidad para dar respuestas al niño/a; comportamientos sobreprotectores hacia el menor; dirigirse hacia el de manera temerosa; y/o permanecer preocupados por el evento traumático (Bogat, DeJonghe, Levendosky, Davidson, y Von Eye, 2006).

Como indican diferentes estudios, el trauma puede desencadenar una serie de reacciones psicológicas diversas tales como problemas de sueño, aturdimiento, problemas de concentración, inquietud, enuresis, desobediencia, tristeza, activación y/o inhibición, o de forma concreta, sintomatología TEPT. Aunque todas ellas pueden considerarse reacciones postraumáticas. Por otro lado, muchos de los síntomas internalizantes y externalizantes aparentemente desconectados, junto con reacciones disociativas, problemas somáticos, y una peculiar interpretación del comportamiento de la persona agresora, puede considerarse una *Reacción Postraumática Extrema*, como se describe a continuación.

4.5 TRAUMA COMPLEJO O EXTREMO

Muchos autores no consideran que la categoría diagnóstica de TEPT sea la adecuada para definir las consecuencias de traumas ocurridos de forma reiterada y durante mucho tiempo (Briere, 1987, 1992; Courtois 1988; Finkelhor 1984; Herman 1992 a y b), como la derivada de la situación de violencia de género o el maltrato infantil.

El abuso o maltrato íntimo o doméstico que se da durante largos periodos de tiempo, en los cuales los menores quedan atrapados y condicionados por un gran número y variedad de circunstancias estresantes, y debido a que la víctima es psicológica y físicamente inmadura, puede dañar su desarrollo quedando seriamente comprometido.

Siguiendo el análisis sobre las reacciones postraumáticas graves en la infancia de López-Soler (2008), a este fenómeno, en el que el/la menor se encuentra inmerso/a en un ambiente en el cual el trauma ocurre repetida y acumulativamente, y es ejercido por una persona con la cual el menor mantiene vínculos afectivos, se le denomina “*Trauma*



Complejo” (Courtois 2004), y hace referencia a algunas formas de trauma muy generalizadas y complicadas (Herman 1992a, 1992b). Herman (1992a, 1992b), a partir de diversos estudios factoriales en adultos sobre traumas por abuso en la infancia, determinó que las principales consecuencias psicológicas no se recogían en el TEPT de la APA, y que las características principales del trauma eran: depresión, ansiedad, odio hacia sí mismo, disociación, abuso de sustancias, conductas autolesivas y comportamientos de riesgo, revictimización, problemas interpersonales y en las relaciones íntimas (incluidas las familiares), preocupaciones somáticas, y desesperación o desesperanza. Sin embargo, estas características fueron entendidas como condiciones de comorbilidad más que como elementos esenciales de la complicada y compleja adaptación postraumática. Pero, como estas condiciones son precisamente las más difíciles de tratar en terapia y aparecen en personas que han sufrido condiciones de maltrato, se ha propuesto que este conjunto de síntomas conforman un *Trastorno por Estrés Postraumático Complejo* (CPTSD), o *Trastorno de Estrés Extremo no Especificado* (DESNOS) (Pelcovitz et al, 1997), síndrome que está siendo actualmente validado a través de diversos ensayos de campo propiciados por la APA.

En esta línea, Van der Kolk (2005) propuso la creación de un diagnóstico nuevo, el *Trastorno del Trauma del Desarrollo* (Developmental Trauma Disorder, DTD) y describió las áreas generales de deterioro y malestar que caracterizan a estos niños/as y adolescentes.

En base a datos empíricos, observación clínica, experiencia, dos décadas de literatura sobre psicopatología del desarrollo, y los efectos de las experiencias adversas y traumas en el desarrollo infantil, el National Child Traumatic Stress Network²⁵ ideó el consenso sobre los criterios propuestos para el DTD. La propuesta sobre los criterios DTD se presentan en la tabla 4.1.

²⁵ National Child Traumatic Stress Network NCTSN. www.nctsn.org/



Tabla 4.1. Propuesta de criterios del trauma complejo.

PROPUESTA DE CONSENSO PARA LOS CRITERIOS DEL TRASTORNO DEL TRAUMA DEL DESARROLLO

- A. Exposición. El menor o adolescente ha experimentado o presenciado múltiples o prolongados eventos adversos durante un período mínimo de 1 año comenzando en la niñez o la adolescencia temprana, entre ellos:
- A.1. Experiencia directa o ser testigo de episodios repetidos y graves de violencia interpersonal
 - A.2. Importantes perturbaciones de los cuidados de protección como resultado de los repetidos cambios en cuidador primario, la separación repetida por parte del cuidador principal, o la exposición al abuso emocional severo y persistente
- B. desregulación afectiva y fisiológica. El niño/a presenta deficiencias en competencias de desarrollo normativas relacionadas con la regulación del arousal, incluyendo al menos 2 de los siguientes:
- B. 1. Incapacidad para modular, tolerar o recuperarse de estados afectivos extremos (por ejemplo, el miedo, la ira, la vergüenza), incluyendo berrinches prolongados y extremos, o la inmovilización
 - B. 2. Las alteraciones en la regulación en las funciones corporales (por ejemplo, alteraciones persistentes dormir, comer, y la eliminación, sobre-reactividad o bajo-reactividad al tacto y sonidos; desorganización durante las transiciones de rutina)
 - B. 3. Disminución de la conciencia / disociación de sensaciones, emociones y estados corporales
 - B. 4. Deterioro de la capacidad para describir emociones o estados corporales
- C. desregulación atencional y del comportamiento: El niño/a presenta alteraciones en competencias del desarrollo normativas relacionadas con la atención sostenida, el aprendizaje o afrontar el estrés, incluyendo por lo menos 3 de los siguientes:
- C. 1. La preocupación por la amenaza o deterioro de la capacidad de percibir la amenaza, incluido la interpretación errónea de las señales de seguridad y peligro
 - C. 2. Deterioro de la capacidad de auto-protección, incluida la extrema asunción de riesgos y la búsqueda de emociones
 - C. 3. Intentos maladaptativos de auto-consuelo (por ejemplo, meciéndose y otros movimientos rítmicos, la masturbación compulsiva)
 - C. 4. Autoagresión habitual (intencional o automática) o reactiva
 - C. 5. Incapacidad para iniciar o mantener comportamientos dirigidos a metas
- D. desregulación del yo y en las relaciones. El niño presenta deficiencias en las competencias de desarrollo normativo en su sentido de identidad personal y la participación en las relaciones, incluso en por lo menos siguientes:
- D. 1. Intensa preocupación por la seguridad de los cuidadores u otros seres queridos (incluyendo cuidado precoz) o dificultad para tolerar el contacto con ellos después de la separación
 - D. 2. Persistentes negativas del sentido del yo, incluyendo impotencia, odio a si mismo, inutilidad, ineficacia o imperfección
 - D. 3. Extrema y persistente desconfianza, desafío o falta de comportamiento recíproco en relaciones cercanas con los adultos o compañeros
 - D. 4. Agresión física o verbal reactiva hacia los compañeros, cuidadores u otros adultos
 - D. 5. Inadecuados (excesivos o promiscuos) intentos de conseguir un contacto íntimo (incluyendo pero no limitado a la dependencia de la intimidad sexual o física) o excesivos a sus compañeros o adultos para seguridad y tranquilidad
 - D. 6. Deterioro de la capacidad para regular la activación empática como se evidencia por la falta de empatía, o la intolerancia de las expresiones de angustia de otros, o la capacidad de respuesta excesiva a la angustia de los demás
- E. Los síntomas del espectro postraumático. El niño exhibe al menos 1 síntoma en por lo menos 2 de los tres grupos de síntomas TEPT: reexperimentación, evitación e hiperarousal.



F. Duración de alteraciones (síntomas de DTD Criterios B, C, D y E) por lo menos 6 meses.

G. deterioro funcional.

La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro en 2 de las siguientes áreas de funcionamiento:

- escolar: bajo rendimiento, falta de asistencia, problemas de disciplina, absentismo escolar, no realización de estudios superiores, conflictos con el personal escolar, dificultades de aprendizaje o discapacidad intelectual que no puede explicarse por factores neurológicos o de otro tipo.
- Familiar: conflicto, evitación / pasividad, huída, desapego y sustitución de cuidadores, intentos de herir física o emocionalmente a miembros de la familia, no cumplimiento de las responsabilidades dentro de la familia.
- Grupo de iguales: aislamiento, relaciones desadaptativas, conflicto persistente físico o emocional, evitación / pasividad, participación en actos de violencia o actos inseguros, relaciones o estilo de interacción inapropiados a la edad.
- Legal: arrestos / reincidencia, detención, sentencias, encarcelamientos, violación de libertad vigilada o de otras órdenes judiciales, cada vez delitos más graves, crímenes en contra de otras personas, desprecio por la ley o por normas convencionales de moral.
- Salud: enfermedades físicas o problemas que no pueden tomarse plenamente en cuenta en lesiones físicas o degenerativas, con la participación del sistema neurológico, digestivo (incluyendo los síntomas de conversión y analgesia), sexual, inmune, cardiopulmonar, sistema propioceptivo o sensorial, o fuertes dolores de cabeza (incluyendo migraña) o dolor crónico o fatiga.
- vocacional (para jóvenes involucrados o que buscan empleo, trabajo voluntario o de capacitación laboral) desinterés en el trabajo y la vocación, la incapacidad para obtener o conservar puestos de trabajo, persistencia del conflicto con los compañeros de trabajo o supervisores, el subempleo en relación a las capacidades, fallos para conseguir avances esperables.

En esta línea, Sluzki (1994) señala que los efectos de la violencia, en función de la amenaza y habitualidad, pueden ser diferentes. Un maltrato de baja intensidad pero habitual podría hacer aparecer síntomas depresivos y de ansiedad (incluido TEPT). Cuando las amenazas se tornan intensas y persistentes, aumenta la probabilidad de que la víctima incorpore el sistema de creencias del agresor de modo defensivo frente a la amenaza, ya que diferenciarse provocaría una alta inestabilidad emocional, llegando a configurarse en un trastorno de personalidad. Por último, si las experiencias son extremas y reiteradas, la víctima se desconectaría de sus sentimientos y mostraría “entumecimiento psíquico”, miedo y desconfianza pudiendo configurar síntomas y patología de tipo disociativo. Se experimentarían síntomas de TEPTC si la victimización se ha dado en una etapa temprana, en el seno de las relaciones familiares, si ha sido prolongada en el tiempo, y ha sido de naturaleza interpersonal. Este nuevo tipo de patología se ha detectado fundamentalmente en mujeres maltratadas, considerando que la relación de amor y dependencia hacía la pareja, se estructura como un *Síndrome de Estocolmo*, que distorsiona



su forma de autoperibirse y percibir al maltratador, reaccionando emocionalmente al peligro acechante.

Se acepta que puede existir comorbilidad entre el trastorno de estrés extremo y el TEPT, aunque cada uno de ellos se puede dar sin los síntomas centrales del otro. Las alteraciones nucleares del TEPT extremo no especificado (DESNOS), son las siguientes (Herman, 1992a, 1992b):

- *Alteraciones en la regulación de los impulsos y afectos.* Incluye dificultad para modular la rabia y las conductas autodestructivas. Este síntoma indica déficit en la regulación emocional y el autocontrol e incluye las adicciones y comportamiento autolesivo, que son, paradójicamente, a menudo, usadas como salvavidas.
- *Alteraciones en la atención y la consciencia,* seguido de amnesias, episodios disociativos y despersonalización. Esta categoría incluye respuestas disociativas diferentes a los criterios de la APA para el TEPT. Se considera que la disociación tiende a ser un mecanismo de defensa ante el abuso interpersonal prolongado y severo ocurrido durante la infancia.
- *Alteraciones en la autopercepción,* así como un sentido crónico de culpabilidad y de responsabilidad personal, que cursa con sentimientos de intensa vergüenza. Los individuos abusados crónicamente, a menudo interiorizan el abuso como una forma de autovaloración (Courtois, 1979a, 979b; Pearlman, 2001).
- *Alteraciones en la percepción del maltratador.* Incluye aceptación, dependencia e incorporación de su sistema de creencias. Estas características organizan las relaciones complejas, el sistema de creencias y posibilitan los abusos premeditados que continúan de forma repetitiva a manos de sus cuidadores primarios.
- *Alteraciones en las relaciones con los otros.* No están preparados para intimar y confiar en otras personas. Otra consecuencia de abuso, internalizada por la víctima, es que la gente es autocomplaciente y puede elegir el significado que quieran sobre el uso y abuso de otros.



- *Somatización y/o problemas médicos.* Estas reacciones somáticas y condiciones médicas pueden explicar directamente el tipo de abusos sufridos y algún daño físico, o bien puede ser más difusa y aparecer como somatizaciones.
- *Alteraciones en el sistema de significados.* Los individuos abusados crónicamente, a menudo sienten desesperación por poder encontrar a alguien que les entienda o entienda su sufrimiento. Se desesperan por recuperarse de su angustia psíquica.

Podríamos considerar que algunas de estas características suponen mecanismos adaptativos que estructuran el significado del mundo y de las relaciones en un proceso de aprendizaje patológico, que está siendo legitimado por el resto de personas consentidoras (López-Soler, 2008). De esta manera, los síntomas disociativos proporcionan una respuesta protectora natural a la arrolladora experiencia traumática, que aparece como respuesta automática al estrés, surgiendo como reacciones disociativas primarias el olvido, la fragmentación, y el embotamiento emocional (Kisiel y Lyons, 2001), precediendo o acompañando a la despersonalización, desrealización y amnesia.

El diagnóstico de TEPTC (Trastorno por estrés postraumático complejo), a pesar de no estar todavía incluido en el DSM-IV, excepto como síntomas asociados, sigue encontrando apoyo en diversas investigaciones, por considerar que responde a la adaptación post-traumática en abuso severo y trauma afectivo en la infancia (Briere, 1984; Herman, Perry y Van der Kolk, 1989; Kroll, 1993; Van der Kolk, Perry y Herman, 1991; Zanarini, 1997). La consideración del trastorno es relevante en el planteamiento terapéutico, ya que la exposición directa al trauma, tal como se recomienda en el TEPT, podría determinar retraumatizaciones (Chu, 1998; Courtois, 1999; 2004), si no es regulado y fortalecido antes la seguridad, el sistema afectivo y la identidad personal.



4.6 TEORÍA DE LA RESILIENCIA

Frente a la interpretación del estrés o los acontecimientos adversos como causa segura de daño, la psicología positiva se centra en la capacidad de las personas para afrontar y resistir situaciones estresantes sin desarrollar patología psicológica.

En este sentido, diversos estudios longitudinales muestran que hay niños/as que aún habiendo pasado por circunstancias difíciles y/o extremas como abandono, maltrato, guerras, hambre, etc., no desarrollan problemas de salud mental (Becoña, 2006). Por tanto, no todos los niños/as expuestos a violencia de género presentan los problemas señalados con anterioridad, debido a la capacidad de resistencia frente a la adversidad o “*resiliencia*” (Hughes, Graham-Bermann, y Gruber, 2001).

A finales de 1970, y a partir de estudios en el ámbito de la psicología evolutiva, se desarrolló el concepto de *resiliencia* para explicar la forma sorprendente de adaptación y bienestar de niños y niñas que habían sido criados en ambientes desfavorables y negativos, con múltiples factores de estrés grave y crónico (Garmezy, 1991; Rutter, 1999; Werner, 1995), y por tanto, potencialmente traumatizantes. El término fué tomado del latín *resilio* (Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1997), principalmente utilizado en física hace referencia a la capacidad de un cuerpo o un material sobre el que se ha producido un golpe o una presión deformadora para recobrar su forma original. Este término se adaptó posteriormente a las ciencias sociales (Becoña, 2006), para denominar la capacidad humana para enfrentarse y sobreponerse a la adversidad. McCloskey y Lichter (2003) la definen como un proceso dinámico que abarca adaptación positiva en el contexto de la adversidad significativa. La resiliencia explica cómo los niños/as superan las adversidades, tales como la exposición a la violencia de género, y muestran una buena adaptación en múltiples esferas de funcionamiento (McGloin y Widom, 2001), y es generalmente considerada como uno de los recursos personales disponibles para proteger al menor, facilitando la adaptación del mismo (Margolin, 2005). Sin embargo, la resiliencia es menos efectiva en situaciones crónicas (Williams, Lindsey, Kurtz, y Jarvis, 2001), y además los niños/as



pueden ser resilientes ante unos eventos y no ante otros, y ésta, varía a través de los contextos y del tiempo (Zimmerman y Arunkamar, 1994).

Desde el enfoque de variables que favorecen el afrontamiento y resistencia al estrés, se ha propuesto el constructo de *fortaleza*, aludiendo al conjunto de características de personalidad que funcionan como un recurso de resistencia ante acontecimientos estresantes; así compromiso, desafío y control percibido, parecen variables personales que moderan los efectos negativos en la salud física y mental (Kobasa, 1979; Kobasa, Maddi y Puccetti, 1982). Recientemente, se ha propuesto que la fortaleza no solo amortigua el estrés (King, Leonard, y March, 1998), sino que podría facilitar la adaptación postraumática positiva. Así, Waysman, Schwarzwald, y Solomon (2001), han proporcionado evidencia de cambio positivo en prisioneros de guerra expuestos a estrés traumático severo, en base a esta variable.

En concordancia con estos conceptos de resiliencia y fortaleza, aparece un tercer constructo, relevante en la interacción estrés-persona, el *Crecimiento Postraumático* (Tedeschi y Calhoun, 1995, 2004; Tedeschi, Park y Calhoun 1998). El concepto de crecimiento frente al de resiliencia, implica un cambio personal hacia la mejora, en este sentido, en lugar de situarse en el mismo tipo de adaptación que existía antes del evento estresante o situación adversa, la persona saldría fortalecida de dicha experiencia (Henderson y Grotberg, 2002), aumentando sus recursos personales.

Se ha encontrado que la resiliencia o la habilidad para afrontar exitosamente el estrés y los eventos adversos procede de la interacción de diversos factores en la vida del niño/a (Becoña, 2006). Kumpfer y et al., (1998), establecieron que entre estos factores se encontraba: la inteligencia; el temperamento del niño/a; el locus de control interno o dominio; la familia y el ambiente de la comunidad en la que vive, especialmente en relación con su crianza y las cualidades de apoyo que están presentes; y, el número, intensidad y duración de las circunstancias estresantes o adversas por la que ha pasado, especialmente en edades tempranas. Otra variable de gran importancia en el afrontamiento positivo al estrés es la *autoeficacia* (Bandura, 1997, 2001), que tanto en adultos como en menores ha mostrado una alta correlación con la satisfacción personal, la salud y la



adaptación psicosocial. El estudio de estas variables de resistencia y/o adaptación positiva al estrés en la infancia y la adolescencia, puede ser de gran importancia en los programas de prevención y tratamiento, ya que el potencial de cambio en estas fases del ciclo vital es enorme, y las estrategias de aprendizaje de la vida basadas en la psicología positiva aportan un bagaje cognitivo-emocional que favorece la adaptación progresiva en las sucesivas situaciones de estrés.

4.7 TEORÍA ECOLÓGICA DEL DESARROLLO

Como hemos comprobado a lo largo del presente capítulo, se han desarrollado diversas teorías que pretenden dar una respuesta a las múltiples consecuencias que la violencia de género tiene en los niños/as expuestos, si bien, a pesar de las numerosas aportaciones, ninguna de ellas es capaz de explicar la multitud de síntomas encontrados. Debido a ello, en los últimos años se ha desarrollado una nueva teoría que pretende ser un intento integrador, contemplando todos los factores intervinientes tenidos en cuenta en el resto de modelos explicativos.

La *Teoría Ecológica del desarrollo* propone que existen distintos sistemas que interaccionan entre si y producen diferentes efectos en los niños/as. Este teoría habla de 2 sistemas principales: el *macrosistema* y *microsistema*, si bien, incluye otros tres más: el *crono*, el *exo* y el *mesosistema* (Bronfenbrenner, 1979).

El sistema *macro*, hace referencia a las políticas y leyes que afectan a la violencia de género dentro del marco de una sociedad, y que por tanto, afectan de manera indirecta al menor y su familia; el sistema *micro*, esta formado por la familia e incluye las interacciones entre padre e hijos/as, así como, las interacciones de la familia con la comunidad.

El modelo ecológico intenta abarcar todos y cada uno de los factores que pueden determinar los efectos de la violencia de género en los menores, basándose en complejas interacciones entre el individuo, la familia, la comunidad y la sociedad (Little y Kantor, 2002). Desde esta perspectiva, las interacciones entre el menor y su familia, así como de la familia con la comunidad, existen dentro de un contexto mas amplio, la sociedad, y se ven



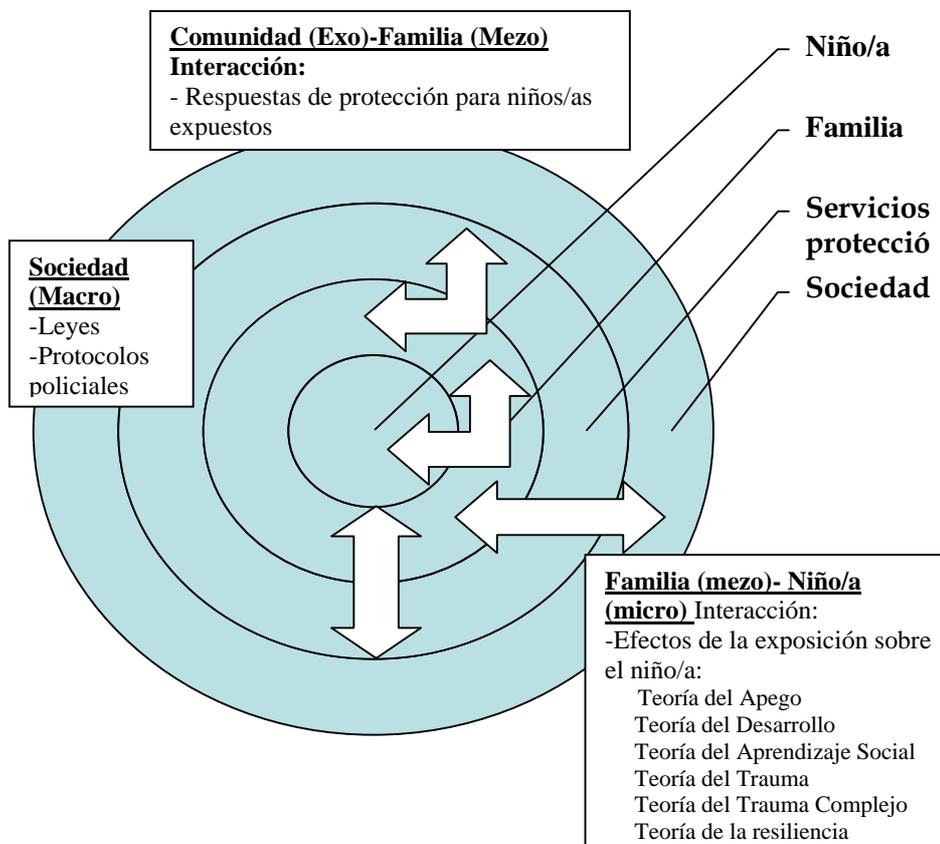
afectadas por leyes y políticas generales. Las interacciones son recíprocas entre los distintos sistemas, es decir, de alguna manera, estas relaciones modifican a cada uno de los intervinientes, convirtiéndose en un sistema complejo de interacciones e intercambios.

Bronfenbrenner (1979) enfatiza del esquema ecológico que las personas se ven afectadas por éstos múltiples sistemas, algunos de ellos anidados, es decir, pertenecientes a otros e interconectados. Los diferentes sistemas expuestos se pueden analizar a través de cinco niveles específicos: el *cronosistema*, el *sistema de macro*, el *exosistema*, el *mesosistema* y el *microsistema* (Loise, 2009). El *microsistema* hace referencia a lo individual, e incluye las características que presenta el niño/a, tales como la edad, el nivel de desarrollo, la historia de crianza, y el tipo y frecuencia de exposición a la violencia de género que el niño/a está experimentando (Belsky, 1980; Culbertson y Schellenbach, 1992). En este nivel los análisis se basan en el supuesto de que los factores relacionados con la violencia, como el estrés, perturban el funcionamiento familiar habitual (Patterson y Dishion, 1988) afectando al menor. El *mesosistema* hace referencia a la familia, la relación que mantienen entre sí los cuidadores principales, la relación de éstos con otros profesionales del entorno, y factores tales como el estrés familiar. El *exosistema* hace referencia a la relación de la familia con la comunidad, los apoyos sociales en el mismo, los amigos y compañeros, el lugar de trabajo y la escuela, así como a todos los servicios de la comunidad que abogan por la protección del menor; por último, el *macrosistema* hace referencia al conjunto de leyes y la legislación vigente en una sociedad referida a la violencia de género, así como a los factores económicos e instituciones sociales (Loise, 2009).

Los sistemas descritos interactúan cuando un niño/a menor es expuesto a violencia de género, ya que cuando se informa a los servicios de protección de la situación, tanto el exosistema (servicios de protección), como el microsistema y el mesosistema, comienzan a interactuar produciendo cambios recíprocamente, inmersos en un contexto más amplio (macrosistema). El macrosistema, a su vez, es entendido como una posible fuente de estrés adicional para el menor, ya que el sexismo, el racismo, la pobreza, y la desigualdad de oportunidades que se pueden dar en este nivel, pueden poner al menor en una situación de riesgo mayor. De este modo, los análisis del macrosistema identifican aquellas variables

demográficas, entre las que se encuentran la edad de la madre y el nivel de educación, para explicar la vulnerabilidad de la mujer a la violencia de género (Cox, Kotch y Everson, 2003). El modelo ecológico ofrece, por tanto, una conceptualización que tiene en cuenta las complejas interacciones entre los diferentes niveles (niño, familia, comunidad y sociedad) en el contexto de la exposición a la violencia de género (Loise, 2009).

Figura 4.1. Modelo ecológico sobre las consecuencias de la exposición VG.



Una de las limitaciones más citada de la teoría ecológica del desarrollo es la dificultad para identificar las influencias de las conductas aprendidas, las interacciones sociales, y diversas condiciones que pueden presentar el contexto en el que se dan (Belsky, 1980; Garbarino, 1982).



Las últimas aportaciones desde la investigación, y las intervenciones basadas en esta teoría apoyan la premisa de que las situaciones de maltrato, efectivamente, dependen de múltiples factores (Belsky, 1980; Garbarino, 1977; Cohn y Daro, 1987; Garbarino, 1982; Garbarino y Eckenrode, 1997; Fraser y Galinsky, 1997), y que dichas interacciones podrían a su vez explicar las diferencias encontradas en los menores expuestos a la violencia de género. Así, desde esta perspectiva, se llevan a cabo diversos estudios con el fin de identificar las variables que pertenecen a cada sistema y determinar el nivel de riesgo.



Capítulo 5

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

A la hora de determinar la afectación psicológica de un menor expuesto a violencia doméstica, se hace necesario recurrir a una amplia gama de métodos e instrumentos de evaluación entre los que se incluyen: entrevistas, autoinformes, informes de terceros, cuestionarios, observación directa, y role-playing; así como, la participación de múltiples fuentes informativas, aplicados a los distintos contextos en los que interactúa. Han de valorarse, las características de la exposición, los efectos que la exposición a la violencia doméstica ha generado sobre la salud mental, y el nivel de adaptación del niño/a, así como, los factores mediadores y protectores tanto del menor como de la familia y su contexto (Olaya, Tarragona, de la Osa, y Ezpeleta, 2008). Si bien, el estudio de estas variables no está exento de dificultades.



Como indican Olaya, Tarragona, De la Osa y Ezpeleta (2009), en nuestro país no se disponen de instrumentos de medida adecuados para la evaluación de éstos niños/as, ya que en la mayoría de casos los instrumentos ni están adaptados a nuestro contexto, ni están validados por la comunidad científica. A pesar de ello, existen diversos instrumentos que se pueden utilizar para valorar las distintas áreas afectadas, si bien, es necesario realizar más esfuerzos para desarrollar instrumentos de evaluación válidos y fiables que permitan una correcta valoración de las consecuencias del maltrato infantil en general y la violencia de género en particular.

Mash y Terdal (1988), indican que la evaluación puede organizarse en torno a los siguientes criterios: (1) *El objetivo de la evaluación*, en este caso se trata de explorar los efectos que presenta el menor expuesto a violencia de género y diagnosticar los mismos; (2) *La naturaleza del problema*, como hemos visto, si se trata de un problema internalizante o externalizante, frecuencia, duración y contexto en el que se da; (3) *Características del menor*, tales como la edad, el nivel de desarrollo, temperamento, habilidades etc.; (4) *Características familiares*, como el nivel socioeconómico, cultural, relación con la comunidad, relación con el resto de la familia, y grado de violencia que se da en el ámbito familiar; y (7) *Las características del/la evaluador/a*.

A lo largo de éste capítulo se expondrán las recomendaciones sobre cómo realizar una evaluación adecuada de las consecuencias de la violencia doméstica. Para ello, en primer lugar se describe como realizar la evaluación de las *características de la exposición* a la violencia doméstica; en segundo lugar, sobre como llevar a cabo una rigurosa *evaluación de los efectos de la violencia sobre el menor*, y en tercer lugar y por último, se recogerán las orientaciones e indicaciones para una adecuada evaluación de las *variables mediadoras y protectoras*, tanto del menor como del contexto familiar y social. En cada uno de los apartados se señalan los instrumentos que el profesional puede utilizar para la valoración del área específica, si bien, la elección de los mismos dependerá de las peculiaridades y características del caso.



La estructura del presente capítulo ha seguido las propuestas de López-Soler (2008) y López-Soler et al., (2008), en relación a las consecuencias del maltrato infantil general, y de Olaya, Tarragona, de la Osa y Ezpeleta (2008), en menores víctimas de violencia de género.

5.1 EVALUACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA EXPOSICIÓN

La información disponible sobre los casos de violencia de género es escasa, quedando la en gran parte dentro del hogar. En general, son las madres las que dan la voz de alarma cuando la situación se hace para ellas insostenible o cuando ven peligrar su vida extremadamente, o consideran que sus hijos/as están en peligro, detrás queda un sin fin de situaciones de violencia intrafamiliar. En otros casos son profesionales de distinta índole los que perciben en los menores ciertos *indicadores* de una situación problemática familiar. De cualquier modo, una vez detectada la situación de violencia, los distintos profesionales suelen dirigirse a las madres con el fin de obtener la información relevante, quedando los menores excluidos de este proceso, convirtiéndose en “*victimias invisibles*” (Osofsky, 1995).

Actualmente esta proliferando una gran cantidad de instrumentos y guías y formación para los distintos profesionales de ámbitos sanitarios y educativos, con el fin de detectar lo mejor posible los casos de maltrato infantil y/o violencia de género.

En general, las indicaciones apuntan que los instrumentos de cribado deben de ser breves, las preguntas han de ser poco bruscas, deben de ser fáciles de integrar en la practica diaria, y permitir el establecimiento de un buen *rappor*t con las madres, además de estar adaptados culturalmente al informador, y ser útiles en la investigación (Olaya et al., 2008). Por otro lado hay que tener en cuenta efectos como la deseabilidad social, las atribuciones de las madres u otras expectativas que pueden mediar en la información proporcionada por éstas (Stowman y Donohue, 2005).

A pesar de las dificultades en la valoración de la violencia doméstica, se han desarrollado algunos instrumentos para evaluar la exposición de un menor a la misma, entre ellos se encuentran: la *Escala de Abuso físico y Psicológico (APCM)* de Matud (1998), adaptada por Matud, Caballeira y Marrero (2003) diseñada para evaluar el tipo de maltrato



que sufre una mujer por parte de su pareja así como el nivel de exposición de éste en sus hijos/as. Consta de 56 ítems y de dos factores: el primero, maltrato psicológico, y el segundo, maltrato físico.

Debido a que la situación de violencia familiar aumenta las posibilidades de que se de varios tipos de maltrato, se puede utilizar el *Inventario de Condiciones de Maltrato a la Infancia ICMI*, desarrollado por el equipo de investigación GUIA-PC de la Universidad de Murcia, para el *Proyecto de Evaluación Diagnóstica en Menores Tutelados* (PEDIMET). Este inventario fue elaborado con el fin de sistematizar las condiciones de maltrato que ha sufrido el/la menor directamente por parte del padre o cuidador/a. Consta de 60 ítems y presenta 4 áreas: (1) negligencia, tanto física como emocional, (2) maltrato emocional, incluye: aislamiento, degradación, manipulación, debilidad inducida por malestar o agotamiento físico y amenazas de muerte; (3) maltrato físico, y (4) abuso sexual. Otro instrumento es *El Child Abuse Potential Inventory* (Milner, 1986), validado en nuestro país por Arruabarrena y de Paúl (1992). Este autoinforme para padres detecta conductas que indican un abuso hacia los hijos/as.

Muy utilizado en EEUU es *El Conflict Tactics Scale* (Straus, Hamby, Finkelhor, Moore, y Runyan, 1998), que detecta 5 formas de violencia: (1) negligencia; (2) abuso sexual; (3) agresión psicológica; (4) agresión física y (5) métodos de disciplina no violenta, dispone de diversas formas, para padres y para niños/as. El *Domestic Violence Questionnaire* (Task Force on Family Violence, 1993), es un cribado para ser utilizado por profesionales de la salud, y evalúa a través de la madre el tipo de exposición del niño/a y las acciones que ella a llevado a cabo ante las mismas. Una clasificación relevante en esta área es la *Maltreatment Classification Scheme* (Barnett, Manly y Cicchetti., 1993), esta clasificación valora el tipo, gravedad, frecuencia, periodo evolutivo, separación de los cuidadores y la naturaleza de la relación con el maltratador, obteniendo una puntuación de gravedad para distintos tipos de maltrato: (1) abuso físico, (2) abuso sexual, (3) fracaso para satisfacer las necesidades básicas, (4) falta de supervisión, (5) maltrato emocional, (6) maltrato moral y/o legal, (7) maltrato educativo y (8) abuso de sustancia del cuidador, y una general. Otra escala que valora la dimensión emocional, cognitiva, de supervisión y física de la



negligencia de los padres hacia los hijos/as es la *Multidimensional Neglectful Behavior Scale* (Straus, Kinard y Williams, 1995). Y por último, la *Escala de Bienestar para niños* (Magura y Moses, 1986) valora los indicadores de negligencia física como el hacinamiento, mobiliario, higiene personal, vestuario, limpieza del hogar, seguridad y negligencia psicológica, que incluye supervisión, cuidado de los niños, aceptación, aprobación, expectativas, disciplina y estimulación. Esta escala debe ser cumplimentada por un evaluador que se desplaza hasta el domicilio del menor.

La evaluación del nivel de exposición a la violencia de género informada a través de la madre debe contrastarse con la información aportada por el niño/a, y en el caso de ser posible, con otros informantes. Para este fin también se han desarrollado diferentes instrumentos entre los que se encuentra: la *Entrevista Semiestructurada de Maltrato Infantil*, (PEDIMET, 2006), esta entrevista está especialmente diseñada para menores víctimas de malos tratos: negligencia, maltrato emocional y físico, abuso sexual y abandono, si bien se puede utilizar en contextos de violencia de género. Consta de tres partes diferenciadas: (1) preguntas acerca de gustos, intereses, y aficiones del menor; (2) preguntas acerca del área somática médica y psicosocial, y (3) preguntas sobre la familia y los posibles conflictos familiares. Este instrumento es utilizado en la práctica clínica con menores tutelados traumatizados, y está diseñada para obtener información directa del/la menor y estableciendo las bases para un buen rapport con el/la niño/a.

Otro de los instrumentos es el *Juvenile Victimization Questionnaire* (Hamby, Finkelhor, Ormrod, y Turner, 2004), este cuestionario tiene dos formatos, uno de autoinforme para niños/as mayores de 8 años, y otro de entrevista a cuidadores de niños/as menores de 8 años, y permite detectar 34 acciones incluidas en los distintos tipos de maltrato y exposición a la violencia doméstica. Muy destacado es el *Violence Exposure Scale for Children versión preescolar* (Fox y Leavitt, 1995), una escala que se utiliza en niños/as de edades comprendidas entre 4 y 10 años, si bien tiene una versión para padres. Esta formada por diversos dibujos a través de los cuales el menor se identifica con el personaje de una historia permitiendo la narración de las situaciones de violencia de género de un manera menos aversiva. También encontramos el *Children's Perception of*



Interparental Conflict Scale (Grych, Seid, y Fincham, 1992), se utiliza en menores de 9 a 12 años y evalúa las percepciones que tienen los niños/as sobre el conflicto de sus padres, indicando: frecuencia, intensidad, tipo de resolución y satisfacción, y valoración del niño sobre el mismo. El *Cuestionario para evaluar maltrato* según Loredó (2004), este cuestionario consta de ocho preguntas referentes a identificación de cuidados excesivos que conllevan al abuso sexual, maltrato verbal, maltrato físico, identificación de golpes que causan fracturas, negligencia y desatención del niño.

Existen otros sistemas de evaluación específicos de los servicios de protección que no se expondrán de manera detallada por no ser objeto del presente trabajo, si bien, se citan entre ellos: La *Taxonomía de Violencia Doméstica* (Unitat d'Epidemiologia i de Diagnòstic, 2006), que valora específicamente las consecuencias de la violencia doméstica en la salud mental de los niños/as, y recoge las características de la exposición, características de la persona agresora, relación con el/la menor, tiempo, tipo y reacciones del/la menor, actuación de la madre ante estas situaciones y otras variables relevantes para la intervención psicológica. El *Maltreatment Classification System, MCS*, desarrollado por Barnett, Manly y Cicchetti (1993) registra la frecuencia, cronicidad, número de perpetradores, periodo evolutivo en el que tuvo lugar el evento e historia de separaciones de los cuidadores principales, y el *Record of Maltreatment Experiences* (McGee, Wolfe, y Wilson, 1990), evalúa la frecuencia y gravedad indistintos momentos evolutivos.

Una vez descritos los diversos instrumentos para la realización de una exhaustiva evaluación de las características de la exposición a la violencia de doméstica; pasamos a señalar los instrumentos a utilizar para el desarrollo de una adecuada evaluación sobre los efectos en la salud mental y la adaptación o funcionamiento general de los niños/as expuestos a este tipo de violencia.



5.1.1 CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO Y DE LA SITUACIÓN FAMILIAR.

La evaluación de las características tanto del entorno como de la familia, en la que la violencia tiene lugar, es imprescindible para realizar una adecuada evaluación de las consecuencias de la exposición a la violencia doméstica en niños/as. Entre ellas destacan: el ambiente familiar, los estilos de crianza, los posibles cambios de residencia, la existencia de trastornos psicopatológicos en la madre, la relación con los hermanos, y el apoyo social. Muchos de ellos pueden ser valorados a través de una entrevista, si bien, para el análisis de otros, y para la contrastación de diversos informantes (madre, hijo/a hermano/a) se hace necesaria la utilización de diversos instrumentos como los que se exponen a continuación.

5.1.1.1 AMBIENTE FAMILIAR

Existen escalas que valoran el riesgo a desarrollar dificultades en la crianza de los niños/as entre las que se encuentra el *Kemple Family Stress Inventory* (Korfmacher, 2000), la *O’Leary Porter Scale* (Porter y O’Leary, 1980), desarrollada con el fin de evaluar el nivel de conflicto y la satisfacción familiar ya que indica el nivel de conflicto y hasta que punto la madre acepta éste como parte de las relaciones conyugales (si lo relacionamos con la satisfacción conyugal). En este sentido conocer el nivel de tolerancia y justificación de las conductas agresivas por parte de la mujer es fundamental a la hora de intervenir (Olaya, Tarragona, de la Psa y Ezpeleta, 2008) para esta valoración se puede utilizar el *Abuse Attitude Form* (Faramarzi, Esmailzadeh, y Mosavi, 2005). La *Escala de clima social en la familia FES* (Moos y Moos, 1981; TEA, 1984) valora la comunicación y la libre expresión; los procesos personales; la estabilidad de la estructura y la organización de la familia. Aprecia las características socioambientales de todo tipo de familias. Evalúa y describe las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica. Agrupa diez subescalas que definen tres dimensiones: relaciones, desarrollo y estabilidad. La *Parenting Stress Index PSI* (Abidin,



1995), valora a través de 120 ítems (la versión completa), las causas de una actuación disfuncional de los padres en sus interacciones con los hijos/as, planteándose que el estrés total que se experimenta en el ejercicio de la paternidad/maternidad puede producirse en función de ciertas características del niño, de características de los propios padres y/o de variables situacionales que se relacionan directamente con el papel de ser cuidador primario. Identifica las fuentes intrafamiliares de estrés. El *Inventario familiar de sucesos y cambios vitales FILE* (McCubbin, Patterson y Wilson, 1983). Permite obtener un índice global de estrés experimentado en términos de sucesos y cambios vitales estresantes en la unidad familiar. Está compuesto por 71 sucesos y cambios vitales en diferentes áreas.

5.1.2.2 ESTILOS EDUCATIVOS Y HABILIDADES DE CRIANZA

Como vimos en el capítulo 3, los estilos educativos son relevantes a la hora de determinar el nivel de daño que producirá la violencia de género, así diversos autores han indicado como las prácticas disciplinarias y actitudes de los padres aumentan el riesgo de desarrollar problemas de comportamiento.

En la situación de violencia de género el estilo educativo de la madre cobra especial relevancia, ya que puede deteriorar la situación de los menores creando mas malestar y falta de apoyo, o puede sustentar a los mismos para crearles un clima de apoyo y compensión necesario. En la valoración de los estilos educativos se hace necesario contrastar los informes de la madre y del hijo/a a través de distintos instrumentos, entre los que destacan: El *Perfil de Estilos Educativos, PEE* (Magaz y García, 1998), cuya adaptación desarrollaron Olivares, Rosa y Olivares (2006). Es un cuestionario aplicado a los padres está formado por 48 frases que expresan de manera afirmativa ideas, creencias, actitudes y emociones asociadas a estilos educativos, con un formato de respuesta múltiple cuyas opciones son: “totalmente en desacuerdo”, “en desacuerdo”, “indiferente”, “de acuerdo” y “totalmente de acuerdo”. Está compuesto por 4 subescalas: (1) Educación Sobreprotectora, (2) Educación Inhibicionista, (3) Educación Punitiva, y (4) Educación Asertiva. No se dispone de datos normativos. El *Parental Bonding Instrument* (Parker, Tupling y Brown, 1979), valora los estilos educativos principales, El *Assesing Memories of*



Parental Rearing Behavior (EMBU, Perris, Jacobson, Lindström, Knorrning, y Perris, 1980) ha sido adaptado por Castro, Toro, Van der Ende y Arrindell (1993) y tiene dos versiones, una para los padre y otra para niños/as. El *Child's Report of Parent Behavior Inventory* (CRPBI, Schaefer, 1965; Samper, Cortés, Mestre, Nácher, y Tur, 2006). Evalúa la disciplina familiar que perciben los hijos/as tanto en su relación con el padre como con la madre. Los ítems plantean diferentes situaciones propias de la vida y educación familiar a las que el sujeto debe contestar en una escala de tres puntos. Este instrumento valora diferentes dimensiones, las principales son: Amor, autonomía, control y hostilidad. El *Cuestionario de Aceptación rechazo parental PARQ* (Ronher 1978). Este autoinforme permite conocer las percepciones de los padres acerca de su conducta con sus hijos/as, así como las percepciones de los hijos respecto al trato que reciben de su padre y de su madre en cuatro dimensiones: (1) Calor/afecto, (2) Hostilidad/agresión, (3) Indiferencia/negligencia, y (4) Rechazo indiferenciado. También encontramos el *Parenting Dimensions Inventory* (PDI; Poer, 1993) que evalúa habilidades de crianza. Y, por último, el *Discipline Practice Scales* (Goodman et al., 1998) evalúa el tipo de disciplina de los padres.

5.1.2.3 POSIBLES CAMBIOS ACONTECIDOS

Para considerar las situaciones de cambio, tanto con respecto a personas como a lugares, que pueden derivarse de la situación de violencia doméstica, y el impacto que éstas han tenido sobre el niño/a encontramos *El Life Event Checklist* (Johnson y McCutcheon, 1980). Y por otro lado, se pueden utilizar escalas que valoran la sintomatología TEPT, con el fin de explorar si algún cambio ha tenido un impacto negativo sobre el menor, entre ellas.

5.1.2.4 SALUD MENTAL DE LAS MADRES

El estado de salud mental de las madres es fundamental a la hora de determinar el daño que la violencia doméstica puede producir en los menores. Para su valoración se pueden utilizar tanto entrevistas diagnósticas como cuestionarios que evalúan sintomatología específica. Entre las entrevistas se encuentra: la *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR*



Axis I Disorders, Clinical Trials Version. (SCID-CT; First, Spitzer, Gibbon, y Williams, 2007), entrevista estructurada adaptada por Torrens, Serrano, Astals, Pérez y Martín (2004), el *Symptom Checklist-90-revised* (SCL-90-RR; Derogatis, Rickels y Rock, 1976), la *Entrevista a la Mujer Maltratada* (GUIA-PC, 2007), esta entrevista incluye preguntas sobre la problemática familiar y problemas que presenta el hijo/a. Es relevante valorar los posibles trastornos de personalidad, por la complicada interacción que éstos pueden provocar con la situación de violencia doméstica, para ello se puede utilizar el *Cuestionario de Personalidad Situacional CPS* (Fernández-Seara, Seisdedos y Mielgo), el *Inventario Million de Estilos de Personalidad, MIPS* (Million 1994), o el *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2* (Hathaway y Mcklinley 1943,1951,1999; Butcher et al, 1989), también el *Inventario Clínico Multiaxial de Million II MCMI II* (Million, 1997; TEA 2000) que detecta las dificultades emocionales y personales en el campo de la psicopatología, la nueva versión actualizada incluye una escala de personalidad depresiva y otra sobre estrés postraumático. Si bien, la sintomatología de TEPT en las madres puede ser valorada a través de la *Escala de Gravedad de síntomas del TEPT* (Echeburúa y Corral, 2003). Por otro lado, también es importante evaluar la existencia de sintomatología depresiva o ansiosa a través del *Inventario de Depresión de Beck, BDI* (Beck y Steer, 1995), y el *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, STAI* (Spielberg, Gorsuch y Lushene 1970; TEA 1982). Conocer el nivel de peligro en el que se encuentra la madre con respecto al agresor es relevante, para ello tenemos la *Entrevista de Valoración de Peligrosidad* (De Luis, 2004). Y la valoración de la auto-estima de la madre se puede realizar mediante el *Rosenberg Self-Esteem Inventory* (Rosenberg, 1965).

5.1.2.5 PERCEPCION DE APOYO

La percepción de apoyo en otros -familia, amigos, compañeros, etc.- es un factor relevante a la hora de enfrentarse a una situación como la violencia de género. Existen diversos instrumentos de evaluación entre ellos destaca la *Perceived Parental Support* (Stice, Barrera y Chassin, 1993), con respecto a los padres; el cuestionario *Relational Support Inventory* (Scholte, Cornelis, van Lieshout, y van Aken, 2001) que incluye también a los hermanos; el *Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil TAMAI* (Hernández, 1983, 2004) para



la valoración de la percepción de apoyo de los hermanos a través de la subescala de insatisfacción con los hermanos. Con respecto al apoyo social se puede utilizar la primera parte tanto del *Check Behavior Checklist* CBCL (Achenbach, 1991b), como del *Youth Self-Report* YSR (Achenbach 1991b) en la que se recogen la cantidad de amigos que tiene, así como la cantidad de veces que realiza actividades con los mismos, y la percepción sobre cuantos amigos intimos tiene, por último puede ser de gran ayuda el *Friendship Quality Questionnaire* (Parker y Asher, 1993).

En las siguientes tablas se muestra la propuesta de protocolo de evaluación del equipo GUIA-PC (2010) para la evaluación de las consecuencias en los menores de la exposición a violencia de género, y para la evaluación de los factores mediadores tanto del niño/a como del ambiente.



Cuadro 5.2: Propuesta de Protocolo de Evaluación en Infancia expuesta a violencia de género, PEIV (GUIA-PC, 2010).

ÁREAS	INSTRUMENTOS	AUTOR	AÑO	EDAD	INFORMANTE
Sintomatología general	CBCL (pequeños). Inventario del comportamiento de niños/as para padres.	Achenbach	2001	1 ½ a 5	Padres
	CBCL (mayores). Inventario del comportamiento de niños/as para padres.	Achenbach	2001	6-18	Padres
	TRF (pequeños). Inventario del comportamiento de niños para profesores	Achenbach	2001	1 ½ a 5	Profesores
	TRF (mayores). Inventario del comportamiento de niños para profesores	Achenbach	2001	6-18	Padres
	YSR. Autoinforme del comportamiento de jóvenes	Achenbach	2001	11-18	Niños/as Adolescentes
Ansiedad	CAS. Cuestionario de ansiedad infantil	Gillis	1980	6-8	Niños/as
	STAI-C. Cuestionario de ansiedad estado/rasgo en niños	Spielberger, Goursch y Lushene	1982	9-15	Niños/as Adolescentes
	CASI. Índice de Sensibilidad a la Ansiedad para Menores	Sandín et al.	2005	8-18	Niños/as Adolescentes
Depresión	CDI. Inventario de depresión infantil	Kovacs	2004	9-15	Niños/as Adolescentes
Ira y Autocontrol	STAXI-NA. Inventario de expresión de ira rasgo-estado en niños y adolescentes	del Barrio, Spielberger y Aluja	2005	8-16	Niños/as Adolescentes
	CACIA. Cuestionario de Autocontrol para Infancia y Adolescencia	Capafóns y Silva	1995	11-18	Adolescentes
	AD. Cuestionario de Conducta Antisocial y Delictiva	Seisdedos	1987	8-18	Niños/as Adolescentes
Adaptación	TAMAI. Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil	Hernández	1983	8-18	Niños/as Adolescentes
Reacciones postraumáticas	PEDS. Escala Pediátrica de Estrés Emocional.	Saylor et al.	1999	6-18	Padres
	CPSS. Child PTSD Symptom Scale	Foa et al.	2001	8-18	Niños/as Adolescentes
	SCARED-R. Escala abreviada de cribado del TEPT derivada de la SCARED	Muris et al.	2000	8-18	Niños/as Adolescentes
Inteligencia	K-BIT. Test breve de inteligencia de Kaufman.	Kaufman y Kaufman.	1990	4-90	Niños/as Adolescentes
Lenguaje	PLON-R. Prueba de Lenguaje Oral Navarra- Revisada	Aguinaga et al.	-	3-7	Niños/as
Lectoescritura	TALE. Test de Análisis de la Lectura y la Escritura	J. Toro y Cervera	1980	6-12	Niños/as
Desarrollo	Inventario de desarrollo BATTELLE	Newborg et al.	1989	0-8	Niños/as



Cuadro 5.3: Propuesta de Protocolo de Evaluación de Variables Mediadoras en la exposición infantil a la violencia de género (PEMIV).

INFORMANTE	AREA	INSTRUMENTO	AUTOR
Niños/as Adolescentes	Conducta prosocial	Escala de Conductas Prosociales	Caprara y Pastorelli, 1993; del Barrio, et al., 2001
	Autoeficacia	EAN La Escala De Autoeficacia Para Niños	Pastorelli et al., 2001 adap. Carrasco y Del Barrio (2002).
	Cambios acontecidos	El Life Event Checklist	Johnson y McCutcheon, 1980.
	Apoyo percibido	TAMAI Subescala insatisfacción con los hermanos	Hernandez, 1990
	Estilos educativos	TAMAI Subescala estilos educativos padre/madre	Hernandez, 1990
Madres	Historia de violencia doméstica	EMMA, Entrevista a la Mujer Maltratada	GUIA-PC, 2007
		APCM Escala de Abuso físico y Psicológico	Matud , 1998
		ICMI Inventario de Condiciones de Maltrato a la Infancia	GUIA-PC, 2009
	Estilo educativo y de crianza	PEE El Perfil de Estilos Educativos,	Magaz y García, 1998
	Psicopatología general	MCMII , Inventario Clinico Multiaxial de Million	Million, 1997
	Depresión	BDI Inventario de Depresión de Beck	Beck y Steer, 1995
	Ansiedad	STAI Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo	Spielberg et al., 1970
Ambiente	Clima familiar	FES Escala de clima social en la familia	Moos y Moos, 1981
		FILE El Inventario familiar de sucesos y cambios vitales	McCubbin, Patterson y Wilson, 1983



5.2 EVALUACIÓN DE LAS CONSECUENCIAS EN EL NIÑO/A

Como vimos en a lo largo del capítulo 2, las consecuencias en menores expuestos a violencia de género son múltiples y complejas. Como indica Osofsky (1999), para saber cuales son, es necesario evaluar tanto el estado cognoscitivo, como el emocional y conductual. Rosa-Alcázar y Olivares-Rodríguez (2010), señalan que en la evaluación psicológica infantil, las variables relacionadas con el tiempo disponible, la experiencia previa de evaluador, la predisposición a colaborar por parte del menor, la accesibilidad al comportamiento del niño, entre otros factores, son elementos claves a tener en cuenta en la intervención.

A lo largo de este apartado, repasaremos los instrumentos más relevantes a la hora de realizar una correcta evaluación psicológica de un menor expuesto a violencia doméstica. En primer lugar, se describirá uno de los elementos esenciales de dicha evaluación, *la entrevista*. A continuación, se expondrán por áreas los distintos instrumentos (cuestionarios, escalas, test, inventarios, etc.) que el profesional puede utilizar para este fin.

5.2.1 ENTREVISTAS PSICODIAGNÓSTICAS

La entrevista supone el primer contacto entre el profesional, el menor y su familia, de ahí la relevancia de escoger un formato adecuado y de contar con la suficiente preparación y manejo de la misma como para que se desarrolle de una manera fluida, recogiendo los datos relevantes sobre las dificultades que presenta el niño/a, los factores que rodean a las mismas, así como los aspectos destacables con respecto a habilidades positivas que disponga el menor. A través de la entrevista se podrá determinar entre otros, el nivel de expresión y comprensión que presenta el menor, la capacidad general cognitiva, el nivel de apertura, el desarrollo de habilidades sociales, así como el tipo de interacción que establece con los adultos.

En general, es recomendable que las entrevistas sean cortas, y tengan formatos atractivos, con el fin de despertar y mantener la motivación del menor. Como en toda



entrevista clínica llevada a cabo con niños/as, se hace imprescindible evitar valorar las respuestas, así como no inducir, sugerir o indicar las mismas (Antequera, 2006).

Existen distintos elementos que favorecen la conducción de una entrevista infantil: (1) Establecer una *relación de colaboración*, el evaluador ha de adecuarse al nivel de desarrollo del niño/a siendo pacientes y flexibles, favoreciendo un ambiente cálido y de aceptación, realizando preguntas apropiadas a la edad, y tratando con respeto y sin intrusión los aspectos familiares; (2) Establecer una *comunicación eficaz*, esta ha de ser clara y precisa, evitando utilizar terminología técnica, intentando ponerse al mismo nivel, sentados uno frente o junto a otro, usando expresiones faciales cálidas y manteniendo el contacto ocular; y (3) Llevar a cabo una *escucha eficaz*, atenta y empática, en un ambiente libre de distracción e interrupción, verificando el nivel de comprensión cada cierto tiempo, y utilizando una comunicación no verbal coherente.

Por otro lado, es recomendable iniciar la entrevista realizando preguntas sobre temas de interés del menor, averiguando hasta que punto sabe el mismo el motivo de la entrevista y aclarando, en la medida de lo posible, las dudas sobre éste y otros aspectos. Este punto es de vital importancia para un adecuado desarrollo de la entrevista infantil, ya que, habitualmente los/as niños/as desconocen el porque de esa intervención, y normalmente les resulta mas fácil expresar sus dificultades con personas de su ambiente más próximo, siendo en este caso el evaluador un completo desconocido. Aclarar por tanto estos puntos, puede determinar el nivel de apertura y el grado de colaboración que se establezca. Así, iniciar la entrevista realizando preguntas acerca de sus gustos, motivaciones y aficiones, puede ayudar a establecer un clima cálido y protector donde el menor pueda expresar determinadas dificultades a nivel familiar.

5.2.1.1 TIPOS DE ENTREVISTAS DIAGNÓSTICAS

Las entrevistas varían en función de su formato, así como de la edad a la que van dirigidas. Precisan de entrenamiento para su utilización, y deben ser aplicadas por especialistas de la salud mental. Actualmente son muy utilizadas ya que permiten homogeneizar los datos obtenidos.



Existen diferentes formatos de entrevista según el nivel de *estructuración*. En este sentido se distingue entre: (1) *Entrevistas no estructuradas*, estas entrevistas se diseñan en función de la información que se desea recabar, con total grado de libertad por parte del entrevistador. Son muy utilizadas en contextos clínicos y privados; (2) *Entrevistas semiestructuradas*: El entrevistador tienen un guión previo, pero tiene cierto grado de libertad, unos ejemplos de este tipo de entrevistas serían: la *Entrevista para la evaluación del niño/a CAS* (Hodges, Kline, Stern, Cytryn y McKnew, 1982), la *Entrevista para los trastornos afectivos y la esquizofrenia en niños/as de edad escolar K-SADS* (Puig-Antich y Chambers, 1978); y *Interview Schedule for children and adolescent, ISCA* (Kovaks, 2000). Esta entrevista esta basada en los criterios DSM-IV, evalúa a través de 69 ítems, y un formato de respuesta tipo likert de ocho puntos (0=sin síntomas; 8=síntoma grave), depresión, ansiedad general, problemas cognitivos, problemas del funcionamiento neurovegetativo, problema de conducta, y dificultades en el desarrollo; y (3) *Entrevistas estructuradas*, el entrevistador se ajusta a un guión establecido, y normalmente están orientadas a establecer un diagnóstico, así se fundamentan en alguno de los sistemas diagnósticos la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud* (CIE- 10) y la *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), de modo que facilitan el diagnóstico categorial, y ofrecen al clínico una guía a la hora de preguntar y registrar la información obtenida.

Las entrevistas estructuradas presentan una serie de ventajas sobre los otros formatos, entre las que se encuentran: el incremento de la *fiabilidad diagnóstica*, ya que disminuyen el efecto del sesgo del entrevistador, permiten la descripción de conductas, facilitan comunicación entre profesionales, permiten el contraste diagnóstico, y requieren especialización clínica así como una serie de inconvenientes: valoran sólo *síndromes del modelo*, según la clasificación diagnóstica en la que se basan; precisan una alta inversión de tiempo; y pueden darse problemas debido a desfases producidos por cambios taxonómicos. Por ser este tipo de entrevistas las más estudiadas a través de diversos estudios empíricos que avalan su fiabilidad y validez, en el siguiente apartado se detallan las más utilizadas en evaluación infanto-juvenil.



5.2.1.1.1 ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS

- El *Diagnostic Interview Schedule for children and adolescent (DISC)*, es una de las primeras entrevistas diagnósticas estructuradas perteneciente al grupo *Respondent Based Interviewer (RBI)* (Shaffer, 1999). Evalúa, en niños y adolescentes de 9 a 17 años, la presencia de trastornos psiquiátricos del eje I en el sistema de clasificación multiaxial DSM IV. La *Diagnostic Interview Schedule for children and adolescent* fue revisada dando lugar a la *Diagnostic Interview Schedule for children and adolescent revised DISC-R IV* (Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan, y Schwab-Stone, 2000). Esta entrevista tiene dos formatos de aplicación, uno para padres (DISC-P), y otro para niños/as y adolescentes de 9 a 17 años (DISC-C). Cada pregunta se corresponde con criterios compatibles con el DSM-IV y la CIE-10, es decir, permite un diagnóstico preciso de acuerdo con los criterios de estas clasificaciones. El tipo de respuesta es “no”, “algunas veces” y “sí”. El DISC-3 consta de varios módulos, uno para cada tipo de trastorno: (1) Módulo a, trastornos de ansiedad; (2) Módulo b, trastornos misceláneos (bulimia/anorexia, trastornos del comportamiento alimentario: pica, rumiación, etc., trastornos esfinterianos, tics); (3) Módulo c, trastornos afectivos; (4) Módulo d, esquizofrenia y otros trastornos; (5) Módulo e, trastornos del comportamiento; (6) Trastornos del uso de alcohol y otras sustancias.

- La *Diagnostic Interview for Children and Adolescents, DICA* (Herjanic et al., 1975; Reich et al., 1982) es una entrevista diagnóstica que sigue los criterios de las clasificaciones DSM. Los trabajos de adaptación de la entrevista se iniciaron con la versión revisada (DICA-R; Reich, Shayka y Taibleson, 1991). La adaptación española de la entrevista dio lugar a la *Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes, EDNA-IV*. La EDNA-IV es la adaptación de la DICA-R y de la *Missouri Assessment of Genetics Interview for Children* (Reich, 2000; Reich, Leacock y Shanfeld, 1997; Todd, Joyner, Heath, Neuman, y Reich, 2003). Esta entrevista es un protocolo semiestructurado para niños/as y adolescentes basado en los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1997). Existen tres versiones: EDNA-C, para niños de 8 a 12 años; EDNA-A, para adolescentes de 13 a 17 años, y EDNA-P, para los padres. La entrevista recoge información para obtener diagnósticos de síntomas y síndromes



siguiendo un sistema de clasificación categorial. El examen sistemático de todos los trastornos que aparecen en el protocolo optimiza la evaluación clínica y el conocimiento de los casos. Tras la evaluación sintomática se explora el inicio y el final de los trastornos, así como los ámbitos en que son de mayor repercusión, además de un apartado de estresores psicosociales acontecidos en el ámbito familiar. Por otro lado se recoge un cuestionario sobre la anamnesis del niño o adolescente. Los diagnósticos derivados de la entrevista concuerdan de un nivel bajo a moderado con los derivados por el clínico. El mejor acuerdo se obtuvo entre los diagnósticos derivados de la información de los padres y de los niños (Ezpeleta, de la Osa, Doménech, Navarro y Losilla, 1997). Los síndromes derivados de la DICA-R correlacionan significativamente con las dimensiones del CBCL (Achenbach, 1991a). La información de la DICA-R permite discriminar entre grupos de niños comunitarios y clínicos (De la Osa et al., 1996).

- *Entrevista Infantil para Síndromes Psiquiátricos (Children's Interview for Psychiatric Syndromes, ChIPS; Weller, Weller, Rooney y Fridstad, 1999; Weller, Weller, Fristad, Teare y Schechter, 2000)*, adaptada por Molina, Zaldívar, Gómez, y Moreno (2006), se aplica en menores de entre 6 y 18 años que tengan una capacidad intelectual mayor o igual a 70. Basada en los criterios del DSM-IV (APA, 1994), esta entrevista contiene un apartado sobre factores psicosociales anómalos. La entrevista contiene tres módulos: (1) preguntas relativas a la problemática del menor y sus características, así como desarrollo psicosocial, escolar y tratamientos previos; (2) sintomatología de los 20 trastornos del Eje I, excepto retraso mental, problemas de aprendizaje y problemas de personalidad; y (3) estresores psicosociales anómalos, especificando los relacionados con abuso, abandono u otros y estresores en general como el clima familiar, los problemas económicos, problemas familiares y extrafamiliares, entre otros.

- *Child and Adolescent Psychiatric Assessment, CAPA (Angold y Costello, 2000)*. La evaluación psiquiátrica para niños y adolescentes, evalúa 30 trastornos diferentes, la relación con los compañeros, la familia y el rendimiento académico. Cuenta con dos formatos de aplicación, uno para padres y otra para hijos/as de 9 a 17 años. Tiene un



glosario detallado para los entrevistadores, y otro para codificar los factores de riesgo, si bien no se ha realizado ni adaptación y ni validación al castellano.

Cuadro 5.1: Resumen de las entrevistas estructuradas y semiestructuradas de evaluación infantil.

Entrevistas estructuradas y semiestructuradas				
Nombre	Edad	Autor/año	Características	Adaptación al castellano
Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS)	6-18	Kaufman <i>et al.</i> , 1997	- Semiestructurada. - Consume mucho tiempo.	Ulloa <i>et al.</i>
Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC)	6-17	Costello <i>et al.</i> ,	- Estructurada. - Ventaja: puede ser realizada por personal no sanitario con breve entrenamiento.	Bravo <i>et al.</i>
Diagnostic Interview for Children and Adolescents Revised (DICA) -Entrevista Diagnostica para Niños y Adolescentes EDNA -IV	6-18	Herjanic <i>et al.</i> , 1975; Reich <i>et al.</i> , 1982	- Estructurada. - Buena validez en adolescentes. - Parece tener tendencia a infradiagnosticar adolescentes, mientras que sobrediagnostica trastornos externalizantes.	Ezpeleta <i>et al.</i>
Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA)	9-17	Angold y Costello, 2000	- Estructurada. - Glosario detallado para los entrevistadores. - Relacio con la familia y compañeros	Sin datos
Development and Well-Being Assessment (DAWBA)	5-16	Goodman <i>et al.</i> , 2000	- Estructurada y preguntas abiertas. - Conjunto de cuestionarios, entrevistas y escalas de gradación diseñadas para generar diagnósticos psiquiátricos basados en la CIE-10 y en la DSM-IV.	Sin datos
ChIPS Entrevista Infantil para Síndromes Psiquiátricos (Children’s Interview for Psychiatric Syndrome)	6-18	Weller, Weller, Fristad, Teare y Schecter, 2000	-Basada en los criterios del DSM-IV (APA, 1994). -Incluye información sobre factores psicosociales anómalos.	Molina, Zaldívar, Gómez, y Moreno



5.2.2 INSTRUMENTOS GENERALES DE EVALUACIÓN

Entre los instrumentos generales se encuentran los test, cuestionarios, inventarios y escalas, que son métodos de evaluación muy empleados en la práctica clínica diaria, cuyo objetivo es realizar un registro de las emociones, sentimientos, pensamientos y conductas recientes, así como de las distintas áreas o dimensiones que pueden estar implicadas, tales como la afectiva, conductual y/o fisiológica. Los cuestionarios de evaluación tienen diferentes utilidades entre las que destacan: (1) cuantificar la intensidad de la sintomatología; (2) establecer áreas conductuales problemáticas; (3) detectar cambios en la sintomatología, y (4) realizar cribado.

A continuación, siguiendo el guión utilizado en el capítulo 2, se expondrán los instrumentos que el profesional puede utilizar con el fin de realizar una adecuada exploración de los efectos que la violencia de género ha podido generar en el niño/a, si bien la elección de éstos, dependerá de los criterios citados en apartados anteriores.

5.2.2.1 INSTRUMENTOS PARA EVALUAR SINTOMATOLOGÍA GENERAL

Como hemos visto a lo largo de este trabajo, una de las posibles consecuencias de la violencia doméstica es el desarrollo de sintomatología internalizante y externalizante, muy frecuente en estos niños/as. Por ello, se han desarrollado diversos instrumentos diseñados con el fin de evaluar esta sintomatología, entre los que se encuentra: Las *Devereux Scales of Mental Disorders, DSMD* (Naglieri, LeBuffe y Pfeiffer, 1994), estas escalas suponen una revisión de las escalas originales *Devereux Child Behavior Rating Scale* (Spivack y Spotts, 1966), y *Devereux Adolescent Behavior Rating Scale* (Spivack, Spotts y Haimes, 1967), que se desarrollaron con el fin de valorar problemas de comportamiento asociados con psicopatología en niños y adolescentes. Tienen dos formatos: (1) menores entre 5 a 12 años; y (2) entre 13 y 18 años, y se cumplimentan por parte de padres y profesores. Las DSMD están formadas por 111 ítems en la versión infantil y 110 en la versión adolescente. En ellas se utiliza un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos (0: Nunca; 1: Pocas veces; 2: Algunas veces; 3: Muchas veces; 4: Casi siempre). Otro instrumento comúnmente utilizado es el *Child Behavior Checklist, CBCL*



(Achenbach, 1991a), que evalúa sintomatología internalizante y externalizante. Tiene dos modalidades, una para niños/as de 1 año y medio a 5 años, y otra para niños/as de 6 a 18 años, los informantes de ambos cuestionarios son los padres o cuidadores principales. Estos cuestionarios tienen dos partes: (1) preguntas sobre el desarrollo psicosocial y académico; y (2) listado de ítems sobre problemas emocionales y del comportamiento, con formato respuesta tipo likert de 3 puntos (0=No es cierto, 1=Algunas veces cierto, 2=Cierto muy a menudo o bastante a menudo).

Se han desarrollado otros instrumentos tipo autoinforme, que son cumplimentados por los niños/as y adolescentes. Entre éstos se encuentra: el *Youth Self Report* (YSR) (Achenbach, 1991c), autoinforme para niños/as y adolescentes de 11 a 18 años. Este autoinforme evalúa la sintomatología internalizante y externalizante a través dos partes: (1) preguntas sobre el desarrollo psicosocial y académico; y (2) listado de ítems con formato respuesta tipo likert de 3 puntos (0=No es cierto, 1=Algunas veces cierto, 2=Cierto muy a menudo o bastante a menudo). Entre los instrumentos desarrollados por Achenbach también encontramos el *Teacher Report Form, TRF* (Achenbach, 1991b) es aplicable a adolescentes entre 6 y 18 años, mantiene la misma estructura de respuesta que en el CBCL, los elementos hacen referencia a comida, sueño y enuresis; en este formato para profesores se amplían las preguntas del apartado de adaptación social y académica tales como el rendimiento escolar y el comportamiento en la escuela. También encontramos El *Cuestionario Interactivo Gabi*, que fue adaptado por Valla, Bergeron, y Smolla (2000), un autoinforme de cribado de sintomatología psicopatológica para niños de 6 a 11 años. Evalúa 8 escalas: (1) fobias específicas; (2) ansiedad de separación; (3) ansiedad generalizada; (4) depresión/distimia; (5) oposición; (6) problemas de conducta, (7) déficit de atención/hiperactividad, y (8) puntos fuertes/capacidades).

El *Behavior Assessment Systems for children*, BASC (Reynold y Kamphaus, 1992), y el BASC-2 (Reynold y Kamphaus, 2004) cuya adaptación española fue realizada por Puerta en 2004, tiene tres modalidades, para niños, para padres y para profesores. Evalúa el comportamiento clínico y adaptativo de niños entre 6 y 12 años, y adolescentes de 12 a 18 a través de las distintas escalas clínicas de hiperactividad, problemas de atención, problemas de conducta, entre otras. Incluye una anamnesis del



menor, y un sistema de observación en el aula. También el *Revised Behavior Problem Checklist, RBPC* (Quay y Petterson, 1987), este listado de conductas problemas esta formado por 89 items que valora seis dimensiones: (1) trastorno de conducta infrasocializado, (2) trastorno de conducta socializado, (3) problemas de atención, (4) ansiedad/retraimiento, (5) trastornos psicóticos y (6) exceso motor. Por último, se cita el *Eyberg Child Behavior Inventory* (Eyyberg y Robinson, 1983; Robinson, Eyberg y Ross, 1980), este instrumento se diseñó específicamente para evaluar trastornos de conducta en la infancia entre los 2 y los 12 años. Esta formado por 36 items que valoran los padres.

5.2.2.1.1 AGRESIVIDAD O IRA

La agresividad o ira también es muy frecuente en los menores expuestos a violencia de género para su evaluación podemos utilizar el *Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo en Niños y Adolescentes, STAXI-NA* (Del Barrio, Spielberger y Aluja, 2005). Este inventario permite evaluar la ira en niños/as y jóvenes entre 8 y 17 años. Está constituido por 32 ítems, divididos en tres subescalas con un formato de elección múltiple en el cual el sujeto debe contestar cómo se siente ahora, cómo se siente normalmente y cómo reacciona habitualmente cuando está enfadado. La “experiencia” de la Ira es evaluada en sus dos vertientes, “estado” y “rasgo”. La “expresión” de la ira se compone de tres subescalas, Control de la Ira, Expresión Interna de la ira y Expresión externa de la ira. También encontramos La *Escala de Agresividad Física y Verbal, AFV* (Caprara y Pastorelli, 1993; Del Barrio, et al., 2001). Consta de 20 ítems a través de los cuales se evalúa la conducta que implica el hacer daño a otros física y verbalmente. El formato de respuesta es de tres alternativas (a menudo, algunas veces o nunca) según la frecuencia de aparición de la conducta. El *Cuestionario de Autocontrol para Infancia y Adolescencia, CACIA* (Capafóns y Silva, 1995) esta indicado para niños/as o adolescentes de edades comprendidas entre 11 a 19 años. Evalúa cuatro dimensiones: (1) autorregulación y autocontrol, (2) resistencia al dolor y al estrés, (3) resistencia a la tentación, (4) resistencia al retraso en la recompensa.



5.2.2.1.2 CONDUCTA DELICTIVA

Como indicábamos en el capítulo de consecuencias también pueden darse conductas predelictivas o delictivas en menores expuestos a violencia doméstica, por ello la evaluación de éste área se hace relevante. Entre los instrumentos que se pueden utilizar para su valoración destacamos: El *Cuestionario de Conductas Antisociales-Delictivas, AD* (Seisdedos, 1987). Este inventario puede aplicarse desde los 11 a los 17 años. Consta de 40 ítems con formato de respuesta dicotómico a través de los cuales se evalúan dos áreas: (1) la *conducta antisocial*, comportamientos no expresamente delictivos aunque si algo desviados de la ley, y (2) *conducta delictiva*, comportamientos que suelen caer fuera de la ley. El *Adolescent Antisocial Self Report Behavior Checklist* (Kulik et al., 1975), este listado de conductas autoinformado consta de 52 elementos que valoran en una escala de 5 puntos en función de la frecuencia con la que se dan las conductas. El *Self-Report Delinquency Scale* (Elliot y Ageton, 1980). Esta escala consta de 47 elementos a través de los cuales se evalúa la frecuencia de aparición de las conductas delictivas entre los 11 y los 21 años. Por otro lado la *Escala de Conducta Antisocial* (Martorell y Silva, 1986) permite evaluar la conducta predelictiva ocurrida en el último año a través de 46 ítems con formato de respuesta dicotómico. La validación para adolescentes la llevaron a cabo Silva, Martorell y Clemente en 1986. Por último la *Escala de Predicción de la Delincuencia* (Silva, et al., 1990), consta de 18 elementos a través de los cuales se predice la probabilidad de desarrollar conductas delictivas en el futuro, esta extraída de la *Batería de socialización* de Silva, Martorell (1983).

5.2.2.1.3 ANSIEDAD

La sintomatología ansiosa es también frecuentemente encontrada, uno de los instrumentos más utilizados en esta área es el *State-Trait Anxiety Inventory for Children* (STAIC; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982) cuya adaptación española el *Cuestionario de ansiedad estado/rasgo en niños, STAIC*, se llevo a cabo por Seisdedos (1990). El STAIC evalúa la sintomatología ansiosa en niños/as y jóvenes entre 9 y 15 años, valora la ansiedad estado (AE), y la ansiedad rasgo (AR) a través de 40 ítems, 20 para cada escala, con un formato de respuesta tipo likert de 3 puntos (0=nada; 2=algo y 3=mucho). Otro



instrumento para evaluar la ansiedad es *La escala de Ansiedad Manifiesta para Niños* (*Children's Manifest Anxiety Scale*, CMAS; Castañeda, McCandless y Palermo, 1956). Existe una versión revisada (*Revised Children's Manifest Anxiety Scale*, RCMAS; Reynolds y Richmond, 1978) más utilizada. Esta escala adaptada por Sosa, Capafons y López (1990), es una medida de 53 ítems de niveles de ansiedad en niños/as y adolescentes de entre 6 y 19 años. Esta formada por tres escalas: (1) ansiedad fisiológica; (2) inquietud/hipersensibilidad; y (3) preocupaciones sociales, con un formato de respuesta dicotómico verdadero/falso. La *Spencer Children Anxiety Scale*, SCAS (Spence 1998), evalúa los principales síntomas de los distintos trastornos de ansiedad y dispone de versión en castellano. Para la valoración de niños/as de 6 a 8 años encontramos el *Cuestionario de ansiedad infantil*, CAS (Gillis, 1989), esta escala evalúa los síntomas de ansiedad a través de 20 ítems con dos alternativas de respuesta. Existe adaptación española. Por otro lado para valorar la sensibilidad a la ansiedad, es decir, el miedo a sufrir síntomas de ansiedad se puede utilizar El *Childhood Anxiety Sensitivity Index* (CASI; Silverman, Fleisig, Rabian y Peterson, 1991), versión para niños/as y adolescentes elaborada a partir de una modificación de la conocida versión para adultos *Anxiety Sensitivity Index* (ASI). La adaptación española fue realizada por Sandín y Chorot (Sandín, 1997). También se puede valorar la sintomatología ansiosa a través de entrevistas semiestructuradas como la *Anxiety Disorders Interview Schedule for Children ADIS-C/P*, (Silverman y Nelles, 1988; Silverman y Albano, 1996), que evalúa los trastornos de ansiedad en niños de 6 a 17 años. Tiene una versión para padres y otra para niños/as.

5.2.2.1.4 TEPT

La sintomatología TEPT es una de las más frecuentes en violencia y maltrato infantil, se encuentra este diagnóstico en el 20% de niños expuestos a este tipo de violencia, aumentando el riesgo cuando los niños/as son testigos directos o sufren abuso ellos mismos (National Council of Juvenile and Family Court Judges, 1993). Por ello, se hace necesaria la exploración exhaustiva de este trastorno. Se han desarrollado diversos instrumentos para este fin, entre los que destaca: *The Child PTSD Symptom Scale*, (CPSS) de Foa (2002) y Foa, Johnson, Feeny y Tredwell, (2001), adaptación de Bustos, Rincón y



Aedo (2009). El CPSS, es una escala de autoinforme específica para evaluar la sintomatología de TEPT en jóvenes de edades comprendidas entre los 8 y 15 años. Consta de tres subescalas: (1) Pensamientos Intrusivos, (2) Evitación y (3) Hiperarousal. La primera parte tiene 17 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos. Se obtienen una puntuación de cada subescala y una total. La segunda parte consta de siete ítems adicionales, puntuados dicotómicamente, que evalúan el nivel de interferencia de la sintomatología TEPT en distintas áreas específicas de la vida. Los datos normativos no están disponibles. El *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R; Muris, Merckelbach, Schmitdt y Mayer, 1999)*. El SCARED-R es una escala de cribado obtenido de una prueba más amplia que evalúa los trastornos emocionales relacionados con la ansiedad infantil, entre los que se encuentra la sintomatología de TEPT. Se aplica en niños/as y jóvenes de entre 7 y 19 años. Consta de cuatro ítems referidos al TEPT con un formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos (1= casi nunca, 2=a veces; 3= a menudo y 4= siempre). La *Escala Pediátrica de Estrés emocional (Pediatric Emotional Distress Scale, PEDS; Saylor, Swenson, Reynolds y Taylor, 1999)*, es cumplimentada por los padres de niños/as entre 2 y 10 años. Evalúa la sintomatología de TEPT a través de 21 ítems con formato de respuesta tipo likert de cuatro puntos (1= casi nunca, 2=a veces, 3= bastante y 4= muy a menudo). De los ítems, 4 hacen referencia al evento traumático y los 17 restantes a sintomatología del TEPT agrupados en torno a ansiedad, evitación/temor y susceptibilidad emocional. El *Trauma Symptom Checklist-Alternative Version (TSCC; Briere, 1996)*. Es una entrevista creada para la valoración de estrés postraumático y su sintomatología asociada en niños con edades comprendidas entre los 8 y los 16 años. Consta de dos escalas de validez, seis escalas clínicas: (1) ansiedad; (2) depresión; (3) agresividad; (4) estrés postraumático; y (5) problemas sexuales y disociación. El formato de respuesta es tipo likert de 0 (nunca) a 3 (casi todo el tiempo). Existe una versión autoaplicada (*Trauma Symptom Checklist for Children*), en la que los adolescentes indican la frecuencia de determinados pensamientos, sentimientos o conductas. Consta de 54 ítems y 6 subescalas que, en ocasiones, se han agrupado formando la subescala de problemas interiorizados (ansiedad, depresión, estrés postraumático y disociación) y exteriorizados (agresividad y problemas sexuales). Otro instrumento para valorar la sintomatología TEPT con



formato de entrevista semiestructurada es la *Escala para Estrés Postraumático para Niños y Adolescentes* (*The Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents, CAPS-CA*; Newman, Weathers, Nader, Kaloupek, Pynoos, Blake et al., 2004). Consta de 36 items que hacen referencia al tipo del problema, la frecuencia e intensidad de los síntomas, y el desarrollo social y escolar en niños/as y jóvenes. Otro instrumento ampliamente utilizado para la medición de síntomas de TEPT es el *Índice de Reacción al trastorno de estrés postraumático en niños - CPTS-RI* (Pynoos, Frederick, Nader et al, 1987; Frederick, Pynoos, y Nader, 1992; Pynoos, 2002), este índice se puede aplicar a niños entre entre los 6 y los 17 años. Consta de 20 items que se administran por el clínico, pero puede ser utilizado como un autoinforme. Una amplia investigación ha apoyado a su idoneidad para los niños de diferentes edades, culturas y experiencias traumáticas. Una medida multirasgo para la valoración de la sintomatología TEPT y específicamente del abuso sexual es el *Children's Impact of Traumatic Events Scale (CITES-R)* de Wolfe, Gentile, Michienzi, Sas y Wolfe (1991). El CITES-R esta formado por 78 ítems y 11 subescalas a lo largo de 4 dimensiones: (1) Síntomas TEPT: pensamientos intrusivos, evitación, hiperarousal y ansiedad sexual, (2) Eroticismo, (3) atribuciones del abuso, como odio a si mismo y culpa, impotencia, vulnerabilidad personal y percepción del mundo como peligroso, y (4) reacciones sociales, referidas a reacciones negativas a otros/as y percepción de apoyo social. Este instrumento se puede utilizar tanto en casos de sintomatología TEPT como en casos de abuso sexual. Fué diseñado para cumplimentarse a través de una entrevista estructurada, aunque puede ser cumplimentado como una escala autoinformada, respondiendo “muy verdadero”, “algo verdadero” o “no verdadero”. La base normativa no está disponible. Para la valoración del abuso sexual también se puede utilizar el *Child Sexual Behavior Inventory (CSBI)*; Friedrich, Fisher, Broughton, Houston, y Shafran, 1998), inventario que evalúa las conductas sexuales observadas en niños/as entre 2 y 12 años en los últimos 6 meses. Valora nueve categorías relacionadas con el abuso sexual: (1) problemas exhibicionismo, (2) conductas rol sexual, (3) autoestimulación, (4) ansiedad sexual, (5) interés sexual, (6) conocimiento sexual, (7) conductas voyeristas, (8) problemas límites y (9) indiscreción sexual.



5.2.2.1.5 DEPRESIÓN

La sintomatología depresiva es encontrada con frecuencia en menores expuestos a violencia de género, así, para su correcta evaluación se encuentra el *Inventario de depresión infantil, CDI* (Kovacs, 2004), adaptado por Del Barrio, Moreno y López en 2000. Autoinforme aplicable a niños/as y jóvenes entre 7 y 15 años para evaluar la sintomatología depresiva. Está compuesto por dos subescalas: Autoestima y Disforia, así como una escala total de Depresión. Consta de 27 ítems con tres respuestas de las cuales el sujeto debe elegir la que más se aproxima a como se siente habitualmente. También encontramos para evaluar sintomatología depresiva en infancia La *Children Depression Scale, CDS* (Tisher y Lang, 1987) que valora problemas afectivos, problemas sociales, autoestima, preocupaciones por la enfermedad y la muerte, sentimientos de culpa y comportamientos depresivos. Puede ser cumplimentada tanto por los padres como por el niño/a. Consta de 66 ítems con formato de respuesta tipo likert de 5 puntos que expresan el grado de acuerdo con el enunciado (de 1: muy en desacuerdo; a 5: muy de acuerdo) 1: Pocas veces; 2: Algunas veces; 3: Muchas veces; 4: Casi siempre). También encontramos la *Reynolds Adolescent Depression Scale, RADS* (Reynolds, 1987, 2002) un autoinforme que mide sintomatología depresiva en adolescentes entre los 13 y los 18 años en la primera versión (Reynolds, 1987), y de 11 a 21 en la segunda versión (Reynolds, 2002). El RADS está formado por 30 ítems y utiliza un formato de respuesta tipo Likert (1: casi nunca; 2: algunas veces; 3: bastantes veces; 4: casi siempre) a través del cual se evalúa la frecuencia de los síntomas depresivos. Y para niños/as el *Reynolds Child Depression Scale, RCDS* (Reynolds, 1989), es una escala que valora a través de un autoinforme corto y de fácil administración, la sintomatología depresiva en niños de edades comprendidas entre los 8 y los 12 años. El RCDS se deriva de la escala para adolescentes (RADS, Reynolds, 1987), del mismo autor, que ha sido expuesta anteriormente, y está formado por 30 ítems con un formato de respuesta tipo likert de cuatro puntos (1: casi nunca, 2: algunas veces, 3: bastantes veces, 4: casi siempre) en 29 ítems, el último ítem (5 caras que muestran diferentes estados de ánimo) se puntúa con una escala de cinco puntos tipo Likert. Para adolescentes a partir 16 años se puede utilizar El *Inventario de depresion de Beck (BDI-II; Beck, Steer, y Brown, 1996)*. Y para niños/as entre 2 y 4 años el *Preschool Children Depression Checklist* (Levi, Sogos, Mazzei,



y Paolesse, 2001), compuesto por 39 ítems que evalúan tres dimensiones: (1) falta de vitalidad, (2) tendencia al aislamiento, y (3) agresividad.

5.2.2.1.6 AUTOCONCEPTO-AUTOESTIMA

Como apunta Bolger (1997) los niños maltratados presentan una baja autoestima y déficit en el autoconcepto asociados a problemas de adaptación, como ansiedad, depresión y problemas de conducta. Para valorar el autoconcepto y la autoestima se puede utilizar *El Cuestionario AC* (Martorell, Aloy, Gómez, y Silva, 1993) para niños/as y adolescentes; o la *Escala de Autoestima* (Rosenberg, 1965) adaptada por Vázquez, Jiménez, y Vázquez (2004) para evaluar la autoimagen positiva o negativa en niños/as y adolescentes. También se puede utilizar la subescala del CDI de autoestima que ofrece un indicador de autoestima negativa. La *Escala de Autoconcepto de sí mismo* (Piers y Harris, 1969), ha sido uno de los más difundidos y utilizados para evaluar el autoconcepto en niños/as y adolescentes desde 1º de Educación Primaria. Consta de 80 ítems con formato de respuesta dicotómico (Si o No), 36 de estas frases tienen un contenido positivo y 44 negativo.

5.2.2.1.7 FUNCIONAMIENTO COGNITIVO

Para la evaluación de los rendimientos existen diversos instrumentos entre los que destacan: La *Escala de Inteligencia de Wechsler para Niño, WISC* (Wechsler, 1949) El WISC-R (1986; TEA, 1993), es una versión actualizada y revisada de la escala de 1949 (WISC). El WISC-R-IV es una versión renovada de las anteriores escalas de Wechsler para niños (WISC, WISC-R y WISC-III), se aplica en niños/as entre 6 años 0 meses, y 16 años 11 meses. Evalúa la capacidad intelectual general del niño (CI Total) y sobre su funcionamiento en 4 áreas específicas de la inteligencia: (1) comprensión verbal, (2) razonamiento perceptivo, (3) memoria de trabajo, y (4) velocidad de procesamiento, a través de 15 tests, 10 principales y 5 optativos. De mismo autor encontramos la *Escala de Inteligencia de Wechsler para Preescolar y Primaria, WPPSSI* (Wechsler, 1993), que ha tenido numerosas revisiones la última de ellas WPPSI III, la adaptación de este test fue también realizada por el equipo I+D de TEA Ediciones (2005). Evalúa el funcionamiento



intelectual en las áreas cognitivas: (1) verbal, y (2) manipulativa, así como el índice CI Total que representa la capacidad intelectual general del niño de edades comprendidas entre 2 años y medio y 7 años y 3 meses. También encontramos la *Batería de Evaluación de Kaufman para niños, K-ABC* (Kaufman y Kaufman, 1983). El K-ABC incluye 16 test que valoran 3 escalas: (1) procesamiento simultáneo, (2) procesamiento secuencial y (3) conocimientos. Esta batería realiza una evaluación completa de la capacidad intelectual de niños y adolescentes entre 2,5 y 12,5 años. Del mismo autor y de rápida aplicación y corrección encontramos el *Test Breve de Inteligencia de Kaufman, K-BIT* (Kaufman y Kaufman, 1990), este test se puede aplicar de los 4 a los 90 años. Partiendo de la misma base teórica y una metodología similar a la utilizada en el K-ABC se elaborará este test de “screening”, que puede servir de apoyo a un cierto número de decisiones o sugerir la conveniencia de una exploración en profundidad con instrumentos más completos. Mide las funciones cognitivas a través de dos tests: (1) verbal y (2) no verbal, que permiten la apreciación de la inteligencia cristalizada y fluida así como la obtención de un CI Compuesto. Las *Matrices Progresivas de Color de Raven* (Raven, 1976) es uno de los test de factor G más conocidos y usados. En su versión original consta de cinco series de matrices que contienen figuras o dibujos geométricos. Para las edades comprendidas entre los 5 años y 6 meses y los 11 años existe una versión de tres series de dibujos de colores que tiene un fuerte peso perceptivo. Por último, citamos la *Escala de Madurez Mental de Columbia, CMMS* (Burgemeister, Blum e Lorge, 1986), esta prueba fue diseñada para menores con deficiencias cerebrales, aunque se puede recurrir a ella cuando el empleo de las otras sea difícil, en niños/as poco estimulados o sin escolarizar. Consta de cien láminas con dibujos que reproducen figuras geométricas, personas, animales, vegetales y objetos de la vida corriente, que son percibidos fácilmente por su tamaño y contorno, en las cuales el menor debe de señalar cual es la diferente a las demás.

5.2.2.1.8 TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

Se han encontrado también rendimientos más bajos en el lenguaje en niños/as expuestos a violencia de género, para la evaluación específica de éste área se puede utilizar: la *Prueba Lenguaje Oral Navarra- Revisada, PLON-R* (Aguinaga, Armentia, Fraile,



Olangua y Urix, 2005), que evalúa el lenguaje oral en niños/as entre 3 y 6 años, detectando posibles problemas lingüísticos. También encontramos el *Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas, ITPA* (Kirk, McCarthy y Kirk, 1968), este test evalúa las dificultades en la comunicación que son la causa de muchos problemas de aprendizaje escolar, se aplica en niños/as de 3 a 10 años. Y para la evaluación de la lecto-escritura se puede utilizar el *Test de Análisis de la Lectura y la Escritura, TALE* (Toro y Cervera 1980), el TALE evalúa las características esenciales del aprendizaje de la lectura y escritura, y se aplica a niños/as en los primeros cursos de primaria, de 6 a 10 años.

5.2.2.1.9 INVENTARIOS DE DESARROLLO

La afectación en el curso del desarrollo puede ser otra de las múltiples consecuencias de la exposición a la violencia doméstica. En la evaluación del desarrollo se incluye la esfera social, adaptativa, comunicativa, motora, etc., cubriendo con un mismo instrumento distintas áreas que pueden estar afectadas, si bien, las escalas de desarrollo suelen cubrir como máximo hasta los ocho años, como en el caso del *Inventario de Desarrollo Battelle* (Newborg et al., 1989). Este inventario aplicable desde el nacimiento hasta los 8 años, evalúa el nivel de desarrollo del niño en 5 áreas: (1) área Personal/Social; (2) área Adaptativa; (3) área Motora; (4) área de Lenguaje; y (5) área Cognitiva. Esta formada por mas de 300 elementos y puede aplicarse en un aforma abreviada o *screening*. Los procedimientos para obtener la información son de tres tipos: (1) examen estructurado, (2) observación (clase, casa) y (3) información (padres, profesores o tutores). Para la evaluación de niños pequeños entre 1 mes y 30 meses encontramos la *Escala Brunet-Lezine*, (Brunet y Lezine 1951), que evalúa 4 áreas: (1) Control postural y motricidad, (2) Coordinación óculo-motriz y conducta de adaptación a objetos (3) Lenguaje, y (4) Sociabilidad o relaciones sociales y personales; y la *Escalas BAYLEY de Desarrollo Infantil, BSID* (Bayley, 1969), esta escala consta de tres subescalas que contribuyen a evaluar el desarrollo del niño/a durante los dos primeros años de vida. La primera, la escala mental, evalúa aspectos relacionados con el desarrollo cognitivo y la capacidad de comunicación; la segunda, la escala de psicomotricidad, evalúa el grado de coordinación corporal, así como habilidades motrices finas en manos



y dedos. La última escala, la de registro del comportamiento, permite evaluar la naturaleza de las orientaciones sociales y objetivas hacia el entorno. Y por último las Escalas *MCCarthy de aptitudes y psicomotricidad para niños MSCA* (MCCarthy, 1991). El MSCA es aplicable a niños entre 2,6 y 8,6 años de edad y consta de 18 test independientes, que evalúan conductas cognitivas y motóricas, agrupados en seis escalas: (1) Verbal, (2) Perceptivo -manipulativa, (3) Numérica, (4) General Cognitiva, (5) Memoria y (6) Motricidad. El contenido de las tres primeras consideradas conjuntamente constituye la Escala General Cognitiva.

5.2.2.1.10 NEUROPSICOLOGICA

Para la exploración a nivel neuropsicológico destacamos dos instrumentos: El *Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil, CUMANÍN* (Portellano, Mateos, Martínez Arias, Granados y Tapia, 2000), este cuestionario se aplica a niños/as de 3 a 6 años, y evalúa 7 áreas: (1) psicomotricidad, (2) lenguaje, (3) atención, (4) estructuración espacial y visopercepción, (5) memoria, (6) estructuración rítmico-temporal, y (8) lateralidad; y el *Diagnóstico Neuropsicológico Infantil, LURIA Inicial y DNI* (Ramos y Manga, 2006), permite evaluar el área neuropsicológica entre los 4 y los 6 años (LI) y de 6 a 12 años (L DNI). Este test permite la evaluación de 4 áreas: (1) motricidad, (2) lenguaje oral, (3) rapidez de procesamiento y (4) memoria verbal y no verbal.

5.2.2.1.11 ADAPTACION PSICOSOCIAL

La sintomatología psicopatológica que presentan los menores expuestos a violencia de género es variada y compleja, y puede producir una serie de dificultades en diversas áreas de la vida cotidiana del niño/a (Olaya, Tarragona, de la Osa y Ezpeleta, 2008), por ello se hace necesaria la evaluación del funcionamiento general o la adaptación en los distintos contextos en los que el menor interactúa.

Para su valoración existen diversos instrumentos entre los que se encuentran: *Child and Adolescent Functional Assessment Scale* (Hodges, 1995) para menores en edad escolar, y la *Preschool and Early Childhood Functional Assessment Scale* (Hodges, 1999), ambas evalúan el nivel de funcionamiento en ocho áreas diferentes: (1) ejecución de



roles en casa; (2) ejecución de roles en el colegio y en la comunidad; (3) funcionamiento cognitivo; (4) conducta hacia los otros; (5) humor y emociones; y (6) uso de sustancias. Si bien como indican Ezpeleta, Granero, de la Osa, Doménech, y Bonillo (2006) las escalas deben ser cumplimentadas por clínicos que tengan conocimiento sobre el caso. También se puede utilizar el *Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil, TAMAI* (Hernández, 2004). El TAMAI se aplica a niños/as y jóvenes desde 3º de Educación Primaria hasta la edad adulta, es una autoevaluación de la Inadaptación Personal, Social, Escolar, Familiar, y sobre las Actitudes Educadoras de los Padres, comprendiendo diferentes factores en cada una de estas áreas. Incluye asimismo dos escalas auxiliares de «fiabilidad». Esta prueba consta de 175 proposiciones con un formato de respuesta dicotómico (si/no).

Para la valoración del funcionamiento general o adaptación se encuentra La *Escala de Conducta Adaptativa de Vineland (Vineland Adaptive Behavior Scale, VABS;* Sparrow, Balla y Cicchetti, 1984) revisión y modificación de la “*Escala Vineland de Madurez Social*” (Doll, 1953). Esta escala valora conductas básicas de comunicación, habilidades para la vida diaria, socialización, habilidades motoras y desadaptación en niños/as desde el nacimiento hasta los 19 años, y adultos con retraso mental. Presenta tres formas: general, extensa y de edición para aulas escolares. Las escalas son administradas a través de una entrevista a los padres o cuidadores para las formas general y extensa.

5.2.2.1.12 TRAUMA COMPLEJO

Como vimos tanto en el capítulo 2 de consecuencias, como en el capítulo 3 de modelos, un nuevo trastorno está siendo validado empíricamente por la APA. La sintomatología del trauma complejo se relaciona con situaciones como el maltrato y la exposición a la violencia de género.

No se han desarrollado muchos instrumentos para la valoración de este nuevo diagnóstico debido a la prematuridad del mismo, si bien a continuación se exponen las primeras aportaciones en esta línea: La *Entrevista Estructurada del Trastorno de Estrés Extremo SIDES* (Pelcovitz, van der Kolk, Roth, Mandel, Kaplan y Resick, 1997),



desarrollado por el grupo de trabajo del DSM-IV, se diseñó con la intención de evaluar la sintomatología DESNOS presente en el último mes. Otro instrumento es el *Inventario Autoinformado del Trastorno de Estrés Extremo (SIDES-SR)*. El SIDES-SR (Spinazzola *et al.*, 2001) es un autoinforme que valora los posibles cambios acontecidos en la sintomatología característica de las distintas áreas del DESNOS. Por último, encontramos el *Listado de indicadores de sintomatología DESNOS (GUIA-PC, 2007)*. Este listado es cumplimentado por el evaluador que debe valorar los 15 síntomas centrales del diagnóstico del Trastorno por Estrés Postraumático Complejo o DESNOS. Las respuestas se puntúan en una escala tipo likert de seis puntos en función de la gravedad del síntoma (de 1=nada a 6=mucho).

5.3 EVALUACIÓN DE LAS VARIABLES MEDIADORAS

Entre las características del niño/a que le ayudan a hacer frente a las situaciones adversas, se encuentran entre otras, la buena capacidad intelectual, la autoestima, el talento individual, las creencias religiosas, el tener una buena situación socioeconómica, y contar con una red social suficientemente cálida (Osofsky, 1999), y además, entre estos factores protectores también se encuentran las habilidades sociales (Olaya, Tarragona, de la Osa y Ezpeleta, 2008).

En general podemos dividir las variables mediadoras en dos grandes bloques, uno las que dependen de las *características individuales de niños/a* y, otro, aquellas que dependen del *contexto familiar y social*. A continuación se exponen los distintos instrumentos a través de los cuales se pueden evaluar estas variables.

5.3.1 CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES

5.3.1.1 SOCIALIZACION

Como hemos comentado anteriormente, las habilidades sociales pueden intervenir a la hora de determinar cómo el menor reacciona ante las situaciones adversas. En este sentido, para la valoración del área de socialización encontramos diversos instrumentos como: La *Batería de Socialización (BAS)*, en sus dos versiones para padres (BAS-2) y



profesores (BAS-3), se aplica a menores de 6 a 15 años (Silva y Martorell, 1983). Y la versión autoinforme para adolescentes de edades comprendidas entre los 11 y los 19 años (Silva y Martorell, 1995), que consta de 75 ítems que se dividen en cuatro escalas de aspectos sociales facilitadores: (1) liderazgo; (2) jovialidad; (3) sensibilidad social; y (4) respeto-autocontrol; y tres escalas de aspectos perturbadores: (1) agresividad-terquedad; (2) apatía-retraimiento; y (3) ansiedad-timidez. También se obtiene una apreciación global del grado de adaptación social. Por otro lado la *Escala de Dificultad Interpersonal para Adolescentes* (Méndez, Inglés e Hidalgo, 2001), también se puede utilizar con el fin de valorar las dificultades a nivel social. Esta escala es un autoinforme que recoge a través de un formato de rejilla la capacidad de los jóvenes para desenvolverse en 4 áreas diferentes: amigos, familia, colegio, y comunidad; con diferentes estímulos o personas. Del mismo modo se pueden utilizar subescalas de otros cuestionarios, como por ejemplo: la *Escala de Inadaptación Social del TAMAI* (Hernández, 2004); la *Escala de Socialización de la Escala Vineland de madurez social* (Doll, 1953); o la escala de conducta hacia otros del *Child and Adolescent Functional Assessment Scale* (Hodges, 1995), en sus dos versiones, para edad escolar y para preescolares. Por otro lado *La Escala de Comportamiento Asertivo* (Wood, Michelson y Flynn, 1978) adaptada por De la Peña, Hernández y Rodríguez (2003), esta formada por 27 ítems se aplica a niños/as de edad escolar entre los 6 y los 12 años, e indica el estilo de comunicación del menor, clasificándolo en: agresivo, inhibido o asertivo.

5.3.1.2 CONDUCTA PROSOCIAL

Las conductas prosociales o el nivel de empatía pueden amortiguar el nivel de daño que produce la situación de violencia de género, entre otras cosas porque ésta puede hacer que la identificación se produzca con la víctima y no con el agresor, aumentando las posibilidades de no desarrollar conductas agresivas.

En esta línea se pueden utilizar instrumentos como el *Escala de Conductas Prosociales* (*Prosocial Behavior Scale* Caprara y Pastorelli, 1993; del Barrio, et al., 2001). Esta escala de 15 ítems evalúa la conducta de ayuda, de confianza y simpatía. Los ítems tienen tres alternativas de respuesta a través de los cuales se indica la frecuencia con la



que ocurre cada una de las conductas descritas. El *Índice de empatía para niños y adolescentes IECA* (Bryant, 1982; Mestre et al, 1999), esta escala consta de 22 ítems que evalúan el componente emocional de la empatía relacionado con la capacidad del menor de mostrar empatía hacia los demás. Otro instrumento es el *Prosocial Reasoning Objective Measure* (PROM) (Carlo, Eisenberg y Knight, 1992; Mestre et al, 2002). Evalúa el razonamiento que el sujeto lleva a cabo ante un problema o una necesidad de otra persona que implica una respuesta de ayuda. Las respuestas que el sujeto da en las siete “historias” que se le plantean puntúan en diferentes estilos de razonamiento: hedonista, orientado a la necesidad, orientado a la aprobación de otros, estereotipado e interiorizado. Este instrumento permite discriminar entre sujetos que justifican la situación en función de sus intereses personales, sujetos que se sienten más presionados por la aprobación externa, el atenuamiento a la autoridad, y sujetos que se guían más por principios personales, por criterios de igualdad, por asumir la responsabilidad y por la anticipación de consecuencias positivas y/o negativas que se pueden derivar de una determinada acción.

5.3.1.3 AUTOEFICACIA/AFRONTAMIENTO

Como indicaron Leitnberg, Gibson y Novy (2004), y después Olaya, Tarragona, de la Osa y Ezpeleta (2008), los menores expuestos a situaciones abusivas desarrollan estrategias de afrontamiento desadaptativas en años posteriores, por ello valorar la autoeficacia de estos menores, así como las estrategias de resolución de problemas es recomendable. Entre los instrumentos para valorarla se encuentra: La *Escala De Autoeficacia Para Niños* (Pastorelli et al., 2001); adaptada por Carrasco y Del Barrio (2002). Esta escala consta de 35 ítems seleccionados de un grupo de 8 dimensiones procedentes de un gran número de escalas de autoeficacia multidimensional de Bandura (Bandura, 1990). El formato de respuestas está graduado de 0 a 5 y acompañada en cada uno de los niveles por etiquetas de distinta intensidad de eficacia con el fin de facilitar la comprensión de la graduación numérica (1 =fatal; 2 =no muy bien; 3 =bien, 4=muy bien, y 5 =fenomenal). Se pretende evaluar con ellos la percepción de eficacia que el sujeto posee en los distintos ámbitos, entre los que figuran



la autoeficacia en el contexto académico, social y de control. La *Escala de Autoeficacia General* (Baessler y Schwarcer, 1996). Consta de 10 ítems con escalas de tipo Likert de 4 puntos, con formato de respuesta a escalas de 10 puntos.

Para la evaluación de las estrategias de afrontamiento se puede utilizar *La Self-Report Coping Measure* (Causey y Dubow, 1992), un auto-informe para niños de 9 a 12 años que evalúa estrategias de afrontamiento entre las que se encuentran: búsqueda de apoyo social, solución de problemas y estrategias de evitación como distanciamiento, exteriorización, interiorización. Frydenberg y Lewis (1996) diseñaron las *Escalas de Afrontamiento para Adolescentes* que evalúan las estrategias de afrontamiento en esa edad, en concreto tres tipos: (1) las productivas o estrategias centradas en resolver problema a la vez que se mantiene físicamente bien y socialmente conectado, (2) no productivas o estrategias de evitación; y (3) orientadas a los otros, es decir, las que se basan en la búsqueda de ayuda en los demás.



Segunda Parte: Estudio empírico



Capítulo 6

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

En este capítulo se especifica el objetivo general de la investigación, los objetivos específicos, así como las hipótesis de partida planteadas. Las hipótesis hacen referencia por un lado, y de manera descriptiva, al nivel de afectación de los niños/as expuestos a violencia de género, y por otro, a la relación entre el grado y tipo de exposición a la violencia y/o maltrato directo, y la presencia y gravedad de sintomatología en las diferentes áreas evaluadas. A continuación se recogen los objetivos e hipótesis de la investigación.



6.1 OBJETIVOS

6.1.1 OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo general de la investigación es conocer la afectación a nivel psicopatológico en niños/as expuestos a violencia de género y su relación con el maltrato sufrido.

6.1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Analizar las variables psicosociales de las madres: edad, nacionalidad y nivel de estudios.
- Analizar las variables de las madres relativas a: estructura familiar, situación de convivencia actual, existencia de relaciones afectivas, y número de hijos/as asistentes al servicio.
- Detectar la frecuencia y tipo de maltrato sufrido por las madres.
- Detectar la frecuencia y tipo de maltrato al que han sido expuestos los/as niños/as.
- Analizar la prevalencia de alteraciones psicopatológicas en los/as niños/as en las siguientes áreas:
 - Sintomatología internalizante y externalizante
 - Ansiedad
 - Depresión
 - Ira/hostilidad
 - Adaptación
 - Indicadores de Estrés postraumático
 - Indicadores de Trauma complejo
- Analizar la relación entre la sintomatología que presenta el/la niño/a y el nivel de exposición a la violencia de género y/o maltrato directo que han sufrido.



6.2 HIPÓTESIS

El planteamiento general es que los/as niños/as expuestos a violencia de género presentaran diversos indicadores a nivel psicopatológico. Basándonos en los estudios descritos en el capítulo dos, la afectación se dará en las diferentes áreas evaluadas. En general se espera que la exposición a la violencia doméstica estará relacionada con altos niveles de problemas psicopatológicos en los/las niños/as.

6.2.1 HIPÓTESIS SOBRE LA AFECTACIÓN A NIVEL PSICOLÓGICO.

Hipótesis 1.

A menos edad, mayor afectación psicopatológica.

Hipótesis 2.

La prevalencia clínica será mayor en los problemas externalizantes que en problemas internalizantes.

Hipótesis 3.

No se encontrarán diferencias de sexo significativas con respecto a los diversos problemas evaluados a nivel psicopatológico.

Hipótesis 4.

La prevalencia y la valoración en los síndromes será mayor en los informes de las madres que en los informes de los/las niños/as.

Hipótesis 5.

En adaptación las puntuaciones más elevadas se darán en el ámbito Familiar.



6.2.2 HIPÓTESIS SOBRE LA RELACION ENTRE EL TIPO DE MALTRATO Y VARIABLES PSICOPATOLÓGICAS.

El planteamiento general sobre la relación entre el tipo de maltrato sufrido y la existencia de variables psicopatológicas se basa en la presunción de que a mayor cantidad y más gravedad del maltrato intrafamiliar, más cantidad y mayor gravedad de problemas psicopatológicos en los/las niños/as en las áreas evaluadas: ansiedad, depresión, ira, adaptación, indicadores de estrés postraumático y de trauma complejo.

Hipótesis 6.

A mayor intensidad de maltrato sufrido, mayor prevalencia en los síndromes psicopatológicos evaluados por las madres.



Capítulo 7

MÉTODO

En primer lugar, se indica explícitamente que en esta investigación se han atendido a todos y cada uno de los principios éticos y recomendaciones que se indican en la “*Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial*”²⁶ (52^a Asamblea General, Helsinki, Octubre 2000), de acuerdo con la misma, la preocupación por el bienestar de los participantes ha tenido primacía sobre los intereses científicos. A lo largo de este capítulo, se describe el diseño utilizado en la investigación, las características de la muestra, el modo de reclutamiento de los sujetos, y los criterios de inclusión establecidos. Posteriormente se recoge el procedimiento seguido en el estudio, las fases de evaluación con los instrumentos utilizados, y el análisis estadístico realizado.

²⁶Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 18^o Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964, enmendada por la 29^a Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975; 35^a Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983; 41^a Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989; 48^a Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996; 52^a Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000; Asamblea General de la AMM, Tokio 2004 y 59^a Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008.



7.1 PARTICIPANTES

La muestra está constituida por 120 participantes, 64 niños y 56 niñas, de edades comprendidas entre 1 y 17 años.

7.1.1 RECLUTAMIENTO DE LA MUESTRA

Para el reclutamiento de la muestra se siguió la estructura de remisión acordada con los *Centros de Atención a Víctimas de violencia de género* (CAVIS) de la Región de Murcia. Los CAVIS forman parte de un servicio público y gratuito que brinda el Instituto de la Mujer, dependiente de la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración, en colaboración con los Ayuntamientos de la Región de Murcia.

El objetivo de los CAVIS es atender mujeres víctimas de violencia de género, proporcionándoles apoyo psicológico y jurídico, así como asesorándoles en la búsqueda de recursos de tipo social, económico, y medidas de protección.

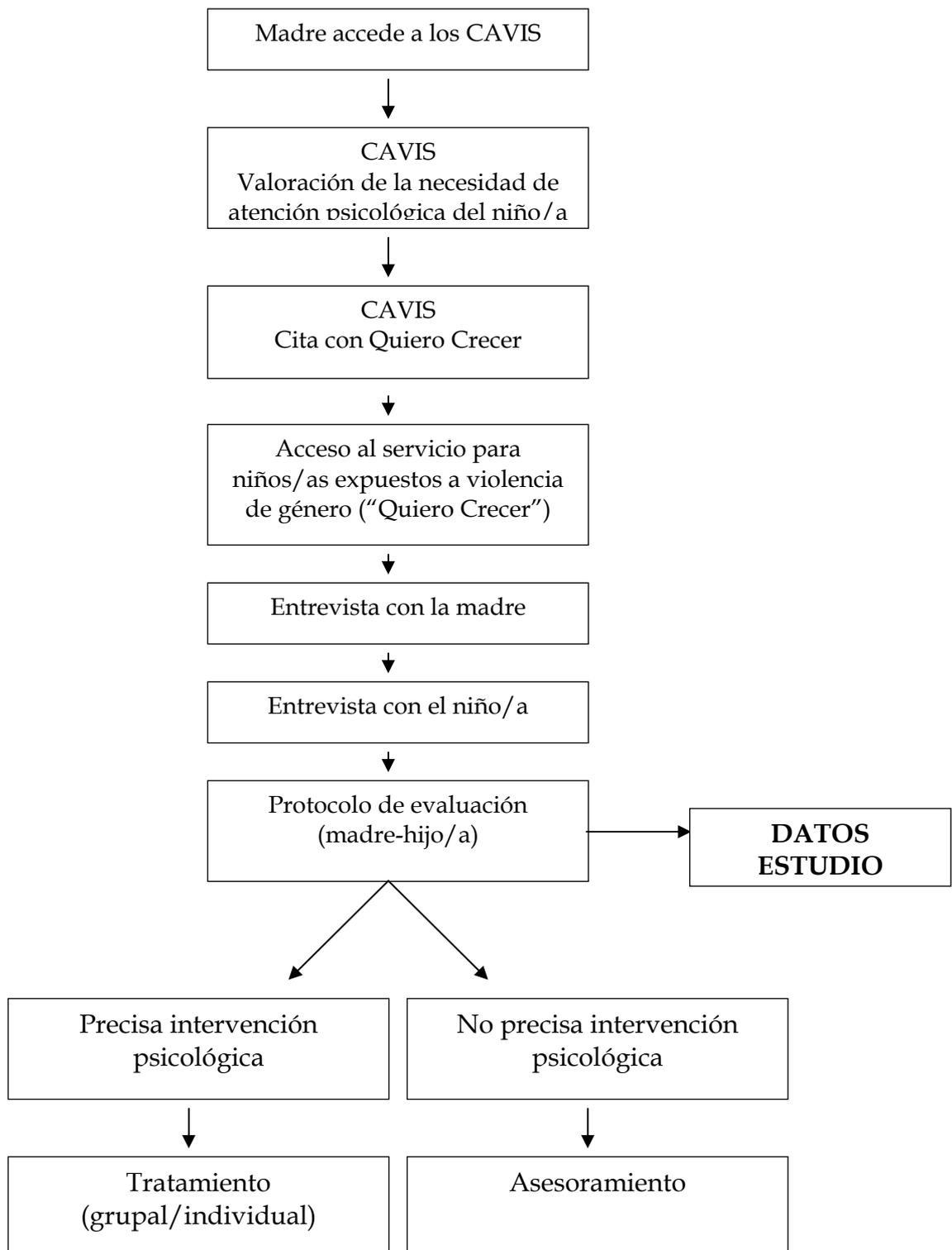
Las profesionales de los CAVIS valoran la necesidad de que los hijos/as de estas mujeres sean derivados al *Servicio de Atención Psicológica a Menores Víctimas de Violencia de Género*, que se lleva a cabo desde la Asociación para el Desarrollo de la Salud Mental en Infancia y Juventud “*Quiero Crecer*”. Para aquellos menores que presentan dificultades a nivel emocional y/o comportamental, los CAVIS establecen cita con *Quiero Crecer* a través de una agenda electrónica.

Una vez que los usuarios (madres e hijos/as) acceden al servicio de Atención para hijos/as de mujeres maltratadas, se siguen los siguientes pasos: (1) Entrevista con la madre, se realiza con el fin de recoger los datos sobre la historia familiar, los datos relativos al niño/a, y la situación familiar actual; (2) Entrevista con el/la menor, cuyo objetivo es establecer el nivel y percepción de información que tiene sobre la situación actual y pasada, así como las dificultades que presenta; y (3) Aplicación del protocolo de evaluación, tanto al menor como a la madre que consta de diferentes escalas, inventarios y cuestionarios. Solo se han incluido en este estudio aquellos niños/as que finalizaron la evaluación psicológica, cumplimentando todos los cuestionarios que la componen.



A continuación los/as niños/as son asignados a un tratamiento tanto grupal a la vez que se inicia un tratamiento individual, en el que se trabajan diferentes objetivos, dependiendo de las dificultades y características que presente.

Figura 7.1. Reclutamiento de la muestra





Los criterios de inclusión para formar parte de la muestra, así como los criterios de exclusión se exponen en las siguientes tablas:

Tabla 7.1: Criterios de inclusión

- Tener una edad entre 1 y 18 años
- Ser hijo/a de mujer víctima de violencia de género y haber sido expuesto a la misma
- Haber accedido a la red de CAVIS
- Que el/la niño/a presente dificultades emocionales y/o del comportamiento en cualquier contexto de desarrollo

Tabla 7.2: Criterios de exclusión

- Niños/as no remitidos por los CAVIS
- Retraso Mental
- Trastornos Generalizados del Desarrollo

7.1.2 CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Los niños/as participantes en el estudio son el 53,3% (64) niños y el 46,7% (56) niñas. El rango de edad es de 1 a 17 años, con una media de 9,57 años. Respecto al nivel socioeconómico, no se obtuvo suficiente información para precisarlo pero, en base a la información proporcionada sobre el empleo de las madres se podría estimar un nivel medio en la mayoría de los casos.

La distribución de los participantes por edades se expone en la siguiente tabla:

Tabla 7.3. Datos sociodemográficos de los menores.

Edad (rango 1-17)	<5	6-12	> 13
N	22	63	34
(%)	(18,5%)	(52,9%)	(28,6%)

Las siguientes figuras muestran los porcentajes en la distribución por sexo y por edad.

Figura 7.2. Distribución de la muestra por sexos

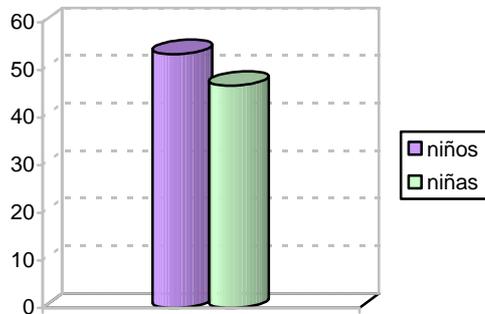
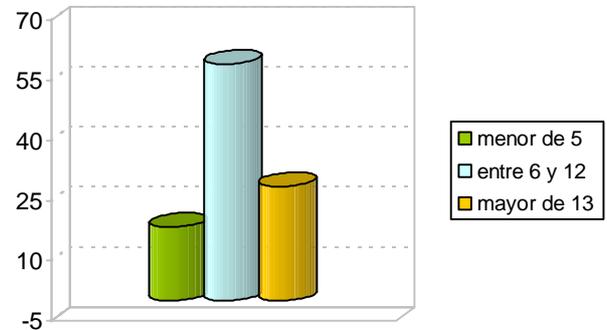


Figura 7.3. Distribución de la muestra por edad



7.2. DISEÑO

El diseño planteado para el desarrollo de esta investigación es descriptivo transversal retrospectivo.

7.3. PROCEDIMIENTO

En la presente investigación se utilizaron dos fuentes de información, por un lado, las 88 madres de los 120 niños/as que formaron parte de la muestra, evaluaron las dificultades psicológicas que presentaban sus hijos/as, y por otro, los/as niños/as que realizaron una autovaloración de sus propias dificultades.

Sobre las madres se registraron diversas variables sociodemográficas, entre las que se encuentra: la distribución por *edad*, en este sentido encontramos que un 15,9 % son menores de 30 años; un 52,3% esta entre los 31 y los 40 años; y un 31,8% son mayores de 41 años; la *nacionalidad*, un 85,1% son españolas, y un 14,9 de otras nacionalidades, mayoritariamente latinoamericanas; el *nivel de estudios*, un 13,3% no tiene estudios, un 39,8% estudios primarios, un 39,8% estudios secundarios, y un 7,2% estudios universitarios.

En relación a otras variables relevantes como el *número de hijos/as* por el que solicitan atención psicológica, el 34,1% solicitan para más de un hijo/a, y el 65,9% para un hijo/a solo/a. Sobre la *convivencia o no con el agresor*, un 90,8% no convive



actualmente con el agresor, y un 9,2 si convive con el agresor. Sobre la *estructura familiar* de las mujeres que no conviven con el agresor, un 68,2% vive con los hijos/as, mientras que un 31,8% vive con sus hijos/as y otras personas como, abuelos, hermanos, u otra pareja. Con respecto a si tienen actualmente *pareja estable* (no se contempla el maltratador), un 24,1% tienen pareja estable en la actualidad, frente a un 75,9 que refiere no tener pareja. En las siguientes tablas se muestra la prevalencia obtenida en estas variables.

Tabla 7.4. Edad de las madres.

Edad (rango 1-17)	<30	31-40	> 41
N	14	46	28
(%)	(15,9%)	(52,3%)	(31,8%)

Tabla 7.5. Estudios de las madres.

Estudios	Sin estudios	Primarios	Secundarios	Universitarios
N	11	33	33	6
(%)	(13,3%)	(39,8%)	(39,8%)	(7,2)

Tabla 7.6. Nacionalidad de las madres.

Nacionalidad	Española	Extranjera
N	74	13
(%)	(85,1%)	(14,9%)

Tabla 7.7. Convivencia con el maltratador.

Convivencia	Si convive	No convive
N	8	79
(%)	(9,2%)	(90,8%)

Tabla 7.8. Pareja estable.

Pareja estable	Si	No
N	21	66
(%)	(24,1%)	(75,9%)



Tabla 7.9. Estructura familiar.

Estructura familiar	Madre-hijos/as	Madre hijos/as y otros
N	60	28
(%)	(68,2%)	(31,8%)

Tabla 7.10. Hijos/as asistentes.

Hijos/as asistentes	Uno	Mas de uno
N	58	30
(%)	(65,9%)	(34,1%)

Los siguientes gráficos muestran la distribución (porcentajes) de los datos de las 88 madres que participaron en el estudio.

Figura 7.4. Estudios de la madre

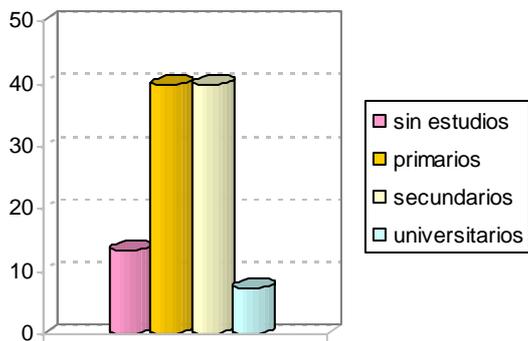


Figura 7.5. Nacionalidad de la madre

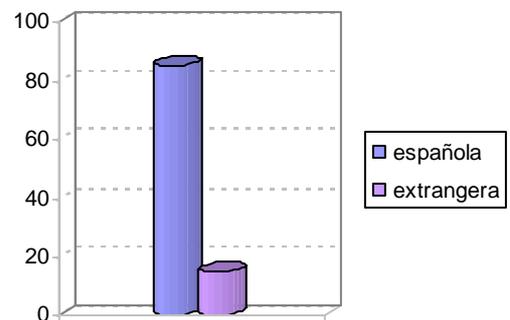


Figura 7.6. Convivencia o no con maltratador atención

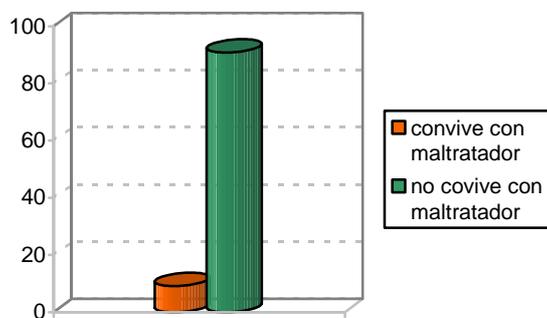


Figura 7.7. Hijos/as por los que solicita

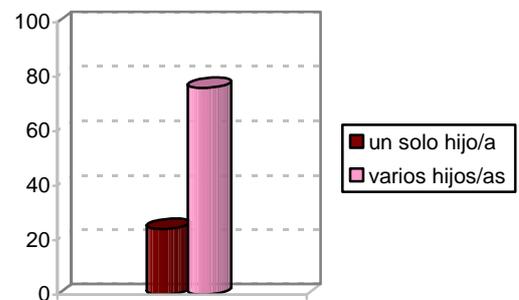
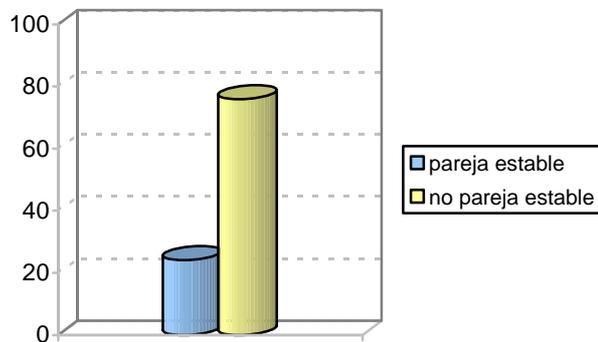


Figura 7.8. Pareja estable o no de la madre.



7.3.1. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Una vez que las madres y los menores accedieron al servicio de Atención Psicológica para Hijos/as de Mujeres Víctimas de Violencia de Género, se inició el proceso de evaluación psicológica. En primer lugar se realizó una entrevista con la madre, en segundo lugar una entrevista con el menor, y por último se administraron los instrumentos de evaluación.

La evaluación psicológica realizada a niños/as proporciona información que permite conocer el nivel de afectación que presentan. Con este proceso se pretende recabar información sobre: 1) Nivel de afectación psicopatológica; y 2) nivel de dificultad que experimenta en los diferentes contextos, familiar, escolar, social y personal.

Como se he comentado anteriormente, antes de administrar el protocolo de evaluación se llevó a cabo una entrevista con la madre y una con el menor, una vez finalizadas se aplicaron los cuestionarios de evaluación. La selección de los instrumentos dependió de la edad del niño/a.

A continuación se exponen las características de las entrevistas realizadas, y los instrumentos de evaluación administrados.



7.3.1.1 Entrevistas

7.3.1.1a. LA ENTREVISTA A LA MUJER MALTRATADA

La *Entrevista a la Mujer Maltratada* (GUIA-PC, 2009)²⁷, fue desarrollada con el fin de recoger los datos más relevantes sobre la historia de violencia de género. Consta de dos partes, la primera recoge los datos sociodemográficos, entre los que se encuentra: la edad, nacionalidad, profesión, nivel de estudios, componentes del núcleo familiar, personas que conviven, relación de pareja, y número de hijos/as. A continuación, se realiza una composición familiar basada en la nomenclatura sistémica sobre los componentes y relaciones principales (abuelos/as, padres, hijos/as, nietos/as) tanto de su familia como de la del agresor. Para finalizar la primera parte se recogen los datos acerca de los años de relación con el maltratador, tiempo de inicio del maltrato, tipo de maltrato, gravedad, mecanismos de afrontamiento, y nivel de exposición de los menores.

La segunda parte de la entrevista se centra en el/la hijo/a, hijos/as, ya que esta diseñada para la recogida de datos de más de un menor. En esta parte de la entrevista se determinan los problemas o dificultades que presenta el/la menor, los contextos en los que se da, la reacción de las personas próximas ante los mismos (madre, abuelos, profesores etc.), así como el nivel de apoyo familiar y social que tiene su hijo/a. También se recogen las cualidades o habilidades positivas que presenta.

Por último, se realiza un anamnesis y se recogen los datos más significativos del embarazo parto e historia del desarrollo. Se completa la misma con un apartado de observación clínica donde el/la profesional recoge la percepción sobre la madre, describiendo el estado general (ansiosa, deprimida etc.) el nivel de comunicación que establece y la disponibilidad de asistencia al servicio. Por último se le explica el proceso de evaluación que va a seguir, así como la importancia de la sinceridad y honestidad en la cumplimentación de las diferentes pruebas que se les va a administrar.

²⁷Ver Anexo 3.



7.3.1.1.b ENTREVISTA PSICOLÓGICA AL MENOR MALTRATADO

La *Entrevista Psicológica para Menores en Riesgo de Maltrato*²⁸ (GUIIA-PC, 2008), consta de tres partes, en la primera se recogen los datos personales como el nombre y apellidos, la edad y la fecha de nacimiento, a continuación se dan unas pautas sobre como dirigirse al menor, y realizar las preguntas. En una segunda parte, se presenta el terapeuta y se valora el motivo por el que cree que esta allí, indicándole cuales son las actividades que desarrolla un terapeuta infantil. En la tercera parte, se realizan preguntas sobre el curso y adaptación académica, las asignaturas que mas le gustan, los profesores, amigos, las cosas que le divierten, para pasar a realizar preguntas referentes al área social, médica-somática y comportamental-emocional. Por último, se aborda el área familiar, y las dificultades en la misma. Para finalizar se incluye un apartado de observación clínica en el cual el profesional indica los aspectos mas destacables del comportamiento o estado afectivo-emocional del menor.

Una vez realizadas las entrevistas, se administra el protocolo de evaluación formado por diversas escalas, inventarios y cuestionarios, los utilizados en el presente estudio se exponen a continuación.

7.3.2. Cuestionarios, inventarios y escalas

En primer lugar, se describen los instrumentos que se administraron a la madre, y en segundo lugar, los que se administraron a los/as niños/as. De cada instrumento de evaluación se describen sus características principales, tales como edad de aplicación, numero de ítems, escalas que lo componen, puntuaciones totales, el punto de corte establecido para el estudio, así como sus propiedades psicométricas más relevantes. Al final del apartado, expone un cuadro resumen con el conjunto de pruebas utilizadas en la presente investigación.

²⁸ Ver Anexo 4.



Instrumentos de evaluación a las madres

7.3.2.1. INVENTARIO DE EVALUACIÓN DEL MALTRATO A LA MUJER POR SU PAREJA.

El *Inventario de Evaluación del Maltrato a la Mujer por su Pareja*²⁹ (Matud, 1998), fue adaptado por Matud, Caballeira y Marrero (2003). Este inventario está diseñado para evaluar el tipo de maltrato que sufre una mujer por parte de su pareja. Consta de 56 ítems a través de los cuales se evalúan dos tipos de maltrato: el maltrato emocional, formado por 37 ítems, y el maltrato físico, formado por 19 ítems. Este inventario es administrado a la madre y proporciona dos tipos de información, en primer lugar, sobre el maltrato ejercido por la pareja hacia la madre, y en segundo lugar, el nivel de testimonio del hijo/a sobre dicho maltrato. El formato de respuesta es tipo likert de cinco puntos (0=nunca, 1=a veces, 2=a menudo, 3=bastante; 4= siempre), y contiene distintas columnas para poder realizar una evaluación sobre varios hijos/as. Ambos factores de la escala (maltrato psicológico y físico) presentan una consistencia interna alta, con un coeficiente alfa de 0.94 y una correlación entre ellos de 0.57 (Matud, Caballeira y Marrero, 2003). Los puntos de corte que se han establecido para la valoración del nivel y las puntuaciones a las que se corresponden, han sido elegidas para este estudio. Las categorías de maltrato son: nulo, leve, moderado, grave y muy grave. Las puntuaciones a las que se corresponde cada categoría de maltrato son iguales para ambas escalas, maltrato directo a la madre y testimonio de menor. Estas son: en la escala de maltrato emocional el nivel leve se corresponde con los rangos de puntuación de 0 a 49,3; el nivel moderado de 49,3 a 98,6; y el nivel grave de 98,6 a 148 (máxima puntuación en esta escala). En la categoría de maltrato físico el nivel leve se corresponde con puntuaciones de 0 a 25,3; el nivel moderado de 25,3 a 50,6; y el nivel grave de 50,6 a 76 (máxima puntuación en la escala).

²⁹ Ver Anexo 5.



7.3.2.2. INVENTARIO DE EVALUACIÓN DEL MALTRATO A LA INFANCIA

El *Inventario de Evaluación del Maltrato en la Infancia*³⁰ parte de las escalas de Matud, Caballeira y Marrero (2003). Este inventario es una adaptación del Equipo GUIA-PC (2009), elaborado para evaluar las situaciones de maltrato directo sobre el menor. Consta de 60 ítems y valora 4 tipos de maltrato: (1) Negligencia, incluye física y emocional, y consta de 10 ítems; (2) Maltrato Emocional, consta de 31 ítems e incluye los subtipos: (2.1) Aislamiento; (2.2) Degradación; (2.3) Manipulación; (2.4) Debilidad Inducida por Malestar o Agotamiento Físico; y (2.5) Amenazas de Muerte; (3) Maltrato Físico formado por 16 ítems, y (4) Abuso Sexual consta de 2 ítems (ya que es un screening del mismo). El formato de respuesta es tipo likert de cuatro puntos (0=nunca, 1=1 vez cada 2 o 3 meses, 2=varias veces al mes, y 3=varias veces a la semana), e incluye una columna donde se especifica la duración de dicho maltrato. Los puntos de corte que se han establecido para la valoración del nivel y las puntuaciones a las que se corresponden, han sido fijadas para este estudio, estas son: leve, moderado y grave. Las puntuaciones a las que se corresponden son: en la escala de negligencia física el nivel leve se corresponde con los rangos de puntuación de 0 a 7; el nivel moderado de 7 a 14; y el nivel grave de 14 a 21 (máxima puntuación en esta escala). En negligencia emocional el nivel leve se corresponde con los rangos de puntuación de 0 a 3; el nivel moderado de 3 a 6; y el nivel grave de 6 a 9 (máxima puntuación en esta escala). En la categoría de maltrato emocional, el nivel leve de aislamiento se corresponde con puntuaciones entre 0 y 6; moderado de 6 a 12; y grave de 12 a 18 (máxima puntuación en la escala). En degradación el nivel leve se corresponde con puntuaciones entre 0 y 7; el moderado entre 7 y 14 y el grave entre 14 y 21 (máxima puntuación en la escala). En la subescala de Manipulación el nivel leve se corresponde con puntuaciones de 0 a 3; el moderado de 3 a 6; y el grave de 6 a 9 (máxima puntuación en la escala). El nivel leve en la subescala de debilidad inducida por malestar o agotamiento físico se corresponde con puntuaciones de 0 a 9; el moderado de 9 a 18 y el grave de 18 a 27 (máxima puntuación en la escala). Y en la última subescala que compone el maltrato emocional,

³⁰Ver Anexo 6.



amenazas de muerte, el nivel leve se corresponde con puntuaciones de 0 a 6, el moderado de 6 a 12, y el grave de 12 a 18 (máxima puntuación en la escala). En la escala de maltrato físico el nivel leve se encuentra entre puntuaciones entre 0 y 16; el moderado de 16 a 32; y el grave de 32 a 48 (máxima puntuación en la escala). Y por último el nivel leve en la escala de abuso sexual se corresponde con puntuaciones de 0 a 2; el moderado de 2-4, y el grave de 4 a 6 (máxima puntuación en la escala).

7.3.2.3. SINTOMATOLOGÍA INTERNALIZANTE Y EXTERNALIZANTE

En el ámbito de la psicopatología del desarrollo surgen los trabajos de Achenbach y colaboradores (Achenbach y Edelbrock, 1978; Achenbach y McConaughy, 1987), que propusieron un Modelo de Evaluación Multiaxial específico para Infancia y Adolescencia (MMBE), con la aportación de un protocolo de evaluación infantil, formado por los siguientes instrumentos: *Child Behavior Checklist CBCL* (Achenbach, 1991a), *Youth Self Report YSR* (Achenbach, 1991c), y *Teacher Report Form TRF* (Achenbach, 1991b). Estos instrumentos se caracterizan por utilizar distintas fuentes de información, múltiples ejes de evaluación y un enfoque empírico. Las escalas de Achenbach son aplicables tanto a población comunitaria como a clínica. Han sido diseñadas para evaluar un amplio rango de problemas internalizantes y externalizantes a partir de un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, así, las escalas de problemas se agrupan en dos niveles (Achenbach, 1991b), el primero está formado por los síndromes de primer orden o “*banda estrecha*” derivados de la aplicación de un análisis de componentes principales a los ítems; y el segundo, denominado “*banda amplia*”, hace referencia a una estructura superior derivada a partir de un análisis factorial de segundo orden, que diferencia dos patrones generales de carácter psicopatológico: *síndrome internalizado* y *síndrome externalizado*. Existen dos puntos de corte, la puntuación centil superior al percentil 93, a partir de la cual la información es considerada como indicador de sintomatología clínica moderada, y la puntuación centil igual o superior al percentil 98, como indicador de sintomatología clínica grave. Existen dos tipos de corrección, la que consta de seis escalas orientadas al DSM, estas son: Problemas afectivos, Problemas de Ansiedad, Problemas Somáticos,



Problemas de Atención/Hiperactividad, Problemas de Oposición/Desafío y Problemas de Conducta, y la que consta de ocho subescalas basadas en los síndromes empíricos hallados: Depresión/Ansiedad, Depresión/Retraimiento, Quejas somáticas, Comportamiento Antinormativo o Disruptivo, Comportamiento Agresivo, Problemas Sociales, Problemas de Pensamiento y Problemas de Atención.

La estructura de los tres instrumentos (CBCL, TRF e YSR) es igual, sin embargo algunos ítems pueden ser diferentes según el informante (Achenbach, 1991a, b, c). En esta investigación se han utilizado dos de ellos, el CBCL y el YSR. El CBCL pasa a exponerse a continuación, y el YSR se describirá en el apartado de evaluación al menor. Se han utilizado como punto de corte el correspondiente a la puntuación centil entre 93 y 97, y la igual o superior a centil 98, y la corrección basada en los ocho síndromes clínicos.

7.3.2.3.1. CHILD BEHAVIOR CHECKLIST (CBCL).

El *Child Behavior Checklist, CBCL* (Achenbach, 1991a), es una escala de valoración dirigida a padres con dos formatos de aplicación, una para niños/as de edades comprendidas entre 1 año y medio y 5 años, y otra para niños/as de edades entre 6 y 18 años, que se describen a continuación.

El CBCL de 1 año y medio a 5 años, está constituido por una escala formada por 99 ítems que evalúan los problemas conductuales y emocionales a través del informe de los padres. 14 de estos ítems describen conductas adaptativas o prosociales, 90 conductas problemáticas, y el ítem 56 se divide a su vez en 8 ítems que valoran problemas físicos sin causa médica (somatizaciones). Como se ha comentado anteriormente las escalas de problemas del CBCL se agrupan en dos niveles (Achenbach, 1991b), los síndromes de primer orden o banda estrecha son: Reactividad emocional, Ansiedad/Depresión, Quejas somáticas, Problemas del Desarrollo, Problemas de Sueño, Problemas de Atención, Comportamiento Agresivo; y los de segundo orden o de banda estrecha: internalizados (Reactividad emocional, Ansiedad/Depresión, Quejas somáticas y Retraimiento) y externalizados (Problemas de Atención, Comportamiento Agresivo).



El CBCL de 6 a 18 años evalúa los problemas conductuales y emocionales, así como las competencias psicosociales de niños/as a través del informe de los padres. Consta de dos partes, la primera referida a competencias psicosociales de los niños/as, y la segunda formada por 118 ítems. Las escalas de problemas del CBCL se agrupan en dos niveles al igual que el CBCL de 1 año y medio a 5 años, los síndromes de primer orden o banda estrecha son: Ansiedad/Depresión, Retraimiento, Problemas Somáticos, Problemas sociales, Problemas de Pensamiento, Problemas de Atención, Conducta Disruptiva, y Conducta Agresiva; y los de segundo orden o de banda estrecha son: internalizados (Ansiedad/Depresión, Retraimiento/Depresión, Quejas somáticas), y externalizados (Conducta Disruptiva, Comportamiento Agresivo).

Con respecto a la fiabilidad test-retest, Achenbach (1991a) llevo a cabo una evaluación en un grupo de 80 madres de hijos/as de entre 4 y 16 años, tras una semana obtuvo una correlación media para las escalas de competencia de 0,87 y para las escalas de problemas de comportamiento de 0,89. Todas las correlaciones oscilaban entre 0,80 y 0,90, excepto el aislamiento en chicos ($r = 0,75$) y los problemas de pensamiento en las chicas ($r = 0,63$). Clarke et al. (1992), evaluaron a 619 madres y a 366 padres de adolescentes con una media de edad de 16,8, estos autores obtuvieron una consistencia interna de 0,81 para las madres y de 0,76 para los padres. Achenbach, Phares, Howell, Rauh y Nurcombe (1990), realizaron un estudio en una muestra de 141 participantes de edades entre los 6 y los 8 años, que incluían participantes de bajo peso al nacer, las evaluaciones posteriores se realizaron al año y 2 años, con el fin de observar la estabilidad del instrumento. La correlación media al cabo de 1 año era de 0,62 para las escalas de competencia, y de 0,75 para las escalas de problemas de comportamiento. A los dos 2 años, la correlación media para las escalas de competencia era de 0,56, y de 0,71 para las escalas de problemas de comportamiento.

En referencia a la validez concurrente, Achenbach (1991a), analizó las relaciones del CBCL con las escalas de Connors para padres (1973) y las escalas Quay-Peterson (1983). En este estudio participaron 60 menores de 6 a 11 años (muestra clínica) evaluados con los tres instrumentos. Los autores encontraron correlaciones entre el CBCL y las escalas de Connors de entre 0,59 entre la escala de problemas de atención del CBCL y la de impulsividad-hiperactividad de Connors, hasta 0,86 entre las escalas



de agresividad del CBCL y la de conductas problema de Conners. Y correlaciones para la escala Quay- Peterson que oscilaban de 0,59 entre la escala de delincuencia del CBCL y la de agresividad socializada de las Quay-Peterson, hasta 0,88 entre la escala de agresividad del CBCL y la de alteración de la conducta de las Quay-Peterson.

En cuanto a la relación entre la evaluación de padres y autoevaluación, Clarke et al. (1992) evaluaron a padres y adolescentes con el CBCL y el YSR, y encontraron grados de acuerdo moderados entre madres y adolescentes ($r = 0,43$, $n = 631$), madres y padres ($r = 0,53$, $n = 316$) y bajos entre padres y adolescentes ($r = 0,29$, $n = 369$).

Instrumentos de evaluación a los/las niños/as.

7.3.2.3.2. YOUTH SELF REPORT (YSR)

El *Youth Self Report* (YSR; Achenbach, 1991c), es un instrumento de autoevaluación, que se ha traducido a 59 idiomas diferentes, y utilizado en más de 300 estudios (Lemos, Vallejo y Sandoval, 2002). Evalúa los problemas conductuales y emocionales, así como las competencias psicosociales de niños/as y adolescentes de edades comprendidas entre los 11 y 18 años. Este instrumento es ampliamente utilizado en la práctica clínica y en la investigación debido a su capacidad de establecer una taxonomía cuantitativa. El YSR/11-18 está compuesto por dos partes, la primera consta de 17 ítems que evalúan las competencias psicosociales de los jóvenes, y la segunda se compone de 112 ítems, 96 de los cuales se refieren a comportamientos problemáticos y otros 16 a conductas socialmente deseables. Si bien, la nueva versión de este instrumento (Achenbach y Rescorla, 2000, 2001), ha sido modificada quedando la primera parte compuesta por 17 ítems para la evaluación de competencias psicosociales, la segunda por 90 conductas problemáticas, y el ítem 56 que se divide a su vez en 8 ítems para valorar problemas físicos sin causa médica (somatizaciones).

Con respecto a la fiabilidad test-retest, Achenbach (1991c) la evaluó a través de su administración a 50 participantes en dos momentos diferentes que distaban entre sí por una semana, y encontró valores entre 0,67 y 0,90 para las escalas de banda ancha, y de 0,47 y 0,88 para las escalas de banda estrecha. Realizó esta misma operación pero con



7 meses de diferencia entre test retest con 111 participantes de 11 a 14 años, encontrando coeficientes entre 0,43 y 0,58 en las escalas de banda ancha, y de 0,28 y 0,87 en las escalas de banda estrecha. Clarke et al. (1992) en una muestra de 452 adolescentes, y un intervalo de 13,8 meses obtuvieron una fiabilidad test-retest de 0,56.

En relación a la consistencia interna, estos mismos autores, evaluaron a 685 adolescentes y obtuvieron un valor de 0,80 (Clarke, Lewinsohn, Hops y Seeley, 1992). Lozano y García (2000), en población española, obtuvieron una consistencia interna de 0,91, evaluando a 684 participantes de 13 a 19 años. Otros autores han encontrado una consistencia interna entre 0,43 y 0,84 en chicos, y entre 0,38 y 0,82 en chicas (Abad et al., 2000). Con respecto a las escalas de internalización y externalización, Abad et al. (2000), evaluaron a 342 participantes de 14 y 15 años y obtuvieron una consistencia interna comprendida entre 0,81 y 0,84 para ambas escalas, y valores entre 0,56 y 0,74 para las escalas de banda estrecha. Lozano et al. (2000) evaluaron un grupo de 684 estudiantes de 13 a 19 años a través de este instrumento y obtuvieron una consistencia interna de 0,91.

Sobre la validez del YSR, Achenbach (1991c), encontró que las puntuaciones obtenidas por los/as adolescentes eran mayores a las de sus padres y profesores. El grado de correlación entre las puntuaciones del adolescente y sus padres, así como las del adolescente y sus profesores es moderado. Para los padres oscilaban entre 0,48 para sus hijos y 0,44 para sus hijas, para las madres oscilaban entre 0,55 para sus hijos y 0,57 para sus hijas, mostrando por tanto las madres grados de acuerdo más elevados. En el caso de los profesores, las correlaciones se encontraban con respecto al rendimiento académico en 0,51 con las puntuaciones de los chicos, y 0,55 con las de las chicas, y en la escala de problemas, entre 0,48 con respecto a los chicos, y 0,35 con respecto a las chicas. En una evaluación de 102 chicas con trastornos psicopatológicos y sus madres a través del YSR y el CBCL se obtuvieron correlaciones bajas entre las escalas de los dos cuestionarios, entre 0,07 y 0,36 (Thurber y Show, 1990). Sourander, Helstelä y Helenius (1999) realizaron un estudio con 580 padres y adolescentes de 15 y 16 años. En el análisis entre las puntuaciones del CBCL y el YSR encontraron correlaciones medias entre las escalas de banda estrecha, entre 0,17 y 0,55, y grados de acuerdo moderados para las escalas de banda ancha, entre 0,45 y 0,51. Se han desarrollado diversos estudios



con respecto a la estructura factorial del YSR en población española. Lemos, Fidalgo, Calvo, y Menéndez (1992) obtuvieron una estructura factorial diferente a la de Achenbach. Los autores identificaron cuatro factores internalizantes: depresión/ansiedad, quejas somáticas, problemas de relación y ansiedad, tres de los cuales era igual para chicos y chicas y el último específico para chicos. Identificaron a su vez 4 factores externalizantes: conducta delictiva, búsqueda de atención, conducta agresiva y conducta antisocial, los tres primeros comunes en chicos y chicas y el cuarto, conducta antisocial, específico para chicos. Para el síndrome mixto se identificó un factor de problemas de pensamiento. Algunos autores han encontrado 12 factores (Abad, 1998), seis para chicas: ansiedad/depresión/problemas de relaciones sociales, descontrol, conducta delictiva, conflictividad/rechazo, problemas de pensamiento y quejas somáticas), siete para chicos: conducta delictiva, ansiedad/depresión, descontrol, problemas de relación social, problemas de pensamiento, problemas de atención y quejas somáticas, que explicaban 27,7% y el 29,0% de la varianza, respectivamente. Lemos, Vallejo, y Sandoval (2002), evaluaron a 2.833 adolescentes de 11 a 18 años, 1.519 varones y 1.314 mujeres. Los resultados mostraron nueve síndromes de primer orden: depresión, agresividad verbal, conducta delictiva, trastornos de conducta, problemas de pensamiento, problemas de relación -aislamiento-, quejas somáticas, búsqueda de atención y conducta fóbico-ansiosa, y dos de segundo psicopatología internalizante y externalizante.

7.3.2.4. STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY FOR CHILDREN (STAIC).

El *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo en Niños* (STAIC; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982) evalúa la ansiedad de niños/as y jóvenes entre 7 y 15 años. Se desarrolló con posterioridad al STAI, del mismo autor (Spielberger, 1973), si bien éste se aplica en población adulta. Inicialmente fue diseñado como una herramienta de investigación en el estudio de la ansiedad para niños/as de primaria, pero este instrumento también puede utilizarse con más pequeños que tengan una capacidad lectora que garantice la comprensión de los contenidos verbales de los elementos (Bauermeister et al., 1989).



El STAIC, adaptado para población española por Seisdedos (1989), quedó compuesto por dos escalas independientes de autoevaluación, que miden dos aspectos diferenciados: la Ansiedad Estado (A-E), y la Ansiedad Rasgo (A-R). La escala de *Ansiedad Estado*, evalúa la ansiedad como estado transitorio (fruto tal vez de una situación frustrante o problemática), sentimientos de aprensión, tensión, y preocupación que fluctúan y varían en intensidad en el tiempo, contiene 20 elementos a través de los cuales el sujeto puede indicar como se siente en ese momento. La segunda escala, *Ansiedad rasgo* se refiere a la ansiedad como rasgo permanente en la dinámica personal del sujeto, es decir, evalúa las diferencias relativamente estables de propensión a la ansiedad, y comprende, al igual que la escala de ansiedad estado, 20 elementos a través de los cuales el sujeto indica como se siente en general. Todos los ítems o elementos tienen un formato de respuesta tipo likert con 3 opciones de respuesta (1=nada, 2=algo, y 3=mucho). El Staic consta por tanto de 40 ítems.

Aunque en principio el STAIC puede autoaplicarse sin que sea necesaria la presencia de personal cualificado, éste resulta valioso para una mayor comprensión de las instrucciones y para la adecuada cumplimentación del cuestionario. Algunos de estos elementos tienen un contenido similar a los incluidos en el STAI, pero su estructura de presentación se ha modificado para acomodarlo a su uso con niños/as. Los posibles valores varían desde una puntuación de 20 hasta un máximo de 60 en ambas escalas. Algunos de los ítems están formulados de manera que la valoración alta indica un alto nivel de ansiedad (directos) mientras que otros están elaborados de forma que una valoración de 3 o “alta” indica un bajo nivel de ansiedad (inversos). Los ítems inversos sólo aparecen en la escala de estado y no en la de rasgo. Para el estudio se ha tomado la puntuación correspondiente al centil 90.

Las propiedades psicométricas detalladas en el manual son adecuadas: Los coeficientes de fiabilidad encontrados pueden considerarse bastante satisfactorios. Según el procedimiento de dos mitades se obtuvieron unos índices altos, tanto en Ansiedad-Estado (0'89) como en Ansiedad Rasgo (0'85).

La elaboración del STAIC comenzó a finales de 1969, se elaboró un conjunto inicial de 33 elementos para la escala de ansiedad estado y 40 para ansiedad rasgo, con un formato muy parecido al STAI, el cambio más relevante fue reducir de 4 a 3



alternativas de respuesta en cada elemento. Esos elementos fueron sometidos a prueba individual con niños de grados 4^o y 5^o de primaria y continuaron con entrevista inmediatamente a la aplicación de la prueba, a partir de estos resultados, se realizó una revisión, simplificando el contenido, y continuaron con una aplicación colectiva con niños de grados 4^o y 6^o de bajo nivel socioeconómico pensando éstos presentarían mas dificultades en la comprensión. La elección final de los elementos A-E se basó en un criterio combinado, en términos de consistencia interna y validez concurrente (con otra prueba de ansiedad), mientras que en los elementos A-R se utilizó su consistencia interna y su validez de constructo, realizándose en ambos casos los análisis de manera independiente en cada sexo.

Los diferentes estudios llevados a cabo sobre la *fiabilidad* coinciden en indicar que el STAIC presenta consistencia interna y homogeneidad tanto en muestras de habla inglesa (Spielberger et al., 1973), como en muestras de habla hispana (Bauermeister et al., 1986; Seisdodos, 1990). Si bien el nivel de fiabilidad en la escala de ansiedad estado obtiene siempre niveles más bajos que la de ansiedad-rasgo, por la dependencia situacional que refieren los ítems de la escala. Se realizaron las aplicaciones experimentales de la prueba a través del procedimiento test-retest a las seis semanas, encontrando los siguientes valores: AE=0,31; AR: 0,65 para varones (n=132) y AE=0,47; AR=0,71 para mujeres (n=114). En estudios españoles a través del procedimiento pares impares corregido el índice de Spearman-Brown, se hallaron unos índices de AE=0,88; AR=0,83 en varones (n=269), y AE=0,90; AR=0,86 (n=738) en mujeres, para población total se encontraron AE=0,89; AR=0,85 (n=1.013). Pero son más significativos los estudios de consistencia interna tipo KR-20 o alfa a través de los cuales se encontraron unos índices de AE=0,93; AR=0,87 (n=269), para hombres; y AE=0,91; AR= 0,87, para mujeres (n=738), siendo para la muestra total AE=0,91; AR=0,97 (n=1.013). Con respecto a la validez, en los estudios originales se realizó sobre la validez concurrente en una muestra de 75 niños/as se relacionó el STAIC con instrumentos bastante utilizados en U.S.A CMAS (Children Manifest Anxiety Scale for Children, de Castaneda et al., 1956) y GASC (General Anxiety Scale for Children, de Sarason et al., 1960), los coeficientes obtenidos fueron de 0,75 con el GMAS y de 0,63 con el GASC. 3. Otros estudios apoyan



la validez del instrumento tanto en muestras clínicas (Hodges, 1990; Oei et al., 1990) como en normales (Brown y Duren, 1988).

Diversos estudios han apoyado la validez de constructo, en la escala A-E se evaluó a través de correlación biserial, con datos obtenidos tanto en condiciones normales como de test. Los resultados mostraron que la media de las puntuaciones en A-E, eran más altas en condiciones de test que en condiciones normales tanto en niños como en niñas, al igual que la puntuación media para cada ítem de la escala A-E, que también era significativamente mayor en la condición de test. Con respecto a la escala de ansiedad rasgo no se obtuvieron diferencias significativas en las puntuaciones medias de la escala A-R. La correlación biserial para cada ítems de la escala A-R en condiciones experimentales era de cero, lo que significa que la escala A-R del STAIC no está influida por el estrés situacional, como se podía esperar ya que hace referencia a un rasgo de personalidad relativamente estable (Bauermeister et al., 1989). En relación al género y la edad, en general, se obtienen medias más altas en AR las niñas que los niños. En contraste a mayor edad, los niños tienen niveles más altos de ansiedad, mostrándose esta influencia significativa. En todos los casos la media encontrada en A-R es siempre superior a la de A-E (Bauermister et al., 1989; Spielberg, 1990).

A través de los años se han realizado otras validaciones del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC) en diversas poblaciones. Chaiyawat, y Brown, (2000) realizaron una estandarización Tailandesa encontrando una consistencia interna moderada, así como la realizada en diferentes grupos étnicos (Ruggiero, Morris, Beidel, Scotti, y McLeer, 1999). Papay y Hedl (1978) buscaron las características psicométricas en niños de raza negra con dificultades de aprendizaje, los resultados mostraron diferencias con la prueba original. Según Turgeon, y Chartrand (2003), la versión canadiense mostró una estandarización adecuada.

El STAIC se afianzó como una de las más discriminativas según los criterios utilizados en investigaciones con diversas pruebas, entre ellas: el Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders (SCARED), el Child Health and Illness Profile-Adolescent Edition (CHIP-AE), el Child Behaviour Checklist (CBCL), el Child Medical Fear Scale (CMFS), el Yale Preoperative Anxiety Scale (YPAS), el Child's Dental Anxiety Scale, (Muris, Merckelbach, Ollendick, King, y Bogie, 2003; Muris y cols., 2003; Muris,



Mayer, Bartelds, Tierney, y Bogie, 2001; Monga, Birmaher, Chiappetta, Brent, Kaufman, Bridge, y Cully, 2000; Kain, Mayes, Cicchetti, Bagnall, Finley, y Hofstadter, 1997 y Parkin, 1989), con resultados adecuados para las medidas de comparación utilizadas.

También se encuentran estudios sobre el nivel de correlación de esta prueba con otros factores como, la ira, el autocontrol y la ansiedad (Zeman, Shipman, y Suveg, 2002), el estrés, el comportamiento abusivo de los maestros y las estrategias de afrontamiento de los niños (Piekarska, 2000), factores de riesgo para la ansiedad post operatoria en niños y niñas (Caumo, Broenstrub, Fialho, Petry, Brathwait, Bandeira, Loguercio, y Ferreira, 2000), y el estrés postraumático en niños secuestrados en su escuela (Vila, Porche, y Mouren-Simeoni, 1999).

7.3.2.5. CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY (CDI)

El Cuestionario de Depresión Infantil (*Kovacs, 1992*), es uno de los instrumentos de autoinforme más utilizado en niños/as y adolescentes para evaluar sintomatología depresiva. La edad de aplicación es entre 7 y 17 años. Esta escala se creó a partir del Beck Depresión Inventory (Beck, 1967) que se aplica en población adulta. Antes de la publicación definitiva en 1977, Kovacs realizó dos versiones preliminares en 1975 y 1976, en las cuales modificó la redacción de los ítems, el contenido, y modo de puntuación. El manual del test se publicó en 1992, incluyéndose tanto los datos de los estudios psicométricos realizados por la propia autora, como las revisiones de estudios de otros autores mostrando los resultados más relevantes. En el año 2004 apareció la versión española realizada por Del Barrio y Carrasco (2004), publicada por TEA Ediciones. En esta versión se incluían las revisiones de estudios realizados en nuestro país, así como los resultados de los mismos.

El CDI valora un amplio rango de síntomas depresivos como el estado de ánimo deprimido, problemas interpersonales, sentimientos de incapacidad, anhedonia, los cuales se integran en de dos síntomas: Disforia y Autoestima negativa, cuya suma aporta un índice de Depresión Total. El cuestionario permite distinguir entre depresión mayor o distimia, otros trastornos psicopatológicos, y muestra comunitaria. Es una prueba sensible a los cambios de la sintomatología depresiva a través del tiempo. El



CDI consta de 27 ítems con tres opciones de respuesta que varían en función de la intensidad de la sintomatología, y se puntúan con 0, 1 ó 2, dependiendo de la gravedad del síntoma, de tal modo que a mayor puntuación mayor severidad, siendo la correspondencia: 0=ausencia de sintomatología, 1=sintomatología leve, y 2=sintomatología grave. La puntuación total oscila entre 0 y 54 puntos.

El CDI sin ser un instrumento diagnóstico, sus ítems se corresponden con los síntomas que aparecen en el DSM-IV (APA, 1995) y en el DSM-IV-TR (APA, 2000). El punto de corte establecido por la autora de la prueba como indicativo de sintomatología depresiva significativa es el centil 90, que dependiendo de la población varía con respecto a la puntuación a la que se corresponde, por ejemplo, en población americana se corresponde con una puntuación de 20, si bien otros estudios han encontrado una equivalencia con la puntuación 19 (Kazdin y Petti, 1982), o 17 (Canals, Martí, Fernández y Doménech, 1995). La puntuación de corte empleada en este estudio para la escala Depresión Total ha sido de 19, de 9 para la subescala Disforia, y de 11 para la escala de Autoestima, todas ellas equivalen al percentil 90.

Se han realizado diversos estudios con este instrumento, recogiendo datos normativos, sobre fiabilidad, validez y estructura factorial del mismo. En los diferentes estudios las puntuaciones se recogen dentro del intervalo 5,30 y 17,40 en muestras comunitarias, y 5,92 y 19,20 en muestras clínicas, siendo las más elevadas las que proceden de muestras clínicas y psiquiátricas (Hepperlin, Stewart y Rey, 1990; Saylor, Finch, Spirito y Bennet, 1984; Weiss y Weisz, 1988), y las más bajas las que proceden de muestras no anglosajonas (Ghareeb y Beshai, 1989; Steinsmeier, 1987).

En uno de los estudios realizado por Kovacs (1992) evaluó a 1.266 participantes (592 chicos de entre 7 y 15 años y 674 chicas de entre 7 y 16 años), que fueron divididos en grupos 7 a 12 años y de 13 a 16. La autora encontró una media de 9,8 (DT =7,3), para los mayores de 13 años, y de 10,5 (DT = 7,3) para los menores de 12 años. Los estudios revisados que aparecen en el manual de la adaptación española recogen medias comprendidas entre 9,98 y 12,19 (Mestre, García, Frías, y Moreno, 1992; Del Barrio y Mestre, 1989; Del Barrio, Frías y Mestre, 1994). Otros estudios realizados en población española han encontrado medias superiores a las de Kovacs (1992), así, Monreal (1988) en una muestra de 907 niños de entre 9 y 12 años encontró una media de 12,18



(DT=8,44) aplicando este instrumento. En otro estudio con una muestra de 413 participantes (180 chicos y 233 chicas) entre 12 y 18 años, se obtuvo una media de 11,67 (DT= 6,01) (Figueras, Amador y Cano, 2001). Del Barrio et al. (2004), en la adaptación española de la prueba, evaluaron 7.759 participantes de edades entre 7 y 15 años y obtuvieron una media de 10 (DT= 5,92).

Kovacs (1992), realizó una revisión de los estudios que han analizado la *fiabilidad* del CDI, tanto en referencia a la consistencia interna, como a la fiabilidad test-retest o la fiabilidad de dos mitades, en este sentido la mayoría de estudios han encontrado coeficientes alfa que oscilan entre 0,71 y 0,94, indicando una buena consistencia interna del instrumento. Debido a que el CDI mide un estado más que un rasgo, el intervalo para evaluar la fiabilidad en retest se recomienda que se realice entre 2 y 4 semanas (Kovacs, 1992; Sitanerios y Kovacs, 1999), en este sentido los diferentes estudios indican que en intervalos de tiempo comprendidos entre 1 semana y 1 año, la fiabilidad retest oscila entre 0,38 y 0,88; y la fiabilidad de dos mitades entre un 0,57 y un 0,84.

Se han realizado diversos estudios en muestras españolas indicando la buena *validez* de este instrumento. Del Barrio et al. (1989), llevo a cabo uno de ellos en una muestra de 1.286 niños entre 8 y 12 años, los resultados mostraron correlaciones bajas y significativas entre el CDI y el síndrome de banda estrecha de ansiedad/depresión del CBCL ($r = 0,27$). Con respecto a la escala ESDM (Escala de depresión para maestros; Doménech, 1986) medias y significativas ($r = 0,42$); si bien, no se encontraron correlaciones significativas entre el CDI y la escala PNID (Lefkowitz y Tesiny, 1980). Estos autores utilizaron una submuestra de este estudio de 223 participantes, y analizaron las correlaciones entre el CDI y el CDRS (Children's Depression Rating Scale; Poznanski et al., 1984) encontrando una $r = 0,13$ ($p = 0,05$).

Con respecto a las correlaciones entre el CDI y autoestima y otros indicadores, también se han realizado numerosas investigaciones. Frías (1990) en una muestra comunitaria de 1.286 participantes entre los 9 y los 11 años, obtuvo correlaciones entre el CDI y autoestima ($r = 0,58$), popularidad ($r = 0,59$), y ansiedad ($r = 0,59$). En una muestra de 400 niños entre 8 y 14 años, Martorell y Miranda (1987) obtuvieron correlaciones significativas entre las puntuaciones del CDI y autoestima, locus de control y rendimiento escolar. Del Barrio, Colondrón, de Pablo y Roa (1996),



encontraron correlaciones significativas entre CDI y RADS ($r = 0,78$) y RCDS ($r = 0,73$). Mestre et al. (1992), estudiaron la validez convergente del CDI a través de medidas de ansiedad, locus de control y autoconcepto, encontrando correlaciones significativas con todas las medidas (valores entre 0,40 y 0,61). La adaptación española (Del Barrio et al., 2004) recoge las correlaciones del CDI con diversas medidas del temperamento, personalidad, autoeficacia, ira y agresividad, mostrando correlaciones negativas y significativas con las escalas de temperamento, personalidad y autoeficacia, entre -0,11 y -0,50, y correlaciones significativas y positivas para las medidas de ira y agresividad, de entre 0,25 y 0,41.

Con respecto a la estructura factorial existen diversos resultados, así, Kovacs (1992) encontró cinco factores: humor negativo, problemas interpersonales, inutilidad, anhedonia y autoestima negativa. Del Barrio et al., (2004) en la adaptación española propone dos factores: disforia y autoestima. Monreal (1988) encontró ocho factores, Saylor et al., (1984) siete factores; Craighead, Smucker, Craighead e Ilardi (1998), al igual que la autora de la prueba (Kovacs, 1992) cinco factores; Weiss y Weisz (1988) tres factores, y Weiss, Weisz, Politano, Carey, Nelson y Finch (1992) un factor. Algunos autores han encontrado diferencias en función de la edad en la distribución factorial, los resultados de Craighead et al. (1998) en participantes de 13 a 17 años, encontró cinco factores eran (externalización, disforia, autodesprecio, problemas escolares y problemas sociales), y mostraba un sexto factor relacionado con las alteraciones biológicas asociadas a la depresión como pérdida de apetito, trastornos del sueño y fatiga.

7.3.2.6. INVENTARIO DE EXPRESIÓN DE IRA ESTADO-RASGO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES IRA/HOSTILIDAD (STAXI-NA).

El *STAXI-NA* (Del Barrio, Spielberg y Aluja, 2005) permite evaluar la ira con cierto grado de objetividad en la infancia y la adolescencia (del Barrio, 2005), específicamente de 8 a 17 años. Este instrumento parte del *STAXI-2* (Spielberg, 1988, 1996, 1999), utilizado en adultos. La primera formulación se llevo a cabo en Estados Unidos, se suprimieron dos elementos que no se consideraban adecuados para los niños/as y se añadió uno referido al llanto. Después los elementos fueron traducidos por un experto de nacionalidad española y esta traducción a su vez se revisó por un experto



sudamericano. Pretendiendo que fuera utilizable en todos los países de habla hispana, se envió la prueba a diferentes especialistas de cada uno de los países del centro, sur y norte de América para que modificaran aquellos términos que no fuesen utilizados en sus países, suprimiendo aquellos términos que no fueron considerados lo suficientemente claros. Por último, se aplicó el instrumento a un gran grupo piloto constituido por estudiantes pertenecientes a distintos países de habla hispana. Y una vez más, se suprimieron, todos los términos referentes a la ira que tuviesen algún problema de comprensión.

Así, se aplicó por primera vez a una muestra piloto la prueba en su versión original de 55 elementos. Se eliminaron los confusos quedando 45 elementos: 12 para la evaluación de la ira estado, 9 para la ira rasgo, y 24 para evaluar los distintos modos de expresión y control de la ira (del Barrio, Aluja y Spielberg, 2000). En la segunda fase a partir de los análisis factoriales y exploratorios realizados sobre la versión de 45 elementos, se realizó otra depuración hasta llegar a los 32 elementos que conforman la prueba. El formato de respuesta de estos elementos es tipo likert de 3 puntos (poco, bastante, mucho). En los elementos de la escala Ira Rasgo, y para las distintas reacciones ante la ira se emplea una escala de frecuencia (casi nunca, a veces, casi siempre).

Para el presente estudio se han analizado los niveles altos (correspondientes al percentil igual o superior a 97) de cuatro subescalas: (1) Ira Rasgo (incluye temperamento y reacción), (3) Expresión Externa de la Ira, (4) Expresión Interna de la Ira, y (5) Control Total de la Ira (incluye control interno y externo). La interpretación de un nivel alto en ira rasgo indica que la persona reacciona frecuentemente con rabia y furia; en ira estado indica un estado emocional intenso debido a un estímulo concreto; en expresión externa indica que el sujeto manifiesta su ira impulsivamente y sin cortapisas atacando a personas u objetos; en expresión interna indica que tiene sentimientos de rabia pero los inhibe no dándole curso exterior; en control de la ira indica que el sujeto se caracteriza por estar siempre alerta controlando los estímulos productores de reacciones de furia; y por último, una puntuación alta en control interno indica que el sujeto se caracteriza por conseguir calmarse llevando a cabo acciones de enfriamiento. La muestra que se utilizó para baremar el instrumento estaba compuesta por 2.193 sujetos procedentes de Madrid, Cataluña y Andalucía, con una media de edad



de 12,9 años (DT=2,09), de los cuales 1.252 eran chicos (M 12,8; Dt=2,12), y 940 eran chicas (M 12,9; Dt:2,05) pertenecientes a diferentes ámbitos urbanos. Una submuestra de 580 casos (310 chicos y 270 chicas) cumplieron adicionalmente los cuestionarios SSS-J (versión para menores del *Sensation Seeking Scale*, Zuckerman, Eysenk y Eysenk, 1978), y EPQ-J (Cuestionario de personalidad de Eysenk forma J, Eysenk y Eysenk, 1975); otra de 311 (162 chicos y 149 chicas), cumplieron el BAS-3 (*Bateria de socialización para niños*, Silvia y Martorell, 1989) y el BFQ (Big Five Questionnaire, Caprara, Barbaranelli, Borogoni y Perugini, 1993), por último, otra de 104 sujetos hizo tets-retest con un intervalo temporal de dos semanas.

Con respecto a la fiabilidad, se calcularon los factores obtenidos en las cuatro dimensiones y 8 facetas diferenciadas de un total de 32 items. En general, Los varones obtienen puntuaciones estadísticamente más altas en Ira Estado, Ira Rasgo, y Expresión Externa de la Ira, en cambio las mujeres puntúan mas alto en Expresión Interna de la Ira y Control Interno. Los índices de consistencia interna alfa oscilan entre 0,53 y 0,81 para las cuatro dimensiones. Las facetas obtienen alfas superiores a 0,60, a excepción de Expresión interna de la ira que fue de 0,45. También se calculó la fiabilidad test-retest con 12 dias de intervalo de la submuestras. De las cuatro dimensiones y 8 facetas de la ira la mayoría obtuvieron correlaciones producto-momento de Pearson significativas a excepción de Sentimiento de Ira, Ira Estado, Control Externo de la Ira y Control de la Ira total.

Tabla 7.11. STAXI-NA coeficientes alfa y test retest muestra normativa

Nº de elementos	Factores	Alfa	t-test	P<	*retest
4	Exp. F v	0,76	6,71	0,001	0,35
4	Sent.	0,78	3,76	0,001	0,07
8	E. Tot.	0,81	6,08	0,001	0,21
4	Temp.	0,68	1,34	ns	0,32
4	Reacc.	0,64	3,29	0,001	0,34
8	R. Tot.	0,71	2,87	0,01	0,29
4	Exp. Ext.	0,62	2,74	0,01	0,32
4	Exp. Int.	0,45	-12,21	0,001	0,31
8	Exp. Tot.	0,53	-6,30	0,001	0,24
4	C. Ext.	0,63	0,83	ns	0,08
4	C. Int.	0,74	-2,80	0,01	0,26



8	C. Tot.	0,74	-1,17	ns	0,18
---	---------	------	-------	----	------

Con respecto a la validez convergente y discriminante, se ha evaluado en relación a otros cuestionarios de validez reconocida, tales como el AVE, BAS-3, BFQ, EPQ-J y SSJ, en dos submuestras amplias. Ira estado, ira rasgo, expresión de la ira y sus facetas, a excepción de expresión interna de la ira, obtiene elevadas correlaciones con la dimensión de Agresividad (AFV), (de 0,51 a 0,24). La agresividad también obtiene correlaciones negativas con Control de la Ira y sus facetas, siendo estas correlaciones más significativas en el grupo de mujeres (de -0,5 a -0,37). Las escalas de socialización Consideración de otros y Autocontrol obtienen en general correlaciones negativas con Ira Estado, Ira Rasgo, Expresión de Ira siendo las más elevadas las de autocontrol (la máxima de -0,57). Además, Consideración de Otros y Autocontrol correlacionan positivamente con Control de la Ira y sus escalas (de 0,6 a 0,35). Retraimiento correlaciona positivamente y significativamente con Ira Estado, Ira Rasgo y Expresión de la Ira (de 0,7 a 0,36) en ambos sexos, y Liderazgo se relaciona positivamente con Control de la Ira en varones (Control externo =0,17; Control interno =0,22 y Control total= 0,24), pero no en mujeres (Control externo =0,00; Control interno =0,04 y Control total= 0,24 (0,03).

También se ha correlacionado el STAXI-NA con los “cinco grandes” de personalidad, los tres dimensiones de Eysenck y el rasgo de personalidad de búsqueda de sensaciones. La variable Tesón correlaciona negativamente con Ira Estado y positivamente con Control de la Ira, en ambos sexos. La estabilidad emocional básicamente obtiene correlaciones negativas estadísticamente significativas con Ira Rasgo, Expresión de Ira y correlaciones positivas con Control de Ira. Afabilidad se relaciona negativamente con Ira Estado, Ira Rasgo, y positivamente con Control de la Ira. Apertura tiende a correlacionar negativamente con Ira Estado, Ira Rasgo y Expresión de Ira y obtiene correlaciones positivas estadísticamente significativas con Control de la Ira (0,18 y 0,30; $p < 0,001$) en ambos sexos. El neuroticismo del EPQ-J, presenta el mismo patrón de correlaciones que Estabilidad Emocional, pero invertido, Psicoticismo correlaciona positivamente con Ira Estado, Ira Rasgo y Expresión externa de la Ira y, en menor medida correlaciona negativamente con Control de la Ira. La



escala de mentiras correlaciona negativamente con Ira estado, Ira rasgo, y Expresión de la Ira, en ambos sexos, y positivamente con Control de la Ira en las mujeres pero no en varones (0,30; $p < 0,001$). La búsqueda de experiencias relaciona positivamente con Ira Estado, Ira Rasgo y Expresión Externa de la Ira pero no con Expresión Interna de la Ira. Desinhibición correlaciona positivamente con Expresión física y verbal de la Ira, Ira Rasgo y Expresión externa de la ira y negativamente en las mujeres con control de ira. Susceptibilidad al aburrimento correlaciona positivamente con Reacción de Ira en los varones, y el total de la escala de búsqueda de sensaciones correlaciona positivamente y de forma estadísticamente significativa solo en varones en lo que respecta al estado y sin embargo, en rasgo y modos de manejar la ira las correlaciones aparecen en ambos sexos.

7.3.2.7. EL TEST AUTOEVALUATIVO MULTIFACTORIAL DE ADAPTACIÓN INFANTIL (TAMAI).

El TAMAI (Hernández, 1983) es una prueba autoevaluativa aplicable de forma individual o colectiva, desde 3º de primaria hasta la edad adulta. Tiene en cuenta diferentes áreas de adaptación: personal, escolar, social, y familiar, y permite obtener una información progresivamente desmenuzada hasta niveles básicos. Esto significa que el dato más genérico sería el de un factor general de inadaptación, o un factor general de inadaptación de un área determinada, como puede ser la social, pero, dentro de éste nivel se pueden conocer otros factores más básicos que lo conforman, como aspectos de descontrol y restricción en la relación social. Así mismo, cada uno de ellos se estructura en otros factores más simples como la agresividad y disnomia o intraversión y hostiligencia.

La prueba esta orientada a situaciones reales en las que las personas se desenvuelven, y la información que se obtiene puede ser muy simple, a través de pocos factores generales, o muy compleja, a través de más de una treintena de factores específicos. Existen tres modalidades factoriales en función de tres niveles: Primer Nivel (3º, 4º y 5º de Primaria; de 8 a 11 años y 5 meses), Segundo Nivel (6º de Primaria, 1º y 2º de Educación Secundaria Obligatoria; de 11 años y 6 meses a 14 años y 5 meses), y



Tercer Nivel (desde 3º de Educación Secundaria Obligatoria hasta 2º de Bachillerato; de 14 años y 6 meses a 18 años, aproximadamente), también en este nivel existen datos para población adulta. El TAMAI consta de los siguientes subtests:

1. Inadaptación General (G)
2. Inadaptación Personal (P)
3. Inadaptación Escolar (E)
4. Inadaptación Social (S)
5. Insatisfacción con el Ambiente Familiar (F)
6. Insatisfacción con los Hermanos (H)
7. Educación adecuada del padre (Pa)
8. Educación adecuada de la madre (M)
9. Discrepancia educativa (Dis).

Cada uno de estos factores recoge, a su vez, diferentes factores específicos o simples. Además, la prueba tiene dos escalas de fiabilidad, Proimagen (ProI) o tendencia a mostrar una buena imagen de sí mismos, y tendencia a las Contradicciones (Ctr). A continuación se muestra un ejemplo de las escalas y subescalas del TAMAI (nivel I).

- *Inadaptación general (G)*: es la suma de la inadaptación personal, escolar y social.
- *Inadaptación Personal (P)*: Engloba tanto el desajuste que las personas tienen consigo mismas como con la realidad general o dificultad para aceptar la realidad tal como es, incluye: *Desajuste Disociativo (P1)*, concepto de la vida como difícil y problemático, con tendencia a imaginar o elaborar pensamientos negativos o pesimistas, el desarrollo de defensas que eviten el sufrimiento, y disociación de la realidad; *Autodesajuste (P2)*., se refiere a la dificultad para la adaptación a la vida, la tendencia a desfigurar la realidad y el concepto de sí mismo, las reacciones emotivas desagradables e intensas, bloqueos, inhibiciones, timidez o somatizaciones. La escala de autodesajuste incluye a su vez *Cogniafección (P21)*, temor, miedo e intranquilidad, junto a la infravaloración; *Cognipunicción (P22)*, sentimientos negativos y tendencia a la infravaloración, a



raíz de la existencia de un desajuste en la valoración de sí mismo y de la realidad; tristeza y sensación de molestias corporales y dolor físico, la cognipunición tiene otras subescalas que son la *Intrapunición (P221)*, entendida como la tendencia a pensar en la muerte, autoestima negativa, autodesprecio y autocastigo; la *Depresión Afectiva (P222)*, sentimientos de tristeza, pena, angustia, vergüenza, autocompasión desdicha; y las *Somatizaciones (P223)*, tendencia a sentir molestias corporales y dolor físico.

- *Inadaptación Escolar (E)*, se refiere a la insatisfacción y el comportamiento inadecuado respecto a la realidad escolar, incluye *Inadaptación Escolar externa (E1)*, baja laboriosidad en el aprendizaje y conductas disruptivas en el aula; *Aversión a la Institución (E2)*, recoge dos aspectos: insatisfacción con la forma de ser del profesor y con la forma que tiene de explicar y tratar a los alumnos, e insatisfacción con el colegio, con la clase y con la situación escolar en general; y *Aversión al aprendizaje (E3)*, desagrado hacia el estudio y falta de motivación por el saber.

- *Inadaptación Social (S)* o grado de incapacidad o de problemas que supone la relación social, incluye las subescalas de *Autodescontrol Social (S1)*, choque, comportamiento desajustado con la realidad social; que incluye a su vez *Agresión Social (S11)*, discusiones, enfrentamientos verbales y pelos (polo opuesto, el pacifismo), *Disnomia (S12)*, despreocupación, desorden, inquietud, desobediencia (choque con la normativa social); y *Restricción Social (S2)*, restricción de la actitud social cantidad o en calidad, la escala de restricción social incluye *Introversión (S21)*, entendida como la tendencia a aislarse o a relacionarse con poca gente, y *Hostilignia (S22)*, sentimientos de orgullo, suspicacia, desconfianza y actitud hostil hacia los otros (o sentimientos de víctima).

- *Insatisfacción con el ambiente familiar (F)*, se refiere al grado de insatisfacción con el clima del hogar y la relación de los padres entre sí. La insatisfacción con el ambiente familiar incluye (a) la *Insatisfacción con los hermanos (H)*, celos, peleas, contrariedades y conflictos con los hermanos; (b) la *Educación Adecuada del padre (Pa)*, grado en que el estilo educador del padre (Pa) o de la madre (M) se acerca a lo ideal, que incluye a su vez, *Educación Asistencial-personalizada (Pa1)*, tipo de



educación basada en el amor, en la transmisión de una normativa adecuada, y en el cuidado y desarrollo de la autonomía y libertad de los hijos, *Permisivismo (Pa2)* o excesiva concesión de demandas y refuerzo de conductas de capricho, *Restricción (Pa3)*, estilo educativo que se caracteriza por ser lo contrario de la educación personalizada y permisiva, *Estilo Punitivo (Pa31)*, caracterizado por seriedad, castigo y rechazo, *Estilo Despreocupado (Pa32)*, falta de atención o afecto, abandono, desconsideración, y *Estilo Perfeccionista (Pa33)*, educación tan normativa que llega a ser punitiva. (c) *Educación Adecuada de la madre (M)* o grado en que el estilo educador de la madre o de la madre (M) se acerca a lo ideal, contempla, *Educación Asistencial-personalizada (M1)*, tipo de educación basada en el amor, en la transmisión de una normativa adecuada, y en el cuidado y desarrollo de la autonomía y libertad de los hijos, *Permisivismo (M2)* o excesiva concesión de demandas y refuerzo de conductas de capricho, *Restricción (M3)*, estilo educativo que se caracteriza por ser lo contrario de la educación personalizada y permisiva, *Estilo Punitivo (M31)* caracterizado por seriedad, castigo y rechazo, *Estilo Despreocupado (M32)*, falta de atención o afecto, abandono, desconsideración y *Estilo Perfeccionista (M33)*, educación tan normativa que llega a ser punitiva.

- *Discrepancia educativa (Dis)* se refiere a la diferencia existente entre el estilo educador del padre y de la madre.

- *Proimagen (PROI)*: una puntuación alta, refleja un tipo de educación en ambiente permisivo que conduce a una autoimagen supervalorada y a una visión ingenua de la realidad: personalidad autosuficiente, engreída, adaptativa, confiada e ilusa.

- *Contradicciones (Contr)*: cuestiones muy similares son expresadas unas veces positivamente y otras negativamente. Cuando las respuestas en ambas ocasiones son coincidentes, se considera contradicción.

Estos factores se recogen a través de de 175 proposiciones con formato de respuesta dicotómico (si/no), que evalúan el comportamiento y las actitudes en las principales áreas o esferas donde se desarrolla su vida. Los resultados se dividen en 7



categorías: muy bajo, bajo, casi bajo y medio, que hacen referencia a la no constatación de dificultades en esa área; y casi alta, alta y muy alta que hacen referencia a dificultades en esa área según la gravedad. Para este estudio se han elegido las categorías alta y muy alta, con el fin de que la estimación sobre problemas en la adaptación sea lo mas certera posible.

La estructura factorial del TAMAI es diferente según los niveles, tal como se ha dicho. El factor proimagen dentro del estilo de contestación parece señalar una tendencia a la hipervaloración constituida por dos subfactores, según se desprende del análisis establecido en una muestra de nivel III. El primero representado por 5 elementos implica hipervaloración de la propia valía personal, siendo su correlación con la puntuación total de 0,73. El segundo representado por 4 elementos tiende a la hipervaloración del acatamiento a la normativa social, siendo su correlación con la puntuación total 0,63. Sin embargo, la correlación que ambos subfactores mantienen entre si es de 0,09, lo que evidencia su alta independencia. La posible comunalidad de éstos aparece especialmente en 5 elementos cuya correlación es de 0,85.

Con respecto a la validación cruzada de la estructura factorial, la estructura factorial del primer nivel, basada en el análisis de correspondencia, obtenida con los datos de alumnos de 3º, 4º y 5º de EGB (actual 3º,4º y 5º de primaria) ha sido replicada con 680 alumnos de 3º de EGB, obteniendose unos resultados correlacionales factoriales intra-pruebas que confirman la misma estructura factorial establecida.

La fiabilidad utilizando un procedimientos de las dos mitades con la corrección de la fórmula de Sperman-Brown, a partir de una muestra de 118 sujetos elegidos al azar, y proporcionalmente de cada curso, se obtuvo un alto indice de fiabilidad (0,87). En algunos cursos el indice es incluso superior. Con respecto a los tres niveles estudiados, los resultados son: primer nivel, 0,67; segundo nivel, 0,89; tercer nivel 0,83. A partir de la muestra de tipificación actual se han realizado otros estudios de fiabilidad de tercer nivel, por ser el indice mas bajo de los encontrados. En la muestra escolar del tercer nivel se utilizaron sólo dos casos donde la persona hubiera podido responder a todos los elementos. De este modo la muestra esta compuesta por 989 sujetos de 3º 4º de ESO y 1º 2º de Bachillerato. Se calculó el coeficiente alfa de Cronbach y los resultados de muestran en la tabla 7.12.



Tabla 7.12. Alfa de Cronbach del TAMAI (I)

Escala	Alfa de Cornbach
TAMAI total	0,92
Escala P	0,85
Escala E	0,86
Escala S	0,75
Escala F	0,75
Escala H	0,70
Escala educacion adecuada del padre	0,75
Escala educacion adecuada del madre	0,75

En una muestra universitaria y adulta de tercer nivel se utilizaron sólo los casos donde la persona hubiera respondido a todos los elementos, un total de 414 sujetos. Igualmente se calculo el coeficiente alfa de Cronbach y los resultados se muestran e la siguiente tabla.

Tabla 7.13. Alfa de Cronbach del TAMAI (II)

Escala	Alfa de Cronbach
TAMAI total	0,91
Escala P	0,87
Escala E	0,83
Escala S	0,74
Escala F	0,78
Escala H	0,64
Escala educacion adecuada del padre	0,79
Escala educacion adecuada del madre	0,79

En ambos niveles, la prueba muestra valores de fiabilidad satisfactorios. La escala H es la que muestra valores más bajos por el escaso numero de elementos que la componen. La validez de la prueba ha sido expresada en diferentes investigaciones tanto con pruebas cerradas, por ejemplo el SQD de Marsh (1987) (Santiago, 2001) como con pruebas abiertas (Rosales, 1997).



El TAMAI, ofrece resultados contundentes y claros cuando se relacionan los valores de realización con la adaptación escolar, o el bienestar subjetivo individual con la adaptación personal o muchos de los aspectos de la personalidad con las actitudes educadoras de los padres y madres (Hernandez, 2000). El rendimiento escolar es el aspecto que mantiene una correlación mas alta con la mayoría de los factores del TAMAI, siendo la correlación de -0,17 con Inadaptación personal, -0,20 con Inadaptación Social y -0,30 con Inadaptación Escolar. La inadaptación Personal tiende a asociarse mas ligeramente con las clases bajas (-0,14 a -0,17). Del mismo modo y en semejantes proporciones, están los factores de restricción social: Introversión y Hostiligencia, que no sólo se relacionan más con los niveles socioeconómicos inferiores, son también con las zonas rurales y periféricas.

En cuanto a la diferencia de género, lo mas notable es que los hijos, a diferencia de las hijas, parecen recibir un trato mas permisivo por parte de las madres, y mas perfeccionista y despreocupado por parte de los padres. Otras correlaciones significativas al nivel 0,005 en relación al género, indican que las niñas tienden a tener mas autocontrol social, especialmente, menos agresividad, una actitud más favorable al aprendizaje así como mayor satisfacción con el ambiente familiar.

7.3.2.8. THE SCREEN FOR CHILD ANXIETY RELATED EMOTIONAL DISORDERS (SCARED-R)³¹.

El SCARED-R (Birmaher, Khetarpal, Brent, Cully, Balach, Kaufman y McKenzie Neer 1997), es un cuestionario multidimensional que evalúa síntomas de ansiedad recogidos en el DSM. El análisis factorial realizado sobre las puntuaciones de menores remitidos clínicamente reveló que los 38 ítems de la escala SCARED original podían ser repartidos en 5 subescalas de ansiedad. Cuatro de estas subescalas representan trastornos de ansiedad que se corresponden con categorías DSM. Muris en 1997 revisó la escala (The revised version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders, SCARED-R) y, entre otros aspectos, añadió cuatro ítems más para el Trastorno por Estrés Postraumático. Así, la versión revisada consta finalmente de 66 ítems y propone medir

³¹ Ver Anexo 7.



los síntomas en la infancia del espectro completo de los trastornos de ansiedad acorde al DSM. Los cuatro ítems añadidos por Murris se utilizan como una escala de cribado del TEPT, en la cual los/as menores indican con qué frecuencia han experimentado cada síntoma usando una escala tipo likert con formato de respuesta de 4 puntos (1=casi nunca; 2= a veces; 3= a menudo y 4= siempre). La puntuación total y de las subescalas es derivada por la suma de los ítems relevantes, y puede oscilar entre 4 y 16 puntos. En el presente estudio se ha tomado como punto de corte la puntuación 8 que corresponde con la mitad de la puntuación total de la escala.

Varios estudios con población general han mostrado que la SCARED-R posee adecuada consistencia interna (valores alfa para la escala total de .94 y de .80 para la escala TEPT en Muris, Merckelbach, Schmidt y Mayer, 1999 b), suficiente estabilidad test-retest (Muris, Merckelbach, van Brakel y Mayer 1999 c) y aceptable validez, (Muris, Merckelbach, Mayer, van Brakel, Thissen, Moulaert y Gadet, 1998; Muris, Schmidt y Merckelbach, 2000 b), y discrimina entre menores con y sin trastornos subclínicos de ansiedad (Muris, Merckelbach, Mayer y Prins, 2000 a; Muris, Merckelbach, Kindt, Bögels, Dreessen, van Dorp, Habets, Rosmuller y Snieder, 2001 b). También estudios con muestras clínicas han confirmado las aceptables propiedades psicométricas de la escala, como el de Muris y Steerneman en 2001 y Muris, Dreessen, Bögels, Weckx y van Melick en 2004 en el que se obtiene un valor alfa de .83 para la subescala de TEPT. Se requiere más investigación con respecto a la subescala TEPT; aunque esta subescala puede ser valiosa en muestras clínicas, es necesaria más información sobre lo que mide. Por ejemplo, a qué tipo de experiencias se refieren los niños cuando responden “algunas veces” o “con frecuencia” a ítems como “ me asusto cuando recuerdo un evento muy aversivo que experimenté” (Muris, Merckelbach, Schmidt y Mayer, 1999 b).

7.3.2.9. LISTADO DE INDICADORES DE TRAUMA COMPLEJO

El listado de indicadores de trauma complejo (equipo PEDIMET, 2007)³² esta compuesto por síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático Complejo o de la categoría actual en el DSM-IV-TR, trastorno por estrés postraumático no especificado en otro lugar

³² Ver Anexo 8.



(DESNOS). Se ha seguido el listado de síntomas propuesto por Hermann (1992). Este instrumento que es cumplimentado por el profesional, evalúa seis áreas, cada una de las cuales contiene 5 subescalas y una sexta referida a la impresión clínica global de la misma. El formato de respuesta es tipo likert de 6 puntos (1=nada a 6=mucho). Las áreas que evalúa son: (1) Alteraciones en la Regulación de Afectos e Impulsos; (2) Alteraciones en la Atención y Consciencia; (3) Alteraciones en Autopercepción; (4) Alteraciones en las Relaciones Interpersonales; (5) Somatizaciones; y (6) Alteración en el Sistema de Significados. Los puntos de corte son establecidos son puntuación 0 a 9, sintomatología baja; de 10 a 18 sintomatología leve; de 19 a 27 sintomatología moderada, y de 28-36 sintomatología grave. Para el estudio se han valorado todas las categorías, desde sintomatología leve hasta grave. En uno de los pocos estudios empíricos sobre trauma complejo y con el fin de realizar una valoración inicial de los síntomas centrales del diagnóstico actual del TEPTC o DESNOS, en menores maltratados, el equipo PEDIMET, elaboró un listado de 15 síntomas, que se estimaron por los terapeutas al inicio del tratamientos de 44 menores tutelados, de edades comprendidas entre 6 y 15 años. La puntuación del coeficiente alfa de Cronbach para ese listado de síntomas fue de .835. Los resultados indican que la mayor parte de los síntomas del trauma complejo están presentes en más de la mitad de este grupo de menores maltratados (López-Soler, 2008).

A continuación se presenta una tabla resumen con los instrumentos de evaluación psicológica utilizados en los menores que han participado en esta investigación.



Tabla 7.14. Instrumentos de evaluación utilizados en la investigación.

ÁREAS	INSTRUMENTOS	Nº ítems	EDAD	INFORMANTE
Síntomatología general	CBCL (pequeños). Inventario del comportamiento de para padres (Achenbach , 2001).	99	1 ½ a 5	Madre
	CBCL (mayores). Inventario del comportamiento de para padres (Achenbach , 2001).	118	6-18	Madre
	YSR. Autoinforme del comportamiento de jóvenes (Achenbach , 2001).	112	11-18	Niño/a
Ansiedad	STAIC. Cuestionario de ansiedad estado/rasgo en niños (Spielbe Goursch y Lushene, 1982).	40	9-15	Niño/a
Depresión	CDI. Inventario de depresión infantil (Kovacs, 2004).	27	9-15	Niño/a
Ira y Hostilidad	STAXI-NA. Inventario de expresión de ira rasgo-estado en niños y adolescentes (del Barrio, Spielberger y Aluja, 2005).	32	8-16	Niño/a
Adaptación	TAMAI. Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (Hernández, 1983).	175	8-18	Niño/a
Reacciones postraumáticas	SCARED-R. Escala abreviada de cribado del TEPT de la SCARED (Muris et al., 2000).	4	8-18	Niños/a
	Listado DESNOS (PEDIMET, 2007)	15	todas	Terapeuta
Estilos educativos	PEE El Perfil de Estilos Educativos (Magaz y García, 1998)	48	todas	Madre
Historia de violencia doméstica	APCM Escala de Abuso físico y Psicológico (Matud , 1998)	37	todas	Madre
	ICMI Inventario de Condiciones de Maltrato a la Infancia (GUIA-PC, 2009)	60	todas	Madre

7.4 ANALISIS DE DATOS

Los análisis de los datos se han llevado a cabo a través de distintos procedimientos, estos son:

1. Análisis de frecuencias para la determinación de las prevalencias.



2. Análisis de correlación de Pearson para el estudio de las correlaciones entre dos variables.
3. Alfa de Cronbach para la determinación de la fiabilidad de las escalas.
4. Análisis de varianza y análisis de tablas de contingencia para las diferencias entre grupos con respecto a variables como el sexo o la edad.
5. Contrastes de proporciones.
6. Comparación de promedios.

Todos los análisis estadísticos se han realizado con el paquete estadístico SPSS (v.15).



Capítulo 8

RESULTADOS

A lo largo de este capítulo se describen los resultados hallados tras el análisis estadístico realizado. En primer lugar, se recoge el análisis de la fiabilidad de los instrumentos de evaluación empleados. Posteriormente, se exponen los resultados con respecto a la prevalencia y puntuaciones medias obtenidas en las pruebas administradas. Por último, se muestran los resultados de las correlaciones entre tipos de maltrato y la sintomatología que presentan los/las niños/as reflejada en los resultados obtenidos a través de los distintos instrumentos de evaluación.



8.1 ANÁLISIS DE LA FIABILIDAD

El análisis de la fiabilidad se ha realizado para determinar la consistencia interna de los cuestionarios aplicados utilizando el coeficiente Alfa de Cronbach. Los resultados son similares a los obtenidos en otros estudios (ver apartado instrumentos capítulo 7).

En la siguiente tabla se indica el nombre de la escala, el número de casos que se incluyeron, y el valor de alfa.

Tabla 8.1. Análisis de fiabilidad de las escalas utilizadas.

Escala	N	Alfa
CBCL (1'5 a 5)	22	0,857
CBCL (6 a 18)	93	0,869
YSR	50	0,813
CDI	76	0,891
STAXI (Ira estado)	71	0,878
STAXI (Ira Rasgo)	71	0,842
STAXI (Expresión)	71	0,399
STAXI (Control)	71	0,846
TAMAI (general)	64	0,875
DESNOS	52	0,843

8.2. ANÁLISIS DE LOS TIPOS DE MALTRATO

8.2.1. MALTRATO HACIA LAS MADRES.

Con respecto al tipo de maltrato sufrido por la madre evaluado a través de la Escala de Abuso físico y Psicológico Matud (1998), se ha diferenciado entre el maltrato emocional y el físico. La prevalencia encontrada en el maltrato emocional grave fue de 44,1%, y en maltrato emocional muy grave de 39,7%. En relación al maltrato físico, el 19,1% de las madres refieren haber sufrido maltrato físico grave, y el 4,4% muy grave. Como se puede observar, la mayor parte de la prevalencia en maltrato emocional sufrido por las madres se sitúa en las categorías grave y muy grave. Por otro lado, la mayor parte de la prevalencia de maltrato físico se encuentran en la categoría moderado y grave.

Tabla 8.2. Tipo de maltrato sufrido por la madre.

TIPO DE MALTRATO		PREVALENCIAS				
		NULO	LEVE	MODERADO	GRAVE	MUY GRAVE
MALTRATO MADRE	EMOCIONAL	0	4,4	11,8	44,1	39,7
	FISICO	1,5	33,8	41,2	19,1	4,4

Figura 8.1. Porcentaje de maltrato emocional en madres

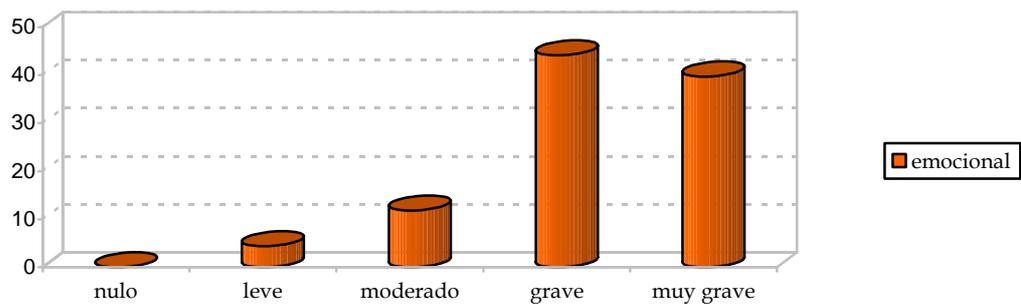
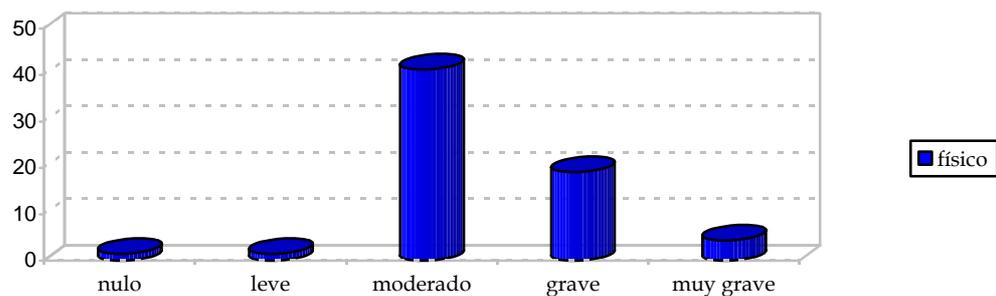


Figura 8.2. Porcentaje de maltrato físico en las madres.



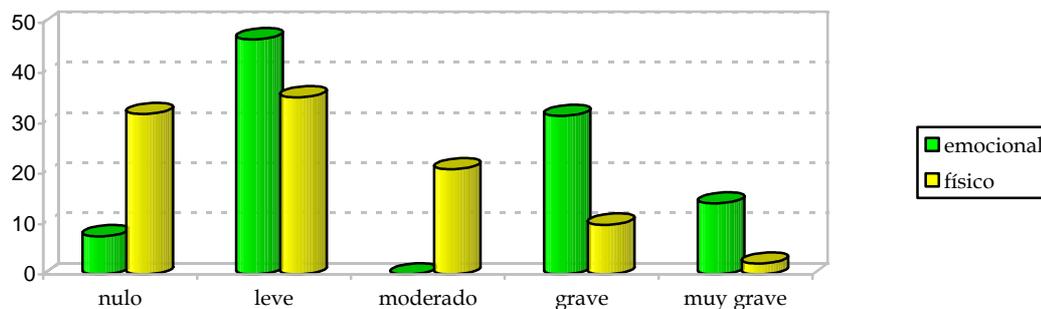
8.2.2. TESTIMONIO DEL HIJO/A DEL MALTRATO A LA MADRE.

Con respecto al testimonio por parte de los/as hijos/as sobre el maltrato sufrido por las madres, evaluado a través de la Escala de Abuso físico y Psicológico Matud (1998), encontramos que el 31,5% de los niños/as han sido testigos de maltrato emocional grave, y un 14,1% de maltrato emocional muy grave. Sobre el maltrato físico los resultados muestran que el 9,9% ha sido testigo de maltrato físico grave, y 2,2% maltrato físico muy grave.

Tabla 8.3. Prevalencia sobre el testimonio del hijo/a.

TIPO DE MALTRATO		PREVALENCIAS				
		NULO	LEVE	MODERADO	GRAVE	MUY GRAVE
TESTIMONIO HIJO/A	EMOCIONAL	7,6	46,7	0	31,5	14,1
	FISICO	31,9	35,2	20,9	9,9	2,2

Figura 8.3. Porcentaje de Maltrato emocional y físico testimonio hijo/a



8.2.3. MALTRATO DIRECTO HACIA EL MENOR

En relación al maltrato ejercido por padre hacia el hijo/a, evaluado a través del Inventario de Condiciones de Maltrato ICMI (GUIA-PC, 2009), se han establecido diferentes categorías: (1) negligencia, que incluye física y emocional, (2) maltrato emocional, que incluye: aislamiento, degradación, manipulación, debilidad inducida y amenazas, (3) maltrato físico, y (4) abuso sexual. Respecto al abuso sexual es importante tener en cuenta que los niños/as que han sido víctimas, o que existen

indicios de haber o estar sufriendo este tipo de abuso, son remitidos a un programa desarrollado específicamente en la Región de Murcia denominado *Proyecto Luz*.

Los resultados muestran que un 26% de los niños/as ha sufrido negligencia emocional moderada, y un 8,3% negligencia emocional grave. Respecto al maltrato emocional moderado encontramos que un 16,7% son víctimas de degradación, un 14,6% de manipulación, y un 16,7% de amenazas; y además un 10,4% de los menores ha sufrido maltrato físico directo por parte del padre. No se han encontrado datos sobre abuso sexual, con un único caso que presenta indicios no corroborados.

Tabla 8.4 Tipo de maltrato sufrido directamente del hijo/a por parte del padre.

TIPO DE MALTRATO		PREVALENCIAS			
		NULO	LEVE	MODERADO	GRAVE
NEGLIGENCIA	EMOCIONAL	29,2	36,5	26	8,3
	FISICA	62,9	23,7	11,3	2,1
MALTRATO EMOCIONAL	AISLAMIENTO	62,5	36,5	0	1
	DEGRADACIÓN	36,5	44,8	16,7	2,1
	MANIPULACION	39,6	37,5	14,6	8,3
	DEBILIDAD	46,9	53,1	0	0
	AMENAZAS	55,2	26	16,7	2,1
MALTRATO FISICO		54,2	32,3	10,4	3,1
ABUSO SEXUAL		99	1	0	0

Figura 8.4. Porcentaje de Negligencia emocional y física sufrida por el hijo/a.

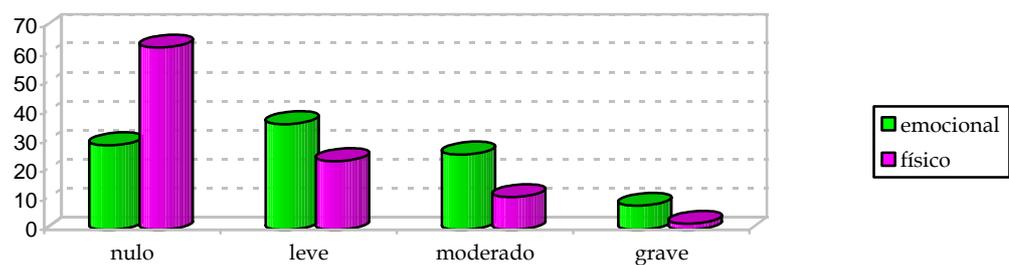


Figura 8.5. Porcentaje de Maltrato emocional sufrido por el hijo/a.

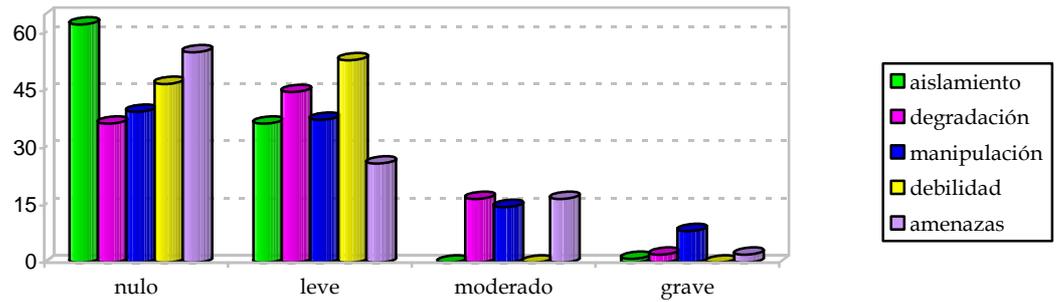
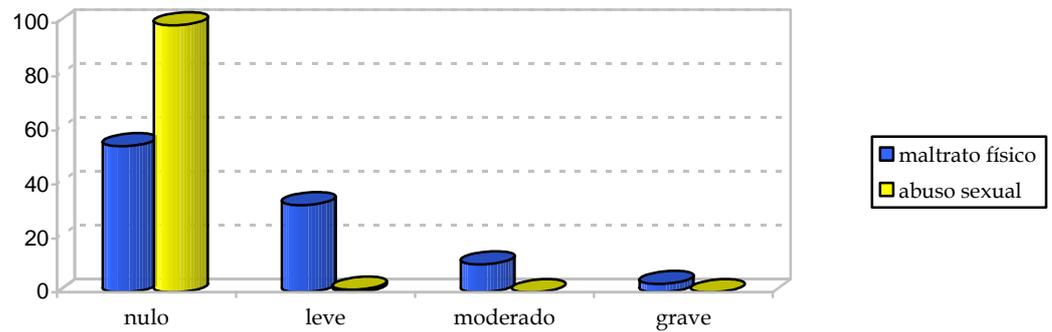


Figura 8.6. Porcentaje de Maltrato físico y abuso sexual sufrido por el hijo/a.



8.3. INDICADORES CLÍNICOS GENERALES

A continuación se describen las prevalencias encontradas en menores expuestos a violencia de género en cada una de las pruebas de Achenbach, en función de los rangos de edad.

8.3.1. CHILD BEHAVIOR CHECKLIST 1 y ½ A 5 AÑOS.

Se han obtenido tanto las puntuaciones medias como la prevalencia para los síndromes del CBCL de 1 a 5 años. Con respecto a la puntuación media los resultados indican que oscila entre 17,50 (dt=7,049), la más alta, encontrada en el síndrome agresividad, y 3,50 (dt=3,036), la más baja, encontrada en el síndrome problemas somáticos. Entre estas puntuaciones medias están las obtenidas en reactividad emocional de 6,18 (dt=3,737), ansiedad/depresión 6,45 (dt=3,474), retraimiento 4,27 (dt=2,798), y problemas de sueño 5,36 (dt=3,001). Las puntuaciones más altas son las obtenidas en los síndromes conducta agresiva, reactividad emocional y ansiedad/depresión.



Tabla 8.5. Puntuaciones medias para los síndromes del CBCL 1-5 años.

	N	Media	Desviación típica
REACTIVIDAD EMOCIONAL	22	6,18	3,737
ANSIEDAD/DEPRESIÓN	22	6,45	3,474
PROBLEMAS SOMÁTICOS	22	3,50	3,036
RETRAIMIENTO	22	4,27	2,798
PROBLEMAS DE SUEÑO	22	5,36	3,001
CONDUCTA AGRESIVA	22	17,50	7,049

Con respecto a la prevalencia, para la muestra total, los resultados muestran que en el síndrome reactividad emocional la prevalencia en el centil 93-97, que indica riesgo de sintomatología leve, es de un 33,3%, y por encima del percentil 98, característico de sintomatología grave, de 28,6%, en total un 61,9% están con problemas de reactividad emocional en rango clínico; con respecto al síndrome ansiedad/depresión encontramos un 14,3% en leve y un 28,6% en grave, con un total de 42,9%; en quejas somáticas un 9,5% en sintomatologías leve y un 19% en grave, con una prevalencia total del 28,5%; en retraimiento un 4,8% en leve y un 52,4% en grave, total 57,2%; en problemas de sueño encontramos un 9,5% en leve y un 19% en grave, total 28,5%; los mismos porcentajes se encuentran en problemas de atención (9,51% y 19%, total 28,5%), por último en problemas de agresividad la prevalencia es de 19% en leve y 19% en grave, total 38.

Tabla 8.6. Prevalencia en el CBCL 1-5 años (N=21).

CBCL n=21		TOTAL Pc 93-97/Pc>98	TOTAL >Pc 98
REACTIVIDAD EMOCIONAL	Pc 93-97	33,3	61,9
	> = PC 98	28,6	
ANSIEDAD / DEPRESIÓN	Pc 93-97	14,3	42,9
	> = PC 98	28,6	
QUEJAS SOMÁTICAS	Pc 93-97	9,5	28,5
	> = PC 98	19	
RETRAIMIENTO	Pc 93-97	4,8	57,2
	> = PC 98	52,4	
PROBL. SUEÑO	Pc 93-97	9,5	28,5
	> = PC 98	19	
PROBL. ATENCIÓN	Pc 93-97	9,5	28,5
	> = PC 98	19	

Como se puede observar, las mayores dificultades psicológicas aparecen en reactividad emocional, retraimiento, ansiedad-depresión y agresividad; aunque son



altas las tasas de quejas somáticas, problemas de sueño y de atención, son más bajas que las tres primeras. Se ha analizado la distribución de la prevalencia en los síndromes del CBCL de 1 a 5 años con respecto al género.

Los resultados en este sentido muestran que en el síndrome *Reactividad Emocional* presentan mayor prevalencia en sintomatología leve los niños que las niñas (44,4% frente al 25%), mientras que en *Reactividad Emocional grave*, son las niñas las que obtienen una mayor prevalencia (33,3% frente al 22,2%).

En sintomatología leve del síndrome *Ansiedad/Depresión* presentan un porcentaje mayor las niñas que los niños (16,7% frente a 11,1%), mientras que en grave son los niños los que presentan mayores porcentajes. En *Quejas Somáticas* los niños obtienen prevalencia de 0% tanto en leve como en grave, mientras que las niñas presentan una prevalencia de 16,7% en leve y 33,3% en grave, siendo por tanto la prevalencia en niñas en este síndrome superior al de niños. Con respecto al *Retraimiento* encontramos mayor prevalencia en niñas que en niños, tanto en leve (8,3% en niñas y 0% niños) como en grave (58,3% en niñas frente a 44,4%), al igual que en sintomatología leve del síndrome *Problemas de Sueño* (8,3% niñas frente a 0% en niños), y grave en este mismo síndrome (33,3% niñas frente a 0% en niños). En *Problemas de Atención* se obtienen resultados similares 50% en niñas frente a 0% en niños en leve y 0% para ambos sexos en grave. Por último, en el síndrome *Problemas de Agresividad* sintomatología leve encontramos mayor prevalencia en niños que en niñas (22,2% frente a 16,7%), y en graves mayor prevalencia en niñas que en niños (25% frente a 11,1%).

Comparando estos datos por sexo, podemos afirmar que las chicas, frente a los chicos, presentan de manera significativa más quejas somáticas ($X^2_1=6,300$; $p=0.012$), más problemas de sueño ($X^2_1=4,922$; $p=0.027$) y más problemas de atención ($X^2_1=6,300$; $p=0.012$), no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre las prevalencias de chicos/chicas en el resto de las escalas.

Tabla 8.7. Prevalencias del CBCL de 1 a 5 años por sexo.

CBCL n=21		1-5 AÑOS	
		CHICO	CHICA
REACTIVIDAD EMOCIONAL	Pc 93-97	44,4	25
	> = PC 98	22,2	33,3
ANSIEDAD / DEPRESIÓN	Pc 93-97	11,1	16,7
	> = PC 98	33,3	25
QUEJAS SOMÁTICAS	Pc 93-97	0	16,7



	> = PC 98	0	33,3
RETRAIMIENTO	Pc 93-97	0	8,3
	> = PC 98	44,4	58,3
PROBL. SUEÑO	Pc 93-97	0	8,3
	> = PC 98	0	33,3
PROBL. ATENCIÓN	Pc 93-97	0	50
	> = PC 98	0	0
PROBL. AGRESIVIDAD	Pc 93-97	22,2	16,7
	> = PC 98	11,1	25

Figura 8.7. Porcentaje de niños en Pc93-97/>98 (CBCL 1/5).

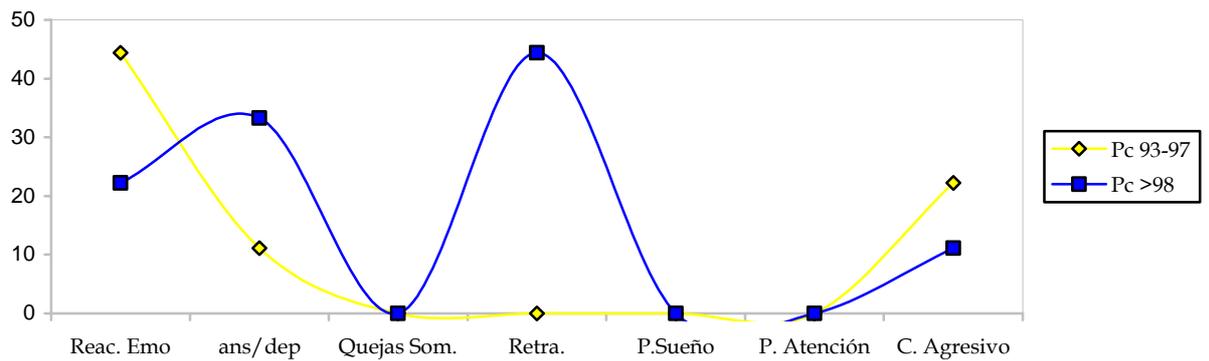


Figura 8.8. Porcentaje de niñas en Pc93-97/>98 (CBCL 1/5).

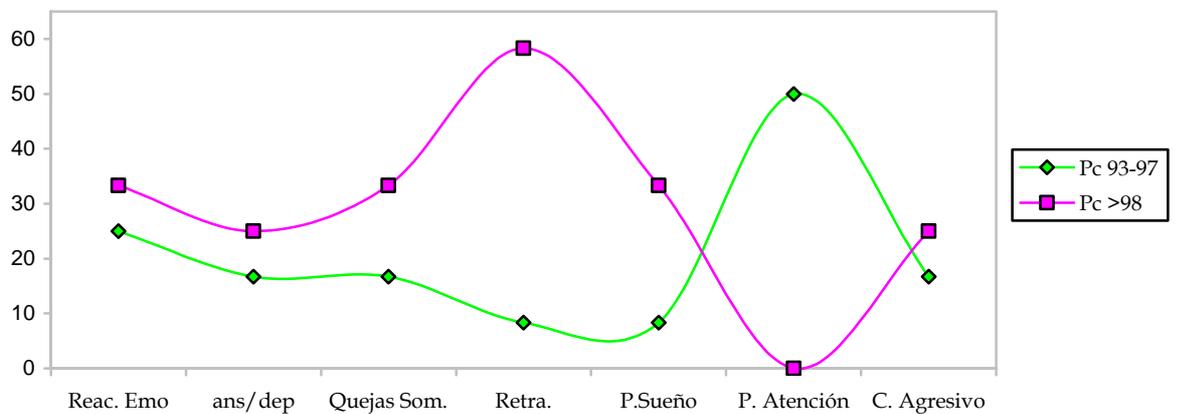
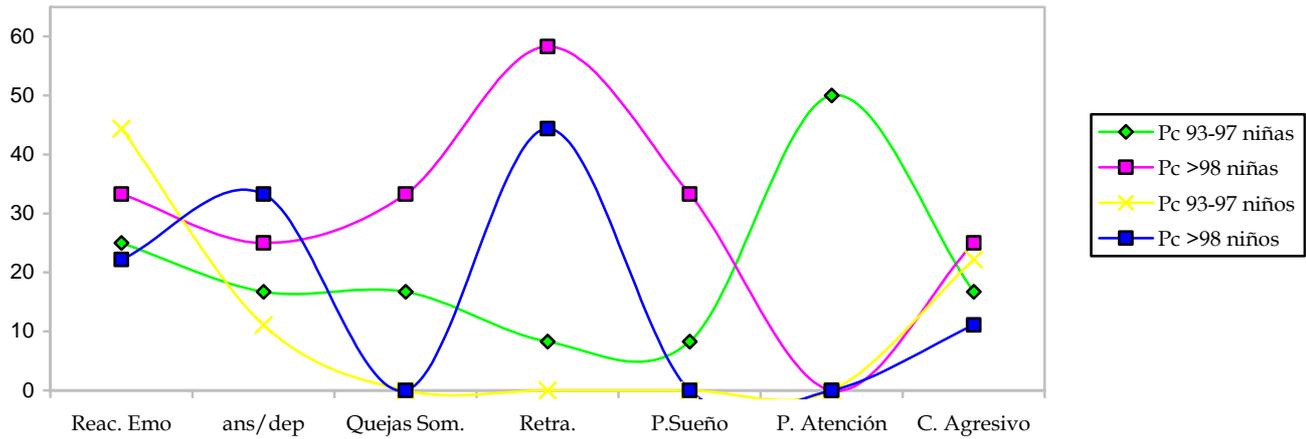


Figura 8.9. Porcentaje de niños/as en Pc93-97/>98 (CBCL 1/5)



8.3.2. CHILD BEHAVIOR CHECKLIST 6-18 AÑOS (CBCL 6-18).

PRIMERA PARTE.

La primera parte del CBCL realiza preguntas a las madres sobre diferentes aspectos en la vida de su hijo/a, así como su estimación de su funcionamiento en diferentes facetas. A continuación se exponen la prevalencia encontrada en cada opción de respuesta:

- Cuantos amigos íntimos tiene: un 8,2% ninguno, un 18,8% 1; un 45,9% tiene 2 o 3; y un 27,1 uno o más.
- Cuantas veces a la semana participa en actividades con sus amigos (no incluye a hermanos/as): un 16,5% menos de 1 vez a la semana; un 38% una o dos veces; un 45,6% tres o mas.
- Cómo se lleva con sus hermanos/as: 11,8% peor que los demás; 76,5% igual que los demás y un 11,8% mejor que los demás.
- Cómo se lleva con otros niños/as: 13,9% peor que los demás; 72,2% igual que los demás y 13,9% mejor que los demás.
- Cómo se comporta con sus padres: 23,1% peor que los demás; 65,4% igual que los demás y 11,5% mejor que los demás.
- Cómo juega solo/a y hace sus tareas solo/a: 24,1% peor que los demás; 63,3% igual que los demás y 12,7% mejor que los demás.
- Rendimiento escolar:



- Asistencia al colegio: el 1,7% no asiste, 98,3% si asiste.
- Recibe educación especial: 87,5% no, 12,5% si.
- Ha repetido curso: 63,1% no, 36,9% si.
- Tiene problemas académicos: 63,8% no, 36,3% si.
- Ha tenido problemas académicos: 63,8% no, 36,2 si.
- Han terminado esos problemas: 65,6% no, 34,4% si.
- Tiene alguna enfermedad o discapacidad: 86,5 no, 13,4% si.

SEGUNDA PARTE: indicadores psicopatológicos

La puntuaciones medias encontradas en cada uno de los síndromes oscilan entre 4,30 (dt=2,99), la mas baja encontrada en retraimiento, y 11,54 (dt=7,5), la mas alta encontrada en el síndrome agresividad. Entre estas puntuaciones están las halladas en el síndrome ansiedad/depresión de 7,26 (dt=4,56), problemas somáticos 4,31 (dt=3,5); problemas sociales 5,47 (dt=3,5); problemas de pensamiento 4,97 (dt=4,66); problemas de atención 7,43 (dt=4,88); y conducta disruptiva 4,55 (dt=4,18).

Como se puede observar las puntuaciones mas elevadas son las obtenidas en el síndrome agresividad, problemas de atención y ansiedad/depresión (Ver anexo tablas de frecuencia CBCL 6-18 años).

Tabla 8.8. Puntuaciones medias y desviaciones típicas en CBCL.

	N	Media	Desviación típica
ANSIEDAD/DEPRESIÓN.	93	7,26	4,578
RETRAIMIENTO	93	4,30	2,988
PROBLEMAS SOMÁTICOS	93	4,31	3,511
PROBLEMAS SOCIALES	93	5,47	3,528
PROBLEMAS DE PENSAMIENTO	93	4,97	4,659
PROBLEMAS DE ATENCIÓN	93	7,43	4,882



CONDUCTA DISRUPTIVA	93	4,55	4,182
CONDUCTA AGRESIVA	93	11,54	7,497

Con respecto a la prevalencia encontramos en el síndrome *Ansiedad/Depresión* un 24,7% de menores situados entre el percentil 93 al 97, y un 23,6% con puntuaciones superiores al percentil 98; la prevalencia total tomando como criterio puntuaciones superiores al percentil 93, es de 48,3%.

En *Quejas Somáticas* 13,5% presenta indicadores de sintomatología leve (Pc 93-97), y un 25,8% de indicadores graves, siendo el total de ambos niveles de un 39,3% .

En *Retraimiento* encontramos un 29,2% de menores con sintomatología leve y un 22,5% con nivel grave, siendo el total de menores con indicadores de patología en retraimiento de 51,7%,

En *Problemas de Pensamiento*, el 14,6% presenta sintomatología leve y un 29,2% en grave, con un total del 43,8% de los menores con síntomas de problemas de pensamiento.

En el síndrome *Problemas de Atención* encontramos una prevalencia del 20,2% en sintomatología leve y de un 21,3% en grave, con un total del 41,5% de menores con problemas atencionales.

En *Problemas Sociales* la prevalencia es del 19,1% en sintomatología leve y del 16,9% en grave, lo que supone un 36% de menores con este tipo de problema.

En el síndrome empírico *Conducta Disruptiva* obtienen una prevalencia del 13,6% en leve y de 15,9% en grave, siendo el total 29,5%.

CBCL n=89		TOTAL Pc 93-97/Pc>98	TOTAL >Pc 98
ANSIEDAD / DEPRESIÓN	Pc 93-97	24,7	48,3
	> = PC 98	23,6	
QUEJAS SOMÁTICAS	Pc 93-97	13,5	39,3
	> = PC 98	25,8	
RETRAIMIENTO	Pc 93-97	29,2	51,7
	> = PC 98	22,5	
PROBL. PENSAMIENTO	Pc 93-97	14,6	43,8
	> = PC 98	29,2	
PROBL. ATENCIÓN	Pc 93-97	20,2	41,5
	> = PC 98	21,3	
PROBL. SOCIALES	Pc 93-97	19,1	36
	> = PC 98	16,9	
CONDUCTA DISRUPTIVA	Pc 93-97	13,6	29,5
	> = PC 98	15,9	
PROBL. AGRESIVIDAD	Pc 93-97	11,2	40,4
	> = PC 98	29,2	

Tabl



Se puede concluir que el grupo de menores expuestos a violencia de género, de edades comprendidas entre los 6 y 18 años, y desde la valoración materna, presenta en primer lugar problemas de retraimiento social, y de ansiedad depresión, la siguiente patología es problema de pensamiento, y los problemas de atención, agresividad, problemas sociales y conducta disruptiva, van a continuación, todos ellos con altos niveles de presencia: más del 29,5% de la muestra.

Con el fin de conocer las características en tramos de edad, y poder distinguir lo más característico en escolares y adolescentes, hemos analizado la prevalencia obtenida en el CBCL en dos grupos: el grupo 1 integra a los niños/as entre 6 y 12 años, y el segundo 2 a los niños/as entre 13 y 18 años.

En cuanto a las diferencias entre niños y niñas, encontramos los siguientes resultados: en el síndrome *Ansiedad/Depresión* el grupo de menos edad presentan mayor prevalencia los niños que las niñas (30,3% frente a 15,4%) en sintomatología leve, mientras que en sintomatología grave son las niñas las que presentan mayores porcentajes (38,5% frente a 12,1%). En el grupo de mayores (13 a 18 años), encontramos mayor prevalencia en las niñas tanto en leve (30,8% frente a 15,8%) como en grave (23,1% frente a 21,1%). En *Quejas Somáticas* son las niñas del grupo más joven las que obtienen una prevalencia más alta en sintomatología leve (19,2% frente a 12,1%), y los niños en grave (24,2% frente a 23,1%). En este síndrome en el grupo de mayores son las chicas las que obtienen puntuaciones más altas tanto en sintomatología leve (15,4% frente a 5,3%) como en grave (38,5% frente a 5,8%).

Con respecto al *Retraimiento*, en el grupo de menor edad, encontramos mayor prevalencia en niños que en niñas, tanto en leve (27,3% frente a 19,2%) como en grave (58,3% frente a 44,4%), y en el grupo adolescente presentan mayor prevalencia en



sintomatología leve las chicas (53,8% frente a 26,3%) y en grave los chicos (31,6% frente a 7,7%).

En el síndrome *Problemas de Atención* los niños presentan una prevalencia mayor (21,2% frente a 7,7%), y en sintomatología grave encontramos mayor prevalencia en niñas (34,6% frente a 18,2%). En el grupo juvenil encontramos en el síndrome *Problemas de Atención* mayor prevalencia en chicos en sintomatología leve (36,8% frente a 15,4%) y en grave mayor prevalencia en chicas (23,1% frente a 5,3%).

Con respecto a los *Problemas de Agresividad* el grupo menor presentan mayor sintomatología leve las niñas (15,4% frente a 6,1%) y en problemas de agresividad graves mayor prevalencia los niños (33,3% frente a 30,8%). En el grupo de jóvenes presentan mayor prevalencia en el síndrome *Problemas de Agresividad* sintomatología leve las chicas que los chicos (23,1% frente a 5,3%), y para los graves la prevalencia es mayor en chicos que en chicas (26,3% frente a 15,4%). En *Problemas Sociales* hallamos una prevalencia mayor en niñas tanto en leve (19,2% frente a 9,1%) como en grave (30,8% frente a 18,2%) en el grupo de peques. En el grupo de adolescentes cambia la prevalencia siendo mayor la encontrada en chicos que en chicas tanto en leve (36,8% frente a 23,1%) como grave (5,3% frente a 0%). En el síndrome *Problemas de Pensamiento* presentan mayor sintomatología leve los niños que las niñas (15,2% frente a 3,8%) y en grave son las niñas las que obtienen una prevalencia mayor (42,3% frente a 27,3%). En el grupo de adolescentes presentan una prevalencia mayor en sintomatología leve del síndrome *Problemas de Pensamiento* en chicos en que en chicas (21,1% frente a 15,4%) y en grave en chicas que en chicos (30,8% frente a 10,5%). Por último el grupo más joven, presentan mayor sintomatología leve en niñas que en niños (24% frente a 9,1%) y en graves mayores en niños que en niñas (24,2% frente a 12%). Por último, en *Problemas Conducta Disruptiva*; en el los adolescentes, se obtiene mayor prevalencia en chicos que en chicas tanto en leve (10,5 % frente a 7,7%) como en grave (10,5% frente a 7,7%).

Tabla 8. 10. CBCL de 6 a 18 años por edad y sexo.

CBCL n=89		6-12 AÑOS		13-18 AÑOS	
		CHICO	CHICA	CHICO	CHICA
ANSIEDAD / DEPRESIÓN	Pc 93-97	30,3	15,4	15,8	30,8



	> = PC 98	12,1	38,5	21,1	23,1
QUEJAS SOMÁTICAS	Pc 93-97	12,1	19,2	5,3	15,4
	> = PC 98	24,2	23,1	5,8	38,5
RETRAIMIENTO	Pc 93-97	27,3	19,2	26,3	53,8
	> = PC 98	24,2	15,4	31,6	7,7
PROBL. PENSAMIENTO	Pc 93-97	15,2	3,8	21,1	15,4
	> = PC 98	27,3	42,3	10,5	30,8
PROBL. ATENCIÓN	Pc 93-97	21,2	7,7	36,8	15,4
	> = PC 98	18,2	34,6	5,3	23,1
PROBL. SOCIALES	Pc 93-97	9,1	19,2	36,8	23,1
	> = PC 98	18,2	30,8	5,3	0
CONDUCTA DISRUPTIVA	Pc 93-97	9,1	24	10,5	7,7
	> = PC 98	24,2	12	10,5	7,7
PROBL. AGRESIVIDAD	Pc 93-97	6,1	15,4	5,3	23,1
	> = PC 98	33,3	30,8	26,3	15,4

Figura 8.10 Porcentaje de niños Pc93-97/>98 (CBCL 6 a 12 años).

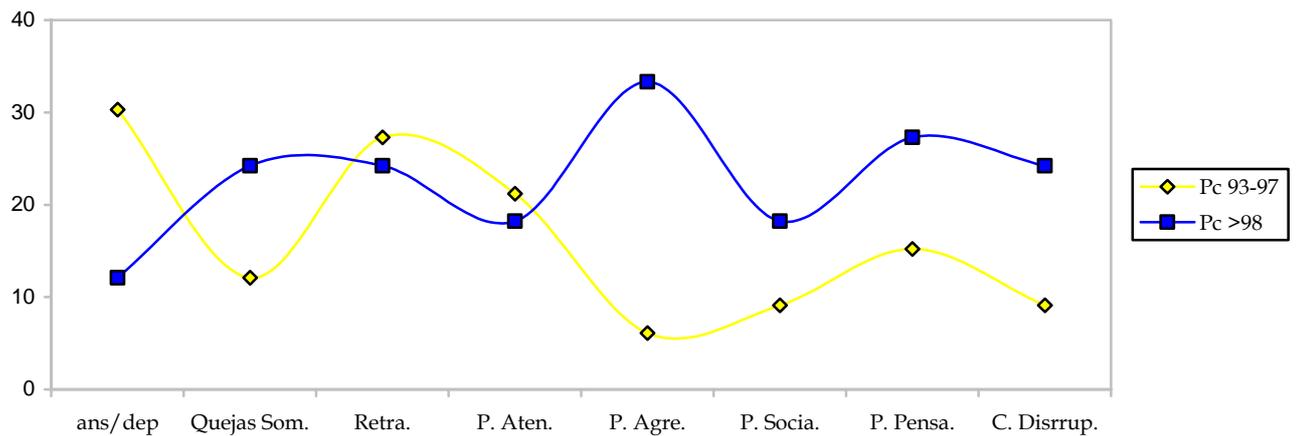


Figura 8.11 Porcentaje de niñas Pc93-97/>98 (CBCL 6 a 12 años).

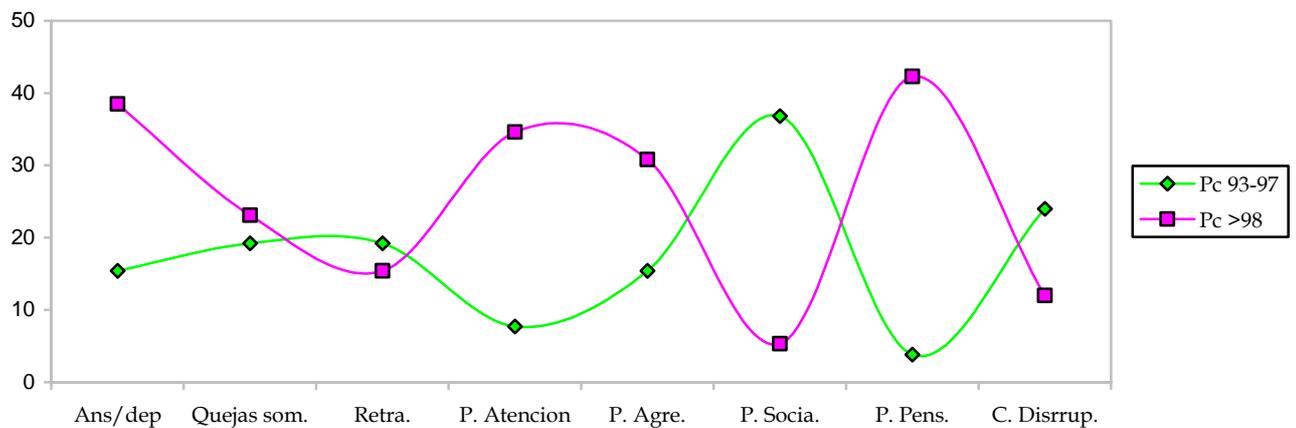




Figura 8.12. Porcentaje de niños/as Pc93-97/>98 (CBCL 6 a 12 años).

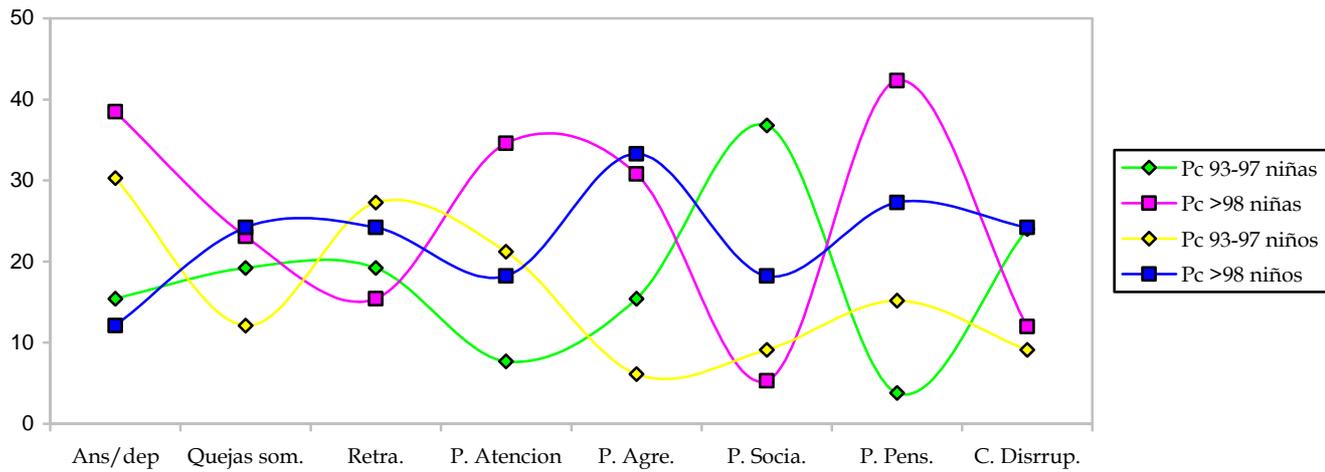


Figura 8.13. Porcentaje de niños Pc93-97/>98 (CBCL 12 a 18 años).

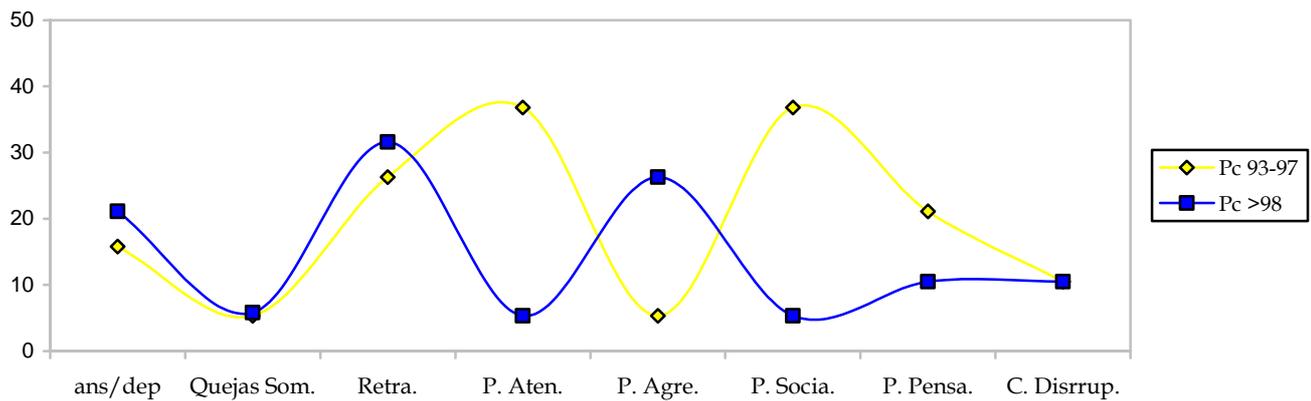


Figura 8.14 Porcentaje de niñas Pc93-97/>98 (CBCL 12 a 18 años).

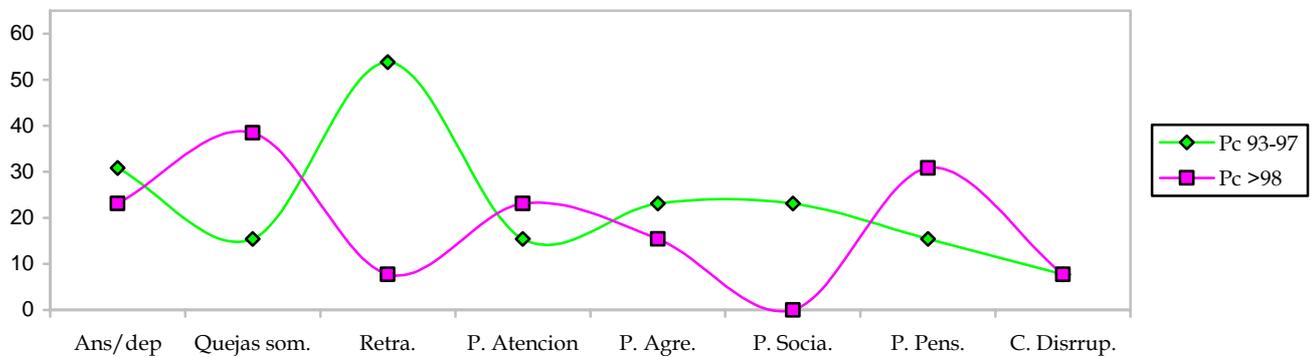
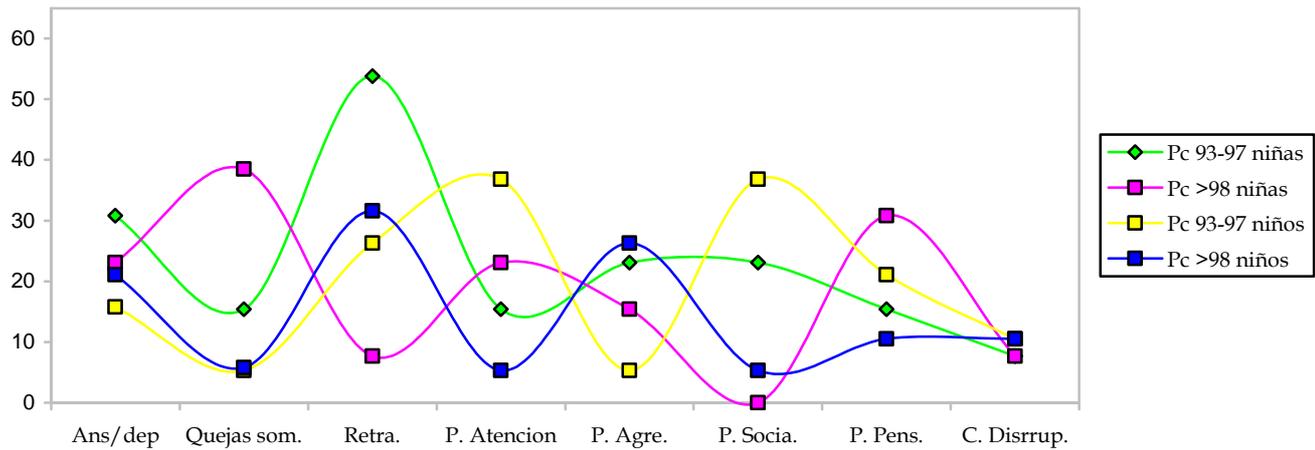


Figura 8.15. Porcentaje de niños/as Pc93-97/>98 (CBCL 12 a 18 años).



Los análisis de comparación realizados a través de la prueba ANOVA por rangos de edad, sexo y síndromes CBCL de 6 a 18 años, indican que no hay diferencias estadísticamente significativas.

Ver estadísticos descriptivos del CBCL en Anexo 9.

8. 3.3 YOUTH SELF REPORT (YSR)

PRIMERA PARTE

En la primera parte del autoinforme YSR se realizan preguntas a los chicos/as acerca de diferentes aspectos de su vida. A continuación se exponen estas preguntas así como la prevalencia encontrada en las distintas opciones de respuesta.

- Cuantos amigos íntimos tiene: un 4,2% ninguno, un 6,3% tiene uno; un 56,3% tiene 2 o 3; y un 33,3% cuatro o más.
- Cuantos veces a la semana participas en actividades con tu amigos/as: un 14,9% menos de una, un 27,7% entre uno y dos; y un 57,4% tres o más.
- Como te llevas con tus hermanos/as: un 4,5% peor que los demás, un 65,9% como los demás; y un 29,5% mejor que los demás.
- Como te llevas con otros jóvenes: un 2,1% peor que los demás, un 70,8% como los demás; y un 27,1% mejor que los demás.
- Como te comportas con tus padres: un 6,5% peor que los demás, un 65,2% como los demás; un 28,3% mejor que los demás.



- Como haces las cosas por ti mismo: un 4,3% peor que los demás, un 61,7% como los demás; un 34% mejor que los demás.
- Asisto al colegio: un 1,7% no, y un 98,3% si.

SEGUNDA PARTE

Las puntuaciones medias obtenidas en los síndromes del YSR oscilan entre 5,6 (dt=4,598), la mas alta hallada en problemas afectivos, y 2,18 (dt=2,037), las más baja hallada en problemas somáticos, entre éstas se encuentran los síndromes problemas de ansiedad 3,16 (dt=2,014); problemas de atención con hiperactividad 5,30 (dt=3,297); oposicionismo desafiante 3,42 (dt= 2,548) y problemas de conducta 4,32 (dt=3,878).

Tabla 8.11. Puntuaciones medias y desviaciones típicas en el YSR.

	N	Media	Desviación típica.
PROBLEMAS AFECTIVOS	50	5,60	4,598
PROBLEMAS DE ANSIEDAD	50	3,16	2,014
PROBLEMAS SOMÁTICOS	50	2,18	2,037
PROBLEMAS DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD	50	5,30	3,297
OPOSICIONISMO DESAFIANTE	50	3,42	2,548
PROBLEMAS DE CONDUCTA	50	4,32	3,878

En cuanto a la prevalencia de los síndromes del YSR para la muestra total, encontramos que el 16,3% de los chicos/as presenta sintomatología leve en el síndrome Problemas Afectivos, y un 12,2% sintomatología grave. En relación al síndrome Problemas de Ansiedad, el 2% presenta sintomatología leve y el 6,1% grave. En Problemas Somáticos, la prevalencia es del 10,2% en sintomatología leve y de 4,1% en sintomatología grave. En Problemas de Atención/Hiperactividad, el 14,3% de los menores presenta sintomatología leve, frente al 6,1% que presenta sintomatología grave. Con respecto al síndrome Oposicionismo/Desafiante, encontramos el mismo porcentaje para los dos niveles de gravedad, 10,4%. Por último en Problemas de



Conducta, hallamos mayor prevalencia en sintomatología leve con un 16,3%, que en grave que presenta un 4,1%.

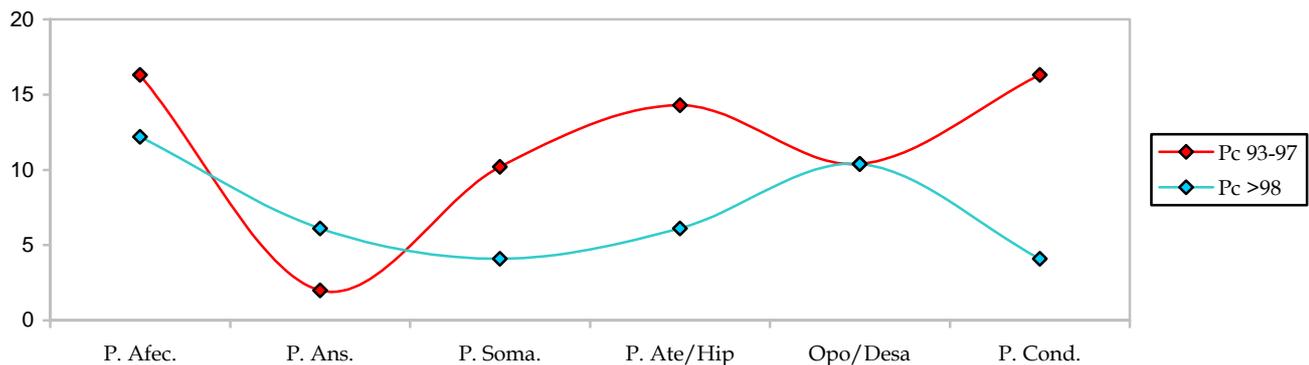
Tabla 8.12. Prevalencias del YSR.

YSR n=50		TOTAL
PROBLEMAS AFECTIVOS	Pc 93-97	16,3
	> = PC 98	12,2
PROBLEMAS DE ANSIEDAD	Pc 93-97	2
	> = PC 98	6,1
PROBLEMAS SOMÁTICOS	Pc 93-97	10,2
	> = PC 98	4,1

Tabla 8.13 (continuación). Prevalencias del YSR.

YSR n=50		TOTAL
PROBLEMAS DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD	Pc 93-97	14,3
	> = PC 98	6,1
OPOSICIONISMO DESAFIANTE	Pc 93-97	10,4
	> = PC 98	10,4
PROBLEMAS DE CONDUCTA	Pc 93-97	16,3
	> = PC 98	4,1

Figura 8.16. Porcentajes en YSR Pc93-97/>98.



Si analizamos los resultados con respecto a la variable sexo, encontramos que en Problemas Afectivos es mayor la prevalencia en chicos tanto en sintomatología leve (19,2% frente a 13%) como en grave (15,4% frente a 8,7%). En cuanto a Problemas de Ansiedad, también hallamos mayor prevalencia en chicos en los dos niveles de



gravedad, tanto en leve 3,8% frente a 0% como en grave 7,7% frente a 4,3%. En relación al síndrome Problemas Somáticos, en sintomatología leve la prevalencia es mayor para chicos (11,5%) que para chicas (8,7%), mientras que en sintomatología grave es ligeramente mayor para chicas (4,3% frente a 3,8%). En Problemas de Atención/Hiperactividad, el 19,2% de los chicos y el 8,7% de las chicas presentan sintomatología leve, y el 3,8% de los chicos y el 8,7% de las chicas presentan sintomatología grave. Para Oposicionismo/Desafiante, se obtienen los mismos porcentajes en los dos niveles de gravedad, un 7,7% para chicos y un 13,6% para chicas. Por último, en Problemas de Conducta, el 23,1% de los chicos frente al 8,7% de las chicas tienen problemas de conducta leves, mientras que el 8,7% de chicas presenta sintomatología grave, no encontrándose ningún caso de chicos para este nivel de gravedad.

Tabla 8.14. Prevalencia en el YSR por género.

YSR		GÉNERO	
		CHICOS	CHICAS
PROBLEMAS AFECTIVOS	Pc 93-97	19,2	13
	> = PC 98	15,4	8,7
PROBLEMAS DE ANSIEDAD	Pc 93-97	3,8	0
	> = PC 98	7,7	4,3
PROBLEMAS SOMÁTICOS	Pc 93-97	11,5	8,7
	> = PC 98	3,8	4,3
PROBLEMAS DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD	Pc 93-97	19,2	8,7
	> = PC 98	3,8	8,7
OPOSICIONISMO DESAFIANTE	Pc 93-97	7,7	13,6
	> = PC 98	7,7	13,6
PROBLEMAS DE CONDUCTA	Pc 93-97	23,1	8,7
	> = PC 98	0	8,7

Figura 8.17. Porcentaje de chicos en YSR Pc 93-97/>98.

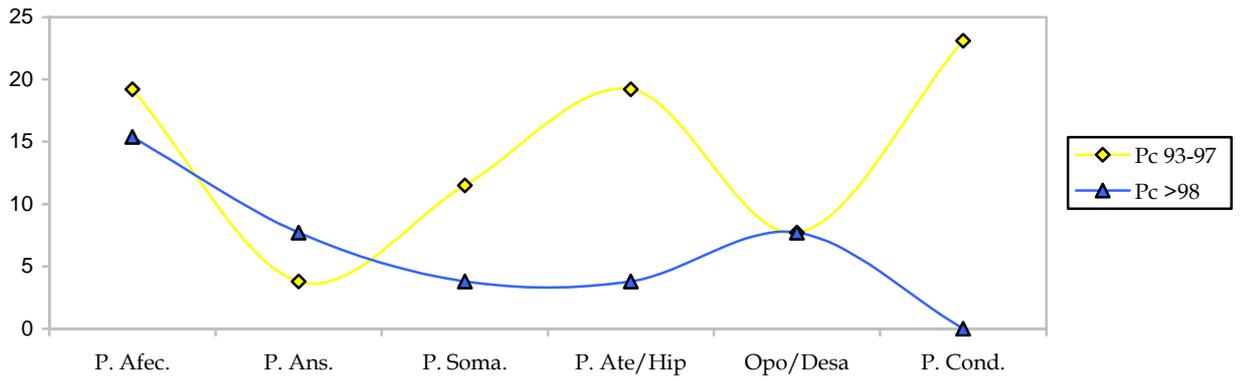


Figura 8.18. Porcentaje de chicas en YSR Pc 93-97/>98.

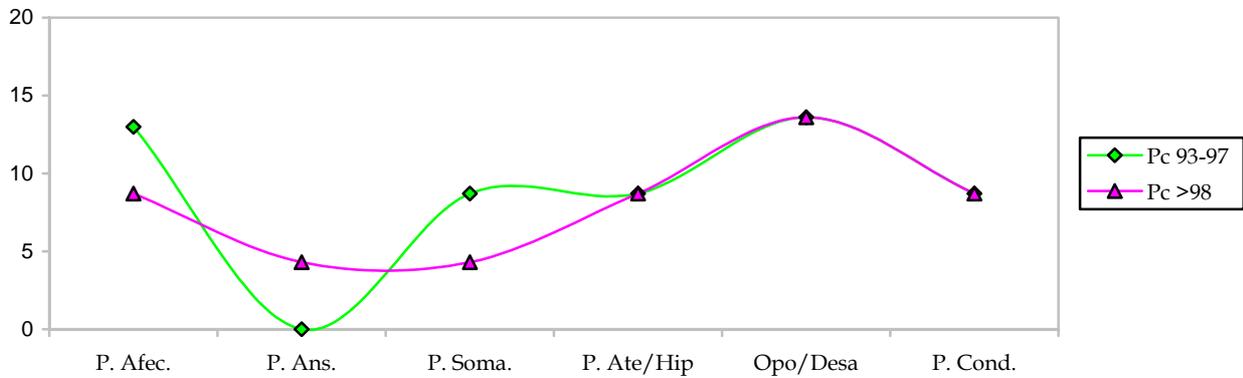
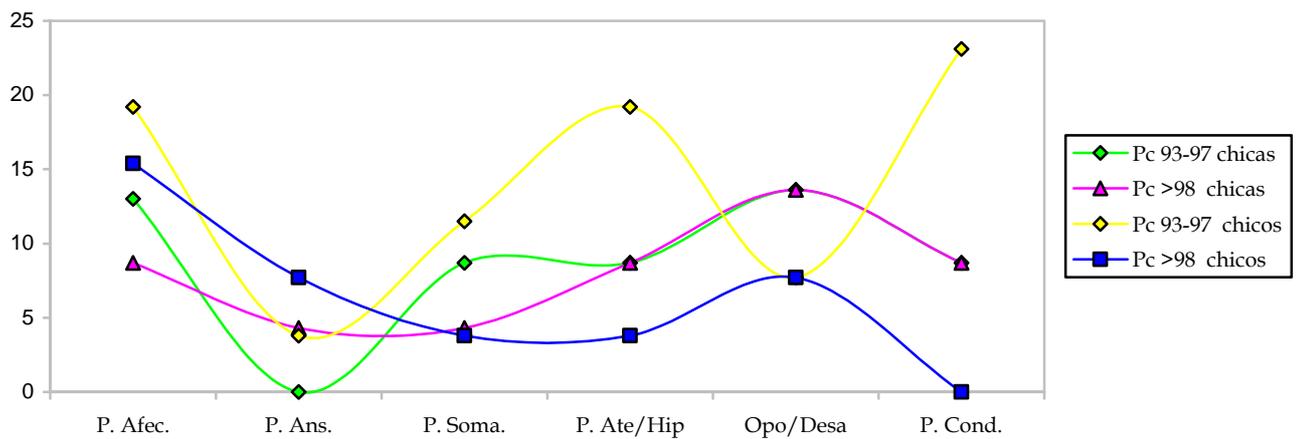


Figura 8.19. Porcentaje de chicos/as en YSR Pc 93-97/>98.



Se ha realizado un ANOVA con los síndromes del YSR y sexo, y no aparecen diferencias estadísticamente significativas.



Ver estadísticos descriptivos del YSR en Anexo 10.

8.3.4. STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY FOR CHILDREN (STAIC).

Se han analizado tanto las puntuaciones medias como la prevalencia total y por género en el *Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo para niños*. Con respecto a las puntuaciones medias, estas son 30,69 (dt=7,688) para ansiedad estado, y 32,09 (dt=9,170) para ansiedad rasgo.

Tabla 8.15. Puntuaciones directas y desviaciones típicas en el STAIC

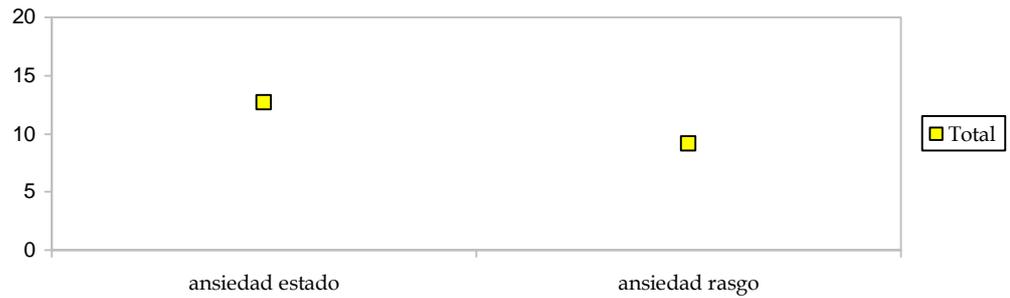
	N	Media	Desviación típica
ANSIEDAD ESTADO	55	30,69	7,688
ANSIEDAD RASGO	55	32,09	9,170

En referencia a la prevalencia encontrada por encima del percentil 90, considerado como indicador de sintomatología ansiosa grave, encontramos un 12,7% en Ansiedad Estado, y 9,1% en Ansiedad Rasgo.

Tabla 8.16. Prevalencia en el STAIC.

	STAIC (N 55)	TOTAL
Sintomatología Significativa > Pc 90	ANSIEDAD ESTADO	12,7
	ANSIEDAD RASGO	9,1

Figura 8.20. Porcentaje de casos en Ansiedad Estado-Rasgo Pc>90.

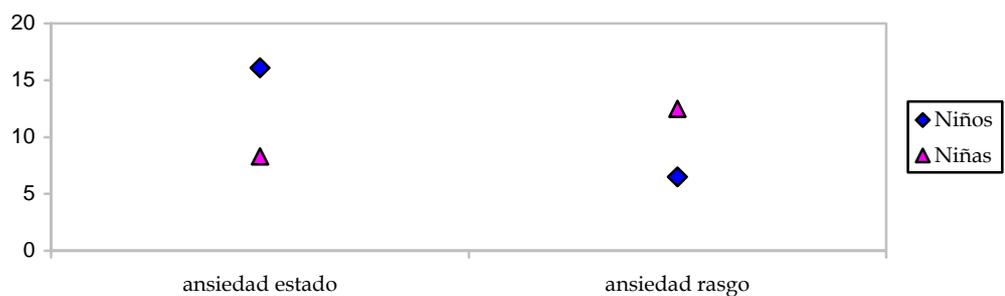


La distribución en los indicadores de ansiedad por género indica que los chicos presentan mayor prevalencia en ansiedad estado que las chicas (16,1% frente a 8,3%), y las chicas presentan mayor prevalencia en ansiedad rasgo que los chicos (12,5% frente a 6,5%).

Tabla 8.17. Prevalencia en el STAIC por sexo.

STAIC n= 55		SEXO	
		CHICOS	CHICAS
Síntomatología Significativa > Pc 90	ANSIEDAD ESTADO	16,1	8,3
	ANSIEDAD RASGO	6,5	12,5

Figura 8.21. Porcentaje de niños/as en Ansiedad Estado-Rasgo Pc>90.



Los resultados obtenidos tras el análisis ANOVA realizado para determinar las diferencias de género en las subesclas del STAIC, muestran que no se aprecian diferencias estadísticamente significativas.

8.3.5. CHILDREN’S DEPRESSION INVENTORY (CDI).



En relación a los indicadores de depresión medidos a través del *Cuestionario de Depresión Infantil*, encontramos unas puntuaciones medias oscilan entre 4,20 y 10,26, en concreto, para la subescala de disforia, la puntuación media encontrada es de 4,20 (dt=3,410), en autoestima negativa de 6,04 (dt=3,564), y por último, en depresión total de 10,26 (dt=6,317).

Tabla 8.18. Puntuacion media y desviaciones típicas en el CDI.

	N	Media	Desv. Típ
CDI Disforia Directa	76	4,20	3,410
CDI Autoestima Directa	76	6,04	3,564
CDI Depresión total Directa	76	10,26	6,317

Con respecto a la prevalencia distinguimos entre sintomatología leve (del percentil 90 al 96), y sintomatología grave (a partir del percentil 97). Si bien, hay que destacar que el rango entre el percentil 90 y 96 es considerado por muchos autores como indicador de sintomatología depresiva moderada y no leve.

Los resultados obtenidos muestran que en la subescala de disforia, un 10,5% presenta sintomatología leve, y un 2,6% sintomatología grave; con respecto a escala de Autoestima, referida a autoestima negativa, un 7,9% presenta sintomatología leve mientras que un 3,9% sintomatología grave, y por último, en la escala de depresión total, un 9,2% presenta sintomatología leve y un 3,9% grave.

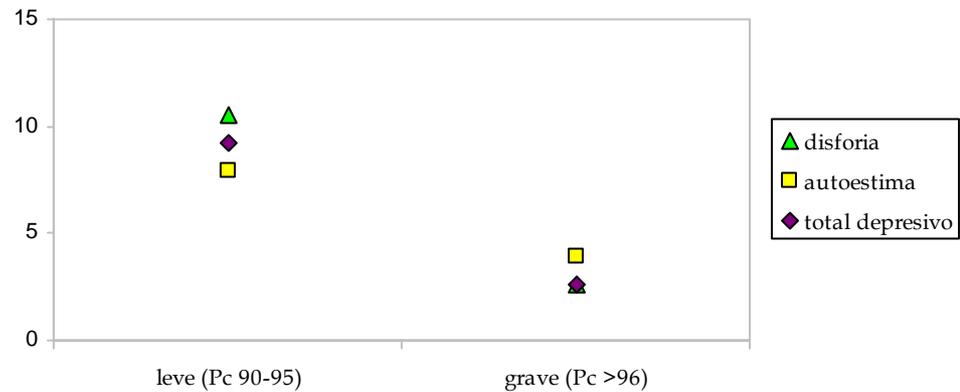
Tabla 8.19. Prevalencia en el CDI.

CDI n=76		TOTAL
DISFORIA	Leve p. 90-96	10,5
	Grave > = PC 96	2,6
AUTOESTIMA NEGATIVA	Leve p. 90-96	7,9
	Grave > = PC 96	3,9



TOTAL DEPRESIVO	Leve Pc 90-95	9,2
	Grave >= PC 96	2,6

Figura 8.22. Porcentaje de casos en CDI Pc90-95/>96.



La distribución de la prevalencia por género indica que las chicas presentan una prevalencia mayor en disforia, tanto en sintomatología leve como grave (leve 13,3% frente 8,7%; y grave 6,7% frente a 0%); en la subescala de autoestima negativa son los chicos los que presentan mayor prevalencia en sintomatología leve (10,9% frente a 3,3%), mientras que en sintomatología grave son las chicas las que tienen una prevalencia mayor (6,7% frente 2,2%); en la escala depresivo total los chicos obtienen una prevalencia mayor en sintomatología leve que las chicas (10,9% frente a 6,7%), y las chicas una prevalencia mayor en grave que los chicos (6,7% frente a 0%).

Tabla 8.20. Prevalencia en el CDI por sexo.

CDI n=76		GÉNERO	
		NINOS	NINAS
DISFORIA	Leve Pc 90-95	8,7	13,3
	Grave >= PC 96	0	6,7
AUTOESTIMA NEGATIVA	Leve Pc 90-95	10,9	3,3



	Grave > = PC 96	2,2	6,7
TOTAL DEPRESIVO	Leve Pc 90-95	10,9	6,7
	Grave > = PC 96	0	6,7

Figura 8.23. Porcentaje de casos de niños/as en Diforia Pc90-95/>96.

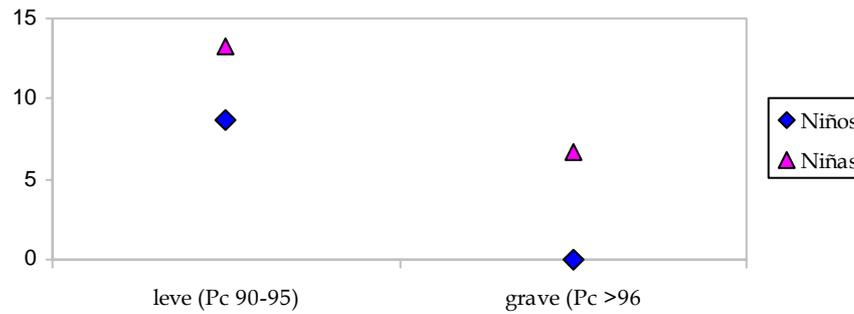


Figura 8.24. Porcentaje de casos de niños/as en Autoestima Pc90-95/>96.

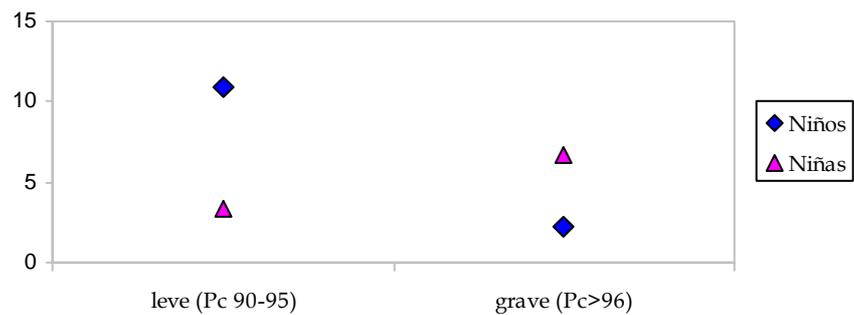
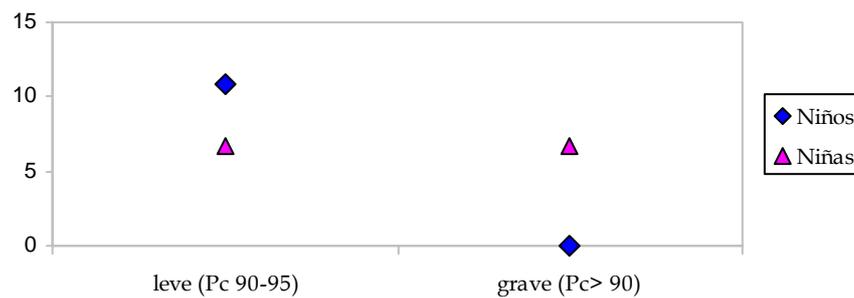


Figura 8.25. Porcentaje de casos de niños/as en Depresión total Pc90-95/>96.



Los análisis estadísticos ANOVA realizados para determinar las diferencias de género, indican que no existen diferencias estadísticamente significativas con respecto a esta variable.

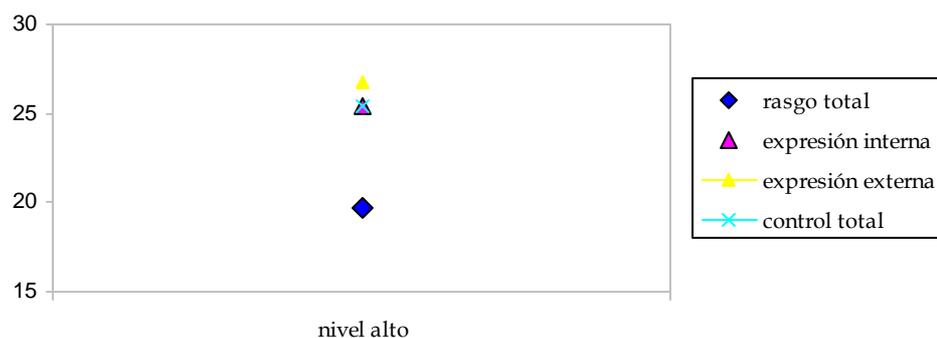
8.3.6. INVENTARIO DE EXPRESIÓN DE IRA ESTADO-RASGO (STAXI-NA).

Con respecto a los indicadores de ira u hostilidad, la prevalencia encontrada indica que obtienen puntuaciones altas en ira rasgo un 19,7%, en expresión interna de la ira un 25,4%, en expresión externa un 26,8% y en control de la ira un 25,4%.

Tabla 8.21. Prevalencia en el STAXI-NA.

STAXI-NA n=71		TOTAL
RASGO total	Alto (>97)	19,7
EXPRESIÓN INTERNA	Alto (>97)	25,4
EXPRESIÓN EXTERNA	Alto (>97)	26,8
CONTROL total	Alto (>97)	25,4

Figura 8.26. Porcentaje de casos STAXI-NA Pc>98.

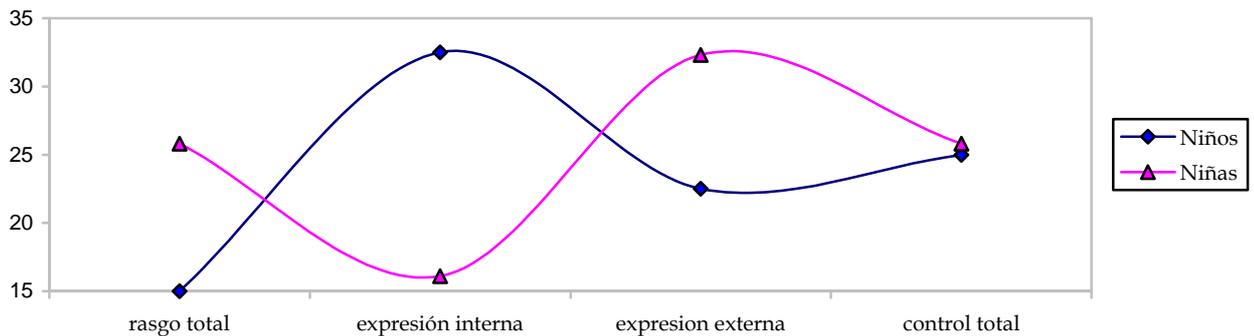


Si introducimos la variable género, la distribución de la prevalencia en Ira Rasgo total se sitúa en un 15% de los chicos, y un 25,8% de las chicas. En Expresión Interna de la Ira, encontramos un 32,5% de chicos y un 16,1% de chicas.

Con respecto a la Expresión Externa de la Ira, encontramos un 22,5% de los chicos y un 32,3% de las chicas. Y en Control de la Ira total, un 25% de los chicos, y 25,8% de las chicas.

Tabla 8.22. Prevalencias del STAXI por sexo.

STAXI-NA n=71		SEXO	
		CHICOS	CHICAS
RASGO total	Alto	15	25,8
EXPRESIÓN INTERNA	Alto	32,5	16,1
EXPRESIÓN EXTERNA	Alto	22,5	32,3
CONTROL	Alto	25	25,8

Figura 8.27. Porcentaje de niños/as en Ira Rasgo total $P_c > 98$.

El análisis estadístico ANOVA realizado con el fin de conocer si existen diferencias con respecto a la variable género, indica que no existen diferencias significativas.

Ver estadísticos descriptivos y ANOVAS del STAIC, CDI y STAXI-NA en Anexo 11.

8. 3.7. TEST AUTOEVALUATIVO MULTIFACTORIAL DE ADAPTACIÓN INFANTIL (TAMAI)

Se ha obtenido tanto la puntuación media como la prevalencia en siete variables de inadaptación medidas a través del Test Autoevaluativo Multifactorial de adaptación infantil (TAMAI), éstas son: (1) Inadaptación General; (2) Inadaptación Personal; (3) Inadaptación Escolar; (4) Inadaptación Social; (5) Insatisfacción con el Ambiente Familiar; (6) Percepción del Estilo Educativo de la Madre; y (7) Percepción del Estilo Educativo del Padre.

Como se comentó en el capítulo 7, sólo se muestran los resultados obtenidos en los niveles alto y muy alto ya que son considerados como indicativos de inadaptación grave en ese contexto.

La puntuación media obtenida en Inadaptación General es de 2,62 ($dt=1,804$); en Inadaptación personal de 2,43 ($dt=1,798$); en Inadaptación escolar de 2,99 ($dt=1,920$); y en Inadaptación social de 2,62 ($dt=1,779$). Sobre la percepción de los estilos educativos, los resultados muestran que la puntuación media en la percepción de la educación de la madre como adecuada es de 3,01 ($dt=1,665$) y del padre de 2,45 ($dt=1,680$).

Tabla 8.23. Estadísticos descriptivos del TAMAI.



	N	Media	Desviación típica
INADAPTACIÓN GENERAL	68	2,62	1,804
INADAPTACIÓN PERSONAL	68	2,43	1,798
INADAPTACIÓN ESCOLAR	68	2,99	1,920
INADAPTACIÓN SOCIAL	68	2,62	1,779
EDUCACIÓN ADECUADA PADRE	64	2,45	1,680
EDUCACIÓN ADECUADA MADRE	67	3,01	1,665

Las puntuaciones medias obtenidas por sexo indican que los chicos tienen una media en Inadaptación General de 2,76 (dt=1,786), mayor que las chicas que cuya media es 2,45 (dt=1,841); en Inadaptación personal la media es mayor en las chicas que en los chicos, 2,55 (dt=1,964) frente a 2,32(dt=1,668); en inadaptación escolar los chicos obtienen una media en la puntuación de 3,22 (dt=1,931) mayor que las chicas que obtienen una media de 2,71 (dt=1,901); en inadaptación social también los chicos tienen una media mas alta que las chicas, 2,65 (dt= 1,736) frente a 2,58 (dt=1,858); con respecto a la educación adecuada de la madre los chicos muestran una puntuación media mas elevada que las chicas 3,05 (dt=1,731) y las chicas 2,97 (dt=1,608); y por último en educación adecuada del padre, los chicos tienen una media de 2,92 (dt=1,552) mientras que las chicas obtienen una media de 1,81 (dt=1,665), inferior a la de los chicos.

No obstante, el Análisis de Varianza realizado no permite concluir que estas diferencias sean estadísticamente significativas.

Tabla 8.24. Puntuación media de chicos en el TAMAI

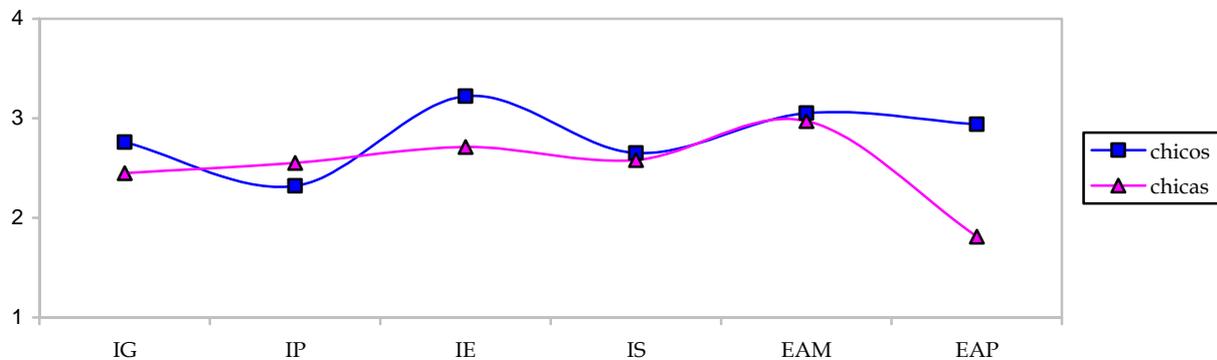
	N	Media	Desviación típica
INADAPTACIÓN GENERAL	37	2,76	1,786
INADAPTACIÓN PERSONAL	37	2,32	1,668
INADAPTACIÓN ESCOLAR	37	3,22	1,931
INADAPTACIÓN SOCIAL	37	2,65	1,736
EDUCACIÓN ADECUADA MADRE	37	3,05	1,731
EDUCACIÓN ADECUADA PADRE	37	2,92	1,552



Tabla 8.25. Puntuación media de chicas en el TAMAI.

	N	Media	Desviación típica
INADAPTACIÓN GENERAL	31	2,45	1,841
INADAPTACIÓN PERSONAL	31	2,55	1,964
INADAPTACIÓN ESCOLAR	31	2,71	1,901
INADAPTACIÓN SOCIAL	31	2,58	1,858
EDUCACIÓN ADECUADA MADRE	30	2,97	1,608
EDUCACIÓN ADECUADA PADRE	27	1,81	1,665

Figura 8.28. Puntuaciones medias en el TAMAI.



Con respecto a la prevalencia se muestran los resultados obtenidos en la categoría alta y muy alta. En inadaptación general un 19,1% de la muestra presenta indicadores altos o muy altos; en inadaptación personal un 14,7%; en inadaptación escolar un 27,9%; en inadaptación social un 14,7%; y por último, encontramos que más de la mitad, un 64,6%, presenta insatisfacción con el ambiente familiar. Por otro lado, los resultados obtenidos sobre la percepción de los estilos educativos del padre y de la madre, muestran que tan solo un 14,1% percibe como adecuada o muy adecuada la educación del padre, y un 22,4% percibe como adecuada o altamente adecuada la educación de la madre, lo que supone que un 85,9% de la muestra percibe como insatisfactoria la educación del padre, y un 77,6% la de la madre.

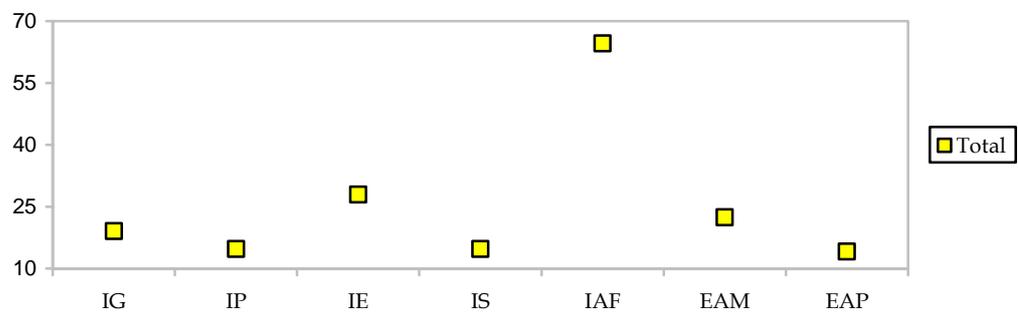
Tabla 8.26. Prevalencia en el TAMAI.

TAMAI n=68	TOTAL
---------------	-------



INADAPTACIÓN GENERAL	Alta o Muy alta	19,1
INADAPTACIÓN PERSONAL	Alta o Muy alta	14,7
INADAPTACIÓN ESCOLAR	Alta o Muy alta	27,9
INADAPTACIÓN SOCIAL	Alta o Muy alta	14,7
INSATISFACCIÓN CON EL AMBIENTE FAMILIAR	Alta o Muy alta	64,6
EDUCACIÓN ADECUADA MADRE	Alta o Muy alta	22,4
EDUCACIÓN ADECUADA PADRE	Alta o Muy alta	14,1

Figura 8.29. Porcentaje de casos en las subescalas del TAMAI Alta/ Muy Alta.



La distribución de la prevalencia con respecto al género indica que en inadaptación general la prevalencia encontrada en los chicos es superior a la de las chicas (21,6% frente a 16,1%; en inadaptación personal las diferencias entre los sexos se dan al contrario, las chicas presentan mayores porcentajes que los chicos (19,4% frente a 10,8%); en inadaptación escolar se encuentra una prevalencia del 32,4% en los chicos y del 22,6% en las chicas; en la escala de inadaptación social, los chicos presentan una prevalencia de 13,5% y las chicas de 16,1%.

En relación a la inadaptación a nivel familiar, el 64,9% de los chicos y el 64,3% de las chicas presentan una insatisfacción alta o muy alta con su ambiente familiar.

Por otro lado, el 21,6% de los chicos y el 23,3% de las chicas perciben el estilo educativo de la madre como adecuado o muy adecuado, y un 16,2% de los chicos y 11,1% de las chicas perciben como adecuado o muy adecuado la educación del padre.

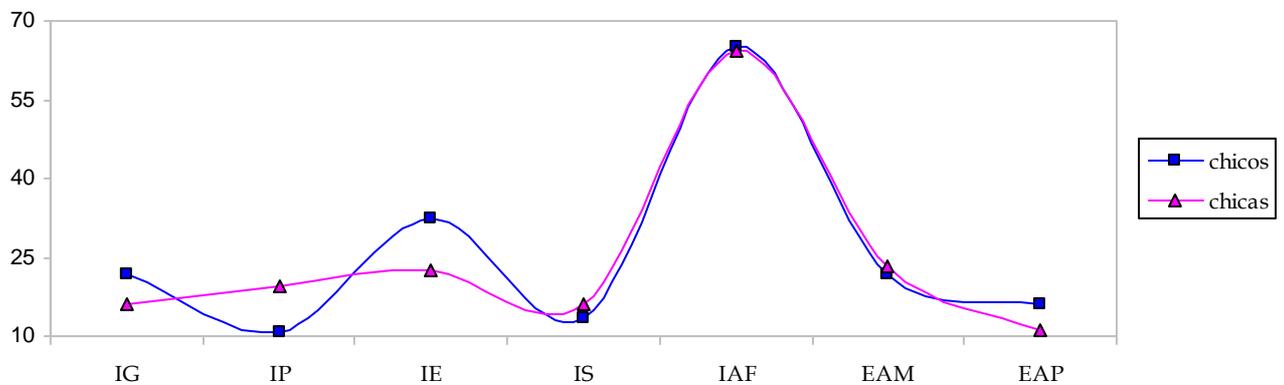
Tabla 8.27. Prevalencia en el TAMAI por sexo.

TAMAI (N 68)	SEXO	
	CHICOS	CHICAS



INADAPTACIÓN GENERAL	Alta o Muy alta	21,6	16,1
INADAPTACIÓN PERSONAL	Alta o Muy alta	10,8	19,4
INADAPTACIÓN ESCOLAR	Alta o Muy alta	32,4	22,6
INADAPTACIÓN SOCIAL	Alta o Muy alta	13,5	16,1
INSATISFACCIÓN CON EL AMBIENTE FAMILIAR	Alta o Muy alta	64,9	64,3
EDUCACIÓN ADECUADA MADRE	Alta o Muy alta	21,6	23,3
EDUCACIÓN ADECUADA PADRE	Alta o Muy alta	16,2	11,1

Figura 8.30. Porcentaje de niños/as en TAMAI (Alta/Muy Alta).



8.3.8. THE SCREEN FOR CHILD ANXIETY RELATED EMOTIONAL DISORDERS (SCARED-R).

Se ha obtenido la puntuación media y la prevalencia en indicadores de riesgo de sintomatología del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) a través de la prueba de screening SCARED-R para este trastorno.

Los resultados muestran que la puntuación media es de 7,12 (dt=2,75).

Con respecto a la prevalencia encontramos un 20% de indicadores leves de sintomatología (puntuación 8 y 9), un 13,3% en indicadores de sintomatología moderada (puntuación 10 y 11), y un 10% en indicadores de sintomatología grave (a partir de la puntuación 12), lo que indica que en un 43,3% de la muestra se dan indicadores de sintomatología TEPT, de ellos un 23,3 están con puntuaciones altas en

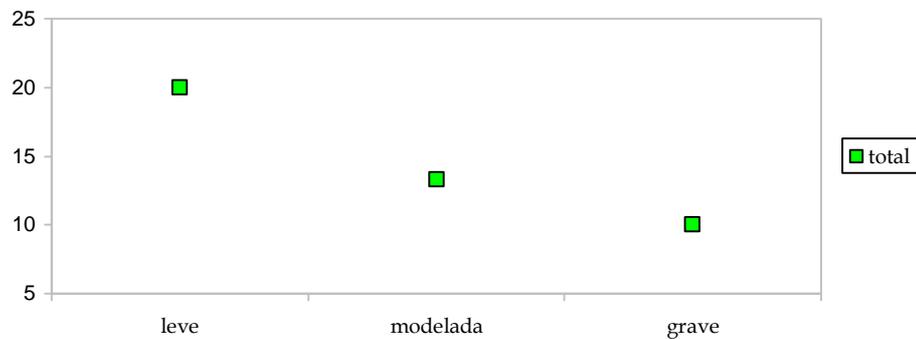


los cuatro síntomas. Casi la mitad de la muestra está en claro riesgo de sufrir este trastorno.

Tabla 8.28. Prevalencia en el SCARED-R

SCARED-R n =60		TOTAL puntuacion	TOTAL categoría
LEVE	8	16,7	20
	9	3,3	
MODERADA	10	10	13,3
	11	3,3	
GRAVE	12	8,3	10
	13	1,7	

Figura 8.31. Porcentaje de casos en SCARED-R.



8.3.9. INDICADORES DE TRAUMA COMPLEJO

Se ha obtenido tanto la puntuación media como la prevalencia, en sintomatología de trauma complejo a través del *Listado de Indicadores de Trauma Complejo* (PEDIMET, 2007), que muestra las alteraciones en siete áreas: (1) regulación de afectos e impulsos, (2) atención y consciencia, (3) autopercepción, (4) relaciones interpersonales, (5) somatizaciones, (6) sistema de significados, y (7) escala total suma de las anteriores.

La puntuación media obtenida en la escala regulación de los afectos e impulsos es de 2,68 (dt=1,068); en atención y consciencia de 2,55 (dt=1,108); en autopercepción de 2,24 (dt=1,038); en relaciones interpersonales de 2,42 (dt=1,244); en somatizaciones de



1,95 (dt=1,138); en sistema de significados de 2,37 (dt=1,076); y por último, en la escala DESNOS total la puntuación media es de 14,11 (dt=4,112) (ver cuadro 7.53).

Tabla 8.29. Puntuación media en DESNOS

	N	Media	Desv. típ.
AFECTOS E IMPULSOS	38	2,68	1,068
ATENCIÓN Y CONSCIENCIA	38	2,55	1,108
AUTOPERCEPCIÓN	37	2,24	1,038
RELACIONES INTERPERSONALES	38	2,42	1,244
SOMATIZACIONES	38	1,95	1,138
SISTEMA DE SIGNIFICADOS	38	2,37	1,076
TOTAL	38	14,11	4,112

La distribución de puntuaciones con respecto al género indica que los niños presentan una puntuación media inferior a la obtenida por las niñas en todas las subescalas del DESNOS: afectos e impulsos (niños 2,50 dt=1,144, y niñas 2,94 dt= 0,929); atención y consciencia (niños 2,41 dt=1,141 y niñas 2,75 dt=1,065); autopercepción (niños 2,14 dt=.914 y niñas 2,38 dt=1,204); relaciones interpersonales (niños 2,23 dt=1,193 y niñas 2,69 dt=1,302); somatizaciones (niños 1,82 dt=1,220 y niñas 2,13 dt=1,025); y sistema de significados (niños 2,32 dt=1,129 y niñas 2,44 dt=1,031).

Cuadro 8.30. Puntuaciones medias en DESNOS para los chicos.

	N	Media	Desv. típ.
DESNOS Afectos e impulsos	22	2,50	1,144
DESNOS Atención y Consciencia	22	2,41	1,141
DESNOS Autopercepción	21	2,14	,910
DESNOS Relaciones interpersonales	22	2,23	1,193
DESNOS Somatizaciones	22	1,82	1,220
DESNOS Sistema de significados	22	2,32	1,129
DESNOS Total	22	13,27	4,142



Cuadro 8.31. Puntuaciones medias en DESNOS para las chicas.

	N	Media	Desv. típ.
DESNOS Afectos e impulsos	16	2,94	,929
DESNOS Atención y Consciencia	16	2,75	1,065
DESNOS Autopercepción	16	2,38	1,204
DESNOS Relaciones interpersonales	16	2,69	1,302
DESNOS Somatizaciones	16	2,13	1,025
DESNOS Sistema de significados	16	2,44	1,031
DESNOS Total	16	15,25	3,907
N válido (según lista)	16		

Figura 8.32. Puntuaciones medias en DESNOS por sexo.

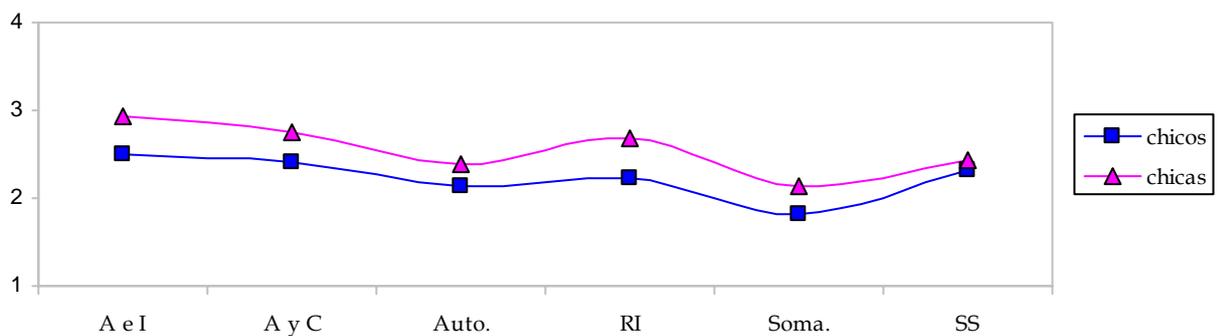
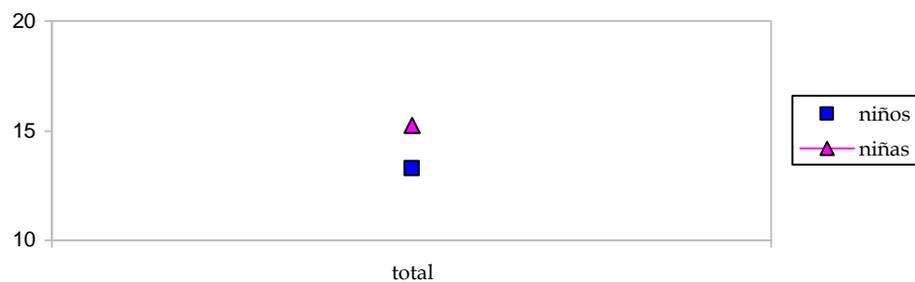


Figura 7.33. Puntuacion media en la escala DESNOS total.



Se ha realizado un análisis a través de la prueba T de Student sobre las puntuaciones en la escala DESNOS, y los resultados muestran que no hay diferencias significativas en ninguna de las escalas con respecto al sexo.

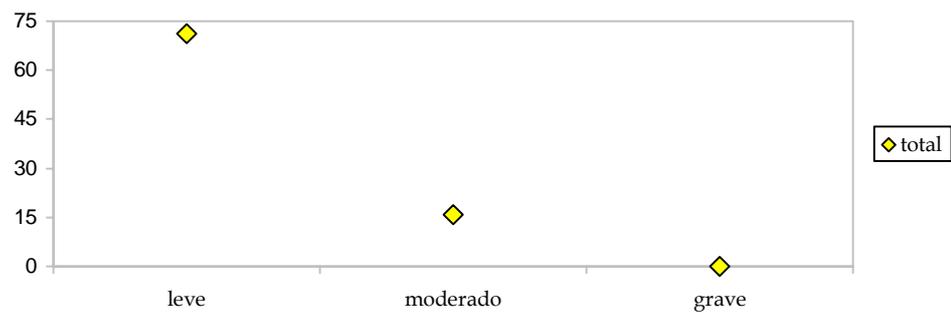


Los resultados sobre la prevalencia de trauma complejo muestran que el 71,1% de nuestra muestra presenta indicadores leves, el 15,8% indicadores moderados, y no se han encontrado casos con indicadores graves.

Tabla 8.32. Prevalencia en DESNOS por niveles de gravedad.

DESNOS n=38		
TOTAL	% indicadores leves	71,1
	% indicadores moderados	15,8
	% indicadores graves	0

Figura 8.34. Porcentaje de casos en DESNOS.





8.4. CORRELACIONES

8.4.1. TIPO DE MALTRATO³³ - INDICADORES GENERALES

Con respecto a las relaciones existentes entre los distintos tipos de maltrato y la presencia de determinadas alteraciones psicopatológicas en los niños/as, se han evaluado a través de distintos estadísticos como la prueba chi-cuadrado, ANOVA o el coeficiente de correlación de Pearson. A continuación se exponen los resultados de las mismas.

En primer lugar, se relacionaron los tipos de maltrato con los síndromes del CBCL en dos rangos de edad (1 a 5 años y de 6 a 18 años), en segundo lugar con la sintomatología ansiosa valorada a través del STAIC, en tercer lugar con la sintomatología depresiva a través del CDI y por último con el nivel de ira u hostilidad a través del STAXI-NA. A continuación se muestran los resultados obtenidos en cada una de las matrices de correlaciones efectuadas.

8.4.1.1 TIPO DE MALTRATO-CBCL 1 A 5 AÑOS.

En la matriz de correlaciones bilaterales entre las subescalas del CBCL de 1 a 5 años y el tipo de maltrato, se evidencia una relación positiva entre los síndromes del CBCL y el tipo de maltrato sufrido, estas correlaciones fueron estimadas a través del Coeficiente de correlación de Pearson (ver cuadro 7.65).

En el síndrome *Problemas de Atención* se encontró correlación significativa, ($n.s=.05$), con los siguientes tipos de maltrato: (1) Maltrato físico directo del padre a la madre (.632); (2) Testimonio del menor de Maltrato Emocional (.545); (3) Testimonio del menor de Maltrato Físico a la madre (.540); (4) Maltrato directo del padre al menor (.575); y (5) Maltrato Físico del padre hacia el menor (.677).

El síndrome *Problemas de Sueño* presentó niveles de correlación significativos ($n.s=.05$) con un tipo de maltrato, el Maltrato Emocional directo al menor, en concreto

³³ Ver Anexo 12 Estadísticos descriptivos y ANOVA del tipo de maltrato.



con tres de los subtipos contemplados en el mismo: (1) Aislamiento (.588); (2) Manipulación (.604), y (3) Amenazas de Muerte (.657).

En *Conducta Agresiva* también se encontraron correlaciones significativas ($n.s=.05$) con tres tipos de maltrato: (1) Maltrato Físico directo a la madre (.588); (2) Testimonio del menor de Maltrato Emocional a la madre (.651); y (3) Maltrato Emocional directo del padre al menor (Debilidad Inducida) (.556).

En relación al síndrome *Reactividad Emocional* se encontró una correlación significativa ($n.s=.05$) con dos tipos de maltrato: (1) Testimonio de Maltrato Emocional hacia la madre (.608); y (2) Maltrato Emocional directo del padre al menor (.632).

El síndrome *Ansiedad-Depresión* obtuvo también correlaciones significativas ($n.s=.05$) con dos tipos de maltrato: (1) Testimonio de Maltrato Emocional (.600), y (2) Negligencia Física (.603).

En *Problemas Somáticos* se encontró una correlación significativa ($n.s=.05$) con el Maltrato Emocional directo del padre al menor, tanto en Aislamiento (.563) como en Amenazas de Muerte (.673).

Por último, no se halló una correlación significativa entre el síndrome *Retraimiento* y el tipo de maltrato sufrido.

Tabla 8.33. Correlaciones entre tipo de maltrato y problemas psicopatológicos CBCL 1-5.

TIPO DE MALTRATO/SUBESCALAS CBCL	CBCL 1-5 años						
	Reactividad emocional	Ansiedad - Depresión	Probl. Somáticos	Retraimiento	Probl. Sueño	Probl. Atención	Conducta agresiva
Maltrato Emocional (directo a madre)	0,478	0,372	0,412	0,188	0,513	0,412	0,277
Maltrato Físico (directo a madre)	0,319	0,224	0,483	0,214	0,364	,632(*)	,588(*)
Maltrato Emocional (testimonio menor)	,608(*)	,600(*)	0,473	0,512	0,485	,545(*)	,651(*)
Maltrato Físico (testimonio menor)	0,487	0,321	0,477	0,339	0,282	,540(*)	0,508
Negligencia física	0,334	,603(*)	0,128	0,466	0,069	0,434	0,305
Negligencia emocional	0,240	0,322	0,279	0,129	0,349	0,549	0,211
M.E. Aislamiento	0,423	0,123	,563(*)	0,003	,588(*)	0,285	0,206

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).



Tabla 8.33 (continuación). Correlaciones entre tipo de maltrato y problemas psicopatológicos valorados a través del CBCL 1 a 5 años.

M.E. Degradación	0,436	0,046	0,460	0,077	0,538	0,440	0,338
M.E. Manipulación	0,529	0,113	0,499	0,127	,604(*)	0,451	0,410
M.E. Debilidad inducida	,632(*)	0,297	0,530	0,138	0,372	,575(*)	,556(*)
M.E. Amenazas de muerte	0,390	0,030	,673(*)	0,062	,657(*)	0,526	0,349
Maltrato físico	0,389	0,136	0,343	0,252	0,315	,677(*)	0,480

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Como podemos observar el tipo de maltrato que tiene un mayor número de correlaciones estadísticamente significativas con reacciones psicopatológicas es haber estado expuesto al maltrato emocional de la madre, este hecho afecta fundamentalmente en la reactividad emocional, ansiedad-depresión, problemas de atención y conducta agresiva.

Después el maltrato emocional directo por debilidad inducida, y a continuación el maltrato físico directo a la madre, que afecta en los problemas de comportamiento del menor, es decir se muestran más agresivos, y luego el maltrato directo hacia el menor por aislamiento y amenaza de muerte.

El maltrato físico al/a menor se relaciona significativamente con los déficit de atención.

8.4.1.2. TIPO DE MALTRATO-CBCL 6 A 18 AÑOS.

El análisis de correlaciones entre el CBCL de 6 a 18 años y los tipos de maltrato sufridos por los niños/as también muestra correlaciones significativas al nivel de significación del 0,05, e incluso se encontró en alguno de los síndromes correlaciones significativas al nivel 0.01, como se expone a continuación.

El síndrome *Problemas de Pensamiento* presenta correlaciones significativas (ns 0.01), con dos tipos de maltrato: (1) Maltrato Físico directo a la madre (.424); y (2) Maltrato directo del padre al menor, en concreto Negligencia Física (.451), y con Maltrato Emocional en Aislamiento (.377); y Amenazas de Muerte (.423). Este mismo síndrome



correlaciona a un nivel de significación del 0.05, con maltrato directo al menor por parte del padre, tanto en Negligencia Emocional (.299) como Manipulación (.342).

En relación a *Retraimiento* se encontraron correlaciones significativas (ns=.05) con: (1) Maltrato Físico directo a la madre (.313); y (2) maltrato directo al menor, tanto Negligencia Física (.336) como Maltrato Emocional Amenazas de Muerte (.330).

En *Problemas Sociales*, encontramos una correlación significativa (ns= .01 con Negligencia Emocional hacia el menor (.364) y al 0,05 con Maltrato Emocional hacia el menor Manipulación (.285).

Con respecto a *Problemas Somáticos*, se dieron correlaciones significativas (ns=.05) con Maltrato Físico directo a la madre (.306), y con Negligencia Emocional del padre hacia el hijo/a (.266).

Por último, los síndromes *Ansiedad-Depresión*, *Problemas de Atención*, *Conducta Disruptiva* y *Conducta Agresiva*, no presentan correlaciones significativas con ninguno de los tipos de maltrato.

Tabla 8.34. Correlaciones entre tipo de maltrato y CBCL 6 a 18 años.

TIPO DE MALTRATO/ SUBESCALAS CBCL	CBCL 6-18 años							
	Ansiedad - Depresión	Retraimiento	Probl. Somáticos	Probl. Sociales	Probl. Pensamiento	Probl. Atención	Cta. Disruptiva	Cta. Agresiva
Maltrato Emocional (directo a madre)	0,020	0,114	0,148	-0,180	-0,001	-0,151	-0,095	-0,029
Maltrato Físico (directo a madre)	0,270	,313(*)	,306(*)	0,186	,424(**)	0,132	0,045	0,225
Maltrato Emocional (testimonio menor)	0,034	0,126	0,198	0,050	0,085	0,143	0,138	0,193
Maltrato Físico (testimonio menor)	0,138	0,204	0,126	0,160	0,147	0,213	0,131	0,276
Negligencia física	0,249	,336(*)	0,263	0,240	,451(**)	0,162	0,222	0,251
Negligencia emocional	0,159	0,241	,266(*)	,364(**)	,299(*)	0,190	0,241	0,216
M.E. Aislamiento	0,164	0,241	0,174	0,198	,377(**)	-0,022	0,131	0,225
M.E. Degradación	0,127	0,232	0,231	0,190	0,151	0,065	0,171	0,190
M.E. Manipulación	0,147	0,192	0,206	,285(*)	,342(*)	0,105	0,243	0,244
M.E. Debilidad inducida	0,086	0,100	0,215	0,064	-0,010	-0,092	-0,104	-0,141

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).



Tabla 8.34. Correlaciones entre tipo de maltrato y CBCL 6 a 18 años.

TIPO DE MALTRATO/ SUBESCALAS CBCL	CBCL 6-18 años							
	Ansiedad - Depresión	Retraimiento	Probl. Somáticos	Probl. Sociales	Probl. Pensamiento	Probl. Atención	Cta. Disruptiva	Cta. Agresiva
M.E. Amenazas de muerte	0,162	,330(*)	0,250	0,256	,423(**)	0,091	0,249	0,255
Maltrato físico	0,183	0,226	0,024	0,239	0,220	0,046	0,149	0,250

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En los/as menores de edades comprendidas entre los 6 y 18 años es más significativa la relación entre maltrato y alteraciones psicopatológicas: concretamente y de forma dramática los problemas de pensamiento están directamente relacionados con el maltrato físico de la madre, la negligencia física y emocional, el aislamiento, la manipulación y las amenazas de muerte, del padre hacia el/la menor.

El maltrato físico a la madre aumenta los problemas somáticos y de retraimiento de los/as hijos/as, además de problemas de pensamiento. El retraimiento está relacionado con el maltrato infantil directo por negligencia física y amenazas de muerte.

8.4.1.3 TIPO DE MALTRATO-STAIC.

El análisis de correlaciones realizado entre el tipo de maltrato y las puntuaciones directas y centiles obtenidos de las dos subescalas del STAIC, Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo, no muestran correlaciones significativas.

Tabla 8.36. Correlaciones entre tipo de maltrato y el STAIC.

TIPO DE MALTRATO	STAIC			
	STAIC Estado Directa	STAIC Estado Centil	STAIC Rasgo Directa	STAIC Rasgo Centil
Maltrato Emocional (directo a madre)	-,103	-,033	-,264	-,216
Maltrato Físico (directo a madre)	,107	,172	-,132	-,083
Maltrato Emocional (testimonio menor)	-,020	,102	,035	,068



Tabla 8.36. Correlaciones entre tipo de maltrato y el STAIC

TIPO DE MALTRATO	STAIC			
	STAIC Estado Directa	STAIC Estado Centil	STAIC Rasgo Directa	STAIC Rasgo Centil
Maltrato Físico (testimonio menor)	,156	,246	,015	,074
Negligencia física	-,148	-,098	-,165	-,158
Negligencia emocional	-,100	-,011	-,196	-,152
M.E. Aislamiento	-,124	-,112	-,015	-,023
M.E. Degradación	,075	,134	,081	,113
M.E. Manipulación	,044	,120	-,116	-,047
M.E. Debilidad inducida	-,178	-,134	-,151	-,117
M.E. Amenazas de muerte	,102	,190	,043	,076
Maltrato físico	-,008	,065	-,081	-,013

8.4.1.4 TIPO DE MALTRATO-CDI.

Los resultados del análisis de correlaciones realizado entre el tipo de maltrato y la sintomatología depresiva valorada a través de las puntuaciones directas obtenidas en las escalas del CDI, Disforia, Autoestima y depresión total, mostraron una correlación significativa y negativa entre la escala de disforia y el tipo de maltrato negligencia emocional hacia el niño/a (ns=.05).

Cuadro 8.37. Correlaciones entre tipo de maltrato y el CDI.

TIPO DE MALTRATO	CDI		
	CDI Disforia Directa	CDI Autoestima Directa	CDI Depresión total Directa
Maltrato Emocional (directo a madre)	-,171	-,245	-,222
Maltrato Físico (directo a madre)	-,004	-,100	-,047
Maltrato Emocional (testimonio menor)	,045	,073	,072
Maltrato Físico (testimonio menor)	,029	,044	,053
Negligencia física	-,209	-,136	-,194
Negligencia emocional	-,279(*)	-,116	-,220
M.E. Aislamiento	-,070	-,072	-,081
M.E. Degradación	,025	,084	,064
M.E. Manipulación	-,048	-,056	-,047
M.E. Debilidad inducida	,051	,057	,071
M.E. Amenazas de muerte	-,028	,127	,069
Maltrato físico	,086	-,005	,058

8.4.1.6 TIPO DE MALTRATO-STAXI-NA.

Los resultados del análisis de correlaciones realizado entre el tipo de maltrato sufrido y la sintomatología de ira u hostilidad en el niño/a valorada a través las puntuaciones directas en las escalas del STAXI-NA, Ira Estado, Ira Rasgo Control externo de la Ira, Control Interno de la Ira y Control de la ira total, mostraron una correlación significativa y negativa ($ns=.05$), entre Ira Rasgo y tres tipos de maltrato: (1) negligencia física sufrida por el menor (.261); (2) negligencia emocional directa al menor (.291), y (3) maltrato emocional hacia el menor, en concreto aislamiento (.292).

Cuadro 8.38. Correlaciones entre tipo de maltrato y el STAXI-NA.

TIPO DE MALTRATO	STAXI				
	STAXI Ira Estado Total	STAXI Ira Rasgo Total Directa	STAXI Control externo Directa	STAXI Control interno Directa	STAXI Control ira total Directa
Maltrato Emocional (directo a madre)	,110	-,253	,204	,150	,153
Maltrato Físico (directo a madre)	,184	-,106	,055	,188	,081
Maltrato Emocional (testimonio menor)	,003	-,157	-,075	,060	-,031
Maltrato Físico (testimonio menor)	-,009	-,151	-,029	,177	,038
Negligencia física	-,146	-,261(*)	-,054	,086	-,009
Negligencia emocional	-,145	-,291(*)	,016	,023	,054
M.E. Aislamiento	,113	-,292(*)	,103	,064	,088
M.E. Degradación	,106	-,056	,029	,066	,137
M.E. Manipulación	,236	,005	,147	-,009	,128
M.E. Debilidad inducida	,039	-,071	-,018	,117	,097
M.E. Amenazas de muerte	-,015	-,114	-,093	,084	-,046
Maltrato físico	,074	-,075	,078	,124	,080

Parece contradictorio que a mayor negligencia física y emocional, y a mayor maltrato emocional por parte del padre hacia los/as hijos/as, presenten menos ansiedad rasgo. Sin embargo hemos visto que en disforia ocurría igual respecto a la negligencia emocional, y en ansiedad no hay correlaciones significativas.



Capítulo 9

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A pesar de la diversidad de trabajos publicados sobre las consecuencias psicológicas en niños/as expuestos a violencia de género en otros países, son escasos los estudios con esta población llevados a cabo en España. Además, muchos de ellos no utilizan instrumentos de evaluación baremados, fiables y válidos, lo que limita la discusión de los resultados encontrados en esta investigación. A lo largo de este capítulo, se describen los resultados generales encontrados en el estudio, así como la discusión de cada una de las hipótesis planteadas.



El objetivo principal de esta investigación ha consistido en el estudio de los indicadores psicopatológicos asociados a la exposición a violencia de género en una muestra de hijos/as de mujeres maltratadas. En general, los resultados indican que los niños/as expuestos a violencia de género presentan una afectación psicológica relevante, así lo muestran las prevalencias encontradas. A continuación, se muestran las hipótesis así como la discusión de las mismas.

9.1 HIPÓTESIS SOBRE LA AFECTACIÓN PSICOLÓGICA EN LOS NIÑOS/AS

9.1.1. Hipótesis 1:

A menos edad, mayor afectación psicopatológica.

Con respecto a las puntuaciones medias obtenidas en el CBCL cogiendo aquellos síndromes evaluados tanto en niños de 1 año y medio a 5 años como en niños/as de 6 a 18, los resultados indican que: en el síndrome *Ansiedad/Depresión*, los niños/as de 1 año y medio a 5 años obtienen una puntuación media de 6,45 (dt=3,474), mientras que los niños de 6 a 18 años obtienen una puntuación de 7,26 (dt=4,56); en el síndrome *Problemas Somáticos* los pequeños obtienen una puntuación media de 3,50 (dt=3,036), y los mayores de 4,31 (dt=3,5); en *Retraimiento* la puntuación media en los pequeños es de 4,27 (dt=2,798), y en los mayores de 4,30 (dt=2,99); en *problemas de atención* 7,43 (dt=4,88), y por último en *Problemas de Agresividad*, los pequeños obtienen una media de 17,50 (dt=7,049), frente a los mayores que obtienen una puntuación media de 11,54 (dt=7,5).

Con respecto a la prevalencia, los niños/as entre 1 año y medio y 5 años obtienen una prevalencia en el síndrome *Ansiedad/Depresión* de 42,9%, y los niños/as de 6 a 18 de 48,3%; en el síndrome *Quejas Somáticas* los mas pequeños tienen una prevalencia de 28,5% frente a una prevalencia de 39,3% en los mayores; en el síndrome *Retraimiento* la prevalencia en los pequeños es de 57,2%, y en los mayores de 51,7%. En *Problemas de Atención* los pequeños tienen una prevalencia del 41,5% y los mayores de 28,5%, por último, en *problemas de Agresividad* la prevalencia en los pequeños es de 38% y en los mayores de 40,4%. Hay que destacar, la alta prevalencia encontrada en niños/as de 1 y



medio a 5 años en el síndrome *Reactividad Emocional*, de 61,9%, lo que indica una clara afectación en este tramo de edad, y en menor medida en *Problemas de Sueño* con una prevalencia de 28,5%.

Para la refutación de esta hipótesis, se ha considerado como indicador de afectación psicopatológica el número de síndromes clínicamente relevantes obtenidos en el CBCL, tanto de 1 y medio a 5 años, como de 6 a 18. En este sentido, entendemos por clínicamente relevantes aquellos que han obtenido un centil igual o superior a 93.

Por otro lado, para comprobar si la afectación psicopatológica varía con la edad, y con el fin de discriminar mejor al grupo de menores de 6 a 18 años, se han establecido tres rangos: (1) Menores de 6 años; (2) Entre 6 y 12 años; y (3) Mayores de 12 años.

En la tabla 9.1 se muestran los promedios en los síndromes del CBCL para cada rango de edad.

Tabla 9.1. Promedios en síndromes del CBCL.

Edad	N	Media	Desviación típica
<=5	22	2,7273	2,18614
6 a 12	58	3,2586	2,69867
>=13	32	3,0313	2,52068
Total	112	3,0893	2,54174

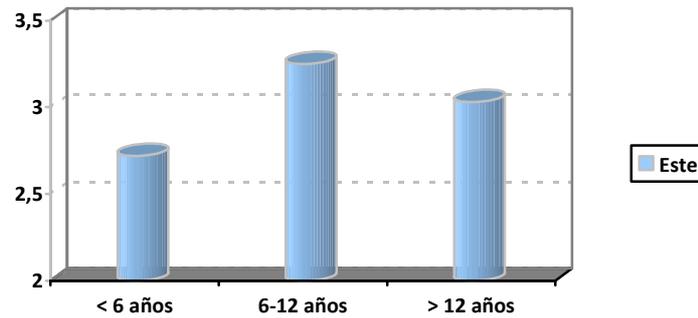
Para la contrastación de la hipótesis se ha realizado un análisis de varianza en el cual la variable afectación psicológica se contempla como variable dependiente, y los diferentes rangos de edad como variable independiente.

Los resultados obtenidos (véase tabla 9.2 y gráfico 9.1) indican que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de edad con respecto a la afectación psicológica que presentan.

Tabla 9.2. ANOVA Afectación psicopatológica y edad

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	4,654	2	2,327	,356	,701
Intra-grupos	712,453	109	6,536		
Total	717,107	111			

Figura 9.1. Promedios en síndromes del CBCL.



La hipótesis sobre la edad, por tanto, no se confirma al revisar los resultados obtenidos, por lo que se concluye que **la afectación psicopatológica no difiere según la edad**. En este sentido los resultados obtenidos no son similares a los encontrados diversos autores como Holden y Ritchie (1991), que encontraron que los niños y niñas más pequeños presentaban menos problemas que los más mayores; Edleson (1999), Hughes (1988), McFarlane, Groff, O'Brien y Watson (2003), y Hornor (2005), que hallaron que los niños/as en los grupos de edad más pequeños mostraban más problemas que los de otros grupos de edad; y Rossman, Bingham y Emde (1997), que encontraron que las respuestas postraumáticas eran más graves en los hijos/as de menor edad.

9.1.2 Hipótesis 2.

La prevalencia clínica será mayor en los problemas externalizantes que en problemas internalizantes.

Con respecto a la puntuación media obtenida en el CBCL de 1 a 5 años, los resultados indican que las puntuaciones más altas se encuentran en los síndromes: *Problemas de Agresividad* de 17,50 (dt=7,049); *Problemas de Sueño* 5,36 (dt=3,001), y *Reactividad Emocional* de 6,18 (dt=3,737), el primero pertenece a la categoría de problemas externalizantes (agresividad), y el segundo a la categoría de internalizantes (reactividad emocional). En el rango de edad de 6 a 18 años, las puntuaciones medias más elevadas se encuentran en los síndromes *Agresividad* (11,54; dt=7,5), *Problemas de Atención* (7,43; dt=4,88); y *Ansiedad/Depresión* (7,26; dt=4,56). En el primer rango de edad las tres



puntuaciones medias mas elevadas se corresponden a un síndrome externalizante y dos neutrales. Y en el segundo rango de edad (6-18 años), se corresponden con dos externalizantes y uno internalizante. Siendo las puntuaciones mas elevadas en externalizantes.

Los resultados sobre la puntuación media obtenida son similares a los obtenidos por Graham-Bermann, Gruber, Howel y Girz (2009) en menores expuestos a violencia de género, que encontraron una puntuación media superior en problemas externalizantes (55,82 dt=10,96) que en internalizantes (51,99 dt=11,44).

Si bien los resultados no coinciden con otros estudios como los de Stenberg et al., (1993) en menores victimas de violencia interparental, que hallaron una media para trastornos internalizantes de 68,06 (dt=9,85), y en problemas externalizantes de 67,88 (dt=8,36). Al igual que Ware et al., (2001), que obtuvieron una media superior en internalizantes que en externalizantes (60,5, dt=12,2, frente 56,8 dt=12,71) en niños/as hijos/as de mujeres maltratadas y residentes en casas de acogida. Los resultados también coinciden con los obtenidos por Lopez Soler et al., (2008) con menores tutelados víctimas de maltrato intrafamiliar grave, las puntuaciones medias mas altas se encontraron en Comportamiento Agresivo (11,12), Problemas de Atención (8,22) y Ansiedad/Depresión (5,83).

Con respecto a la prevalencia los resultados hallados en el tramo de edad de 1 a 5 años indican que los síndromes que presentan mayor prevalencia son: *Reactividad Emocional* (61,9%), seguido de *Retraimiento* (57,2%), y *Ansiedad/Depresión* (42,9%). En el tramo de 6 a 18 años la prevalencia mas alta es la obtenida en el síndrome *Retraimiento* (51,7%), seguida del síndrome *Ansiedad/Depresión* (48,3%), en segundo lugar en ambos rangos de edad, y en tercer lugar, se encuentra el síndrome *Problemas de Pensamiento* (43,8%).

Para comprobar esta segunda hipótesis, se han identificado los síndromes psicopatológicos clínicamente relevantes, que presentan un centil igual o superior a 93, y se han agrupado en dos categorías (*banda ancha*): (1) Externalizantes; e (2) Internalizantes.

En el rango de edad de 6 a 18 años, los síndromes que contempla la categoría internalizante son: *Reactividad Emocional*, *Ansiedad/Depresión*, *Quejas Somáticas*, y



Retraimiento; y los que incluye la categoría externalizante son: Problemas de Atención y Problemas de Agresividad. En el rango de edad de 1 año y medio a 5 años, la categoría internalizante incluye: Ansiedad/Depresión, Retraimiento, y Quejas somáticas; y la externalizante: Conducta Disruptiva y Conducta Agresiva.

Los datos obtenidos muestran que el 22,7% de los/las niños/as de entre 1 y medio a 5 años no presenta sintomatología internalizante clínicamente significativa, y el 50% de ellos/ellas no presenta sintomatología externalizante clínicamente significativa. Dicho de otro modo, el 77,3% de los/las niños/as, en este rango de edad, manifiesta algún trastorno internalizante, frente al 50% que presenta algún trastorno externalizante.

Con el fin de comprobar si las diferencias entre las prevalencias de trastornos internalizantes y externalizantes son significativas, se ha realizado un contraste de proporciones. Los resultados muestran que *no existen diferencias significativas entre estas prevalencias* ($\chi^2_1=3.536$; $p=0.060$).

Tabla 9.3. Prevalencia de Problemas internalizantes de 1 y medio a 5 años.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	,00	5	4,1	22,7	22,7
	1,00	4	3,3	18,2	40,9
	2,00	5	4,1	22,7	63,6
	3,00	6	4,9	27,3	90,9
	4,00	2	1,6	9,1	100,0
	Total	22	18,0	100,0	
Perdidos	Sistema	100	82,0		
Total		122	100,0		

Tabla 9.4. Prevalencia de Problemas externalizantes de 1 y medio a 5 años.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	,00	11	9,0	50,0	50,0
	1,00	8	6,6	36,4	86,4
	2,00	3	2,5	13,6	100,0
	Total	22	18,0	100,0	
Perdidos	Sistema	100	82,0		
Total		122	100,0		

En cuanto a los/as niños/as de edades comprendidas entre los 6 y los 18 años, los resultados muestran que el 29% no manifiesta sintomatología de problemas



internalizantes, y el 57,6% no presenta sintomatología de problemas externalizantes. Así, el 71% de los niños/as, en este rango de edad, presenta algún trastorno internalizante, frente al 42,4% que presentan algún trastorno externalizante.

Tabla 9.5.Prevalencia de Problemas internalizantes de 6 a 18 años.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	,00	27	22,1	29,0	29,0
	1,00	24	19,7	25,8	54,8
	2,00	26	21,3	28,0	82,8
	3,00	16	13,1	17,2	100,0
	Total	93	76,2	100,0	
Perdidos	Sistema	29	23,8		
Total		122	100,0		

Tabla 9.6.Prevalencia de Problemas externalizantes de 6 a 18 años.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	,00	53	43,4	57,6	57,6
	1,00	16	13,1	17,4	75,0
	2,00	23	18,9	25,0	100,0
	Total	92	75,4	100,0	
Perdidos	Sistema	30	24,6		
Total		122	100,0		

Se ha comprobado la significación estadística entre los síndromes, encontrando que la diferencia entre la prevalencia de trastornos internalizantes y externalizantes es estadísticamente significativa ($\chi^2_1=15.388$; $p=0.000$). Siendo, por tanto, **la prevalencia de niños/as de entre 6 y 18 años que presentan síndromes internalizantes significativamente mayor que la prevalencia de síndromes externalizantes.**

Para corroborar esta conclusión, se ha utilizado una alternativa analítica que ha consistido en la comparación del promedio de valoración de los trastornos internalizantes y externalizantes, de acuerdo a la siguiente escala: (1) Inferior al centil 51 (2) Centil 51-58; (3) Centil 58-83; (4) Centil 84-92; (5) Centil 93-97y (6) Superior al centil 97.

Se ha calculado el promedio para trastornos externalizantes e internalizantes, tanto para la submuestras de niños/as entre 1 y medio y 5 años, como para la de niños/as entre 6 y 18 años. Los resultados se muestran en la tabla 9.7.



Tabla: 9.7. Promedio en trastornos inter y externalizantes.

Trastornos	Media	N	Desviación típ.
Internaliz	3,8750	22	1,39461
Externaliz	3,4773	22	1,49186
Internaliz	3,9384	92	1,31390
Externaliz	3,6033	92	1,58207

A partir de estos datos, se han realizado contrastes de hipótesis para medias de muestras relacionadas. En el caso de los/las niños/as de 1 año y medio a 5 años, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la intensidad de los trastornos internalizantes/externalizantes ($t_{21}=1.977$; $p=0.061$). En el caso de los/las niños/as de edades comprendidas entre los 6 y los 18 años se confirma que la intensidad media de los trastornos internalizantes es significativamente superior a la de los trastornos externalizantes ($t_{91}=2.183$; $p=0.032$).

Por tanto, los resultados muestran que la hipótesis 2 no se confirma, ya que no se ha encontrado una mayor prevalencia de los problemas externalizantes.

Los resultados son contrarios a los obtenidos por Kernic et al., (2003) en menores víctimas de maltrato físico y expuestos a violencia interparental, estos autores encontraron más problemas externalizantes que internalizantes (54,2% frente 45,8%). Al igual, Grynch et al., (2000), que encontraron más problemas externalizantes que internalizantes (21% frente a 18%) en menores testigos de violencia de género, y por Graham-Bermann, Gruber, Howel y Girz (2009), que encontraron una prevalencia superior en problemas externalizantes (19%) que en internalizantes (9%;).

Con respecto a otras muestras encontramos resultados que difieren de los encontrados, por ejemplo en muestras de menores víctimas de negligencia o maltrato físico o residentes en instituciones sociales. En general, en este tipo de muestras se encuentran más problemas externalizantes que internalizantes. Por ejemplo, se cita el trabajo de Ruiz y Gallardo (2002), en menores víctimas de negligencia leve o grave, estos autores encontraron más conductas externalizantes que internalizantes. Hukkanen, Sourander, Bergroth y Piha (1999) encontraron mas síntomas externalizantes (agresividad, delincuencia y problemas de atención) en menores residentes en instituciones sociales. Schmid, Goldbeck, Nuetzel y Fegert (2008), también



hallaron resultados en esta línea en menores institucionalizados en residencias sociales. Mennen (2004) en víctimas de abuso sexual y físico encontró mayor gravedad en los problemas externalizantes (rango borderline) que en internalizantes (rango clínico). Lopez-Soler, et al., (2008) en una muestra de menores tutelados también encontró la existencia de mayor prevalencia en externalizantes, aunque el segundo síndrome era internalizante, la triada más prevalente estaba formada por Comportamiento Agresivo (21.95%), Depresión/Retraimiento (21.95%), y Comportamiento Anti-normativo (19.51%). López-Soler, Castro, Alcántara, Fernández y López-Pina (2009) en una muestra clínica también encontraron altas prevalencias en comportamientos externalizantes: un 28,3% *Déficit de Atención e Hiperactividad*, un 40,6%, *Oposicionismo Desafiante*, y un 44% *Problemas de Conducta*, aunque la mayor prevalencia encontrada fue en *ansiedad*, con un 54%, un 32% presentó *alteraciones afectivas*, y un 29% *quejas somáticas*.

Los resultados encontrados también difieren de otros estudios que no encuentran diferencias entre problemas internalizantes y externalizantes en diferentes tipos de población, tanto víctimas de violencia de género como víctimas de otro tipo de maltrato.

En este sentido encontramos el trabajo de Curry et al., (2000) en población no clínica; Pelcovitz et al., (1994) en menores víctimas de maltrato físico, Fantuzzo et al., (1991) en niños/as víctimas de violencia verbal y/o física y/o residentes en residencias de menores; Huckes Parkinson y Vargo, (1989) en niños/as víctimas de abuso físico y testigos de violencia interparental; García Lila y Misitu, (2005) en víctimas de negligencia; De Paul y Arruabarrena (1995) en menores víctimas de maltrato físico y abandono físico; Gallardo y Jiménez (2002) en niños/as víctimas de maltrato físico y violencia interparental, y Corbalán y Patró (2003) en menores maltratados y expuestos a violencia interparental residentes en casas de acogida.

Si analizamos los resultados obtenidos en el YSR encontramos que las puntuaciones medias superiores se dan en los síndromes: *Problemas de Afectivos* (5,6; dt=4,598), seguida de *Problemas de Atención/Hiperactividad* (5,3; dt=3,297), y la tercera puntuación media mas alta es la obtenida en *Problemas de Conducta* (4,32; dt=3,878). Las puntuaciones medias mas elevadas, por tanto, se dan en problemas externalizantes coincidiendo con los resultados obtenidos en el rango de edad de 6 a 18 años del CBCL.



Los resultados obtenidos a través en el YSR, muestran que el síndrome que obtiene una prevalencia mayor es *Problemas Afectivos* (28,5%), seguido de *Oposicionismo/Desafiante* (20,8%), y en tercer lugar, dos síndromes con la misma prevalencia, *Problemas de Atención* (20,4%) y *Problemas de Conducta* (20,4%), ambos externalizantes. Como podemos observar el síndrome con mayor prevalencia es también internalizante seguido de los externalizantes, lo que indica que se dan más problemas externalizantes que internalizantes.

Con respecto a la prevalencia encontrada en ansiedad, depresión e ira evaluadas con otros instrumentos, los resultados obtenidos muestran, que con respecto a la sintomatología depresiva evaluada a través del CDI, encontramos una puntuación media de 4,20 (dt=3,410) en *Disforia*, de 6,04 (dt=3,564) en *Autoestima Negativa*, y por último, de 10,26 (dt=6,317) en *Depresión Total*. La prevalencia se sitúa en torno al 11,8% en *Disforia*, 11,8% en *Autoestima Negativa*, y 13,1% en la escala de *Depresión Total*. La evaluación de la ansiedad a través de la prueba de autoinforme STAIC indica una puntuación media de 30,69 (dt=7,688) en *Ansiedad Estado*, y de 32,09 (dt=9,170) en *Ansiedad Rasgo*, siendo mayor, por tanto, la obtenida en *Ansiedad Estado*. En referencia a la prevalencia (por encima del percentil 90) encontramos un 12,7% en *Ansiedad Estado*, y 9,1% en *Ansiedad Rasgo*. Las prevalencias encontradas con estos instrumentos de evaluación son muy inferiores a las halladas mediante el CBCL.

Con respecto a los indicadores de ira/agresividad evaluados mediante el STAXI-NA, la prevalencia encontrada indica que obtienen puntuaciones altas en *Ira Rasgo*, un 19,7%; en *Expresión Interna* un 25,4%; en *Expresión Externa* un 26,8%; y en *Control* un 25,4%.

Los resultados indican una tendencia a informar de más sintomatología externalizante que internalizante a través de los autoinformes. Ya que la prevalencia encontrada en Ira en todas las escalas que la componen (19,7%; 25,4%; 26,8%; y 25,4%) es superior a cualquiera de las presentadas en ansiedad (12,7% y 9,1%), y depresión (13,1%; 11,8 y 11,8).

Como se puede observar con respecto a la prevalencia en estas medidas de autoinforme comparadas con el autoinforme YSR, las prevalencias son superiores en el caso de los problemas de Ansiedad, ya que a través del YSR se obtiene una prevalencia



de 8,1%, y a través del STAIC de 12,7% en Ansiedad Estado, y 9,1% en Ansiedad Rasgo; inferiores en el caso de problemas afectivos, ya que valorados a través del YSR los chicos indican una prevalencia de 28,5% frente a una prevalencia de 13,1% obtenida en el CDI; y similares en el caso de la ira/agresividad, ya que a través del YSR se obtiene una prevalencia de 20,4% en problemas de conducta, y de 20,8 en oposicionismo/desafiante, y evaluada a través del STAXI, de 19,7% en Ira Rasgo y 26,8% en Expresión Externa, ambas escalas indican un mal manejo de la ira.

Los resultados encontrados en el YSR son similares a los encontrados en otros estudios y otras muestras utilizando este instrumento, por ejemplo, en niños/as residentes en instituciones sociales. Autores como Schmid, Goldbeck, Nutzelt y Fegert (2008) hallaron una prevalencia mayor en problemas externalizantes que internalizantes; Carrasco, Rodríguez y del Barrio (2001) valoraron la conducta antisocial en adolescentes con y sin experiencia de maltrato y encontraron mayores problemas externalizantes.

Sin embargo, los resultados encontrados en el YSR son contrarios a los obtenidos por diversos estudios entre los que se encuentra: Bourassa et al., (2007), que encontraron una prevalencia mayor en problemas internalizantes que en externalizantes (36,61% frente a 30,3%) en niños/as expuestos a violencia doméstica. Stenberg et al., (1993), que hallaron puntuaciones medias superiores en internalizantes que externalizantes (50,63 dt=9,55 frente a 46,88 dt=9,47). Owen, Thompson, Shaffer, Jackson y Kaslow (2009) que encontraron una media y una prevalencia superior en problemas internalizantes (media de 56,57, dt=11,89; y prevalencia del 18%) que en externalizantes (media 48,81, dt=10,11 y prevalencia del 4%) en este tipo de muestra. Y otros estudios encuentran la misma prevalencia tanto internalizantes como externalizantes (Pelcovitz et al., 1994).

9.1.3. Hipótesis 3.

No se encontrarán diferencias de sexo significativas con respecto a los diversos problemas evaluados a nivel psicopatológico.

En la primera infancia los resultados muestran una prevalencia más alta en niñas en el síndrome *Retraimiento* (66,6% en niñas y 44,4% en niños), en *Problemas de sueño* (41,6% en niñas y 0% en niños), en *Problemas de Atención*, (50% en niñas y 0% en niños), y en



Problemas Somáticos (50% en niñas y 0% en niños), mientras que los niños presentan una prevalencia mayor *Reactividad Emocional* (66,6% en niños y 35,8 en niñas); y en el síndrome *Ansiedad/Depresión*, niños y niñas están prácticamente igualados (44,4% en niños y 41,7 en niñas).

En el tramo de 6 a 12 años la prevalencia en las niñas es superior a la encontrada en los niños en la mayoría de los síndromes: *Ansiedad/Depresión* (53,9% en niñas frente a 42,4% en niños); *Quejas Somáticas* (42,3% en niñas frente a 36,3 en niños); *Problemas de Pensamiento* (46,1 en niñas frente a 42,5 en niños); *Problemas de Atención* (42,3 en niñas, 39,4 en niños); *Problemas Sociales* (50 en niñas, 27,3 en niños); *Conducta Disruptiva* (36 en niños, 33,3 en niñas); y *Problemas de Agresividad* (46,2 en niñas, 39,4 en niños). Solo hay una excepción con respecto al síndrome *Retraimiento* en el cual los niños presentan una prevalencia mayor (51,5% en los niños frente a 34,6% en las niñas). Como se observa tanto en los problemas internalizantes como en externalizantes, en el tramo de 6 a 12 años, son las niñas las que tienen una prevalencia mayor, si bien estas diferencias son más acentuadas en los problemas internalizantes.

En el tramo de 13 a 18 años, se encuentra una prevalencia mayor en chicas que en chicos en problemas internalizantes: *Ansiedad/Depresión* (53,9% chicos, 36,9% chicas); *Quejas Somáticas* (53,9% chicas, 11,1% chicos); y *Retraimiento* (61,5% chicas y 57,9% chicos). Sin embargo, se dan mas problemas externalizantes en chicos que en chicas: *Problemas de Atención* (42,1% chicos, 38,5% chicas); *Problemas Sociales* (42,1% chicos, 23,1% chicas); y *Conducta Disruptiva* (21% chicos, 15 chicas%); excepto en el síndrome *Problemas de Agresividad* en el que las chicas obtienen una prevalencia mayor (38,5% chicas, 31,6 chicos). En general son las chicas las que obtienen puntuaciones mayores, ya que presentan más prevalencia en todos los síndromes internalizantes, así como en uno de los síndromes externalizantes.

Con respecto al YSR los resultados muestran que son los chicos lo que presentan una mayor prevalencia en la mayoría de los síndromes: *Problemas afectivos* (34,6% chicos y 21,7% chicas), *Problemas de Ansiedad* (11,5% chicos, 4,3% chicas); *Problemas somáticos* (15,3% chicos, 13% chicas); *Problemas de Atención/hiperactividad* (23% chicos, 17,4% chicas); y *Problemas de Conducta* (23,1% chicos, 17,4% chicas); mientras que en el



síndrome *Oposicionismo/Desafío* en el cual las chicas que presentan mayor prevalencia (27,2% chicas, 15 chicos%).

Los resultados obtenidos en el YSR son similares a los resultados en otros estudios como el de Schmid, Goldbeck, Nuetzel y Fegert (2008) con menores que vivían en residencias sociales. Estos autores encontraron que los niños presentaron mayor prevalencia en: trastorno de conducta (25,6% frente a 22,9%) y trastorno de déficit de atención con hiperactividad (25,6% frente a las niñas 6,4%); y las niñas mayor prevalencia en depresión y distimia (12,9% niñas; 6,8% niños), y en trastornos de ansiedad (7,1% niñas; 2,2% niños). Y contrastan con los obtenidos en otros estudios con población víctima de maltrato. Lopez-Soler et al., (2008) encontraron en menores tutelados un mayor nivel de Problemas de Atención, Afectivos y de Conducta en niñas, situándose los niños por encima sólo en Quejas Somáticas, en concreto las niñas presentaban una prevalencia mayor en Problemas de Atención/Hiperactividad (15,39%), seguidas de una prevalencia del 7,69% en Problemas afectivos, Oposición-Desafío y Problemas de Conducta. Respecto a los niños, encontraron una prevalencia baja en Quejas Somáticas (6,67%) y en Problemas de Oposición-Desafío (6,67%).

Con respecto a la variable ansiedad mediada a través del STAIC, los resultados muestran que los chicos presentan mayor prevalencia en *Ansiedad Estado* que las chicas (16,1% frente a 8,3%), y las chicas presentan mayor prevalencia en *Ansiedad Rasgo* que los chicos (12,5% frente a 6,5%). Los resultados por tanto, no son concluyentes en el STAIC

La distribución de la prevalencia en el CDI por género indica que las chicas presentan una prevalencia mayor en *Disforia*, tanto en sintomatología leve como grave (leve 13,3% frente 8,7%; y grave 6,7% frente a 0%); los chicos en la subescala de *Autoestima Negativa* en sintomatología leve (10,9% frente a 3,3%), mientras que en sintomatología grave son las chicas las que tienen una prevalencia mayor (6,7% frente 2,2%); y en la escala *Depresivo Total* los chicos obtienen una prevalencia mayor en sintomatología leve que las chicas (10,9% frente a 6,7%), y las chicas una prevalencia mayor en grave que los chicos (6,7% frente a 0%). En general, la proporción de chicas afectadas en cada uno de los niveles en total, es superior a la de los chicos.



La distribución de la prevalencia en el STAXI-NA indica que en *Ira Rasgo total* se sitúa en un 15% de los chicos, y un 25,8% de las chicas; en *Expresión Interna de la Ira*, encontramos un 32,5% de chicos y un 16,1% de chicas, con respecto a la *Expresión Externa de la Ira*, encontramos un 22,5% de los chicos y un 32,3% de las chicas, y por último en *Control de la Ira total*, se sitúa un 25% de los chicos, y 25,8% de las chicas. Si bien, de estas escalas las que indican un mal manejo de la ira es la escala de Ira Rasgo Total y Expresión Interna de la Ira, y en ellas son las chicas las que obtienen una prevalencia mayor (Ira Rasgo total 15% chicos, y 25,8% chicas; Expresión Externa de la Ira, 22,5% chicos y 32,3% chicas).

Con respecto a la adaptación evaluada a través del TAMAI las puntuaciones medias obtenidas indican que los chicos tienen una media en *Inadaptación General* de 2,76 (dt=1,786), mayor que las chicas que cuya media es 2,45 (dt=1,841); en *Inadaptación Personal* la media es mayor en las chicas que en los chicos, 2,55 (dt=1,964) frente a 2,32(dt=1,668); en *Inadaptación Escolar* los chicos obtienen una media en la puntuación de 3,22 (dt=1,931) mayor que las chicas que obtienen una media de 2,71 (dt=1,901); en *Inadaptación Social* también los chicos tienen una media mas alta que las chicas, 2,65 (dt=1,736) frente a 2,58 (dt=1,858). Con respecto a la prevalencia, los chicos presentan una prevalencia superior a las chicas en: *Inadaptación General* (21,6% frente a 16,1%) e *Inadaptación Escolar* (32,4% chicos y 22,6% chicas); y las chicas presentan una prevalencia superior en: *Inadaptación Personal* (19,4% frente a 10,8%); y en *Inadaptación Social* (13,5% chicos y las de 16,1% chicas). En relación a la Inadaptación a Nivel Familiar, se encuentran muy igualados el 64,9% de los chicos y el 64,3% de las chicas presentan una insatisfacción alta o muy alta con su ambiente familiar. Los resultados en el TAMAI no indican diferencias entre chicos y chicas.

En los indicadores de trauma complejo la distribución de puntuaciones con respecto al género indica que los niños presentan una puntuación media inferior a la obtenida por las niñas en todas las subescalas del DESNOS: afectos e impulsos (niños 2,50 dt=1,144, y niñas 2,94 dt= 0,929); atención y consciencia (niños 2,41 dt=1,141 y niñas 2,75 dt=1,065); autopercepción (niños 2,14 dt=.914 y niñas 2,38 dt=1,204); relaciones interpersonales (niños 2,23 dt=1,193 y niñas 2,69 dt=1,302); somatizaciones (niños 1,82



dt=1,220 y niñas 2,13 dt=1,025); y sistema de significados (niños 2,32 dt=1,129 y niñas 2,44 dt=1,031).

Como podemos observar los resultados generales, excepto en el YSR en el resto de autoinformes cumplimentados por los niños/as así como en los cumplimentados por las madres, la tendencia es que las niñas presentan mayor afectación que los niños.

Sin embargo no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre niños y niñas en ninguno de los instrumentos utilizados, por lo tanto la hipótesis 3 se confirma con los datos obtenidos.

La tendencia encontrada de mayor afectación en las niñas coincide con los hallazgos encontrados por Stenberg et al., (1993), en menores testigos de violencia interparental que hallaron una media superior para las niñas tanto en problemas internalizantes (71,63, dt=7,43 niñas y 64,13, dt=7,9 niños), como en problemas externalizantes las (69,13 dt=10,52 niñas y 67 dt=8,21 niños). Con otro tipo de muestra López Soler et al., (2008) en 42 niños/as tutelados víctimas de maltrato intrafamiliar grave obtuvieron una prevalencia superior en las niñas en todos los síndromes que evaluaron: Depresión-Retraimiento (22.22%), Problemas de Atención (22.22%), Comportamiento Anti-normativo (22.22%), Comportamiento Agresivo (22.22%) y Ansiedad-Depresión (16.67%), seguidas de Quejas Somáticas (11.11%), Problemas Sociales (11.11%) y de Pensamiento (11.11%), y los niños, con prevalencias menores, puntuaban más en Depresión-Retraimiento (21.74%), Problemas de Pensamiento (21.74%), Comportamiento Agresivo (21.74%), Problemas Sociales (17.39%) y Comportamiento Anti-normativo (17.39%) y Problemas de Atención. López-Soler, et al., (2009) en un estudio realizado sobre población clínica infantil sobre adaptación psicosocial mediante el TAMAI, no se encontraron diferencias significativas estadísticamente entre niños (N=76) y niñas (N=27), en ninguna de los tipos de adaptación de este test.

Los resultados a su vez son contrarios a los obtenidos por Schmid, Goldbeck, Nuetzel y Fegert, (2008) en niños/as de residencias sociales, que encontraron mayor prevalencia en los niños en *trastorno de conducta* (25.6% frente a 22.9%), *trastorno de déficit de atención con hiperactividad* puntuaciones mayores en los niños (25,6%) frente a las niñas (6,4%), las niñas mayor prevalencia en depresión y distimia (12,9% niñas; 6,8%



niños), y en trastornos de ansiedad (7,1% niñas; 2,2% niños). Otros autores como Ware et al., (2001) no encontraron diferencias significativas con respecto al género, pero en problemas externalizantes los niños cumplían más criterios del DSM que las niñas en los niveles clínicos de problemas de conducta (23% chicos, 14% chicas) ya que el 37% de los niños cumplían criterios para el trastorno oposicionista desafiante (22%) y trastorno de conducta (15%). Lopez-Soler et al., (2008) en una muestra clínica, no encontraron diferencias significativas entre niños y niñas en *Problemas de Conducta*, mientras que la prevalencia fue superior en niños en el síndrome *Oposicionismo Desafiante* (34,3% niños, 30,1% niñas); y en *Déficit de Atención e Hiperactividad* (49,3% niños, 34,4% niñas). En otro estudio López-Soler, Alcántara, Fernández, Castro y López-Pina (2010) encontraron una prevalencia del 54% en *ansiedad*, el 32% en *alteraciones afectivas*, y un 29% en *quejas somáticas*, y se encontró en las dos primeras alteraciones puntuaciones más altas los niños que las niñas.

9.1.4. Hipótesis 4.

La prevalencia y la valoración en los síndromes será mayor en los informes de las madres que en los de los/las niños/as.

Los resultados muestran que la puntuación media más alta encontrada en el informe de las madres es 11,54 (dt=7,497) en el síndrome *Conducta Agresiva*; y la más baja 4,30 (dt=2,988) en *Retraimiento*. Mientras que en el YSR la puntuación media más alta es de 5,6 (dt=4,598), obtenida en *Problemas Afectivos*, y la más baja de 2,18 (dt=2,037) en *Problemas Somáticos*. Por tanto, la puntuación más alta en el informe de las madres supera en 5,9 a la superior en los informes de los chicos/as. Del mismo modo, la más baja de la madre 4,30 supera en 2,12 la menor de los chicos/as.

Los datos referentes a la prevalencia indican la misma tendencia, según los autoinformes la prevalencia más alta está en el síndrome *Depresión* con un 28,5% de la muestra afectada, mientras que en la evaluación de las madres la prevalencia más baja es la encontrada en el síndrome *Conducta Disruptiva* que estiman en un 29,5% de sus hijos/as.



Como podemos comprobar, las madres informan de más problemas que los chicos/as, ya que la estimación más baja de éstas supera la más alta de los chicos/as. En general, la prevalencia informada por los chicos/as oscila entre 8,1%, la más baja en Problemas de Ansiedad y 28,5%, la más alta en Problemas Afectivos, mientras que en los informes de las madres la prevalencia oscila entre 51,7%, la más alta en Retraimiento y 29,5%, la mas baja en Conducta Disruptiva. La diferencia entre las prevalencia mas baja de los chicos/as con respecto a la mas baja en el informe de las madres es de 21,4%, y la diferencia entre la prevalencia mas alta en el informe de los chicos/as y el de las madres es de 23,2%.

Otros estudios encuentran resultados similares, por ejemplo, Sternberg et al. (1993) en menores expuestos a violencia interparental, encontraron que puntuaciones medias en el CBCL para problemas internalizantes de 68,06 ($dt=9.85$), y externalizantes de 67.88 ($dt=8.36$), mientras que en el YSR la media en comportamientos internalizantes fue de 50.63 ($dt=9.55$), y para problemas externalizantes de 46.88 ($dt=9.47$). Schmid, Goldbeck, Nutzel y Fegert (2008), encontraron una prevalencia en el CBCL en comportamiento externalizante de 67.1% frente a la obtenida en el YSR de 58.3%. Lopéz-Soler et al., (2008) hallaron que la prevalencia mas alta fue de 24,39% en el CBCL en problemas de conducta, mientras que la mas alta en el YSR fue de 7,14% en este mismo síndrome, encontraron otros síndromes como Problemas Afectivos que seguían la misma tendencia, 17,01% en CBCL frente a 3,57% encontrada en YSR, Problemas de Ansiedad 21,95% en el CBCL frente a 0% en YSR, Quejas Somáticas 2,44 en CBCL frente a 3,57 en YSR.

Para valorar la significación estadística de los resultados, se han tenido en cuenta los síndromes similares evaluados por las madres en el CBCL y por los hijos/as en el YSR, aislando la muestra específica de niños/as que cumplimentaron el YSR.

Para la verificación de la hipótesis se ha utilizado la valoración clínica de cada síndrome, siguiendo el criterio de un centil igual o superior 93. Los resultados se muestran en la tabla 9.8.



Tabla 9.8. Porcentajes en síndromes similares en CBCL e YSR.

CBCL	%	YSR	%
Ansiedad/depresión	46,8	Problemas afectivos	28,6
		Problemas de ansiedad	8,2
Problemas somáticos	44,7	Problemas somáticos	14,3
Problemas de atención	38,3	Problemas de atención/hiperactividad	20,4

Para comprobar la significación estadística de las diferencias entre las prevalencias obtenidas mediante el CBCL y el YSR, se han realizado un contraste de proporción de muestras independientes, obteniéndose los siguientes resultados:

- La prevalencia de problemas de ansiedad/depresión, informada por la madres en el CBCL no difiere significativamente de los Problemas afectivos informados por los niños/as en el YSR ($\chi^2_1=3.404$; $p=0.065$), si bien, se aproxima a la significación estadística contemplada en $p=0.05$.
- Se aprecia una prevalencia significativamente superior de los problemas de ansiedad/depresión informados por la madres con respecto a la prevalencia de problemas de ansiedad informados por los hijos/as a través del YSR ($\chi^2_1=18.142$; $p=0.000$).
- La prevalencia clínica de problemas somáticos, según informe de las madres en el CBCL, es significativamente superior a los problemas somáticos informados por los hijos/as en el YSR ($\chi^2_1=10.728$; $p=0.001$).
- La prevalencia de problemas de atención es superior en los informes de las madres en el CBCL, frente a los informes de los/las niños/as en el YSR, rozando la significación estadística ($\chi^2_1=3.716$; $p=0.054$).

Si analizamos estas variables según la intensidad de los problemas, a partir de la escala basada en los centiles: (1) Inferior al centil 51 (2) Centil entre 51-58; (3) Centil entre 58-83; (4) Centil entre 84-92; (5) Centil entre 93-97y (6) Superior al centil 97; se obtiene la valoración media que se muestra en la tabla 9.8.



Tabla 9.8. Valoración media en CBCL e YSR.

CBCL	Valoración media	YSR	Valoración media
Ansiedad/depresión	3,81	Problemas afectivos	3,09
		Problemas de ansiedad	2,64
Problemas somáticos	4,11	Problemas somáticos	2,62
Problemas de atención	3,60	Problemas de atención/hiperactividad	2,81

Se ha realizado un contraste de hipótesis para comparar las medias de estas muestras relacionadas, obteniendo los siguientes resultados:

- La valoración media de las madres en Ansiedad/depresión no difiere estadísticamente de la valoración media de los niños/as en Problemas afectivos ($t_{46}=1.931$; $p=0.060$).
- La valoración de Ansiedad/depresión de las madres es significativamente superior a la valoración media de problemas de ansiedad de los niños/as ($t_{46}=3.598$; $p=0.001$).
- Los problemas somáticos reciben una valoración media significativamente superior por parte de las madres que de los hijos ($t_{46}=4.454$; $p=0.000$).
- La valoración media de los problemas de atención también es significativamente superior en la madres ($t_{46}=2.615$; $p=0.012$).

Esta hipótesis 4, por tanto, queda confirmada al comprobar que las tasas de prevalencia más bajas son las encontradas en los autoinformes de los niños/as frente a los informes de las madres.

Otros estudios como el de Owen, Thompson, Shaffer, Jackson y Kaslow (2009), en menores expuestos a violencia de género, hallaron resultados similares, si bien, solo en problemas externalizantes. Estos autores encontraron una prevalencia en problemas internalizantes del 9%, y en problemas externalizantes de 19% en el CBCL, mientras que en el YSR la prevalencia para los trastornos internalizantes fue de 18% y la prevalencia en externalizantes de 4%, siendo mayor la prevalencia obtenida en el síndrome problemas internalizantes en el YSR. Con respecto a la media, en problemas internalizantes en el CBCL fue de 51.99 ($dt=11.44$) y en problemas externalizantes de 55.82 ($dt=10.96$), mientras que en el YSR la media problemas internalizantes fue de 56.57



($dt=11.89$), y la media problemas externalizantes de 48.81 ($dt=10.11$) confirmandose la tendencia encontrada.

9.1.5. Hipótesis 5.

En adaptación las puntuaciones más elevadas se darán en Insatisfacción Familiar.

Los resultados muestran que la hipótesis 5 se confirma al encontrar en la escala de Insatisfacción Familiar la prevalencia más alta.

La puntuación media obtenida en *Inadaptación General* es de 2,62 ($dt= 1,804$); en *Inadaptación personal* de 2,43 ($dt=1,798$); en *Inadaptación Escolar* de 2,99 ($dt=1,920$); y en *Inadaptación social* de 2,62 ($dt= 1,779$). Sobre la percepción de los estilos educativos, los resultados muestran que la puntuación media en la *Percepción de la Educación de la Madre* como adecuada es de 3,01 ($dt=1,665$) y *Percepción de la Educación del padre* de 2,45 ($dt=1,680$).

Con respecto a la prevalencia se muestran los resultados obtenidos en la categoría alta y muy alta. En *Inadaptación General* un 19,1% de la muestra presenta indicadores altos o muy altos; en *Inadaptación personal* un 14,7%; en *Inadaptación Escolar* un 27,9%; en *Inadaptación social* un 14,7%; y por último, encontramos que más de la mitad, un 64,6%, presenta *Insatisfacción con el Ambiente Familiar*. Por otro lado, los resultados obtenidos sobre la percepción de los estilos educativos del padre y de la madre, muestran que tan solo un 14,1% percibe como adecuada o muy adecuada la educación del padre, y un 22,4% percibe como adecuada o altamente adecuada la educación de la madre, lo que supone que un 85,9% de la muestra percibe como insatisfactoria la educación del padre, y un 77,6% la de la madre.

Para la contrastación de esta hipótesis se han utilizado las variables del TAMAI: (a) Inadaptación general; (b) Inadaptación personal; (c) Inadaptación escolar; (d) Inadaptación social; (e) Insatisfacción con el ambiente familiar, y (f) Insatisfacción con los hermanos.



Tomando como valores de comparación la prevalencia conjunta obtenida en las categorías alta y muy alta (indicativas de problemas graves en ése área), se obtienen los siguientes resultados.

Tabla 9.9. Prevalencia en subescalas TAMAI.

Escalas TAMAI	Prevalencia
Inadaptación general	19,1
Inadaptación personal	14,7
Inadaptación escolar	27,9
Inadaptación social	14,7
Insatisfacción familiar	64,6
Insatisfacción con los hermanos	26,3

Para contrastar las posibles diferencias entre estas variables se han realizado comparaciones entre proporciones de muestras independientes, obteniéndose los siguientes resultados:

- 3 La prevalencia en Insatisfacción Familiar es significativamente superior a la prevalencia en Inadaptación general ($\chi^2_1=28.366$; $p=0.000$).
- 4 La prevalencia en Insatisfacción Familiar es significativamente superior a la prevalencia en Inadaptación personal ($\chi^2_1=34.766$; $p=0.000$).
- 5 La prevalencia en Insatisfacción Familiar es significativamente superior a la prevalencia en Inadaptación escolar ($\chi^2_1=18.003$; $p=0.000$).
- 6 La prevalencia en Insatisfacción Familiar es significativamente superior a la prevalencia en Inadaptación social ($\chi^2_1=34.766$; $p=0.000$).
- 7 La prevalencia en Insatisfacción Familiar es significativamente superior a la prevalencia en Insatisfacción con los hermanos ($\chi^2_1=17.896$; $p=0.000$).

La hipótesis 5 queda confirmada al encontrar una prevalencia significativamente superior en insatisfacción familiar frente a cualquier otra subescala del TAMAI.



9.2. HIPÓTESIS SOBRE LA RELACION ENTRE EL TIPO DE MALTRATO Y VARIABLES PSICOPATOLÓGICAS.

El planeamiento general sobre la relación entre el tipo de maltrato sufrido y la existencia de variables psicopatológicas se basa en la presunción de que a mayor cantidad y más gravedad del maltrato, más cantidad y mayor gravedad de problemas psicopatológicos en los/las niños/as en las áreas evaluadas: ansiedad, depresión, ira, adaptación, estrés postraumático, sintomatología de trauma complejo.

9.2.1 Hipótesis 6.

A mayor intensidad de maltrato sufrido, mayor prevalencia en los síndromes psicopatológicos evaluados por las madres.

Los resultados hallados en **niños/as de 1 a 5 años en las correlaciones entre las subescalas en el CBCL y el tipo de maltrato, evidencian una relación entre los síndromes del CBCL y el tipo de maltrato sufrido** en: el síndrome *Problemas de Atención* con Maltrato físico directo del padre a la madre (.632); Testimonio del menor de Maltrato Emocional (.545); Testimonio del menor de Maltrato Físico a la madre (.540); Maltrato directo del padre al menor (.575); y Maltrato Físico del padre hacia el menor (.677). El síndrome *Problemas de Sueño* con el Maltrato Emocional directo al menor, en concreto con Aislamiento (.588); (2) Manipulación (.604), y Amenazas de Muerte (.657). El síndrome *Conducta Agresiva* con Maltrato Físico directo a la madre (.588); Testimonio del menor de Maltrato Emocional a la madre (.651); y Maltrato Emocional directo del padre al menor (Debilidad Inducida) (.556). El síndrome *Reactividad Emocional* con Testimonio de Maltrato Emocional hacia la madre (.608); y Maltrato Emocional directo del padre al menor (.632). El síndrome *Ansiedad-Depresión* con Testimonio de Maltrato Emocional (.600), y Negligencia Física (.603). El síndrome *Problemas Somáticos* con el Maltrato Emocional directo del padre al menor, tanto en Aislamiento (.563) como en Amenazas de Muerte (.673).



Con respecto al rango de edad **de 6 a 18 años valorados por las madres a través del CBCL también se evidencia una relación entre los síndromes del CBCL y el tipo de maltrato sufrido** en: el síndrome *Problemas de Pensamiento* con dos Maltrato Físico directo a la madre (.424); y Maltrato directo del padre al menor, en concreto Negligencia Física (.451), Maltrato Emocional en Aislamiento (.377); y Amenazas de Muerte (.423). Este mismo síndrome correlaciona con maltrato directo al menor por parte del padre, tanto en Negligencia Emocional (.299) como Manipulación (.342). El *Retraimiento* con: Maltrato Físico directo a la madre (.313); y maltrato directo al menor, tanto Negligencia Física (.336) como Maltrato Emocional Amenazas de Muerte (.330). Y por último, el síndrome *Problemas Sociales*, con Negligencia Emocional hacia el menor (.364) y con Maltrato Emocional hacia el menor Manipulación (.285). *Problemas Somático* con Maltrato Físico directo a la madre (.306), y con Negligencia Emocional del padre hacia el hijo/a (.266).

Para contrastar esta hipótesis a nivel de significación estadística, se ha obtenido una puntuación combinada de los siguientes tipos de maltrato: (1) Maltrato emocional de la madre; (2) Maltrato físico de la madre, (3) Maltrato emocional de la madre testimoniado por el hijo/a; (4) Maltrato físico de la madre testimoniado por el hijo/a; (5) Negligencia física; (6) Negligencia emocional; (7) Maltrato emocional: Aislamiento; (8) Maltrato emocional: Degradación; (9) Maltrato emocional: Manipulación; (10) Maltrato emocional: Debilidad; (11) Maltrato emocional: Amenazas, y (12) Maltrato físico. Evaluados individualmente en la siguiente escala: (a) Nulo; (b) Leve; (c) Moderado; (d) Grave; y (e) Muy grave. Con lo que se obtiene una puntuación única que oscila entre 0 (12 x 0) y 48 (12 x 4).

En la submuestras de niños/as de 1 y medio a 5 años se ha detectado que la intensidad de maltrato, es significativamente superior en los/las niños/as que presentan sintomatología clínicamente significativa en:

- Problemas somáticos ($F_{1,13}=8.557$; $p=0.012$)
- Problemas de sueño ($F_{1,13}=15.611$; $p=0.002$)
- Problemas de atención ($F_{1,13}=17.234$; $p=0.001$)



En la tabla 9.10 se muestran los estadísticos descriptivos para los grupos con y sin relevancia clínica.

Tabla 9.10 Estadísticos descriptivos

	PC<93	PC>=93
Problemas somáticos	9.70 (5.056)	18.4 (6.189)
Problemas de sueño	9.20 (4.826)	19.40 (4.449)
Problemas de atención	9.636 (4.802)	20.75 (3.775)

En cuanto los/las niños/as entre 6 y 18 años, sólo se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en *problemas somáticos* ($F_{1,70}=7.021$; $p=0.010$). Los niños/as con relevancia clínica ($PC \geq 93$) presentan un promedio de 16.97 ($dt=6.84$), mientras que los niños/as sin relevancia clínica presentan un promedio inferior (12.80; $dt=6.13$).

La hipótesis, por tanto, queda confirmada al encontrarse mayor prevalencia de problemas somáticos, problemas de sueño o problemas de atención en niños/as entre 1 y medio y 5 años, a una mayor intensidad de maltrato; y mayor prevalencia de problemas somáticos en niños/as mayores de entre 6 y 18 años a mayor intensidad de maltrato.

El análisis de correlaciones realizado entre el tipo de maltrato y el STAIC, Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo, no muestra correlaciones significativas.

Los resultados del análisis realizado entre el tipo de maltrato y el CDI, Disforia, Autoestima y depresión total, mostró una correlación significativa y negativa entre la escala de disforia y el tipo de maltrato negligencia emocional hacia el/la niño/a (.279).

Los resultados del análisis de correlaciones realizado entre el tipo de maltrato sufrido y el STAXI-NA, muestra una correlación negativa y significativa entre Ira Rasgo y negligencia física sufrida por el menor (-.261); negligencia emocional directa al menor (-.291), y maltrato emocional hacia el menor, en concreto aislamiento (-.292). Estos resultados no son esperables y resultan de difícil explicación. Requieren un análisis más pormenorizado de las relaciones entre las diferentes medidas de las variables psicológicas por diferentes informantes (madre, menores, clínicos), así como una recogida de información de los propios menores sobre el maltrato sufrido.



No obstante es importante considerar que en las narraciones de los/as hijos/as de este grupo de mujeres maltratadas, realizadas por los mismos en las sesiones de evaluación y tratamiento, describen diversos episodios de maltrato de los padres hacia las madres y hacia ellos/as mismos/as.

Es necesario conocer más a fondo los complicados mecanismos desarrollados por estos menores en unas condiciones de crianza tan conflictivas y dolorosas.



Capítulo 10

CONCLUSIONES

El objetivo principal de esta investigación consistió en evaluar el grado de afectación psicológica de los niños/as expuestos a violencia de género en el ámbito intrafamiliar. Para ello, se valoró la presencia de sintomatología a nivel psicopatológico a través de la aplicación de diversos instrumentos, administrados tanto a las madres como a los/las niños/as. La exploración realizada permitía conocer el nivel de afectación psicológica y el grado de desarrollo de diferentes problemas tanto internalizantes como externalizantes. A continuación se exponen las conclusiones derivadas de esta investigación.



Respecto al *maltrato sufrido por la madre*, el 83,8% de tipo emocional ha sido grave o muy grave, y el 23,5% de tipo físico grave o muy grave, y el 41,2% moderado. Todas las madres han sufrido maltrato emocional (0% nulo), y solo un 1,5 % de ellas no ha sufrido maltrato físico.

En cuanto a la *exposición de los/as hijos/as a la violencia hacia la madre*, el 92,4% ha presenciado maltrato emocional hacia la madre, y el 65,1% ha presenciado maltrato físico. Solo el 7,6% no ha presenciado el maltrato emocional, y el 34,9% no ha presenciado maltrato físico.

El *maltrato del padre hacia el hijo/a* más frecuente ha sido la negligencia emocional, el maltrato emocional por degradación (63,5%), y la manipulación (60,4%). Un 45,8% ha sufrido maltrato físico, y un 13,5% de los/as menores abusados/as físicamente, lo han sido de forma grave o muy grave.

En cuanto a *los síndromes empíricos del CBCL*, en los/as menores de 5 años hemos encontrado que la puntuación media más alta corresponde al síndrome *agresividad*, y la más baja a problemas somáticos. En cuanto a la prevalencia, la *reactividad emocional* está presente en el 62% de menores expuestos a violencia de género, el *retraimiento* lo presentan el 57,2%, y la *ansiedad/depresión* (43%), es en el grupo total el tercer problema clínico.

En los *niños/as de 1 a 5 años*, son superiores las prevalencias en niños en reactividad emocional y ansiedad/depresión, en el resto de problemas las *niñas* presentan prevalencias más altas, y son más del 40% las que presentan quejas somáticas, retraimiento, y problemas de sueño, de atención y de agresividad.

En los *niños y niñas de 6 a 18 años*, las madres informan que un 36% han tenido y tiene problemas académicos, y han repetido curso el 37%. En cuanto a la prevalencia de problemas psicológicos, un 52% presenta retraimiento, un 44% problemas de pensamiento, un 41,5% problemas de atención y alrededor del 40% agresividad y quejas somáticas. No hay ningún síndrome empírico en el que la prevalencia se sitúe por debajo del 29,5%.

Los niños de 6 a 12 años presentan en mayor medida problemas de retraimiento (51,5%), problemas de pensamiento (42,5%) y ansiedad/depresión (42,4%), seguido por problemas de atención (39,4%), agresividad (39,4%), quejas somáticas (36,3), conducta



disruptiva (33,3) y problemas sociales (27,3). Por su parte las niñas de esta edad, presentan en primer lugar ansiedad/depresión (54%), seguido de problemas sociales (51%), agresividad (46,2%), problemas de pensamiento (46,1%), quejas somáticas y problemas de atención (42,3% en ambos), conducta disruptiva (36%) y por último retraimiento. Aunque todos las prevalencias son altas, vemos que el orden en las prevalencias varía.

En *adolescentes de 13 a 18 años*, en los chicos aparecen prevalencias muy altas en retraimiento (58%), y en problemas de atención (42%) y sociales (41%), seguidos por ansiedad/depresión (37%), problemas de pensamiento y agresividad (31,6% en ambos), y bastante inferiores los problemas de conducta disruptiva (21%), y las quejas somáticas (11%). En las chicas el principal problema es el retraimiento (61,5%), seguido de ansiedad/depresión y quejas somáticas (54% en ambos), los problemas de pensamiento (45%), de atención y de agresividad (38,5% en ambos), son también muy frecuentes; los problemas sociales y la conducta disruptiva se encuentran en menor medida.

En los síndromes empíricos del *autoinforme YSR*, los/as adolescentes como grupo presentan la prevalencia más alta en problemas afectivos (28,5%), seguido de oposicionismo desafiante (20,8%), y de problemas de atención e hiperactividad y problemas de conducta (20,4% en ambos), las prevalencias más bajas son en problemas somáticos (14,3%) y ansiedad (8%). Sin embargo los chicos presentan más problemas afectivos (34,6%), problemas de atención y de conducta (23% en ambos), seguido de oposicionismo desafiante (15,4%) y quejas somáticas (15,3%), y finalmente, problemas de ansiedad (11,5%). Las chicas presentan más oposicionismo desafiante (27,2%), seguidos de problemas afectivos (21,7%), problemas de atención y de conducta (11,7,4%), y por debajo quejas somáticas (13%) y problemas de ansiedad (4,3%). Es interesante ver que la ansiedad en este rango de edad y percibida por los propios jóvenes, no es un problema de alta prevalencia. Vemos también que los y las jóvenes

En el *STAIC*, las chicas presentan más ansiedad rasgo (12,5 frente a 6,5%), y los chicos más ansiedad estado (16% frente a 8,3%). Las chicas presentan más disforia (20% frente a 8,7%), y menos autoestima negativa (10% frente a 13%).

En conjunto las tasas de prevalencia encontradas mediante el *STAIC* y *CDI*, son muy bajas y están por debajo de las percibidas por las madres y por los clínicos.



La ira, evaluada mediante el *STAXI-NA*, nos indica que en el grupo total un 19,7% presenta problemas de ira rasgo, un 25,4% problemas de expresión interna de la ira, un 27% problemas de expresión externa, y un 25% de control general de la misma. Las chicas presentan más problemas de ira rasgo (26% frente a 15%), y expresión externa (32,3% frente a 22,5%), mientras que los chicos presentan más problemas con la expresión interna de la ira (32,5% frente a 16,1%).

Respecto a la *adaptación* en el grupo completo, encontramos que la prevalencia más alta es en insatisfacción con el ambiente familiar, el 64,6% de los hijos e hijas de estas mujeres maltratadas, presentan graves problemas de adaptación en la familia, y la prevalencia es idéntica en chicos y chicas, y además la mayoría (77,6%) considera que la madre no da la educación adecuada, aumentando esta mayoría respecto al padre (85,6%). Muy por debajo se sitúan la inadaptación escolar (22,6%), personal (19,4%), general y social (16,1% en ambas). Tanto en chicos (21,6%) como en chicas (23,3%) se percibe más adecuada la educación de la madre, pero en mayor medida las chicas, mientras que respecto a la educación ofrecida por el padre es baja en ambos (16,2% chicos y 11,1% chicas).

Del grupo de menores expuestos a violencia de género estudiado, el 43,3% presenta indicadores de sintomatología del *trastorno por estrés postraumático* en la subescala para TEPT de la prueba de screening SCARED-R, el 15,8% presentan indicadores altos de trastorno por estrés postraumático complejo o extremo, y un 71% presentan sintomatología leve del trastorno. Las niñas presentan mayor prevalencia que los niños en todos los grupos de síntomas.

El *tipo de maltrato* que tiene un mayor número de correlaciones estadísticamente significativas con reacciones psicopatológicas en menores de 1 a 5 años, es la exposición al maltrato emocional de la madre, este hecho afecta fundamentalmente a la reactividad emocional, ansiedad-depresión, problemas de atención y conducta agresiva.

Entre los 6 y 18 años, las principales correlaciones se dan entre maltrato y problemas de pensamiento, y está directamente relacionado con el maltrato físico de la madre, la negligencia física y emocional, el aislamiento, la manipulación y las amenazas de muerte, del padre hacia el/la menor.



A mayor maltrato físico de la madre más problemas somáticos y de retraimiento en los/as hijos/as, además de problemas de pensamiento. El retraimiento está relacionado con el maltrato infantil directo por negligencia física y amenazas de muerte.

No hay correlaciones significativas entre maltrato, sea cual sea el tipo o la persona que lo sufra, y la ansiedad evaluada mediante el STAIC, y respecto a la depresión evaluada mediante el CDI sorprendentemente la única correlación significativa es negativa: a más negligencia emocional por parte del padre hacia el/la menor, menos disforia. Más sorprendente aún es que la ira rasgo en los/as menores, correlaciona negativamente con negligencia física, emocional y maltrato por aislamiento por parte del padre.

Las correlaciones entre ansiedad, depresión e ira evaluadas mediante el STAIC, CDI Y STAXI-NA, respectivamente, aportan información inesperada y no coincidente con los datos del CBCL en ansiedad no hay correlaciones significativas.

Es necesario analizar más los problemas que presentan los/as menores expuestos a violencia de género, y emplear instrumentos adecuados para poder comprender las estrategias que ponen en marcha para sobrevivir en el caos físico y emocional.



Referencias bibliográficas

- Abad, F.J., Ponsoda V. y Hontangas P. (1998). El efecto de la multidimensionalidad en las estimaciones de un modelo unidimensional de la TRI. *Psicológica*, 19, 41-51 (1998).
- Abad, F.J., Olea, J., Real, E. y Ponsoda, V. (2002). Estimación de habilidad y precisión en tests adaptativos informatizados y tests óptimos: un caso práctico. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, 7, 1-20.
- Abad, F., Colom, R., Rebollo, I. y Escorial, S. (2004): Sex differential item functioning in the Raven's Advanced Progressive Matrices: evidence for bias. *Personality and Individual Differences*, 36 (6), 1459-1470
- Abrahams, C. (1994) Hidden Victims: Children and Domestic Violence. NCH Action for Children, London
- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- American Psychiatric Association (APA).(1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (3ªed.) (DSM-III). Washington, DC.



- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (1th ed.). Washington, D.C.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (2th ed.) Washington. D.C.
- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index: Professional Manual* (3rd ed.). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Achenbach, T. (1991a). *Manual for the Child Behavior Checklist and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. (1991b). *Manual for the Youth Self Report and 1991 profile*. Burlington, Vermont: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T M. (1991c). *Manual for the Youth Self-Report*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M, V, Phares, CT Howell, VA Rauh, y B. Nurcombe (1990), "Seven-Year Outcome of the Vermont Intervention Program for Low-Birth-Weight Infants. *Child development*, 61, 1672-1681.
- Achenbach, T. y Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Aguinaga, G., Armentia, M. L., Fraile, A., Olangua, P. y Urix, N. (2005). *Prueba Lenguaje Oral Navarra- Revisada, PLON-R*. TEA Ediciones.
- Adams, C.M. (2006). 'The Consequences of Witnessing Family Violence on Children and Implications for Family Counsellors'. *The Family Journal: Counselling and Therapy for Couples and Families*, 14 (4), 334-341.
- Adamson, J. L. y Thompson, R. (1998). Coping with interparental verbal conflict by children exposed to spouse abuse and children from nonviolent homes. *Journal of Family Violence*, 13, 213-232.
- Aguilar, L. (2008). La exposición a la violencia de género en el ámbito familiar: una forma de maltrato infantil. Federación de asociaciones de mujeres separadas y divorciadas.
- Ainsworth, M.D.S. y Bretherton, I. (1974). Responses of one-year-olds to a stranger in a strange situation. En M. Lewis y L.A. Rosenblum (Eds.), *The origin of fear* (pp. 131-164). New York: Wiley. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2, Serial N° 209). Chicago: University of Chicago Press.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A study* Aires: Paidós.
- Alcázar, M.A. y Gómez Jarabo, G. (1999). Aspectos psicobiológicos y psicosociales de la violencia. Valencia, Promolibro.
- Alcázar, M.A. y Gómez Jarabo, G. (2001). "Aspectos psicológicos de la violencia de género. Una propuesta de intervención". *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 1 (2), 33-49.



- Alessi, J.J. y Hearn, K (1984). Group treatment of children in shelters for battered women. In A.R. Roberts (Ed.), *Battered women and their families* (pp. 49-61). New York: Springer.
- Alonso, P. y Juidías, J. (2008). Discriminación de la ansiedad a través del Test Gestáltico Bender. *Apuntes de Psicología*, 26 (3), 449-458.
- Amor, P.J., Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (2001b). Maltrato físico y maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar: un estudio comparativo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6, 167-178.
- Amor, P.J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2001a). Perfil psicopatológico diferencial en víctimas de maltrato doméstico y de agresiones sexuales. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 605-629.
- Anderson, S. A. y Cramer-Benjamin, D. B. (1999). The impact of couple violence on parenting and children: an overview and clinical implications. *The American Journal of Family Therapy*, 27 (1), 1-19.
- Aguinaga, Armentia, Fraile, Olangua y Urix. *Prueba Lenguaje Oral Navarra- Revisada*, PLON-R. TEA Ediciones S.A.
- Angold A, Costello EJ. The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000; 39:39-48.109 Goodman R, Ford T, Richards H, al. e. The Development and Well-Being Assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*. 2000;41:645-55.
- Apple, A.E. y Holden, G.W. (1998). ‘The Co-occurrence of Spouse and Physical Child Abuse: A Review and Appraisal’. *Journal of Family Psychology*, 12 (4), 578-599.
- Arruabarrena, M.I. y De Paúl, J. (1992). Validez convergente de la versión española preliminar del *Child Abuse Potential Inventory*: depresión y ajuste marital. *Child Abuse and Neglect*, 16, 119-126
- Bair-Merritt, M. H., Blackstone, M. y Feudtner, C. (2006). Physical Health Outcomes of Childhood Exposure to Intimate Partner Violence: A Systematic Review. *Pediatrics*, 117 (2), 278-290.
- Baker, L. y Cunningham, A. (2004). *What about me! Seeking to understand a child's view of violence in the family*. London ON: Centre for Children & Families in the Justice System.
- Bal, S., Crombez, G., Van Oost, P. y De Bourdeadhuij, I. (2003). The role of social support in well-being and coping with the self-reported stressful events in adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1377-1395.
- Baldry, A.C. (2003). ‘Bullying in Schools and Exposure to Domestic Violence’. *Child Abuse and Neglect*, 27 (7): 713-732.
- Baldwin, A. L., Baldwin, C. y Cole, R. E. (1990). *Stress resistant families and stress-resistant children*. In J. E. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 257-280). New York: Cambridge University Press.



- Ballif-Spanvill, B., Clayton, J.C., Hendrix, M. y, Hunsaker, M. (2004). 'Individual Differences in the Use of Violent and Peaceful Behavior in Peer Conflicts among Children Who Have and Have Not Witnessed Interparental Violence'. *Journal of Emotional Abuse* 4 (2), 101-123.
- Bandura, A., Gruce J.E, y Menlove, F.L. Some Social Determinats of Self-Monitoring Reinforcement Systems (1967). *Journal of Personality and Social Psychology*.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action. A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1990). *Multidimensional scales of perceived self-efficacy*. Standford University, Standford, C.A.
- Bandura, A., Barbaranelli, C., Caprara, G. y Pastorelli, C. (1996). Multifaceted impact of self-efficacy beliefs on Academy functioning. *Child Development*, 67, 1206-1222.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: N.H. Freeman.
- Bandura, A., Pastorelli, C., Barbaranelli, C. y Caprara, G. (1999). Self-efficacy pathways to childhood depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76 (2), 258-269.
- Bandura, A. (2001). *Guide for constructing self-efficacy scales (Revised)*. Available from Frank Pajares, Emory University, Atlanta, GA, 30322.
- Baessler, J. y Schwarcer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Es trés*, 2, 1-8.
- Barnett, D., Manly, J. T. y Cicchetti, D. (1993). Defining child maltreatment: the interface between policy and research. En D. Cicchetti y S. Coth (eds): *Child Abuse, child development and social policy* (pp. 7-74). Norwood: Ablex.
- Baron, R. M. y Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Ed Gedisa, 2005
- Bauermeister J.J., Colón O., Villamil, B., Spielberger, Ch.D. (1986). Confiabilidad y validez del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado para niños puertorriqueños y panameños. *Revista Interamericana de Psicología*, 20(182): 118.
- Bauermeister, J.J., Forastieri, B.V. and Spielberger, C.D. (1989). Developmental and Validation of the Spanish Form of the State-Trait Anxiety Inventory for Children (pp.69-85). En Diaz Guerrero (Eds.) *Cross. Cultural Anxiety*, Washington: Hamisphere.
- Bayley, (1969). *Escalas BAYLEY de Desarrollo Infantil, BSID (N)*.
- Beardslee, W. R., Bemporad, J., Keller, M. B., y Klerman, G. L. (1983). Children of parents with major depressive disorder: A review. *American Journal of Psychiatry*, 54, 1254-1268.



- Beck, A.T. y Steer, RA. (1995). *Beck Depression Inventory: Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Nueva York: Hoeber Medical Division, Harper & Row
- Becoña, E. (2006). *Adicción a nuevas tecnologías*. Vigo: Nova Galicia Edicións.
- Becker, K. y McCloskey, L. (2002). Attention and conduct problems in children exposed to family violence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 83-91.
- Bedi, G., y Goddard, C. (2007). Intimate partner violence: what are the impacts on children? *Australian Psychologist*, 42, 66-77.
- Beeman, S., Hagemester, A. y Edleson, J.L. (2001). Case assessment and service receipt in families experiencing both child maltreatment and woman battering. *Journal of Interpersonal Violence*, 16, 437-458.
- Bell, J. (1995). *Evaluating Psychological information: Sharpening your critical things skills* (2nd Ed.) Needham Heights, MA: Allyn y Bacon.
- Belsky, J. (1980). Child Maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*, 35, 320-335.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: a process model. *Child Development*, 55, 83-96.
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114, 413-434.
- Berger, L. M. (2005). Income, family characteristics, and physical violence toward children. *Child Abuse & Neglect*, 29(2), 107-133.
- Briere, J. (1987). Predicting likelihood of battering: Attitudes and childhood experiences. *Journal of Research in Personality*, 21, 61-69.
- Briere, J. (1992). Methodological issues in the study of sexual abuse effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 196-203.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Gully, M., Balach, L., Kaufman, J., y McKenzie Neer, S. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 545-553.
- Black, D., Morris, J.N., Smith, C., Townsend, P., y Whitehead, M. (1992). *Inequalities in health: The Black report*. Health Divide. London: Penguin.
- Blasco, C., Savall, Sánchez y Martínez, M (2002). Violencia de pareja: Papel del sistema sanitario, jurídico y social en la recuperación de la salud integral de la mujer víctima. Congreso Internacional de Violencia de género Medidas y Propuestas para los 27. Comunidad Valenciana 2007.
- Block, J. H., Block, J., y Morrison, A. (1981). Parental agreement-disagreement on child-rearing orientations and gender-rated personality correlates in children. *Child Development*, 52, 965 - 974



- Bogat, G. A., DeJonghe, E. Levendosky, A. A., Davidson, W. S. y von Eye, A. (2006). Trauma symptoms among infants exposed to intimate partner violence. *Child Abuse & Neglect*, 30, 109-125.
- Bogat, G. A., Levendosky, A. A., Theran, S., von Eye, A. y Davidson, W. S., (2003). Predicting the psychosocial effects of interpersonal partner violence (IPV): How much does a woman's history of IPV matter? *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 121-141.
- Bolger, K., y Patterson, C. J. (2003). Sequelae of child maltreatment: Vulnerability and resilience. In S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 156-181). New York: Cambridge University Press.
- Bolger, K.E. (1997). Sequelae of child maltreatment: A longitudinal study of peer relations, behavior, and self-concept. *Dissertation Abstracts International: Section B. The Sciences and Engineering*, 57 (10-B), 6609.
- Bourassa, C. (2007). Co-occurrence of interparental violence and child physical abuse and its effect on the adolescent's behavior. *Journal of Family Violence*, 22, 691-701.
- Bowker, L.H., Arbitell, M. y McFerron, J.R. (1988). On the relationship between wife beating and child abuse. In K. Yllo y M. Bograd (Eds.), *Feminist perspectives on wife abuse* (pp. 158-174). Newbury Park, CA: Sage.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1976). *La separación Afectiva*. Buenos Aires: Paidós Editores.
- Bowlby, J. (1973). *Separation: Anxiety & Anger*. Attachment and Loss (vol. 2); (International psychoanalytical library N° 95). London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura: aplicaciones clínicas de la teoría del apego*. Buenos Aires
- Bowlby, J. (1990). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires.
- Braungart-Rieker, J.M., Garwood, M.M., Powers, B.P., y Wang, X. (2001). Parental sensitivity, infant affect, and affect regulation. Predictors of later attachment. *Child development*, 72, 252-270.
- Brenlla, M. E., Carreras, M. A. y Brizzio, A. (2001). *Evaluación de los estilos de apego en adultos*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.
- Briere, J. N. (1992). *Child abuse trauma*. Newbury Park: CA: Sage.
- Briere, J. (1984). The effects of childhood sexual abuse on later psychological functioning: Defining a post-sexual abuse syndrome. Paper presented at the Third National Conference on the Sexual Victimization of Children, Children's Hospital National Medical Center, Washington, D. C.
- Briere, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children* : Professional Manual. Florida: Psychological Assessment Resources Inc.



- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development*. Cambridge, Harvard University Press. (Trad. Cast.: *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona, Ediciones Paidós, 1987)
- Browne, A., y Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: a review of the research. *Psychological Bulletin*, 99, 66-77.
- Brunet, O., y Lezine, I. (1951). *Escala para medir el desarrollo motor en la primera infancia*. Madrid: Pablo del Rio.
- Bryant B (1982). An Index of Empathy for Children and Adolescents. *Child Development*, 53, 413-425.
- Buckner, J. C., Mezzacappa, E. y Beardslee, W. R. (2003). Characteristics of resilient youths living in poverty: The role of self-regulatory processes. *Development and Psychopathology*, 15, 139-162.
- Buka, S.L., Stichick, T.L., Birdthistle, I., y Earls, F.J. (2001). Youth exposure to violence: prevalence, risks and consequences. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71, 298-310.
- Burgemeister, BB., Blum, HL. y Lorge, I. (1986). *Escala de Madurez Mental de Columbia*. Madrid: TEA.
- Campbell, J.C., Kub, J., Belknap, R.A. y Templin, T.N. (1997). Predictors of depression in battered women. *Violence Against Women*, 3 (3), 271-293.
- Campbell, S.B., Cohn, J.F. y Meyers, T. (1995). Depression in first-time mothers: Mother-infant interaction and depression chronicity. *Developmental Psychology*, 31, 349-357.
- Canals, J., Martí, C., Fernández, J., y Doménech, E. (1995). A longitudinal study of depression in an urban Spanish pubertal population. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 4:102-11.
- Capafóns y Silva, 1995. *Cuestionario de Autocontrol para Infancia y Adolescencia, CACIA*. TEA Madrid.
- Caprara, G.V. y Pastorelli, C. (1993). Early emotional instability, prosocial behavior and aggression:some methodological aspects. *European Journal of Personality*, 7, 19-36.
- Caprara, G.V., Barbaranelli, C., Borgogni, L., y Perugini, M. (1993). The Big Five Questionnaire: A New questionnaire for the Five Factor Model. *Personality and Individual Differences*, 15, 281-288.
- Caprara, V., Scabini, E., Barbaranelli, C., Pastorelli, C., Regalia, C. y Bandura, A. (1998). Impact of Adolescents' perceived self-regulatory efficacy on familial communication and antisocial conduct. *European Psychologists*, 3, 125-132.
- Card, J. (2005). 'Posttraumatic Stress Disorder in Children Exposed to Domestic Violence: Parental versus Self-report'. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 66, (3-B).
- Carlson, B. E. (1990). Adolescent observers of marital violence. *Journal of Family Violence*, 5, 285-299.
- Carlson, B. E. (1991). Outcomes of physical abuse and observation of marital violence among adolescents in placement. *Journal of Interpersonal Violence*, 6, 526-534.



- Carlson, B. E. (2000). Children Exposed to Intimate Partner Violence: Research Findings and Implications for Intervention. *Trauma Violence Abuse, 1*, 321.
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., & Braunwald, K. (1989). Finding order in disorganization: Lessons from research in maltreated infants' attachments to their caregivers. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child Maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 494-528). New York: Cambridge University Press.
- Carlo, G., Eisenberg, N. y Knight, G.P. (1992). An objective measure of adolescents' prosocial moral reasoning. *Journal of Research on Adolescence, 2*, 331-349.
- Carpenter, G. L., y Stacks, A. M. (2009). Developmental effects of exposure to intimate partner violence in early childhood: a review of the literature. *Children and Youth Services Review, 31*, 831-839.
- Carrasco, M. A., Rodríguez, J. F., y Del Barrio, M. V. (2001). Delincuencia y psicopatología entre adolescentes maltratados. *Revista de Psicología General y Aplicada, 54* (4), 605-617.
- Carrasco, M. A., Rodríguez, J. F., Rodríguez, M. D. y Sánchez, C. (1999). Miedos y ansiedad en un grupo de adolescentes maltratados. *Apuntes de Psicología, 17*, 97-108.
- Carrasco, M.A. y Del Barrio, M.V. (2002). Evaluación de la autoeficacia en niños y adolescentes. *Psicothema, 14* (2), 233-332.
- Carter, R. T. (2005). Uprooting inequity and disparities in counseling and psychology: An introduction.. In R. T. Carter (Ed.), *Handbook of racial-cultural counseling and psychology: Theory and research* (Vol. 1, pp. xv-xxviii). New York: Wiley.
- Carter, J., y Schechter, S. (1997). *Child abuse and domestic violence: Creating community partnerships for safe families-Suggested components of an effective child welfare response to domestic violence*. San Francisco, CA: Family Violence Prevention Fund.
- Castañeda, A., McCandless, B.R., y Palermo, D.S. (1956). The children's form of Manifest Anxiety Scale. *Child Development, 27*, 317-326.
- Castro, J., Toro, J., Van Der Ende, J., y Arrindell, W.A. (1993). Exploring the feasibility of assessing perceived parental rearing styles in Spanish children with the EMBU. *The International Journal of Social Psychiatry, 39*, 47-57.
- Caumo, W., Broenstrub, J.C., Fialho, L., Petry, S.M., Brathwait, O., Bandeira, D., Loguercio. A. & Ferreira, M.B. (2000). Risk factors for postoperative anxiety in children. *Acta Anaesthesiol Scand. Aug;44(7):782-9*.
- Causey, DL., y Dubow, E.F. (1992). Development of a Self-Report Coping Measure for elementary school children. *Journal of clinical Child Psychology, 21*, 47-59.
- Cawson, P. (2002). *Child maltreatment in the family: the experience of a national sample of young people*. London: NSPCC. ISBN: 1842280139
- Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia (2007a): Informe Internacional. Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. Estadísticas y legislación. www.gva.es/violencia



- Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia (2007b): Informe Internacional. Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. Estadísticas y legislación. www.gva.es/violencia.
- Cerezo, M. A. (1995). El impacto psicológico del maltrato: primera infancia y edad escolar. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 135-157.
- Cerezo, M. A., y Frias, D. (1994). Emotional and cognitive adjustment in abused children. *Child Abuse & Neglect*, 18, 923-932.
- César, S. (1988). *Psicología genética y aprendizajes escolares*. México: Siglo XXI Editores.
- Chaiyawat, W. y Brown, J.K. (2000). Psychometric properties of the Thai versions of State-Trait Anxiety Inventory for Children and Child Medical Fear Scale. *Res Nurs Health*. Oct;23(5):406-14.
- Chemtob, C. M., y Carlson, J. G. (2004). Psychological effects of domestic violence on children and mothers. *International Journal of Stress Management*, 11, 209-226.
- Chemtob, C. M., Nomura, Y., y Abramovitz, R. A. (2008). Impact of conjoined exposure to the World Trade Center attacks and to other traumatic events on the behavioral problems of preschool children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 162 (2), 126-133.
- Christopoulos, C., Cohn, D. A., Shaw, D. S., Joyce, S., Sullivan-Hanson, J., Draft, S. P. y Emery, R. E. (1987). Children of abused women: I. Adjustment at time of shelter residence. *Journal of Marriage and the Family*, 49, 611-619.
- Chu, J. (1998). *Rebuilding Shattered Lives: The Responsible Treatment of Complex and Post-Traumatic Dissociative Disorders*. New York: John Wiley.
- Cicchetti, D., y Carlson, V. (1989). *Child maltreatment*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Cicchetti, D., y Lynch, M. (1993). Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: Consequences for children's development. *Psychiatry*, 53, 96-118.
- Cicchetti, D., Toth, S.L., y Lynch, M. (1993). The developmental sequelae of child maltreatment: Implications for war-related trauma. In L.A. Leavitt and N.A. Fox (Eds.), *The Psychological Effects of War and Violence on Children*, (pp. 41-71). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cicchetti, D., Toth, S.L., & Lynch, M. (1995). Bowlby's dream comes full circle: The application of attachment theory to risk and psychopathology. In T.H. Ollendick and R.J. Prinz (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology*, Volume 17, (pp. 1-75). New York, NY: Plenum Press.
- Centre de recherche sur l'enfant et la famille, MGILL. Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (CIS 2003/2008).
- Clarke, G.N., Lewinsohn, P.M., Hops, H. y Seeley, J.R. (1992). A self- and parent-report measure of adolescent depression: The Child Behavior Checklist Depression scale (CBCL-D). *Behavioral Assessment*, 14(3-4), 443-463.
- Clark, S.B., Koenen, K.C., Taft, C.T., Street, A.E., King, L.A. y King, D.W. (2007). 'Intimate Partner Psychological Aggression and Child Behavior Problems'. *Journal of Traumatic Stress*, 20 (1), 97-101.



- Cohen, J. A. y Mannarino, A. P. (1996). Factors that mediate treatment outcome of sexually abused preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(10), 1402-1410.
- Cohen, P. y Brook, J. S. (1995). *The reciprocal influence of punishment and child behavior disorder*. In J. McCord (Ed.), *Coercion and punishment in long-term perspectives* (pp. 154-164). New York: Cambridge
- Cohn, A.H., y Daro, D. (1987). Is treatment too late: What ten years of evaluative research tells us. *Child Abuse and Neglect*, 11, 433-442.
- Coker, A. L., Davis, K. E., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H. M., Smith, P. H. (2002). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(4), 260.
- Cole, P. M., Zahn-Waxler, C., Fox, N. A., Usher, B. A. y Welsh, J. D. (1996). Individual differences in emotion regulation and behavior problems in preschool children. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 518-529.
- Colmenares, J.C., Martínez, O. y Quiles, I. (2007). *Perfil psicológico de quince hijos de mujeres víctimas del maltrato doméstico*. 8º Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis.
- Connolly, J., y Goldberg, A. (1999). Romantic relationships in adolescence: The role of friends and peers in their emergence and development. In W. Furman, B. B. Brown, & C. Feiring (Eds.), *The development of romantic relationships in adolescence* (pp. 266-290). New York: Cambridge University Press.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Landtree, Ch., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liataud, J., Mallah, K., Olafson, E. y van der Kolk, B. (2005). Complex Trauma in Children and Adolescent. *Psychiatric Annals*, 35 (5), 390-398.
- Copping, V. E. (1996). Beyond over- and under-control: Behavioral observations of shelter children. *Journal of Family Violence*, 11, 41-57.
- Corbalán, J. y Patró, R. (2003). *Consecuencias psicológicas de la violencia familiar: mujeres maltratadas e hijos de hogares violentos*. Conferencia invitada en las II Jornadas sobre Mujer y Salud: Interacción de los contextos familiar y laboral. Murcia, Mayo 2003.
- Corsi, J. (1994). “Violencia Familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social”. Ed. Paidós, Buenos Aires.
- Costa Pau, M. (2003). “De tal palo tal paliza”. Diario El País. Barcelona, 12 enero 2003.
- Courtois, C. (1988). *Healing the Incest Wound*. Washington: W.W. Norton and Company
- Courtois, C. A. (1979a). Characteristics of a volunteer sample of adult women who experienced incest in childhood and adolescence. *Dissertation Abstracts International*, 40A, Nov-Dec, 3194-A.
- Courtois, C. (1979b). The incest experience and its aftermath. *Victimology: An International Journal*, 4, 337-347.
- Courtois, C. A. (1988). *Healing the incest wound: Adult survivors in therapy*. New York: Norton.
- Courtois, C. A. (1999). *Recollections of sexual abuse: Treatment principles and guidelines*. New York: Norton.



- Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, 41, 412-425.
- Cox, C. E., Kotch, J. B., y Everson, M. D. (2003). A longitudinal study of modifying influence in the relationship between domestic violence and child maltreatment. *Journal of Family Violence*, 18, 5-17.
- Craighead, W.E., Smucker, M.R., Craighead, L.W., y Ilardi, S. (1998). Factor analysis of the Children's Depression Inventory in a community sample. *Psychological Assessment*, 10, 156-165.
- Craighead, W., Curry, J., Ilardi, S. (1995). Relationship of children depression inventory. *Psychological Assessment*, 7, 171-176 .
- Culbertson J.L. y Schellenbach C.J. (1992). 'Prevention of Maltreatment in Infants and Young Children.' In: Willis D, Holden EW, Rosenberg M (eds.), *Prevention of Child Maltreatment: Developmental and Ecological Perspectives*. US: John Wiley & Sons, pp. 47-77.
- Cummings, E. M. (1998). *Children exposed to marital conflict and violence: Conceptual and theoretical directions*. In G. W. Holden, R. Geffner, & E. N. Jouriles (Eds.), *Children exposed to marital violence: Theory, research, and applied issues*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Cummings, E. M. y Cicchetti, D. (1990). *Towards a transactional model of relations between attachment and depression*. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 339-372). Chicago: University of Chicago Press.
- Cummings, E. M. y Davies, P. T. (1994). *Children and marital conflict*. New York: Guilford Press.
- Cummings, E. M., Davies, P. T., & Simpson, K. S. (1994). Marital conflict, gender, and children's appraisals and coping efficacy as mediators of child adjustment. *Journal of Family Psychology*, 8, 141-149.
- Cummings, E. M., Zahn Waxler, C., y Radke-Yarrow, M. (1981). Young children's responses to expressions of anger and affection by others in the family. *Child Development*, 52 (4), 1274-1282.
- Cummings, E., Davies, P. y Simpson, K. (1994) Marital conflict, gender and children's appraisals and coping efficacy as mediators of child adjustment. *Journal of Family Psychology*, 8, 141- 149.
- Cummings, E. M., y Davies, P. T. (2002). Effects of marital discord on children: Recent advances and emerging themes in process-oriented research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 31-63.
- Currie, C.L. (2006). 'Animal Cruelty by Children Exposed to Domestic Violence', *Child Abuse and Neglect*, 30 (4), 425-435.
- Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R., y Todd, J. (Eds.). (2000). *Health and health behaviour among young people. Issue 1 of the WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents. International report*. World Health Organization. URL (consulted 29 January 2003): <http://www.ruhbc.ed.ac.uk/hbsc/download/hbsc.pdf>



- Dadds, M.R., Sheffield, J.K. and Holbeck, J.F., (1990). An examination of the differential relationship of marital discord to parents' discipline strategies for boys and girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **18**, pp. 121-129.
- Dauvergne, M. y Johnson H. (2001). "Children Witnessing Family Violence." *Juristat* 21, 6. Canadian Centre for Justice Statistics, Statistics Canada, 2001.
- Davanzo, P., Kerwin, Nikore, V., Esparza, C., Forness, S., Murrelle, L. (2004). Spanish translation and reability testing of the child depression inventory. *Child Psychiatry and human development*, **35**, 75-92.
- Davies, P. T., Harold, G. T., Goeke-Morey, M., Cummings, E. M. (2002). Children's emotional security and interparental conflict. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, **67**, 1-129.
- Davidson, T. (1978). *Conjugal crime: Understanding and changing the wife beating pattern*. New York: Hawthorn.
- Davidson, W. S., y Rappaport, J. (1978). Advocacy and community psychology. In G. H. Weber & G. J. McCall (Eds.), *Social scientists as advocates: Views from the applied disciplines*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Davies, P. T., y Lindsay, L. L. (2001). *Does gender moderate the effects of marital conflict on children?* In J. Grych & F. Fincham (Eds.), *Child development and interparental conflict* (pp. 64-97). New York: Cambridge University Press.
- Davies, P. T., Sturge-Apple, M. L., y Cummings, E. M. (2004). Interdependencies among interparental discord and parenting practices: The role of adult vulnerability and relationship perturbations. *Development and Psychopathology*, **16**, 773-797.
- Davies, P.T., y Cummings, E.M. (1998). Exploring children's emotional security as a mediator of the link between marital relations and child adjustment. *Child Development*, **69**, 124-139.
- Davis, L. V., y Carlson, B. E. (1987). Observation of spouse abuse: What happens to the children? *Journal of Interpersonal Violence*, **2**, 278-291.
- Davis, L. y Siegel, L. (2000). Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: a review and analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, **3**, 135-154.
- De Bellis, M.D. (2001). Developmental traumatology: The psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. *Development and Psychopathology*, **13**, 539-564.
- Del Barrio, V., Moreno, C. y López, R. (2001). Evaluación de la agresión e inestabilidad emocional en niños españoles y su relación con la depresión. *Clínica y Salud*, **13**, 33-50.
- DeJonghe, E.S., Bogat, G.A., Levendosky, A.A., von Eye, A., y Davidson, W.S. (2005). Infant exposure to domestic violence predicts heightened sensitivity to adult verbal conflict. *Infant Mental Health Journal*, **26**, 268-281.
- De los Santos y Sanmartín (2005). En Ezpeleta, L. (2005) *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo*. Ed: Elsevier.
- De Luis, P. (2004). Entrevista de Valoración de Peligrosidad. En Labrador, F.J., Rincón, P., De Luis, P., Fernández-Velasco, R (Eds.), *Mujeres Víctimas de violencia doméstica. Programa de actuación* (pp.192-193). Madrid: Pirámide.



- Deblinger, E., McLeer, S. V., y Henry, D. (1990). Cognitive-behavioral treatment for sexually abused children suffering from post-traumatic stress disorder: preliminary findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 747-752.
- DeJonghe, E.S., Bogat, G.A., Levendosky, A.A., von Eye, A. y Davidson, W.S. (2005). Infant exposure to domestic violence predicts heightened sensitivity to adult verbal conflict. *Infant Mental Health Journal*, 26, 268-28.
- Del Barrio, Colondrón, de Pablo y Roa (1996). Primera adaptación de las escalas de depreciación de Reynolds RCDS Y RADS a población española. *RIDEP*, 2, 75-100.
- Del Barrio, V., Frías, D. & Mestre, V. (1994). Autoestima y depresión en niños. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47, 471 - 476.
- Del Barrio, V., Aluja, A. y Spielberger, C. (2004). Evaluación de la Ira: Propiedades Psicométricas de una versión del STAXI para niños y Adolescentes. *Personality and Individual Differences* (en prensa).
- Del Barrio, V., Moreno, C. y López, R. (2001). Evaluación de la agresión e inestabilidad emocional en niños españoles y su relación con la depresión. *Clínica y Salud*, 13, 33-50.
- Del Barrio, V. y Carrasco, M. A. (2004). *CDI. Inventario de depresión infantil*. Madrid: TEA Ediciones S. A.
- Del Barrio, V., y Mestre, V. (1989). *Epidemiología de la Depresión Infantil*. Valencia. Conselleria de Sanitat y Consum.
- Del Barrio, V., Aluja, A. y Spielberger, C. (2004). Evaluación de la Ira: Propiedades Psicométricas de una versión del STAXI para niños y Adolescentes. *Personality and Individual Differences*, 37 (2), 227-244.
- Del Barrio, V., Spielberger, C. D. y Aluja, A. (2005). STAXI-NA. Inventario de expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescentes. Madrid: TEA Ediciones.
- Del Barrio, V. (1997). *Depresión infantil. Concepto, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Department of Health. (2002). *Women's mental health: Into the mainstream. Strategic development of mental health care for women*. Department of Health: London, UK
- DeMulder, E., y Radke-Yarrow, M. (1991). Attachment and affectively ill and well mothers: Concurrent behavioral correlates. *Development and Psychopathology* 3 (1991), pp. 227-242.
- De Paúl, J. y Arruabarrena, M.I. (1995). Behavior problems in school-aged physically abused and neglected children in Spain. *Child Abuse & Neglect*, 19, 409-418.
- Derogatis, L.R., Rickels, K., y Rock, A.F (1976). Symptom Checklist-90-revised (SCL-90-RR) and the MMPI: “A step on the validation of new self report scale. *British Journal of Psychiatry*, 128, 280-289.
- Dishion, T. J., Andrews, D. W. y Crosby, L. (1995). Antisocial boys and their friends in adolescence: Relationship characteristics, quality, and interactional processes. *Child Development*, 66, 139-151



- Dishion, T. J., Patterson, G. R., Stoolmiller, M. y Skinner, M. L. (1991). Family, school, and behavioral antecedents to early adolescent involvement with antisocial peers. *Developmental Psychology*, 27, 172-180.
- Dodge, K. A., Bates, J. E. y Pettit, G. S. (1990). Mechanisms in the cycle of violence. *Science*, 250, 1678-1683.
- Doll, E.A. (1953). The Measurement of social competence. A manual for the Vineland social Scale. Minnesota: Educational Publishers.
- Doménech, E., Subira, S., Comellas, M.J., Cuxart, E. (1995). *Children emotional disturbances in a sample of adolescents between 13-14 years*. Atenas: 4 European Congress of Psychology.
- Domènech, E. (1986). *Escala de depresión para maestros*. Departamento de Psicología de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Doumas, D., Margolin, G., y John R. (1994). “The Intergenerational Transmission of Abuse across Three Generations.” *Journal of Family Violence*, 9(2): 157-175.
- Downey, G., y Feldman, S. (1996). Implications of rejection sensitivity for intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1327-1343.
- Duarte, V.A. (2007). *Sintomatología de pós-stress traumático em menores expostos a violência interparental*. Dissertação apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, para obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde.
- Dubowitz, H., y King, H. (1995). Family violence. A child-centered, family-focused approach. *Pediatrics Clinical North America*, 42, 153-163.
- Duncan, A., Thomas, J., y Miller, C. (2005). Significance of family risk factors in development of childhood animal cruelty in adolescent boys with conduct problems. *Journal of Family Violence*, 20, 235-239.
- Durrant, J. E. (2005) “Corporal punishment: prevalence, predictors and implications for child behaviour and development”, en S. N. Hart (ed.), *Eliminating Corporal Punishment* (París, UNESCO, 2005), págs. 52 y 53. 1998;160(37):5358-62 1999. (<http://www.violencestudy.org/r27>).
- Dutton, D. G. (2000). Witnessing parental violence as a traumatic experience shaping the abusive personality. *Journal of Aggression, Maltreatment, & Trauma*, 3, 59-67.
- Dyregrov, A., y Yule, W. (2006). A review of PTSD in children. *Child and Adolescent Mental Health*. Vol 11, (4) 176-184.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores*. Barcelona. ARIEL.
- Echeburúa, E., de Corral. (2003). *Manual de Violencia Familiar*. Incluye la Escala de Gravedad de síntomas del TEPT. Ed. Siglo Veintiuno de España Editores, Madrid, Tercera edición.
- Eckenrode, J., Ganzel, B., Henderson, C. R., Smith, E., Olds, D. L., Powers, J., Cole, R., Kitzman, H., y Sidora, K. (2000). Preventing child abuse and neglect with a program of nurse home visitation: The limiting effects of domestic violence. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 284(11), 1385-1391.



- Edleson, J. L. (1999). Children's witnessing of adult domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence, 14*, 839-870.
- Edleson, J. L. (1999). Problems Associated with Children's Witnessing of Domestic Violence. *National Online Resource Center on Violence Against Women*.
- Edleson, J. L. (2004). *Should childhood exposure to adult domestic violence be defined as child maltreatment under the law?* In P. G. Jaffe, L. L. Baker, & A. Cunningham (Eds.), *Protecting children from domestic violence: Strategies for community intervention* (pp. 8-29). New York, NY: Guilford.
- Edleson, J.L. (1999). 'The Overlap between Child Maltreatment and Woman Battering'. *Violence Against Women, 5* (2): 134-54.
- Edleson, J.L., Mbilinyi, L.F., Beeman, S.K. y Hagemester, A.K. (2003). 'How Children are Involved in Adult Domestic Violence'. *Journal of Interpersonal Violence, 18* (1), 18-32.
- Egeland, B. (1993). A history of abuse is a major risk factor for abusing the next generation. In R. J. Gelles & D. R. Loseke (Eds.), *Current controversies on family violence*, (pp. 197-208). Newbury Park, NJ: Sage
- Egeland, B., Jacobvitz, D., y Sroufe, L. A. (1988). Breaking the cycle of abuse: Implications for prediction and intervention. In K. D. Browne, C. Davies, and P. Stratton (Eds.), *Early prediction and prevention of child abuse*. NY: J. Wiley & Sons, Ltd.
- Egeland B., Jacobvitz J. y Paptola K. (1989). Intergenerational Continuity of Abuse. In Lancaster J. & Gelles R. (Eds.). *Biosocial Aspects of Child Abuse*. New York: Jossey-Bass, 255-266
- Ehrensaft, M., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E., Chen, H. y Johnson, J. (2003). Intergenerational transmission of partner violence: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 741- 753.
- Eiden, R. (1999). Exposure to violence and behavior problems during early childhood. *Journal of Interpersonal Violence, 14*, 1299-1312.
- Elliott, D. S., y Ageton, S. R. (1980). Reconciling race and class differences in self-reported and official estimates of delinquency. *American Sociological Review, 45*: 95-110.
- Emdad, R., Sondergaard, H. P. y Theorell, T. (2005). Learning problems, impaired short-term memory, and general intelligence in relation to severity and duration of disease in posttraumatic stress disorder patients. *Stress, Trauma and Crisis: An International Journal, 8*, 25-43.
- Emery, R. E. (1982). Interparental conflict and the children of discord and divorce. *Psychological Bulletin, 92*, 310-330.
- English, D. (1998). *Co-occurrence: Child abuse and domestic violence*. In Paper presented at the Sixth Forum on Federally Funded Research on Child Abuse and Neglect Washington, DC,
- English, D. J., Marshall, D. B., y Stewart, A. J. (2003). Effects of family violence on child behavior and health during early childhood. *Journal of Family Violence, 18* (1), 43-57
- Ericsson, M. F., Egeland, B., y Pianta, R. (1989). The effects of maltreatment on the development of young children. En D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 647-684). Cambridge University Press.



- Espinosa-Bayal, M.A. (2004). Las hijas e hijos de mujeres maltratadas: consecuencias para su desarrollo e integración escolar. Emakunde / Instituto Vasco de la Mujer. Disponible en la World Wide Web: http://www.emakunde.es/images/upload/Angeles_Espinosa.
- Evans, S. E., Davies, C., y DiLillo, D. (2008). Exposure to domestic violence: ameta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and Violent Behavior*, 13 (2), 131–140.
- Eysenck, H. J., y Eysenck, S. B. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. London: Hodder & Stoughton.
- Eyberg, S., y Robinson, E. (1983); Conduct problem behavior: Standardization of behavioral rating scale with adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 12, 347-354.
- Eyberg, S., y Ross, A. W. (1978). Assessment of child behavior. The validation of a new inventory. *Journal of Clinical Child Psychology* 7, 113-116.
- Ezpeleta, L., de la Osa, N., Júdez, J., Doménech, J.M., Navarro, J.B. y Losilla, J.M. (1997). Diagnostic agreement between clinician and the Diagnostic Interview for Children and Adolescents - DICA-R in a Spanish outpatient sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38,431-440.
- Fagan, A. (2003). The short and long term effects of adolescent victimization experienced within the family and community. *Violence and victims*, 18, 445-459.
- Fantuzzo, J. W., y Lindquist, C. U. (1989). The effects of observing conjugal violence on children: A review and analysis of research methodology. *Journal of Family Violence*, 1, 77-94.
- Fantuzzo, J. W., y Mohr, W. K. (1999). Prevalence and effects of child exposure to domestic violence. *The Future of Children*, 9, 21-32.
- Fantuzzo, J. W., Boruch, R., Beriama, A., Atkins, M. y Marcus, S. (1997). Domestic violence and children: Prevalence and risk in five major. U. S. Cities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 116-122.
- Fantuzzo, J., DePaola, L. M., Lambert, L., Martino, T., Anderson, G., y Sutton, S. (1991). Effects of interparental violence on the psychological adjustment and competencies of young children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 258-265.
- Faramarzi M., Esmailzadeh, S., y Mosavi, S. (2005). A comparison of abused and non-abused women`s definition of domestic violence and attitudes to acceptance of male dominance. *Eur. J. Obstetrics Gynecol.*, 122: 225-231. *Abuse Attitude Form*.
- Fernández-Alonso, MC., Buitrago-Ramírez F., Ciurana-Misol R., Chocrón-Bentata L., García-Campayo J., Montón-Franco C., y Tizón-García J. (2005). Prevención de los trastornos de salud mental desde atención primaria. Prevención de los malos tratos en la infancia/detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria. *Aten Primaria*.;36(Supl 2):85-96.



- Fernández-Montalvo, J., y Echeburúa, E. (1997). Variables psicopatológicas y distorsiones cognitivas de los maltratadores en el hogar: Un análisis descriptivo. *Análisis y modificación de conducta*, 23, 151-180.
- Fernández-Seara, J.L., Seisdedos, N., y Mielgo, M. (2004). *Cuestionario de Personalidad Situacional*. TEA Ediciones.
- Friedrich, W., Fisher, J., Broughton, D., Houston, M., y Shafran, C. (1998). Normative sexual Behavior in Children: A Contemporary Sample. *Child Sexual Behavior Inventory (CSBI)*. *PEDIATRICS* Vol. 101 No. 4 April 1998, p. e9.
- Finkelhor, D. y Kendall-Tackett, K. (1997). A developmental perspective on the childhood impact of crime, abuse and violent victimization. *Developmental perspectives on trauma: Theory, research and intervention*. New York. Plenum Publishing.
- Finkelhor, D., Turner, H.A., Ormrod, R.K., y Hamby, S.L. (2009). Violence, abuse, & crime exposure in a national sample of children & youth. *Pediatrics*. (CV193)
- Finkelhor, D. (1984). *Child Sexual Abuse: New Theory and Research*. New York: Free Press.
- First, M., Williams, J., Spitzer, R.L., y Gibbon, M. (2007). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Clinical Trials Version (SCID-CT)*. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, 2007.
- Fletcher, K.E. (2003). Childhood posttraumatic stress disorder. En E.J. Mash y R.A. Barkley. *Child Psychopathology*. New York: The Guildford Press.
- Flodmark, O. (2004) Imaging in battered children. *Rivista di Neuroradiología*, vol. 17 (2004), págs. 434 a 436.
- Fremont, W.P. (2004). Childhood reactions to terrorism-induced trauma: a review of the past 10 years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 43 (4), 381-392.
- Frydenberg E., y Lewis R. (1996). *ACS Escalas de afrontamiento para adolescentes*. Adaptación española de Jaime Pereña y Nicolás Seisdedos. TEA Ediciones S.A. Madrid.
- Frederick, C. J., Pynoos, R. S., y Nader, K. O. (1992). Child Post-Traumatic Stress Reaction Index. Unpublished instrument. (Available from Calvin J. Frederick, Ph.D. Psychological Services, 69/B116B, Veterans' Administration Medical Center, 1301 Wilshire Boulevard, Los Angeles, CA 90073).
- Foa, E.B. (2002). *The Child PTSD Symptom Scale (CPSS)*. Available from Edna Foa, PhD, Center for treatment Study of Anxiety, University of Pennsylvania School of Medicine, Department of Psychiatry, 3535 Market Street, Sixth Floor, Philadelphia, PA 19104.
- Foa, E.B., Johnson, K.M., Feeny, N.C., Tredwell, K.R.H. (2001). The Child PTSD Symptom Scale: a preliminary examination of its psychometric properties. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 376-384.
- Fonagy, P., y Target, M. (2000). The place of psychodynamic theory in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 12, 407-425.



- Fonagy, P. y Target, M. (1995a). Towards understanding violence: The use of the body and the role of the father. *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 487-502.
- Fosco, G. M., DeBoard, R. L., y Grych, J. H. (2007). Making sense of family violence. Implications of Children's Appraisals of interparental aggression for their short and long term functioning. *European Psychologist*; vol.12 (1): 6-16
- Foshee, V. A., Bauman, K. E. y Linder, G. F. (1999). Family violence and the perpetration of adolescent dating violence: Examining social learning and social control processes. *Journal of Marriage and the Family*, 61 (2), 331-342.
- Fox, N. A. y Leavitt, L. A. (1995). *Violence Exposure Scale for Children-VEX (preschool versión)*. College Park: Department of human development, University of Maryland.
- Fraser, M. W. y Galinsky, M. J. (1997). Toward a resiliency based model of practice. In Fraser, M. W. (Ed.), *Risk and Resilience* (pp. 265-275). Washington, DC: NASW Press.
- Garbarino J. (1977). The human ecology of child maltreatment: A conceptual Modal research. *Journal Of Marriage and Family*, 39, 721-736.
- Garbarino, J. 1982. *Children and Families in the Social Environment*. New York: Aldine Publishing Company.
- Garbarino, J., y Eckenrode, J. (Eds.) (1997). *Understanding abusive families*. New York: Jossey-Bass.
- García, E., Lila, M., y Musitu, G. (2005). Rechazo parental y ajuste psicológico y social de los hijos. *Salud Mental*, 28, (002), 73-81.
- Garcia-Moreno, C., Jansen, H.A., Ellsberg, M., Heise, L., Watts, C.H. (2006). WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team; *Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence*. *Lancet*, 2006; 368(9543):1260-9
- Garnezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34(4), 416-430.
- Garnezy, N. (1993). *Risk and resilience*. In D. C. Funder, R. D. Parke, C. Tomlinson-Keasey & K. Widaman (Eds.), *Studying lives through time: Personality and development* (pp. 377-398). Washington, DC: American Psychological Association.
- Garriga, A., López-Soler, C., Martínez, A., Fernández, V., Castro, M. y Puerto, J.C. (2007). *Escala de maltrato psicológico, adaptación de Escala de maltrato a mujeres*. Universidad de Murcia. Documento no publicado.
- Gelfand, D. M., y Teti, D. M. (1990). The effects of maternal depression on children. *Clinical Psychology Review*, 10, 329-353.



- Gelles, R. J., y Strauss, M. A. (1979). Determinants of Violence in the Family; Toward a Theoretical Integration. IN W. R. Burr et al. (eds.) *Contemporary Theories About the Family*, 549-81. New York: Free Press.
- Ghareeb, G. y Beshai, J. (1989) Arabic version of the Children's Depression. Inventory: reliability and validity. *Journal of Clinical Child Psychology*. 1989; 18: 323-6.
- Gillis, J.S. (1989). *Cuestionario de ansiedad infantil, CAS*. Madrid: TEA Ediciones.
- Gilliom, M., Shaw, D. S., Beck, J. E., Schonberg, M. A., y Lukon, J. L. (2002). Anger regulation in disadvantaged preschool boys: Strategies, antecedents, and the development of self-control. *Developmental Psychology*, 38, 222-235.
- Gjelsvik, A., Verhoek-Oftedahl, W., y Pearlman, D.N. (2003). Domestic violence incidents with children witnesses: findings from Rhode Island surveillance data. *Women's Health Issues*, 13, 68-73.
- Glueck, S., y Glueck, E. T. (1950). *Unraveling Juvenile Delinquency*. New York: The Commonwealth Fund.
- Gómez, I., Alvis, A., Sepúlveda, M.F. (2003). *Características psicométricas del instrumento Children Depression Inventory (CDI) para detectar sintomatología depresiva en niños de 8 a 12 años de la ciudad de Medellín*. En: PSICOG (editores). *Investigaciones de psicología clínica-cognitiva comportamental en la ciudad de Medellín*: U. DE A.
- González de Rivera, J.S. (2002). *El maltrato psicológico*. Editorial: Espasa.
- Goodman, S. H., Barfoot, B., Frye, A. A. y Belli, A. M. (1999). Dimensions of marital conflict and children's social problem-solving skills. *Journal of Family Psychology*, 13, 33-45.
- Goodman, S., Hoven, C., Narro, W., Cohen, P., Fielding, B., Alegría, M., et al., (1998). Measurement of risk for mental disorders and competence in a psychiatric epidemiological community survey: *The national institute for mental health methods of child and adolescent mental disorder (MECA)*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 162-173.
- Gottman, J. M., Katz, L. F., y Hooven, C. (1996). Parental meta-emotion philosophy and the emotional life of families: Theoretical models and preliminary data. *Journal of Family Psychology*, 10, 243-268.
- Graham-Berman, S. A., y Levendosky, A. A. (1998b). Traumatic stress symptoms in children of battered women. *Journal of Interpersonal Violence*, 13, 111-128.
- Graham-Bermann, S. (2002). 'Child Abuse in the Context of Domestic Violence'. in J.E. Myers, L. Berliner, J. Briere and C.T. Hendrix et al. *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*, pp. 119-29. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Graham-Bermann, S. A., y Levendosky, A. A. (1998). Traumatic stress symptoms in children of battered women. *Journal Interpersonal Violence*, 14, 111-128.
- Graham-Bermann, S. A., Gruber, G., Howell, K. H. y Girz, L. (2009). Factors discriminating among profiles of resilience and psychopathology in children exposed to intimate partner violence (IPV). *Child Abuse & Neglect*, 33 (9), 648-660.



- Graham-Bermann, S. A., Howell, K. H., Miller, L. E., Kwek, J. y Lilly, M. M. (2010). Traumatic Events and Maternal Education as Predictors of Verbal Ability for Preschool Children Exposed to Intimate Partner Violence (IPV). *Journal of Family Violence, 25*, 383-392.
- Graham-Bermann, S. A., Lynch, S., Banyard, V., DeVoe, E. y Halabu, H. (2007). Community-based intervention for children exposed to intimate partner violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75* (2), 199-209.
- Graham-Bermann, S.A., y Seng, J. (2005). 'Violence Exposure and Traumatic Stress Symptoms as Additional Predictors of Health Problems in High-risk Children'. *The Journal of Pediatrics, 146* (3), 349-354.
- Graham-Bermann, S.A., De Voe, E.R., Mattis, J.S., Lynch,S. y Thomas, S.A. (2006). Ecological Predictors of Traumatic Stress Symptoms in Caucasian and Ethnic Minority Children Exposed o Intimate Partner Violence. *Violence against Women, 12*, 662-692.
- Greenberg, M. T. (1999). *Attachment and psychopathology in childhood*. In J. Cassidy and P. R. Shaver (Eds.). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 469-496). New York: Guilford
- Griffing, S., Lewis, C.S., Chu, M., Sage, R., Madry, L. y Priymm, B. (2006). 'Exposure to Interpersonal Violence as a Predictor of PTSD Symptoms in Domestic Violence Survivor'. *Journal of Interpersonal Violence, 21* (7), 936-954.
- Grych, J. H. (1998). Children's appraisals of interparental conflict: Situational and contextual influences. *Journal of family psychology, 12* (3), 437-453.
- Grych, J. H., Seid, M. y Fincham, F. D. (1992). Assessing marital conflict from the child's perspective. *Child Development, 63*, 558-572.
- Grych, J. H., y Fincham, F. (1990). Marital conflict and children's adjustment: A cognitive-contextual framework. *Psychological Bulletin, 108*, 267-290.
- Grych, J., Jouriles, E., Swank, P., McDonald, R. y Norwood, W. (2000). Patterns of Adjustment Among Children of Battered Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68* (1), 84-94.
- Grych, J.H., y Cardoza-Fernandes, S. (2001). *Understanding the impact of interparental conflict on children: The role of social cognitive processes*. In J.H. Grych & F.D. Fincham (Eds.), *Interparental conflict and child development: Theory, research, and application* (pp. 157-187). New York: Cambridge University Press.
- Haapasalo, J., y Pokela, E. (1999). Child rearing and child abuse antecedents of criminality. *Aggression and Violent Behavior, 4*, 107-127.
- Hamby, S.L., Finkelhor, D., Ormrod, R.K., y Turner, H.A. (2004). *The Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ): Child Self-Report Version*. Durham, NH: Crimes against Children Research Center.



- Hangen, E. (1994). *D.S.S Interagency Domestic Violence Team: Program Data Evaluation*. Boston: Massachusetts Department of Social Services.
- Hathaway, S.R., y Mckinley, J.C. (1943). *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. Minneapolis: University of Minnesota.
- Hathaway, S.R., y Mckinley, J.C. (1951). *The MMPI manual*. Nueva York: Psychological Corporation.
- Hathaway, S.R., y Mckinley, J.C. (1999). *MMPI-2. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2. Adaptación española*. Madrid: TEA. (adaptación-tipificación española del trabajo publicado en 1943 -MMPI- y revisado por Butcher et al. en 1989 -MMPI 2-).
- Hazen, A.L., Connelly, C.D., Kelleher, K.J., Barth, R.P., y Landsverk, J.A. (2006). Female caregivers' experiences with intimate partner violence and behavior problems in children investigated as victims of maltreatment. *Pediatrics*, 117, 99-109.
- Henderson, E. (2002). *"Nuevas tendencias en resiliencia"*. Paidós. Buenos Aires.
- Henggeler, S., Mckeen, E. y Borduin, Ch. (1989). Is there a link between maternal neglect and adolescent delinquency? *Journal of Consulting ans Clinical Psychology*, 49, 81-90.
- Henning, K., Leitenberg, J., Coffey, P., Turner, T. y Bennett, R. T. (1996). Longer-term psychological and social impact of witnessing physical conflict between parents. *Journal of Interpersonal Violence*, 11, 35-51.
- Hepperlin, C.M., Stewart, C.W., y Rey, J.M. (1990). Extraction of depression scores in adolescents from a general-purpose behaviour checklist. *Journal of Affective Disorders*, 18 105-112.
- Herjanic, B., Herjanic, M., Brown, F. y Wheatt, T. (1975). Are children reliable reporters?. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 3, 41-48.
- Herman, J.L. (1986). Histories of violence in an outpatient population: An exploratory study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, 137–141.
- Herman, J.L. (1992a). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.
- Herman, J.L. (1992b). *Trauma and recovery: The aftermanth of violence-From domestic to political terror*. New York: Basic Books.
- Herman, J.L., Perry, J.C., y Van der Kolk, B.A. (1989). Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 146, 490-495.
- Hernández, P. (1983). *Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI)*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Hernández, P. (2004). *Test Autoevaluativo multifactorial de adaptación infantil (TAMAI)*. TEA Ediciones, S. A. Madrid. (5ª edición, revisada).
- Hernández, P. (2000). Enseñando valores socioafectivos en un escenario constructivista: Bienestar subjetivo e inteligencia intrapersonal. En J. Beltrán y otros. *Intervención psicopedagógica y curriculum escolar*, pp217-254. Madrid: Pirámide.



- Herrenkohl, T.I., Sousa, C., Tajima, E.A., Herrenkohl, R.C., y Moylan, C.A. (2008). Intersection of child abuse and children's exposure to domestic violence. *Trauma, Violence and Abuse*, 9, 84-89.
- Herrera, V.M. y McCloskey, L.A. (2001). 'Gender Differences in the Risk for Delinquency among Youth Exposed to Family Violence'. *Child Abuse and Neglect*, 25, 1037-1051.
- Hershorn, M. y Rosenbaum, A. (1985). Children of marital violence: A closer look at the unintended victims. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 260-266.
- Hesse, E., y Main, M. (2006). Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: Description, discussion and interpretations. *Development and Psychopathology*, 18, 309-343.
- Hetherington, E. M., Stanley-Hagan, M., y Anderson, E. R. (1989). Marital transitions: A child's perspective. *American Psychologist*, 44, 303-312.
- Holden, G. W., y Ritchie, K. L. (1991). Linking extreme marital discord, child rearing, and child behavior problems: Evidence from battered women. *Child Development*, 62, 311-327.
- Hodges, K., Kline, J. Stern, L., Cytryn, L. y McKnew, D. (1982). The Child Assessment Schedule (CAS) diagnostic interview: A report of reliability and validity. *Journal of the American Academic of Child and adolescent psychiatry*, 21, 468-473.
- Hodges, K. (1995). *CAFAS Self-training Manual and black scoring form*. Ann Arbor, MI: Author.
- Hodges, K. (1999). *PECFAS Self-training Manual and black scoring form*. Ann Arbor, MI: Author.
- Holden, G.W. (2003). Children exposed to domestic violence and child abuse: terminology and taxonomy. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6 (3), 151-159.
- Holden, G.W., Stein, J.D., Ritchie, K.L., Harris, S.D., y Jouriles, E.N. (1998). Parenting behaviors and beliefs of battered women. In G.W. Holden, R. Geffner, & E.N. Jouriles (Eds.) *Children exposed to marital violence: Theory, research, and applied issues* (pp. 289-334). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hornor, G. (2005). Domestic violence and children. *Journal of Pediatric Health Care*, 19, 206-212.
- Sugarman, D.B., Hotaling, G.T. (1989). Violent Men In Intimate Relationships: An Analysis of Risk Markers. *Journal of Applied Social Psychology*, vol. 19, 977-1056.
- Houskamp, B. M. y Foy, D. W. (1991). The assessment of posttraumatic stress disorder in battered women. *Journal of Interpersonal Violence*, 6, 367-375.
- Huang, C.C., Wang, L.R., y Warrener, C. (2010). Effects of domestic violence on behavior problems of preschool-aged children: Do maternal mental health and parenting mediate the effects? *Children and Youth Services Review*, 32, 1317-1323.
- Huth-Bocks, A.C., Levendosky, A.A., y Semel, M.A. (2001). The direct and indirect effects of domestic violence on young children's intellectual functioning. *Journal of Family Violence*, 16, 269-290.
- Huetteman, M.J. (2005). Investigation of internal representations of preschoolers who witness domestic violence. Dissertation Abstracts International: Section -B: *The Sciences and Engineering*, 65, (8-B), 4289.



- Hughes, H. M. (1988). Psychological and behavioral correlates of family violence in child witnesses and victims. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58, 77-90.
- Hughes, H. M. y Luke, D. A. (1998). *Heterogeneity in adjustment among children of battered women*. In G. W. Holden, R. Geffner, & E. N. Jouriles (Eds.), *Children exposed to marital violence: Theory, research, and applied issues* (pp. 185-221). Washington, DC: American Psychological Association
- Hughes, H. M., Graham-Bermann, S. A., y Gruber, G. (2001). Resilience in children exposed to intimate partner violence. In S. Graham-Bermann and J. Edleson (Eds.), *Intimate partner violence in the lives of children: The future of research, intervention and social policy* (pp. 67-90). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hughes, H., Vargo, M., Ito, E. y Skinner, S. (1989). Gender influences on psychological adjustment of children of battered women. Informe presentando en la 97ª Convención de la APA en New Orleans, Agosto, 1989.
- Hughes, H.M., Parkinson, D. y Vargo, M. (1989). Presenciar abusan de su cónyuge y haber sufrido abusos físicos: una "doble revés? *Diario de Violencia Familiar*, 4, 197-209.
- Hukkanen, R., Sourander, A., Bergroth, L. y Piha, J. (1999). Follow-up of children and adolescents in residential care in children's homes. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53 (3), 185-189.
- Humphreys, C., Lowe, P. y Williams, S. (2009). Sleep disruption and domestic violence: exploring the interconnections between mothers and children. *Child and Family Social Work*, 14, 6-14.
- Hunter y Kilstrom (1979). Breaking the circle in abusive families. *Am J Psychiatry* 1979; 136:1320-1322.
- Huth-Bocks, A.C., Levendosky, A.A. y Semel, M.A. (2001). The direct and indirect effects of domestic violence on young children's intellectual functioning. *Journal of Family Violence*. 16 (3), 269-290.
- Huth-Bocks A. C., Hughes H. M. (2008). Parenting stress, parenting behavior, and children's adjustment in families experiencing intimate partner violence. *Journal of family violence*. Volume 23, Number 4, 243-251.
- Ingoldsby, E. M., Shaw, D. S., Owens, E. B., y Winslow, E. B. (1999). A longitudinal study of interpersonal conflict, emocional and behavioral reactivity, and preschoolers' adjustment problems among low-income families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 343-356.
- Inglés, C., Méndez, J., e Hidalgo, M.D. (2001). Escala de Dificultad Interpersonal para Adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, Vol 6. N°2, pp. 91-104.
- Jackson, A., Brooks-Gunn, J., Huang, C. y Glassman, M. (2000). Single mothers in lowwage jobs: financial strain, parenting, and preschoolers' outcomes. *Child Development*, 71 (5), 1409-1423.



- Jaffe, P., Wolfe, D., Wilson, S., y Zak, L. (1985). Critical issues in the assessment of children's adjustment to witnessing family violence. *Canada's Mental Health*, 33, 4, 15-19.
- Jaffe, P., Wilson, S. K. y Wolfe, D. (1986). Promoting changes in attitudes and understanding of conflict resolution among child witnesses of family violence. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 18 (4), 356-366.
- Jaffe, P., Wolfe, D., Wilson, S. y Zak, L. (1986). Family violence and child adjustment: A comparative analysis of girls' and boys' behavioral symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 143, 74-77.
- Jaffe, P., Wilson, S. K. y Wolfe, D. (1988). Specific assessment and intervention strategies for children exposed to wife battering: Preliminary empirical investigations. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 7, 157-163.
- Jaffe, P., Wilson, S., & Wolfe, D. (1988) Children of battered women. *Ontario Medical Association Review*, 383-386.
- Jaffe, P., Wolfe, D. y Wilson, S. (1990) *Children of Battered Women*. Sage Publications, Thousand Oaks, CA.
- Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Polo-Tomas, M. y Taylor, A. (2007). Individual, family, and neighbourhood factors distinguish resilient from non-resilient maltreated children: A cumulative stressors model. *Child Abuse and Neglect*, 31, 231-253.
- Jaffe, S. R., Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, A. y Arseneault, L. (2002). Influence of adult domestic violence on children's internalizing and externalizing problems: An environmentally informative twin study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1095-1103.
- Jaffe, P.G., Crooks, C.V. y Wolfe, D.A. (2003). Legal and policy responses to children exposed to domestic violence: The need to evaluate intended and unintended consequences. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6, 3, 205-213.
- Jarvis, K.L., Godon, E.E. y Novaco, R.W. (2005). 'Psychological Distress of Children and Mothers in Domestic Violence Emergency Shelters', *Journal of Family Violence*, 20 (6), 389-402.
- Jaycox, L.H., Langley, A.K., Stein, B.D., Wong, M., Sharma, P., Scott, M. y Schonlau, M. (2009). Support for Students Exposed to Trauma: A Pilot Study. *School Mental Health*, 1, 49-60.
- Jenkins, J.M. (2000). Marital conflict and children's emotions: The development of an anger organization. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 723-736.
- Jenkins, J.M., y Oatley, K. (1997). *The development of emotion schemas in children: Processes that underlie psychopathology*. In W.F. Flack & J.D. Laird (Eds.): *Emotions in psychopathology: Theory and research* (pp. 45-56). New York: Oxford University Press.
- Jensen P.S., Salzberg A.D., Richters J.E., y Watanabe H.K. (1993). Scales, diagnoses, and child psychopathology: I. CBCL and DISC relationships. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Volume 32, Issue 2, Pages 397-406.



- Johnson, S. C., Baxter, L. C., Wilder, L. S., Pipe, J. G, Heiserman, J. E., y Prigatano, G. P. (2002). Neural correlates of self-reflection. *Brain*, 125: 1808-1814
- Johnson, J. H., y McCutcheon, S. (1980). Assessing life events in older children and adolescents. Preliminary findings with the Life Events Checklist. In G. Sarason & C.D. Spielberger (Eds.), *Stress and anxiety*. Washington, DC: Hemisphere.
- Johnson C., (1990). *Child abuse and the child psychiatrist*. In Garfinkel B, Carlson G, Weller E. Eds. Psychiatric disorders in children and adolescents. WB Saunders Co. Philadelphia, 339-358.
- Jouriles, E. N., Barling, J., y O'Leary, K. D. (1987). Predicting child behavior problems in maritally violent families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 165-173.
- Jouriles, E. N., Murphy, C. M., y O'Leary, K. D. (1989). Effects of maternal mood on mother-son interactions patterns. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17, 513-525.
- Jouriles, E. N. y LeCompte, S. H. (1991). Husbands' aggression toward wives and mothers' and fathers' aggression toward children: Moderating effects of child gender. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 190-192.
- Jouriles, E. N. y Norwood, W. D. (1995). Physical aggression toward boys and girls in families characterized by the battering of women. *Journal of Family Psychology*, 9, 69-78.
- Jouriles, E. N., Spiller, L.C., Stephens, .N., McDonald, R., y Swank, P. (2000). Variability in adjustment of children of battered women: The role of child appraisals of interparent conflict. *Cognitive Therapy and Research*, 24 (2), 233-249.
- Jouriles, E. N., Barling, J. y O'Leary, K. D., (1987). Predicting child behavior problems in maritally violent families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 165-173.
- Jouriles, E. N., McDonald, R., Smith, A. M., Heyman, R. E. y Garrido, E. (2008). Child abuse in the context of domestic violence: Prevalence, explanations and practice implications. *Violence and Victims*, 23, 221-235.
- Jouriles, E. N., McDonald, R., Stephens, N., Norwood, W., Spiller, L. C. y Ware, H. W. (1998). *Breaking the cycle of violence: Helping families departing from battered women's shelters*. In G. W. Holden, R. Geffner, & E. N. Jouriles (Eds.), *Children exposed to marital violence: Theory, research and applied issues* (pp. 337-369). Washington, DC: American Psychological Association.
- Jouriles, E. N., Norwood, W., McDonald, R., Vincent, J. P. y Mahoney, A. (1996). Physical violence and other forms of marital aggression: Links with children's behavior problems. *Journal of Family Psychology*, 10, 223-234.
- Kain, Z. N., Mayes, L. C., Cicchetti, D. V., Bagnall, A. L., Finley, J. D., & Hofstadter, M. B. (1997). The Yale Preoperative Anxiety Scale: How does it compare with a “gold standard”? *Pediatric Anesthesia*, 85, 783-787.
- Kashani J., Daniel A., Dandoy A., Tiolcomb W.,(1992): Family violence: impact on children. *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*; 31: 181-189.



- Katz, L. F. y Gottman, J. M. (1997). Buffering children from marital conflict and dissolution. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26, 157-171.
- Katz, L. F. y Windecker-Nelson, B. (2006). Domestic violence, emotion coaching, and child adjustment. *Journal of Family Psychology*, 20, 56-67.
- Kaufman, A. S. y Kaufman, N. L. (1983). *Kaufman Assessment Battery for Children. Interpretative Manual*, p. 198. Circle Pines, Mn: American Guidance Service.
- Kaufman, J., y Zigler, E. (1987). Do abused children become abusive parents? *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 186-192.
- Kaufman, J. and Zigler, E. (1993) The intergenerational transmission of abuse is overstated. In: R. J. Gelles and D. R. Loseke (eds) *Current controversies on family violence*. Newbury Park, Calif.; London: Sage.
- Kaufman, A. S., y Kaufman, N. L. (1990). *Kaufman Brief Intelligence Test manual*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Kaufman, J. (1991). Depressive disorders in maltreated children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 257-265.
- Kaufman, J. y Widom, C. (1999). Childhood victimización, running away and delinquency. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 36, 347-370.
- Kazdin, A.E. y Petti, T.A. (1982). Self-report and interview measures of childhood and adolescent depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 23, 437-457.
- Kelleher, K.J., Hazen, A.L., Coben, J.H., Wang, Y., McGeehen, J., Kohl, P.N. y Gardner, W.P. (2008). ‘Self-reported Disciplinary Practices among Women in the Child Welfare Practices: Association with Domestic Violence Victimization’. *Child Abuse and Neglect*, 32, 811-818.
- Kemp, A., Green, B. L., Hovanitz, C. y Rawlings, E. I. (1995). Incidence and correlates of posttraumatic stress disorder in battered women: Shelter and community samples. *Journal of Interpersonal Violence*, 10 (1), 43-55.
- Kemp, A., Rawlings, E. I. y Green, B. L. (1991). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in battered women: A shelter sample. *Journal of Traumatic Stress*, 4, 137-148.
- Kerig, P.K., y Fedorowicz, A.E. (1999). Assessing maltreatment of children of battered women: Methodological and ethical considerations. *Child Maltreatment*, 4, 103-115.
- Kernic, M., Wolf, M., Holt, V., McKnight, B., Huebner, C. y Rivara, F. (2003). Behavioral problems among children whose mothers are abused by an intimate partner. *Child Abuse and Neglect*, 27, 1231-1246.
- Kilpatrick, K. L. y Williams, L. M. (1997). Post-traumatic stress disorder in child witnesses to domestic violence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 639-644.
- Kilpatrick, K. L. y Williams, L. M. (1998). Potential mediators of post-traumatic stress disorder in child witnesses to domestic violence. *Child Abuse & Neglect*, 22 (4), 319-330.



- Kim, J., y Cicchetti, D. (2004). A longitudinal study of child maltreatment, mother-child relationship quality and maladjustment: The role of self-esteem and social competence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 341-354.
- Kimberly, P.(2007). *Children Exposed to Intimate Partner Violence: Exploring Factors that Promote Resiliency*. Thesis submitted to the Eberly College of Arts and Sciences at West Virginia University in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Science in Psychology.
- Kim-Cohen, J., Moffitt, T. E., Caspi, A. y Taylor, A. (2004). Genetic and environmental processes in young children's resilience and risk to socioeconomic deprivation. *Child Development*, 75, 651-668.
- Kinsfogel, K.M., y Grych, J.H. (2004). Interparental conflict and adolescent dating relationships: Integrating cognitive, emotional, and peer influences. *Journal of Family Psychology*, 18, 505-515.
- King, RA., Leonard, H., March, J., (1998). Practise parameters for the assesment and treatment of children and adolescents with obsesive-compulsive disorder. *Child Adolescent Psychiatry* 37, 27-45.
- Kirk, S. A.; McCarthy, J.J. y Kirk, W.D. (1968). *The Illinois Test of Psycholinguistic Abilities*. Urbana. University of Illinois Press.
- Kisiel C.L., y Lyons, J.S. (2001). Dissociation as a Mediator of Psychopathology. *American Journal of Psychiatry* 158:1034-1039.
- Kitzmann, K. M., Gaylord, N. K., Holt, A. R., y Kenny, E. D. (2003). Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 339-352.
- Klevens, J. (2001). *Prevalencia y marcadores de riesgo entre mujeres que consultan la red pública de servicios de salud en Bogotá*. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud.
- Kliewer, W., Cunningham, J. N., Diehl, R., Parrish, K. A., Walter, J. M., Atiyeh, C. Neace, B., Duncan, L., Taylor, K. y Mejía, R. (2004). Violence exposure and adjustment in inner-city youth: Child and caregiver emotion regulation skill, caregiver-child relationship quality, and neighborhood cohesion as protective factors. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 477-487.
- Knapp, J.F. (1998). 'The Impact of Children Witnessing Violence'. *Pediatric Clinic North America*, 45 (2), 355-364.
- Knickerbocker, L., Heyman, R. E., Smith Slep, A. M., Jouriles, E. N. y McDonald, R. (2007). Co-Occurrence of Child and Partner Maltreatment. Definitions, Prevalence, Theory and Implications for Assessment. *European Psychologist* 12, (1), 36-44.
- Kobasa, S.C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of personality and social psychology*, 37(1), 1-11.
- Kobasa, S.C., Maddi S.R., Puccetti, M.C. (1982). Personality and exercise as buffers in the stress-illness relationship. *Journal of Behavioral Medicine*. Volumen 5, Number 4, 391-404.
- Kochanska, G. (1995). Children's temperament, mother's discipline, and security of attachment: Multiple pathways to emerging internalisation. *Child Development*, 66 (3), 597-615.



- Koenen, C. K., Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, A. y Purcell, S. (2003). Domestic violence is associated with environmental suppression of IQ in young children. *Development and Psychopathology*, 15, 297-311.
- Kolbo, J. R. (1996). Risk and resilience among children exposed to family violence. *Violence and Victims*, 11, 113-128.
- Kolbo, J. R., Blakely, E. H., y Engleman, D. (1996). Children who witness domestic violence: A review of empirical literature. *Journal of Interpersonal Violence*, 11, 281-293.
- Koplewicz, H. S., Vogel, J. M., Solanto, M. V., Morrissey, R. F., Alonso, C. M., Abikoff, H., Gallagher, R. y Novick, R. M. (2002). Child and parent response to the 1993 World Trade Center bombing. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 77-85.
- Korfmacher, J. (2000). The Kemple Family Stress Inventory: A review. *Child Abuse and Neglect*, 24, 129-140.
- Kotliarenco, M.A., Cáceres, I. y Fontecilla, M. (1997). *Estado de arte en Resiliencia*. Organización Panamericana de la Salud.
- Kovacs, M. (1992). *Manual of the Children's Depression Inventory*. Toronto: Multi-Heath Systems, Inc.
- Kovaks, M. (2000). Interview Schedule for children and adolescent, ISCA. *Journal of the American Academy for children and adolescents psychiatry*, 39 (1), 67-75.
- Kovacs, M. (2004). *Inventario de depresión infantil, CDI*. Madrid: TEA Ediciones.
- Kroll, J. (1993). *PTSD/Borderlines in Therapy: Finding the Balance*. New York : W.W. Norton & Company, Inc.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., y Lozano, R. (Eds.). (2002). *World report on violence and health*. Geneva , Switzerland : World Health Organization.
- Kulik et al., (1975). *Adolescent Antisocial Self Report Behavior Checklist*.
- Kumpfer, K., Szapocznic, J., Catalano, R., Clayton, R.R, Liddle, H.A, McMahon, R., Millman, J., Orrego, ME., Rinehart,N., Smith, I., Spoth, R., Steele, y M. (1998) *Preventing substance abuse among children and adolescents: Family-centered approaches*. Rockville, MD: Department of Health and Human Services. Center for Substance abuse Prevention.
- Lamb, M. E., Gaensbauer, T. J., Malkin, C. M., y Schultz, L. A. (1985). The effects of child maltreatment on security of infant-adult attachment. *Infant Behavior and Development*, 8, 35-45.
- Langhinrichsen-Rohling, J., Neidig, P. y Thorn, G. (1995). Violent marriages: gender differences in levels of current violence and past abuse. *Journal of Family Violence*, 10 (2), 159-176.
- Laumakis, M. A., Margolin, G. y John, R. S. (1998). *The emotional, cognitive, and coping responses of preadolescent children to different dimensions of marital conflict*. In G. W. Holden, R. Geffner, & E.



- N. Jouriles (Eds.), *Children exposed to marital violence: Theory, research and applied issues* (pp. 257-288). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lang M. y Tisher M. (1987). *Children's Depression Scale* Consulting Psychologists Press Inc., Palo Alto.
- Layzer, J. I., Goodson, B. D. y Delange, C. (1986). *Children in shelters. Response*, 9, 2-5.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lee, L., Kotch, J.B. y Cox, C.E. (2004). 'Child Maltreatment in Families Experiencing Domestic Violence'. *Violence and Victims*, 19 (5): 573-91.
- Lefkowitz M.M., Tesiny E.P. (1980). Assessment of childhood depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 48 (1), 43-50.
- Lehmann, P. (1997). The development of posttraumatic stress disorder (PTSD) in a sample of child witnesses to mother assault. *Journal of Family Violence*, 12, 241-257.
- Lehmann P. (2000). Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Child Witnesses to Mother-Assault: A Summary and Review. *Children and Youth Services Review*, 22, 275-306.
- Leitenberg H., LE Gibson L.E., Novy P.L. (2004). Individual differences among undergraduate women in methods of coping with stressful events: the impact of cumulative childhood stressors and abuse. *Child abuse & neglect. Volume 28, Issue 2, February 2004, Pages 181-192*
- Lemmy, D., McFarlane, J., Willson, P. y Malecha, A. (2001). Intimate partner violence. Mothers' perspectives of effects on children. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 26, 98-103.
- Lemos, S., Vallejo, G. y Sandoval, M. (2002). Estructura factorial del Youth Self Report (YSR). *Psicothema*, 14, 816-822.
- Lemos, S., Fidalgo, A., Calvo, P. y Menéndez, P. (1992). Estructura factorial de la prueba YSR y su utilidad en psicopatología infanto-juvenil. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18, 883- 905.
- Levendosky, A. A., y Graham-Bermann, S. A. (2000). Behavioral observations of parenting in battered women. *Journal of Family Psychology*, 14, 80-94.
- Levendosky, A. A., Huth-Bocks, A. C., Semel, M. A. y Shapiro, D. L. (2002). Trauma symptoms in preschool-age children exposed to domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 17, 150-164.
- Levendosky, A. A., Leahy, K. L., Bogat, G. A., Davidson, W. S., y Von Eye, A. (2006). Domestic violence, maternal parenting, maternal mental health, and infant externalizing behavior. *Journal of Family Psychology*, 20, 544-552.
- Levendosky, A.A. y Graham-Bermann, S.A. (1998). The moderating effects of parenting stress on children's adjustment in woman-abusing families. *Journal of Interpersonal Violence*, 13, 383-397.
- Levendosky, A.A. y Graham-Bermann, S.A. (2000). 'Trauma and Parenting in Battered Women: An Addition to an Ecological Model of Parenting'. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 3 (1), 25-35.
- Levendosky, A.A. y Graham-Bermann, S.A. (2001). Parenting in battered women: The effects of domestic violence on women and their children. *Journal of Family Violence*, 16, 171-192.



- Levendosky, A.A., Huth-Bocks, A.C., Shapiro, D.L. y Semel, M.L. (2003). ‘The Impact of Domestic Violence on the Maternal-Child Relationship and Preschool-age Children’s Functioning’. *Journal of Family Psychology*, 17 (3), 275-287.
- Levi, G., Sogos, C., Mazzei, E., y Paolesse, C. (2001) Depressive Disorder in preschool children: Patterns of affective Organization. *Child Psychiatric and Human Development*, 32, 55-69.
- Levine, M. B. (1975). Interparental violence and its effects on the children: A study of 50 families in general practice. *Medical Science Law*, 15, 172-176.
- Lewis, D., Mallouh, C. y Webb, V. (1990). Child abuse, delinquency, and violent criminality. In Cicchetti y Carlson (Eds). *Child maltreatment. Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (707-721). New York: Cambridge University Press.
- Lewis, M. y Feiring, C. (1989). Infant, mother, and mother-infant interaction behavior and subsequent attachment. *Child Development*, 60, 831-837.
- Lichter, E., y McCloskey, L. A. (2004). The effects of childhood exposure to marital violence on adolescent gender-role beliefs and dating violence. *Psychology and Women Quarterly*, 28, 344-357.
- Lieberman, A. F., Van Horn, P., y Ippen, C. G. (2005). Toward evidence-based treatment: Child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44, 1241-1248.
- Linares, J.L. (2002). *Curso sobre violencia doméstica*. Psiquiatría Hospital Vall d’Hebron de Barcelona, noviembre 2002.
- Lyons-Ruth, K., Wolfe, R., Lyubchik, A., y Steingard, R. (2002). Depressive symptoms in parents of children under age 3: Sociodemographic predictors, current correlates, and associated parenting behaviors. In N. Halfon & K. Taaffe McLearn (Eds.), *Child rearing in America: Challenges facing parents with young children*. (pp. 217-259). New York: Cambridge University Press.
- Lipovsky, J. A., Saunders, B. E., y Murphy, S. M. (1989). Depression, anxiety, and behavior problems among victims of father-child sexual assault and nonabused siblings. *Journal of Interpersonal Violence*, 4, 452-468.
- Lisboa, C., Koller, S.H., y Ribas, F.F. (2002). Doping strategies of domestic violence victimized and non victimized children. *Reflexao e crítica*, 15, 345-362
- Litrownik, A.J., Newton, R., Hunter, W.H., English, D. y Everson, M.D. (2003) ‘Exposure to Family Violence in Young At-risk Children: A Longitudinal Look after the Effects of Victimization and Witnessed Physical and Psychological Aggression’. *Journal of Family Violence*, 18 (1), 59-73.
- Little, L., y G. Kaufman, K. (2002). Using Ecological Theory to Understand Intimate Partner Violence and Child Maltreatment.” *Journal of Community Health Nursing*. 19(3) 133-145.
- Loise, T. (2009). *Children’s Exposure to Intimate Partner Violence (IPV): Challenging Assumptions about child protection practices*. A thesis submitted in conformity with the requirements for the degree of Ph.D. Factor-Inwentash Faculty of Social Work. University of Toronto.



- López-Soler, C. (2006). *Escala de situaciones traumáticas intrafamiliares*. Universidad de Murcia. Documento no publicado.
- López Soler, C.; Prieto, M.; Alcántara; M., Castro, M.; López Pina, J. A; y Puerto, J. C. (2008). *Alteraciones internalizantes y externalizantes en menores maltratados*. VI Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP). Huelva
- López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13 (3), 159-174.
- López-Soler, C. y Castro, M. (2009). *Trauma complejo y estrés postraumático en maltrato infantil*. Tesina de licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad de Murcia.
- López-Soler, C. y Prieto, M. (2008). *Alteraciones internalizantes y externalizantes en menores maltratados*. Certificado de estudios avanzados. Universidad de Murcia. Documento sin publicar.
- López-Soler, C., Castro, M., Daset, L., Alcántara, M., Fernández, V., Prieto, M. y Puerto, J.C. (2008). Consecuencias del maltrato grave en la infancia: conceptualización y diagnóstico de las reacciones postraumáticas complejas. *Revista Ciencias Psicológicas*, II (2), 103-119.
- López-Soler, C., Castro, M., Alcántara, M. V., Fernández, V. y López-Pina, J.A. (2009). Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema*, 21, 353-3.
- López-Soler, C., Alcántara, M., Fernández, M.V., Castro, M., y López-Pina, J.A. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behavior Checklist). *Anales de Psicología*, Vol. 26, Núm. 2, julio, 2010, pp. 325-334.
- Loredo A., (2004). *Maltrato en niños y en adolescentes*. México. Editores de Textos Mexicanos.
- Lozano, L., y García-Cueto, E. (2000). El rendimiento escolar y los trastornos emocionales y comportamentales. *Psicothema*, 12, 340-343.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D. y Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-562.
- Lynch, M., y Cicchetti, D. (1998). An ecological-transactional analysis of children and contexts: The longitudinal interplay among child maltreatment, community violence, and children's symptomatology. *Developmental Psychopathology*, 10, 235-57.
- Magaz, A. y García E. (1998). *Perfil de estilos educativos*. Madrid: Grupo Albor-COHS.
- Magen, R.H., Conroy, K., Hess, P.M., Panciera, A., y Levi, B. (2001). Identifying domestic violence in child abuse and neglect investigations. *Journal of Interpersonal Violence*, 16, 580-601.



- Magura, S., y Moses, B.S. (1986). *Child Well Being Scale. Escala de Bienestar para niños (CWBS)* (Arrababuena, MI., y De Pául. J. (1999). Intervención psicosocial: Revista sobre igualdad y calidad de vida Vol. 8, N°. 1, 1999 pags. 89-108).
- Main, M. (2000). The organized categories of infant, child, and adult attachment: Flexible vs. inflexible attention under attachment-related stress. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 48*, 1055-1127.
- Main, M., y Solomon, J. (1990). Cross-Cultural studies of attachment organization: Recent studies changing methodologies and the concept of conditional strategies. *Human Development 33*, 48-61.
- Maker, A. H., Kemmelmeier, J. y Peterson, C. (1998). Long-term psychological consequences in women of witnessing parental physical conflict and experiencing abuse in childhood. *Journal of Interpersonal Violence, 13*, 574-589.
- Malcarne, V. L., Hamilton, N. A., Ingram, R. E. y Taylor, L. (2000). Correlates of distress in children at risk for affective disorder: Exploring predictors in the offspring of depressed and nondepressed mothers. *Journal of Affective Disorders, 59*, 243-251.
- Malik, N. M. (2008). Exposure to domestic and community violence in a nonrisk sample: associations with child functioning. *Journal of Interpersonal Violence, 23*, 490-504.
- Mantilla, L.F., Sabalza, L., Díaz, L.A. y Campos, A. (2004). Prevalencia de la sintomatología depresiva en niños y niñas escolares en Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 33* (2), 163-171.
- Marcus, N. E., Lindahl, K. M., y Malik, N. M. (2001). Interparental conflict, children's social cognitions and child aggression: A test of a mediational model. *Journal of Family Psychology, 15*, 315-333.
- Murphy J. (2001). *Art Therapy with Young Survivors of Sexual Abuse*. New York: Brunner-Routledge.
- Margolin, G. (1998). Effects of domestic violence on children. In P. K. Trickett & C. J. Schellenbach (Eds.), *Violence against children in the family and the community* (pp. 57-102). Washington, DC: American Psychological Association.
- Margolin, G., y Gordis, E. (2000). The effects of family and community violence on children. *Annual Reviews Psychology, 51*, 445-479.
- Margolin, G., Gordis, E. B., y Oliver, P. H. (2004). Links between marital and parent-child interactions: Moderating role of husband-to-wife aggression. *Development and Psychopathology, 16*, 753-771.
- Margolin, G. (2005). Children's Exposure to Violence Exploring Developmental Pathways to Diverse Outcomes. *Journal of interpersonal violence, Vol. 20 No. 1, January 2005* 72-81.
- Margolin, G., y Vickerman, K.A (2007). Posttraumatic stress in children and adolescents exposed to family violence: I. overview and issues. *Professional Psychology: research and practice. Vol. 38, No.6*, 673-619.



- Maseda, P., Sánchez, J.P., Ruiz, C. y Presa, M. (2008). De la investigación intercultural a la acción preventiva en la familia: la mejora del autoconcepto y la adaptación social. Educación y futuro digital. www.cesdonbosco.com/revista/foro/16-Chelo%20Rollan.pdf.
- Manga, D. y Ramos, F. (2006). *Batería de Evaluación Neuropsicológica Luria-Inicial*. Madrid: TEA.
- Markwald, J. J. (1997). The impact of domestic violence on children. *Families in Society*, 78, 66-70.
- Marr, N. (2001). “The epidemic of violence”. *Michigan Medicine*, 93 (5), 34-49.
- Martorell, M. C., y Miranda, A. (1987). Depresión infantil, autoconcepto, locus de control y rendimiento escolar. Comunicación presentada en el II Congreso de Evaluación Psicológica, 1987. Escala de Conducta Antisocial.
- Martorell, M. C., Aloy, M., Gómez, O. y Silva, F. (1993). AC. Escala de autoconcepto. En F. Silva y M. C. Martorell (Dirs.), *EPIJ. Evaluación Infanto-Juvenil* (pp. 25-53). Madrid: MEPSA
- Morrow, K. B., Y Sorrell, G. T. (1989). Factors affecting self-esteem, depression and negative behaviors in sexually abused female adolescents. *Journal of Marriage and the Family*, 51, 677-686.
- Martin, S. E., y Clements, M. L. (2002). Young children’s responding to interparental conflict: Associations with marital aggression and child adjustment. *Journal of Child and Family Studies*, 11, 231-244.
- Martínez-Roig y de Paúl, J. (1993). *Maltrato y abandono en la infancia*. Martínez Roca.
- Martínez-Torteya, C., Bogat, G. A., von Eye, A. y Levendosky, A. A. (2009). Resilience Among Children Exposed to Domestic Violence: The Role of Risk and Protective Factors. *Child Development*, 80 (2), 562-577.
- Martorell, M. C., Aloy, M., Gómez, O. y Silva, F. (1993). AC. Escala de autoconcepto. En F. Silva y M. C. Martorell (Dirs.), *EPIJ. Evaluación Infanto-Juvenil* (pp. 25-53). Madrid: MEPSA.
- Marsh, H.W. (1987). Students’ Evaluation of University Teaching: Research Findings, Methodological Issues, and Directions for Future Research, *International Journal of Educational Research*, 11 (3), 255-388.
- Mash, E. y Terdal, L. (1988). *Behavioral assessment of childhood disorders* (2ª ed.). New York: The Guilford Press.
- Masten, A. S., y Obradovic, J. (2006). Competence and resilience in development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 13-27.
- Masten, A. S., Hubbard, J. J., Gest, S. D., Tellegen, A., Garmezy, N. y Ramirez, M. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and Psychopathology*, 11, 143-169.
- Masten, A., S., y Coatsworth, J., D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments. Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53, 205-230.
- Mathias, J, Mertin, P, y Murray, A, 1995, ‘The psychological functioning of children from backgrounds of domestic violence’, *Australian Psychologist*, 30, 1, 47-56.



- Matud, M.P. (1998). *Investigación del estrés y su impacto en la salud de las mujeres en Canarias. Informe del proyecto de investigación*. Instituto Canario de la Mujer. *Escala de Abuso físico y Psicológico (APCM)*, adaptada por Matud, Caballeira y Marrero (2003).
- Matud, M. P. (1998). *Investigación del estrés y su impacto en la salud de las mujeres en Canarias*. Tenerife: Instituto Canario de la Mujer.
- Matud, M. P., Caballeira, M. y Marrero, R. J. (2003). Validación de un inventario de evaluación del maltrato a la mujer por su pareja: el APCM. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 3 (1), 5-17.
- Matud, M. P., Marrero, R. J., Carballeira, M., Pérez, M., Correa, M. L., Aguilera, B. y Sánchez, T. (2003). Transmisión intergeneracional de la violencia doméstica. *Psicología Conductual*, 11 (1), 25-40.
- Maxwell GM, y Carroll-Lind J. 1996. *Children's Experiences of Violence*. Wellington: Office of the Commissioner for Children.
- Maxwell, C. y Maxwell, S. (2003). Experiencing and witnessing familial aggression and their relationship to physical aggressive behaviors among Filipino adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 1432-1451.
- McCloskey, L. A. y Lichter, E. (2003). Childhood exposure to marital violence and adolescent aggression: Psychological mediators in the cycle of violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 18: 1-23.
- McCloskey, L. A., y Stuewig, J. (2001). The quality of peer relationships among children exposed to family violence. *Development & Psychopathology*, 13(1), 83-96.
- McCloskey, L. A., Figueredo, A. J. y Koss, M. P. (2008). The Effects of Systemic Family Violence on Children's Mental Health. *Child Development*, 66 (5), 1239 - 1261.
- McCloskey, L.A. (2001). 'The "Medea Syndrome" among Men: The Instrumental Abuse of Children to Injure Wives'. *Violence and Victims* 16, 19-37.
- McCloskey, L.A., Figueredo, A.J., y Koss, M. (1995). 'The Effects of Systemic Family Violence on Children's Mental Health', *Child Development*, 66 (5), 1139-1161.
- MCCarthy, D. (1991). *Escalas MCCarthy de aptitudes y psicomotricidad para niños MSCA*. Madrid. TEA Ediciones.
- McCord, J. (1983) "A forty year perspective on effects of child abuse and neglect." *Child Abuse and Neglect*, 7, 265-270.
- McCubbin, H.I., Patterson, J.M. y Wilson, L.R. (1983). *Family inventory of life events and changes: FILE*. En E.E. Filsinger (Ed.): *Marriage and family assessment: a sourcebook for family therapy* (pp. 275-297). Beverly Hills, CA: Sage.
- Moos, R.H. y Moos, B.S. (1981). *Family environment scale manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- McDonald, K. (1992). Warmth as a developmental construct: An evolutionary analysis. *Child Development*, 63, 753-773.



- McDonald, R. y Jouriles, E. N. (1991). Marital aggression and child behaviors problems. *The Behavior Therapist*, 14, 189-192.
- McDonald, R., Jouriles, E. N., Tart, C. P. y Minze, L. C. (2009). Children's adjustment problems in families characterized by men's severe violence toward women: Does other family violence matter? *Child Abuse & Neglect*, 33, 94-101.
- McDowell, D., J., Kim, M., O'Neil, R. y Parke, R. D. (2002). Children's emotional regulation and social competence in middle childhood: The role of maternal and paternal interactive style. *Marriage and Family Review*, 34, 345-364.
- McFarlane, J., Groff, J., O'Brien, A., y Watson, K. (2003) Behaviors of children who are exposed and not exposed to intimate partner violence: an analysis of 330 black, white and Hispanic Children. *Pediatrics*, 112, e202-e207.
- McGloin, J.M., y Widom, C.S. (2001). Resilience among abused and neglected children grown up. *Development and Psychopathology*, 13(4), 1021-1038.
- McGee, R.A., Wolfe, D.A., y Wilson, S.K. (1990). A Record of Maltreatment Experiences. Unpublished manuscript. University Western Ontario, London, Ontario.
- McGuigan, W.M. y Pratt, C.C. (2001). 'The Predictive Impact of Domestic Violence on Three Types of Child Maltreatment'. *Child Abuse and Neglect*, 25(7), 869-883.
- McKibben, L., De Vos, E. y Newberger, E. H. (1989). Victimization of mothers of abused children: A controlled study. *Pediatrics*, 84, 531-535.
- McLeer, S. V., Deblinger, E., Atkins, M. S., Foa, E. B., y Ralphe, D. L. (1988). Post-traumatic stress disorder sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 650-654.
- McNally, R. J. (1993). Stressors that produce stress disorder in children. In J.R.T. Davidson & E.B. Foa (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and Beyond* (pp. 57-74). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- McNeal, C. y Amato, P. R. (1998). Parents' marital violence: Longterm consequences for children. *Journal of Family Issues*, 19, 123-139.
- Meadows, S. O., McLanahan, S. S. y Brooks-Gunn, J. (2007). Parental depression and anxiety and early childhood behavior problems across family types. *Journal of Marriage and Family*, 69, 1162-1177.
- Meltzer, H., Doos, L., Vostanis, P., Ford, T. y Goodman, R. (2009). The mental health of children who witness domestic violence. *Child and Family Social Work*, 14, 491-501.
- Mennen, F. E. (2004). PTSD symptoms in abused Latino children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 21 (5), 477-493.
- Mercier, M.H. y Despert, J.L. (1943). Psychological Effects of the War on French Children *Psychosomatic Medical* 5: 266-272



- Mertin, P. y Mohr, P.B. (2002). Incidence and correlates of posttraumatic symptoms in children from backgrounds of domestic violence. *Violence and Victims*, 17, 555-567.
- Mesa, A. M., Estrada, L.F., y Bahamón, A.L., (2009). Experiencias de maltrato infantil y transmisión intergeneracional de patrones de apego madre-infante. *Pensamiento Psicológico* 13, 127-151.
- Mestre, V., García Ros, R., Frías, D. y Moreno, C. (1992). La depresión en la adolescencia auto y heteroevaluada en el ámbito escolar. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 19 (5), 210-219.
- Mestre, V., Samper, P., y Frías, M.D. (2002). Procesos cognitivos y emocionales predictores de la conducta prosocial y agresiva: la empatía como factor modulador. *Psicothema*, 14, 227-232.
- Miller, N., Cowan, P. A., Cowan, C. P., Hetherington, E. M. y Clingempeel, W. G. (1993). Externalizing in preschoolers and early adolescents: a cross-study replication of a family model. *Developmental Psychology*, 29, 3-18.
- Million, T. (1994). *Inventario Million de Estilos de Personalidad, MIPS*. Madrid. TEA Ediciones.
- Million, T. (1997). *Inventario Clínico Multiaxial de Million II MCMI II*. Madrid. TEA Ediciones.
- Mitchell, K. y Finkelhor, D. (2001) Risk of crime victimization among youth exposed to domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 16, 944-963.
- Molina, A., Gómez, I., Zaldívar, F., y Moreno, E. (2006). Discriminant and criterion validity of the spanish version of the children´s interview for psychiatric syndromes - in its version for parents- (P-ChIPS). *European Journal of Psychological Assessment*, 22, 109-115.
- Moffitt, T.E. y Caspi, A. (1998). Annotation: Implications of violence between intimate partners for child psychologists and psychiatrists. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39 (2), 137-144.
- Monahan, J. (2003). Violence risk assessment. In A. M. Goldstein (Ed.), *Forensic psychology* (pp. 527-541). New York: Wiley.
- Monga, S., Birmaher, B., Chiappetta, L., Brent, D., Kaufman, J., Bridge, J., Cully, M. (2000). Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders (SCARED): convergent and divergent validity. *Depression and Anxiety*, 12(2):85-91.
- Monreal, P. (1988). *Estudio de la sintomatología depresiva infantil en la provincia de Gerona: Análisis de algunos factores individuales y psicosociales*. Tesis Doctoral. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Moore, J. G. (1975). Yo yo children: A study of 23 violence matrimonial reports. *Child Welfare*, 8, 557-566.
- Moore, T. E. y Pepler, D. J. (1998). *Correlates of adjustment in children at risk*. In G. W. Holden, R. Geffner, & E. N. Jouriles (Eds.), *Children exposed to marital violence: Theory, research, and applied issues* (pp. 157-184). Washington, DC: American Psychological Association.
- Morales, J.M., y Costa, M. (1997). Tendencias actuales en la investigación del maltrato infantil. En J. Casado, J. A. Díaz & C. Martínez. (Eds.), *Niños maltratados* (pp. 309-323). Madrid, España: Díaz de Santos.



- Moreno, C. (1999). *Desarrollo y conducta social de los 2 a los 6 años*. En J. Palacios, A. Marchesi y C. Coll (Comps.), "Desarrollo psicológico y educación. Vol.1: Psicología Evolutiva". Madrid: Alianza Editorial, Psicología y Educación (págs. 305-326).
- Moreno, C., Del Barrio, V. y Mestre, V. (1995). Ansiedad y acontecimientos vitales en adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología* 27 (3), 471-496.
- Mrazek, D.A. (1987). Avoiding behavioral problems in children with asthma. *The Journal of Respiratory Diseases*, 8:11-16.
- Muris, P., Merckelbach, H., Schmidt, H., y Mayer, B. (1999a). The revised version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R): Factor structure in normal children. *Personality and Individual Differences*, 26, 99-112.
- Muris, P., Merckelbach, H., Van Brakel, A., y Mayer, B. (1999b). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Further evidence for its reliability and validity. *Anxiety Stress and Coping* (in press).
- Muris, P., Merckelbach, H., Mayer, B., y Prins, E. (1999c). How serious are common childhood fears? *Behaviour Research and Therapy*, (in press).
- Muris, P., Merckelbach, H., Mayer, B., Van Brakel, A., Thissen, S., Moulaert, V., y Gadet, B. (1998b). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders and its relationship to traditional childhood anxiety measures. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 29, 327-339.
- Muris, P., Schmidt, H., y Merckelbach, H. (2000b). Correlations among two self-report questionnaires for measuring DSM-defined anxiety disorders symptoms in children: the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders and the Spence Children's Anxiety Scale. *Personality and Individual Differences*, 28, 333-346.
- Muris, P., Merckelbach, H., Mayer, B. y Prins, E. (2000a). How serious are common childhood fears? *Behaviour Research and Therapy*, 38, 217-228.
- Muris, P., Mayer, B., Bartelds, E., Tierney, S. y Bogie, N. (2001). The revised version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R): Treatment sensitivity in an early intervention trial for childhood anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 323-336.
- Muris, P. y Steerneman, P. (2001). The revised version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R): First evidence for its reliability and validity in a clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 35-44.
- Muris, P., Merckelbach, H., Kindt, M., Bögels, S., Dreessen, L., Dorp, C. Habets, A., Rosmuller, S. y Snieder, N. (2001). The utility of Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) as a tool for identifying children at high risk for prevalent anxiety disorders. *Anxiety Stress and Coping*, 14, 265-284.
- Muris, P., Merckelbach, H., Ollendick, T.H., King, N.J. y Bogie, N. (2001). Children's nighttime fears: parent-child ratings of frequency, content, origins, coping behaviors and severity. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 13-28.



- Muris, P., Dreessen, L., Bögels, S.M., Weckx, M. y Van Melick, M. (2004). A questionnaire for screening a broad range of DSM-defined anxiety disorder symptoms in clinically referred children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 813-820.
- Murray, HA y Bellak, L. (1996). CAT-A, CAT-H Test de relaciones objetales. Madrid: TEA Ediciones.
- Naglieri, J. A., Pfeiffer, S. I., y LeBuffe, P. A. (1994). *Devereux Scales of Mental Disorders*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- National Council of Juvenile and Family Court Judges (1993). *State codes and domestic violence: Analysis, commentary and recommendations*. NV: Reno.
- National Research Council. (1993). *Understanding child abuse and neglect*. Washington, DC: National Academy Press.
- Newborg, J., Stock, JR., y Wnek, L. (1996). *Inventario de Desarrollo Batelle*. Madrid: TEA Ediciones.
- Newman, E., Weathers, F.W, Nader, K., Kaloupek, D.G., Pynoos, R.S., Blake D.D y Kriegler, J.A. (2004). *The Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents, CAPS-CA; Interviewer's Guide*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- NICHD Early Child Care Research Network. (1999). Chronicity of maternal depressive symptoms, maternal sensitivity, and child functioning at 36 months. *Developmental Psychology*, 35, 1297-1310.
- O'Brien, M., John, R. S., Margolin, G., y Erel, O. (1994). Reliability and diagnostic efficacy of parents' reports regarding children's exposure to marital aggression. *Violence and Victims*, 9, 45-62.
- O'Connor, M., Sigman, M., y Brill, N. (1987). Disorganization of attachment in relation to maternal alcohol consumption. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 55, 831-836.
- O'Hearn, HG., Margolin, G., y John, RS. (1997). Mothers and fathers report of children's reactions of naturalistic marital conflict. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1366-1373.
- O'Keefe, M. (1994). Linking marital violence, mother-child/father-child aggression, and child behavior problems. *Journal of Family Violence*, 9 (1), 63-78.
- O' Keefe, M. (1997). Predictors of Dating Violence Among High School Students. *Journal of Interpersonal Violence*, 12 (4), 546-568.



- O' Keefe, M. (1995). Linking marital violence, mother-child/father-child aggression, and child behavior problems. *Journal of Family Violence*, 9, 63-78.
- Olaya, B., Tarragona, M.J., de la Osa N., Ezpeleta, L. (2008). Protocolo de evaluación de niños y adolescentes víctimas de la violencia doméstica. *Papeles del psicólogo*. Vol.29 (1), pp 123-135
- Oliván Gonzalvo G. (2004). *Niños adoptados en otros países y su adaptación al nuevo entorno*. Universidad Internacional de Cataluña: Facultad de Periodismo Especializado.
- Olivares, J., Rosa, A. I. y Olivares, P.J. (2006). *Ser padres, actuar como padres. Un reto que requiere formación y tiempo*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Onyskiw, J.E. (2003) 'Domestic Violence and Children's Adjustment: A Review of Research', in R.A. Geffner, R.S. Igelman and J. Zellner (eds) *The Effects of Intimate Partner Violence on Children*, pp. 11-45. Binghamton, NY: Haworth Maltreatment and Trauma Press.
- Ornduff, S., y Monahan, K. (1999). Children's understanding of parental violence. *Child & Youth Care Forum*, 28, 351-364.
- Osa, N. de la, Ezpeleta, L., Doménech, J.M., Navarro, J.B. y Losilla, J.M. (1996). Validez convergente y discriminante de la Entrevista Diagnóstica Estructurada DICA-R. *Clínica y Salud*, 7, 181-194.
- Osa, N. de la , Ezpeleta, L., Doménech, J.M., Navarro, B. y Losilla, J.M. (1996). Fiabilidad entre entrevistadores de la DICA-R. *Psicothema*, 8, 359-368.
- Osofsky, J., Wewers, S., Hann, D. y Fick, A. (1993). Chronic community violence: What is happening to our children? *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 56, 36-45.
- Osofsky, J. D. (1995a). Children who witness intimate partner violence: The invisible victims. *Social Policy Report: The Society for Research in Child Development*, 9(3), 1-16.
- Osofsky, J. D. (1995b). The effects of violence exposure on young children. *American Psychologist*, 50, 782-788.
- Osofsky, J. D. (1998). Children as invisible victims of domestic and community violence. In G. Holden, R. Geffner, & E. Jouriles (Eds.). *Children exposed to marital violence: Theory, research and applied issues* (127-149). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Osofsky, J.D. (1999). The impact of violence on children. *The future of children*, 9, 33-49.
- Osofsky, J.D. (2003). 'Prevalence of Children's Exposure to Domestic Violence and Child Maltreatment: Implications for Prevention and Intervention'. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6 (3), 161-170.
- Ostrowsi, S. A., Christopher, N. C. y Delahanty, D. L. (2007). Brief report: the impact of maternal posttraumatic stress disorder symptoms and child gender on risk for persistent posttraumatic stress disorder symptoms in child trauma victims. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 338-342.
- Overlien, C. (2010). Children Exposed to Domestic Violence. Conclusions from the Literature and Challenges Ahead. *Journal of Social Work*, 10 (1), 80-97.



- Owen, A. E., Thompson, M. P., y Kaslow, N. J. (2006). The mediating role of parenting stress in the relation between intimate partner violence (IPV) and child adjustment. *Journal of Family Psychology, 20*, 505-513.
- Papay J. P., y Hedl J. J. (1978). Psychometric characteristics and norms for disadvantaged third and fourth grade children on the State-Trait Anxiety Inventory for Children. *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol 6, Number 1*.
- Parker, J.G., y Asher, S.R. (1993). Friendship and friendship quality in middle childhood: Links with peer group acceptance and feeling of loneliness and social dissatisfaction. *Developmental Psychology, 29*, 611-621.
- Parker, G., Tupling, H., y Brown, L.B. (1979). A parental bonding instrument. *J. Med Psychol. 52*: 1-10.
- Parkin, S.F. (1989). Assesment of the clinical validity of a simple scale for rating children's dental anxiety. *J. Dent Child, 56*, 40-43.
- Paolucci, E., Genios, M. L. & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the Publisher research on the effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology, 135*, 17-36.
- Pastorelli, C., Caprara, V., Barbaranelli, C., Rola, J., Rozsa, S. y Bandura, A. (2001). The structure of children's perceived self-efficacy: a cross national study. *European Journal of Psychological Assessment, 17*, 87- 97.
- Patr6, R. y Limi6ana, R. (2005). V6ctimas de violencia familiar: consecuencias psicol6gicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales de Psicolog6a, 21 (1)*, 11-17.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson G. R., Dishion T. J., y Bank, L. (1984). Family interaction: A process model of deviancy training. *Aggressive Behavior. Vol. 10, Issue 3*, pages 253-267.
- Patterson, G.R., Dishion, T.J. (1988). Multilevel family process models: Traits, inteactions, and relationship. In R. Hincle & J. Stevenson-Hindle (Eds.), *Relationships within families: Mutual influences (pp. 283-3109)*. Oxford: Claredon Press.
- Pears, K. C. y Capaldi, D. M. (2001). Intergenerational transmission of abuse: A two-generational prospective study of an at-risk sample. *Child Abuse and Neglect, 25*, 1439-1461.
- Pearlman, DA. (2001). "Free Energy Calculations: Methods for Estimating Ligand Binding Affinities" In: *Free Energy Calculations in Rational Drug Design* (M. Rami Reddy and Mark D. Erion eds.) Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2001, pp. 9-35.
- Peddle, N., Wang, C., Diaz, J., y Reid, R. (2002). Current trends in child abuse prevention and fatalities: The 2000 fifty state survey. Chicago: Prevent Child Abuse America.



- Peddle, N., y Wang, C. (2001). Current trends in child abuse prevention and fatalities: The 1999 fifty state survey. Chicago: Prevent Child Abuse America.
- Pelaz A., Bayón C., Fernández A., Fernández y Rodríguez P. (2008). Temperamento, ansiedad y depresión en población infantil. *Revista Pediatría de Atención Primaria Volumen X. Número 40. Octubre/diciembre 2008.*
- Pelcovitz, D., Kaplan, S. J., DeRosa, R. R., Mandel, F. S., y Salzinger, S. (2000). Psychiatric disorders in adolescents exposed to violence and physical abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70, 360-369.
- Pelcovitz, D., Van der Kolk, B.A., Roth, S.H., Mandel, F.S., Kaplan, S.J., y Resick, P.A. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10, 3-16.
- Pelcovitz, D., Kaplan, S., Goldenberg, B., Mandel, F., Lehane, J., y Guarrera, J. (1994). Post-traumatic stress disorder in physically abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 305-312.
- Peled, E. (1993). Children who witness woman battering: Concerns and dilemmas in the construction of a social problem. *Children and Youth Services Review*, 15, 43-52.
- Peled, E. y Edleson, J.L. (1995). Process and outcome in small groups for children of battered women. In E. Peled, P.G. Jaffe, and J.L. Edleson (Eds.). *Ending the cycle of violence: Community responses to children of battered women*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Peled, E., (1997) “No más víctimas secundarias”. En Edelson, J. Y., Eisikovitz, Z, *Violencia doméstica, la mujer golpeada y la familia*, Granica, Buenos Aires.
- Peled, E. y Edleson, J.L. (1998). Predicting children's domestic violence service participation and completion. *Research in Social Work Practice*, 8 (6), 698-712.
- Peled, E. (1996). *Supporting the parenting of battering men: Issues and dilemmas*. Manuscript submitted for publication.
- Pepler, D., Moore, T.E., Mae, R. y Kates, M. (1989). The effects of exposure to family violence on children: New directions for research and intervention. In G. Cameron & M. Rothery (Eds.) *Family violence and neglect: Innovative interventions*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Perris, C., Jacobson, L., Lindström, H., Von Knorring, L. y Perris, H. (1980). Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behavior. *Acta Psychiatr Scand*:265-274.
- Piers, E. V. y Harris, D.B. (1969). The Piers-Harris Children's Self-Concept Scale. Nashville, Tennessee: Counselor Recording and Tests.
- Piekarska, (2000). School stress, teachers, abusive behaviours, and children's coping strategies. *Child abuse Negl*, Nov 24 (11): 1443-9.
- Pinheiro, P.S. (2006). Informe Mundial sobre La Violencia Contra los Niños y Niñas, Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Violencia contra los Niños, Nueva York. Publicación de las Naciones Unidas. <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/5036.pdf>.



- Pynoos, R. S. y Eth, S. (1984). The Child as Witness to Homicide. *Journal of Social Issues*, 40: 87-108.
- Pynoos, R. S. y Eth, S. (1985). *Post-traumatic stress disorder in children. The progress in psychiatry series.* Washington DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Pynoos, R. S y Eth, S (1986). 'Witness to violence: The child interview', in *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25(3): 306-319.
- Pynoos, R. S, Frederick, C., Nader, K., Arroyo, W., Steinberg, A., Eth, S., Nunez, F. y Fairbanks (1987). Life threat and posttraumatic stress in school-age children. *Archives of general psychiatry* 1987;44(12):1057-63.
- Pynoos R. S., Sorenson, S. y Steinberg, A. (1993). Interpersonal violence and traumatic stress reactions. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.). *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects.* New York. Free Press.
- Plutchick, R., y Kellerman, H. (1974). *Emotions profile index.* Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Portellano, JA., Mateos, R., Martínez Arias, R., Granados, M^a J., y Tapia, A. (2000). Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil, CUMANÍN. TEA Madrid.
- Porter, B., y O'Leary, K.D. (1980). Marital discord and childhood behavior problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 8, 287-295.
- Preski, S. y Shelton, D. (2001). The role or contextual, child and parent factors in predicting criminal outcomes in adolescence. *Issues in Mental Health Nursing*, 22, 197-205.
- Puig-Antich, y Chambres, W. (1978). *The Schedule for Affective Disorders and Squizophrenia for Schoolage Children (Kiddie SADS).* New York State Psychiatric Institute and Yale University School of Medice.
- Quay, H.C. y Petterson, D.R. (1987). *Manual for the Revised Behavior Problem Cheklist.* University of Miami (unpublished).
- Raven, J. (1976). *Test de matrices progresivas. cuaderno de matrices. escala coloreada. SERIES A, A b y c / T13 RAV.*
- Reich, JH. (2000). The relationship of social phobia to avoidant personality disorder A proposal to reclassify avoidant personality disorder based on clinical empirical finding. *European Psychiatry*, 15, 151-159.
- Reich, W., Leacock, N. y Shanfeld, K. (1997). *DICA-IV Diagnostic Interview for children and Adolescents-IV* [Computer software]. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems, Inc.



- Reich, W., Herjanic, B., Welner, Z. y Gandhi, P.R. (1982). Development of a structured psychiatric interview for children: Agreement of diagnosis comparing child and parents interviews. *Journal of Abnormal Child Psychiatry*, 10, 325-336.
- Reich, W., Shayka, J. J. y Taibleson, C. (1991). *Diagnostic Interview Schedule for Children and Adolescents-DICA-R*. Unpublished manuscript, Washington University, Division of Child Psychiatry.
- Reynolds, C. R. y Kamphaus, R.W. (1992). *Behavior assessment system for children (BASC)*. Circle Pines, MN American Guidance Services.
- Reynolds, C. R. y Kamphaus, R. W. (2004). *BASC-2: Behavior assessment system for children, second edition manual*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Reynolds, C. R. y Richmond, (1978). What I think I feel: A revised measure of children manifest anxiety. *Journal of abnormal Child Psychiatry* 6, 271-280.
- Reynolds, C. R. y Richmond, B. (1985). *Revised Children's Manifest Anxiety, Scale*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Reynolds, W. M. (1987). *Reynolds Adolescent Depression Scale. Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Reynolds, W. M. y Graves, A. (1989). Reliability of Children's Reports of Depressive Symptomatology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17(6), 647-655.
- Renner, L.M., y Slack, K.S. (2006). Intimate partner violence and child maltreatment: Understanding intra- and intergenerational connections. *Child Abuse & Neglect*, 30(6), 599-617.
- Rennison, C. M. (2003). *Intimate partner violence, 1993-2001*. (NCJ 197838). Bureau of Justice Statistics Crime Data Brief. Retrieved January 22, 2009
- Rew, L. (1989). Long-term effects of childhood sexual exploitation. *Mental Health Nursing*, 10, 229-244.
- Rey, A. (2002). Rasgos sociodemográficos e historia de maltrato en la familia de origen, de un grupo de hombres que han ejercido violencia hacia su pareja y de un grupo de mujeres víctimas de este tipo de violencia. *Revista Colombiana de Psicología*, 11, 81-90.
- Rey, A. (2008). Habilidades pro sociales, rasgos de personalidad de género y aceptación de la violencia hacia la mujer, en adolescentes que han presenciado violencia entre sus padres. *Acta colombiana de psicología*, 11 (1), 107-118.
- Richters, J.E. y Martínez, P. (1993). The NIMH Community Violence Project: I. *Children as victims and witnesses to violence*. *Psychiatry*, 56, 7-21.
- Riggs, D., y O'Leary, K. (1989). *A theoretical model of courtship aggression*. In M. Pirog-Good & J. Stets (Eds.), *Violence in dating relationships: Emerging social issues* (pp. 53-71). New York: Praeger Publishers.



- Riggs, D., y O'Leary, K. (1996). Aggression between heterosexual dating partners: An examination of a causal model of courtship aggression. *Journal of Interpersonal Violence*, 11(4): 519-540.
- Rivett, M., Howarth, E. y Harold, G. (2006) Watching from the stairs: towards an evidence-based practice in work with children witness of domestic violence. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11, 103-124.
- Rogers, M. J., y Holmbeck, G. N. (1997). Effects of interparental aggression on children's adjustment: The moderating role of cognitive appraisal and coping. *Journal of Family Psychology*, 11, 125-130.
- Rohner, R.P., Saavedra, J. y Granum, E.O. (1978). *Development and validation of the parental acceptance rejection questionnaire: test manual*. JSAS Catalogue of Selected Documents in Psychology, 8, 7-8.
- Rosa-Alcázar, A. I. y Olivares-Rodríguez, J. (2010). *El trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Rosales, M. (1997). *Los moldes cognitivos afectivos y la adaptación psicológica: Definición y evaluación*. Tesis Doctoral. Universidad de la Laguna, Tenerife.
- Rosenbaum, A. y O'Leary, K. D. (1981). Children: The unintended victims of marital violence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51, 692-699.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rossmann, B. (1998). *Descartes's error and posttraumatic stress disorder: Cognition and emotion in children who are exposed to parental violence*. In G. W. Holden, R. Geffner, & E. N. Jouriles (Eds.), *Children exposed to marital violence: Theory, research and applied issues* (pp. 223-256). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rossmann, B. (2001). *Longer term effects of children's exposure to domestic violence*. In: *Domestic Violence in the Lives of Children: The Future of Research, Intervention and Social Policy* (eds S. Graham-Bermann & J. Edleson). American Psychological Association, Washington, DC.
- Rossmann, B., Bingham, R. D. y Emde, R. N. (1997). Symptomatology and adaptive functioning for children exposed to normative stressors, dog attack, and parental violence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36 (8), 1089-1097.
- Rossmann, B., Hughes, H. M. y Rosenberg, M. S. (2000). *Children and interparental violence: The impact of exposure*. Philadelphia: Brunner/ Mazel.
- Rossmann, B. y Ho, J. (2000). Posttraumatic response and children exposed to parental violence. *Journal of Aggression, Maltreatment, & Trauma*, 3, 85-106.
- Rossmann, B. y Rosenberg, M. S. (1992). Family stress and functioning in children: The moderating effects of children's beliefs about their control over parental conflict. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 33, 699-715.
- Rossmann, B.B. (2000). 'Time Heals All: How Much and For Whom?' *Journal of Emotional Abuse*, 2 (1), 31-50.



- Ruggiero K. J., Morris T. L., Beidel D.C., Scotti J.R., y McLeer, S.V. (1999). *Discriminant Validity of Self-Reported Anxiety and Depression in Children: Generalizability to Clinic-Referred and Ethnically Diverse Populations*.
- Rubiano, N., Hernández, A., Molina, C., Gutiérrez, M. y Vejarano, M. (2003). *Conflicto y violencia intrafamiliar*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Ruiz, I. y Gallardo, J. A. (2002). Impacto psicológico en la negligencia familiar (leve *versus* grave) en un grupo de niños y niñas. *Anales de psicología*, 18 (2), 261-272.
- Rumm, P.D., Cummings, P., Krauss, M.R., Bell, M.A. y Rivera, F.P. (2000). ‘Identified Spouse Abuse as a Risk Factor for Child Abuse’. *Child Abuse and Neglect*, 24 (11), 1375-1381.
- Rutter, M. (1999) Rutter, M. (1999) Autism: Two-way interplay between research and clinical work. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 40 (2) 169-188.
- Rutter, M. (1979). *Protective factors in children's responses to stress and disadvantage*. In M. W. Kent & J. E. Rolf (Eds.), *Primary prevention of psychopathology: III. Promoting social competence and coping in children* (pp. 49-74). Hanover, NH: University Press of New England.
- Rutter, M. (1983). *Stress, coping, and development: Some issues and some questions*. In N. Garmezy & M. Rutter (Eds.), *Stress, coping, and development in children* (pp. 1-41). New York: McGraw-Hill.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol. 1094, 1-12.
- Saigh, P. A., Yasik, A. E., Oberfield, R. O. y Halamandaris, P. (2007). Self-reported anger among traumatized children and adolescents. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29, 29-37.
- Saltzman, K.M., Holden, G.W., y Holahan, C.J. (2005). The psychobiology of children exposed to marital violence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 34, 129-139.
- Salzinger, S., Feldman, R. S., Hammer, M., y Rosario, M. (1993). The effects of physical abuse on children's social relationships. *Child Development*, 64, 169-187.
- Sameroff, A. J., Seifer, R. y Zax, M. (1982). Early development of children at risk for emotional disorder. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 47 (7 Serial No. 199).
- Sánchez, L. (2003). A view about scientific and lay knowledge from four knowledge construction approaches. *Anales de Psicología*. vol. 19, nº 1, pp. 1-14.
- Save the Children. (1994). *Manual para la detección de casos de maltrato a la niñez*. Bogotá: Éxito Editores.
- Save the Children (2009). Noticias de prensa. En www.savethechildren.es.
- Save the Children (2006). *Atención a los niños y niñas víctimas de violencia de género. Análisis de la atención a los hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género en el sistema de protección de la mujer*. Madrid. Save the Children España.



- Save the Children (2008). *Manual de atención a niños y niñas víctimas de violencia de género en el ámbito familiar*. Madrid. Save the Children España.
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.
- Santiago, O. (2001). *Autoconcepto y nivel de adaptación personal, escolar, social y familiar: el niño deficiente mental frente al niño norma*. Dir: Pedro Hernandez. Tesis Doctoral, U. de la Laguna.
- Saunders, B. (2003). Understanding children exposed to domestic violence: towards an integration of overlapping fields. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 356–376.
- Sauter, J. y Franklin, C. (1998). Assessing post-traumatic stress disorder in children: Diagnostic and measurement strategies. *Research on Social Work Practice*, 8, 251-271.
- Sawyer, G. K., Vogt, J., Hansen, D. J. y Flood, M. F. (2004). *Complex clinical needs of sexually abused youth: Psychological and behavioral symptoms as predictors of sexual behavior problems*. Póster presentado en la 38ª convención anual de la Asociación por el Avance de la Terapia de Conducta (AABT). New Orleans, Louisiana, Noviembre, 2004.
- Saylor, C., Fich, A., Spirito, A. y Bennett, B. (1984). The children's depression inventory: A systematic evaluation of psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 955-967.
- Saylor, C. F., Swenson, C. C., Reynolds, S. S., y Taylor, M. (1999). The Pediatric Emotional Distress Scale: A brief screening measure for young children exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 70–81.
- Scheeringa, M. S. y Zeanah, C. H. (2001). A relational perspective on PTSD in early childhood. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 799–815.
- Scheeringa, M., S. y Zeanah, C. H. (1995). Symptom expression and trauma variables in children under 48 months of age. *Infant Mental Health Journal*, 16 (4), 259–270.
- Schmid, M., Goldbeck, L., Nuetzel, J. y Fegert, J. (2008). Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2 (2)
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 7–66.
- Schrack, N. J. (1996). *Emotional profiles of juvenile offenders with and without post traumatic stress disorder*. Master's Thesis. San Jose State University.
- Schwaartz, I., Rendon, J. y Hsieh, C. (1994). Is child maltreatment a leading cause of delinquency? Special Issue: A research agenda for child welfare. *Child-Welfare*, 73, 639-655.
- Schaefer, E.S. (1965). Children's Reports of Parental Behavior: an inventory. *Child Development*, 36, 413-424.



- Samper, P Cortés, M., Mestre, V., Nácher, M. y Tur, A. (2006). Adaptación del Child's Report of Parent Behavior Inventory (Schaefer, 1965) a población española. *Psicothema*, 18, 263-271
- Scholte, R., Cornelis, F., Van Lieshout, y Van Aken, AG. (2001). Perceives relational support in adolescent. Dimensions, configuration and adolescence adjustment. *Journal of research on adolescent*, 11, 71-94.
- Schunk, D. (1997). *Teorías del Aprendizaje*. México: Prentice Hall.
- Seisdedos, N. (1987). *Cuestionario AD (conductas Antisociales-Delictivas)*. TEA Ediciones.
- Seisdedos, N. (1990). *Cuestionario de Autoevaluación de la ansiedad STAIC*. Madrid. TEA Ediciones S.A.
- Shakoor, B., y Chalmers, D. (1991). Co-victimization of African-American children who witness violence: effects on cognitive, emotional, and behavioral development. *Journal of the National Medical Association*, 83, 233-238.
- Shaffer, D. (1999). *Respondent Based Interview in Diagnostic assessment psychopathology for children and adolescent*. New York, Guilford Press.
- Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C., Dulcan, M., y Schwab-Stone, M. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children version IV (NIMH DISC-IV): Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal American Academy of Child Adolescent Psychiatry* 39, 28-38.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford Press.
- Silva, F. Martorell, C. y Clemente, A. (1986b): Adaptación española de la escala de conducta antisocial ASB: Fiabilidad, validez y tipificación. *Evaluación Psicológica*, 2: 39-55
- Silva, F., Matorrel, C, Clemente, A. (1990). Escala de Predicción de la Delincuencia. *Delincuencia*, 2 (2): 187-192, 3.
- Silva, F. y Martorell, M.C. (1983): *BAS-1, 2 Batería de socialización* (para profesores y padres) Madrid. TEA.
- Silverman, W. K., y Nelles, W. B. (1988). The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 772-778.
- Silverman, W.K., y Albano, A.M. (1996). *The Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV-Child and Parent Versions*. London: Oxford University Press.
- Silvern, L., Karyl, J., y Landis, T. Y. (1995). Individual psychotherapy for the traumatized children of abused women. En E. Peled, P. G. Jaffe, y J. L. Edleson (Eds.), *Ending the cycle of violence* (pp. 43-76). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Silvern, L., Karyl, J., Waelde, L., Hodges, W. F., Starek, J., Heidt, E. y Min, K. (1995). Retrospective reports of parental partner abuse: Relationships to depression, trauma symptoms, and self-esteem among college students. *Journal of Family Violence*, 10, 177-201.



- Silvern, L., y Kaersvang, L. (1989). The traumatized children of violent marriages. *Child Welfare*, 68, 421-436.
- Simons, R. L., Whitbeck, L. B., Conger, R. D. y Chyi-In, W. 1991. Intergenerational transmission of harsh parenting. *Developmental Psychology* 27:159-171.
- Sitanerios, G., y Kovacs, M. (1999). *Use of the Children's Depression Inventory*. En M. E. Marvish (Ed.). The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment (pp. 267-298) (2nd Edition). Mahuia, NJ. USA: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Siverio, M. A. y García, M. D. (2007). Autopercepción de adaptación y tristeza en la adolescencia: La influencia del género. *Anales de Psicología*, 23, 41-4.
- Solomon J. (1942). Reaction of children to black-outs. *Am J Orthopsychiat.* 12: 361-362.
- Skopp, N., A., McDonald, R., Jouriles, E., N. y Rosenfield, D. (2007). Partner aggression and Children's externalizing problems: maternal and paternal warmth as protective factors. *Journal of family psychology*, 21 (3), 459-467.
- Skopp, N., McDonald, R., Manke, B. y Jouriles, E. (2005). Siblings in domestically violent families: experiences of interparent conflict and adjustment problems. *Journal of Family Psychology*, 19, 324-333.
- Sluzki, C. E. (1994). "Social network and systemic/family approaches." *Familia* 9:7-20.
- Smith, C.A., Ireland, T.O., y Thornberry, T.P. (2005). Adolescent maltreatment and its impact on young adult antisocial behavior. *Child Abuse and Neglect*, 29, 1099-1119.
- Smith-Slep, A. M. y O'Leary, S. G. (2005). Parent and partner violence in families with young children: Rates, patterns, and connections. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 435-44
- Smith, J. y Prior, M. (1995). Temperament and stress resilience in school-age children: A within-families study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34, 168-179.
- Hemenway, D., Solnick S. J. y Carter J. (1994). Child-Rearing Violence, *Child Abuse and Neglect*, 18(12): 1011-1020.
- Solomon, J. y George, C. (Eds.) (1999). *Attachment disorganization*. New York: Guilford Press.
- Sorenson, S. B., Upchurch, D. M. y Shen, H. (1996). Violence and injury in marital arguments: Risk patterns and gender differences. *American Journal of Public Health*, 86, 35-40.
- Sousa, C., Herrenkohl, T. I., Moylan, C.A., Tajima, E.A., Klika, J.B., Herrenkohl, R.C. y Russo, M.J. (2010). Longitudinal Study on the Effects of Child Abuse and Children's Exposure to Domestic Violence, Parent-Child Attachments, and Antisocial Behavior in Adolescence. *Journal of Interpersonal Violence*, 10.
- Sourander, A., Helstelä, L., y Helenius H. (1999). Parent-adolescent agreement on emotional and behavioral problems. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 1999; 34 (12): 657-63.
- Spence, S. (1998). A measure of anxiety symptom among children Behaviour research and Therapy, 36, 545-566.



- Sparrow S.S., Balla D. y Chicchetti D. (1984). *The Vineland Adaptive Behavior Scales*. Circle Pines MN, American Guidance Service.
- Spaccarelli, S., Sandler, I. N. y Roosa, M. (1994). History of spousal violence against mother: Correlated risks and unique effects in child mental health. *Journal of Family Violence*, 9, 79-98.
- Spielberger, C. D. (1973). *Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo para niños, STAIC*. Palo Alto, CA. Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D. (1996). *State-trait anger expression inventory manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Spielberger, Goursch y Lushene, (1973). *Cuestionario de ansiedad estado/rasgo en niños, STAI-C*; adapt española Seisdedos, 1989.
- Spielberger, C.D., Goursch, R.L. y Lushene, R.E. (1982). *Cuestionario de ansiedad Estado - Rasgo, STAI*. Madrid. TEA Ediciones.
- Spinazzola, J., Blaustein, M., Kisiel, C. y Van der Kolk, B. (2001). *Beyond PTSD: Further evidence for a complex adaptational response to traumatic life events*. Paper presented at the American Psychiatric Association Annual Meeting, New Orleans.
- Spivack, G. y Spotts, J. (1966). *The Devereux Child Behavior (DCB) Rating Scale*. Devon, A: The Devereux Foundation.
- Spivack, G., Haimes, P. E. y Spotts, J. (1967). *Devereux Adolescent Behavior Rating Scale manual*. Devon, PA: The Devereaux Foundation.
- Sroufe, L. A., Carlson, E. A., Levy, A. K., y Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 11, 1-13.
- Sroufe, L. A., y Rutter, M. (1984). The domains of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 17-29.
- Stagg, V., Wills, G. D., y Howell, M. (1989). Psychopathology in early childhood witnesses of family violence. *Topics in Early Childhood Special Education*, 9, 73-87.
- Steinsmeier, J. (1987). *Die Erfassung von Depression bei Kindern: Eine deutsche Version des Children's Depression Inventory (CDI)*. Bielefeld, Germany: Universitat Bielefeld.
- Sternberg, K. J., Baradaran, L. P., Abbott, C. B., Lamb, M. E. y Guterman, E. E. (2006). Type of violence, age, and gender differences in the effects of family violence on children's behavior problems: A mega-analysis. *Developmental Review*, 26, 89-112.
- Sternberg, K., Lamb, M., Guterman, E., Abbott, C. y Dawud-Noursi, S. (2005). adolescents' perceptions of attachments to their mothers and fathers in families with histories of domestic violence: A longitudinal perspective. *Child Abuse & Neglect*, 29, 853-869.
- Sternberg, K. J., Lamb, M. E., Greenbaum, C., Cicchetti, D., Dawud, S., Cortes, R. M., Krispin, O. y Lorey, F. (1993). Effects of domestic violence on children's behavior problems and depression. *Developmental Psychology*, 29, 44-52.
- Stover, C. S. y Berkowitz, S. (2005). Assessing violence exposure and trauma symptoms in young children: a critical review of measures. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 707-717.



- Stice, E., Barrera, M. y Chassin, L. (1993). Relation of parental and control to adolescent externalizing symptomatology and substance abuse: a longitudinal examination of curvilinear effects. *Journal of abnormal child psychology*, 21, 609-629.
- Stagg, V., Wills, G. D. y Howell, M. (1989). Psychopathology in early childhood witnesses of family violence. *Topics in Early Childhood Special Education*, 9, 73-87.
- Stowman, S. A., y Donohue, B. (2005). Assessing child neglect: A review of standardized measures. *Aggression and Violent Behavior*, 10, 491-512.
- Straus, M. A. y Gelles, R. J. (1990). *Physical violence in American families: Risk factors and adaptations to violence in 8,145 families*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- Straus M. A., Kinard, E. M. y Williams, L. M. (1995). *The Multidimensional Neglectful Behavior Scale. Form A: Adolescent and Adult-Recall Version*. Durham: Family Research Laboratory.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Finkelhor, D., Moore, D. W., y Runyan, D. (1998). Identification of child maltreatment with the Parent-Child *Conflict Tactics Scale*: Development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child abuse and neglect*, 22, 246-270.
- Straus, M. A., y Hamby, S. L., (1997). *Measuring physical and psychological maltreatment of children with Conflict Tactics Scale*. In G. Kauffman Kantor & J. I. Jsisnski (Eds.). *Out of the darkness: Contemporary research perspectives on family violence* 1pp. 19-135. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Straus, M. A. (1983). Ordinary violence, child abuse and wife-beating: what do they have in common? In. D. Finkelhor, R. J. Gelles, G. T. Hotaling & M. A. Straus (eds.). (1983). *The Darkside of Families: Current Family Violence Research* (pp. 213-234). Newbury Park, CA: Sage.
- Straus, M. A. (1979). Measuring Intrafamily Conflict and Violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and Family*, 41 (1), 75-88.
- Straus, M. A. (1993). Identifying offenders in criminal justice research on domestic assault. *American Behavioral Scientist*, 36, 587-600.
- Straus, M. A., Gelles, R.J. y Steinmetz, S.K. (1980). *Behind Closed Doors: Violence in the American Family*. New York: Anchor Press.
- Stuber, M.L., Nader, K., Yasuda, P., Pynoos, R. y Cohen, S. (1991). Stress responses after pediatric bone marrow transplantation: Preliminary results of a prospective longitudinal study. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30 (6), 952-957.
- Sudermann, M., Jaffe, P. G., y Hastings, E. (1995). Violence prevention programs in secondary (high) schools. In E. Peled, P. Jaffe, & J. Edelson (Eds.), *Ending the cycle of violence* (pp. 232-254). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sullivan, C. M. y Spacer (1977). En Ruiz, I. y Gallardo, J.A. (2002). Impacto psicológico de la negligencia familiar (leve versus grave) en un grupo de niños y niñas. *Anales de psicología*, vol. 18 (2), 261-272
- Sullivan, C.M., Juras, J.B., Nguyen, H., y Allen, N. (2000). How children's adjustment is affected by their relationships with their mothers' abusers. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 587-602.



- Sullivan, C.M., Nguyen, H., Allen, N., Bybee, D. y Juras, J. (2000). Beyond searching for deficits: Evidence that physically and emotionally abused women are nurturing parents. *Journal of Emotional Abuse*, 2, 51-71.
- Sullivan, M., Egan, M. y Gooch, M. (2004). Conjoint interventions for adult victims and children of domestic violence: a program evaluation. *Research on Social Work Practice*, 14, 163-170.
- Sullivan, P.M. (2009). 'Violence Exposure among Children with Disabilities'. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12, 196-216.
- Task Force on Family Violence (1993). *Behind closed doors: the City's response to family violence*. New York City: Manhattan Borough President's Office.
- Taylor, C. A., Guterman, N. B., Lee, S. J. y Rathouz, P. (2009). Intimate partner violence, maternal stress, nativity, and risk for maternal maltreatment of young children. *American Journal of Public Health*, 99, 175-183.
- Teti, D. M., Gelfand, D. M., Messinger, D. S. y Isabella, R. (1995). Maternal depression and the quality of early attachment: An examination of infants, preschoolers, and their mothers. *Developmental Psychology*, 31, 364-376.
- Tedeschi, R. G. y Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Tedeschi, R. G., Park, C. L., y Calhoun, L. G. (Eds.). (1998). *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Tedeschi, R. G., y Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.
- Terr, L. (1990). *Too scared to cry: How trauma affects children...and ultimately us all*. New York, NY: Basic Books
- Thompson, R.S., Bonomi, A.E, Anderson, M., Reid, R.J., Dimer, J.A., Carrell, D., et al. (2006). Intimate partner violence: Prevalence, types, and chronicity in adult women. *American Journal of Preventive Medicine*, 30, 447-457.
- Thompson, G.B. (1999). The processes of learning to identify words. In G.B. Thompson, & T. Nicholson, op. cit., pp. 25-54.
- Thomas, A. y Chess, S. (1985). The Behavioral Study of Temperament, In Strelau, J., Farley, F.H. & Gale, A. (Eds.) *The Biological Basis of Personality and Behavior*. Washington: Hemisphere.
- Thurber, S. y Snow, M. (1990). Assessment of adolescent psychopathology: Comparison of mother and daughter perspectives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 19, 249-253.
- Turgeon, L. y Chartrand, E. (2003). Reliability and validity of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale in a French-Canadian sample. *Psychological Assessment*, 15, 378-383.



- Tiet, Q. Q., Bird, H. R., Davies, M., Hoven, C., Cohen, P., Jensen, P. S., y Goodman, S. (1998). Adverse life events and resilience. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37, 1191-1200.
- Todd, R. D., Joyner, C. A., Heath, A. C., Neuman, R. J. y Reich, W. (2003). Reliability and stability of a semistructured DSM-V designed for families studies. *Journal of American Academy for children and adolescent psychiatry*, 42, 1460-1468.
- Toro J., y Cervera M. (1980). *Test de Análisis de la Lectura y la Escritura, TALE*. Madrid Visor.
- Torrens, M., Serrano, D., Astals, M., Pérez, G., y Martín, R. (2004). Diagnosing comorbid psychiatric disorders in substance abusers: Validity of the Spanish versions of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders and the Structured Clinical Interview for DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1231-1237.
- Trotter, J. L., Bogat, G. A. y Levendosky, A. A. (2004). Risk and protective factors for pregnant women experiencing psychological abuse. *Journal of Emotional Abuse*, 4(2), 53-70.
- Tschann, J. M., Kaiser, P., Chesney, M. A., Alkon, A. y Boyce, G. C. (1996). Resilience and risk among preschool children: Family functioning, temperament, and behavior problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 184-192
- Ulloa, F. (1996). Violencia familiar y su impacto sobre el niño. *Revista chilena de pediatría*, 67 (4); pp. 183-187.
- Unitat d'Epidemiologia i de Diagnòstic del desenvolupament (2005). En Olaya, Tarragona, De la Osa, y Ezpeleta, (2008). Protocolo de evaluación de niños y adolescentes víctimas de violencia de género. *Papeles del Psicólogo*, Vol. 29(1), pp. 123-135.
- Valla, J., Bergeron, L., y Smolla, N. (2000). The Dominic-R: A pictorial interview for 6- to 11-year-old children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 85-93.
- Valle, L. y Silovsky, J. (2002). Attributions and adjustment following child sexual and physical abuse. *Child Maltreatment*, 7 (1), 9-24.
- Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder. *Psychiatric Annals*, 35, 401-408.
- Van der Kolk, B.A., Perry, J.C. y Herman, J.L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148, in press.
- Vila, G., Porche, L.M. y Mouren-Simeoni, M.C. (1999). A 18-month longitudinal study of posttraumatic disorders in children who were taking hostage in their school. *Psychosom Med*, 62 (6) 746-754.
- Vinaccia, S., Gaviria, A. M., Atehortúa, L. F., Martínez, P., Trujillo, C. y Quiceno, J.M. (2006). Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 Años del Oriente Antioqueño a partir del Child Depression Inventory- Cdi. *Diversitas: perspectivas en psicología*, 2 (2), 217-227.



- Von Steen, P. (1997) Adults with witnessing histories: the overlooked victims of domestic violence. *Psychotherapy*, 34, 478- 484.
- Waysman, M., Schwarzwald, J., y Solomon, Z. (2001). Hardiness: An examination of its relationship with positive and negative long term changes following trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 531-548.
- Walker, L. (1984). *The Battered Woman Syndrome*. New York: Springer.
- Ware, H. S., Jouriles, E. N., Spiller, L. C., McDonald, R., Swank, P. R., y Norwood, W. D. (2001). Conduct problems among children at battered women's shelters: Prevalence and stability of maternal reports. *Journal of Family Violence*, 16, 291-307.
- Wasserstein, S. B. y La Greca, A. M. (1998). Hurricane Andrew: Parent conflict as a moderator of children's adjustment. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 20 (2), 212-224.
- Wechsler, D. (1986). *Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños Revisada (WISC-R)*. Psychological Corporation, Nueva York, 1974.
- Wechsler, D. (1993). *Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños Revisada (WISC-R)*. Madrid. TEA Ediciones.
- Wechsler, D. (1993). *Escala de Inteligencia de Wechsler para Preescolar y Primaria (WPPSI)*. Psychological Corporation, Nueva York, 1967, Traducción y validación españolas, TEA, Madrid.
- Wechsler, D. (2009). *WPPSI: Escala de Inteligencia de Wechsler para Preescolar y Primaria*. Madrid: TEA Ediciones.
- Weiss, B. y Weisz, J. R. (1988). Factor structure of self-reported depression: Clinic-referred children versus adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 492-495.
- Weiss, B., Weisz, J.R., Politano, M., Carey, M., Nelson, W.M. y Finch, A.J. (1992). *Relations among self-reported depressive symptoms in clinic referred children versus adolescents*. *Journal of Abnormal Psychology*, 101,391-397.
- Wekerle, C., Wolfe, D. A., Hawkins, D. L., Pittman, A. L., Glickman, A., y Lovald, B. E. (2001). Childhood maltreatment, posttraumatic stress symptomatology, and adolescent dating violence: Considering the value of adolescent perceptions of abuse and a trauma mediational model, *Development and Psychopathology*, 13(4), 847-71, 2001
- Wekerle C. y Wolfe D.A. (1999). Dating violence in mid-adolescence: Theory, significance, and emerging prevention initiatives, *Clinical Psychology Review*, 19(4), 435-56.
- Weller, E.B., Weller, R.A., Fristad, A.F. y Rooney, M.T. (1999). *Administration Manual for the ChIPS*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Weller, E.B., Weller, R.A., Fristad, M.A., Teare, M. y Schecter, J. (2000). Children's Interview for Psychiatric Syndromes (ChIPS). *Journal American Child Adolescent Psychiatry*, 39, 1, 76-84.
- Werner, E. E. (1995). Resilience in development. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 81-85.



- Whitfield, C.L., Anda, R.F., Dube, S.R. y Felitti, V.J. (2003). Adverse Childhood Experiences and Subsequent Hallucinations. *Submitted, Child Abuse and Neglect*.
- Widom, C.S. (1989). The intergenerational transmission of violence. New York: Harry Frank Guggenheim Foundation
- Wildin, S. R., Williamson, W. D., y Wilson, G. S. (1991). Children of battered woman: developmental and learning profiles. *Clinical pediatrics*, 30, 299-304.
- Williams, N. R., Lindsey, P., Kurtz, D. y Jarvis, S. (2001). From trauma to resiliency: Lessons from former runaway and homeless youth. *Journal of Youth Studies*, 4(2), 233-253.
- Wood, R., Michelson, L. y Flynn, J. (1978). *Assessment of assertive behaviour in elementary school children*. Chicago, Annual Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy. Adaptada por De la Peña, Hernández y Rodríguez (2003).
- Wolak, J. y Finkelhor, D. (1998). *Children exposed to domestic violence*. In G. Kaufman Kantor & J. L. Jasinski (Eds.), *Partner violence: A comprehensive review of 20 years of research* (pp. 73-112). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Wolfe, V. V., Gentile, C., Michienzi, T., Sas, L. y Wolfe, D. A. (1991). The Children's Impact of Traumatic Events Scale: a measure of post-sexual abuse PTSD symptoms. *Behavioral Assessment*, 13, 359-383.
- Wolfe, D. A., Crooks, C. V., Lee, V., McIntyre-Smith, A., y Jaffe, P. G. (2003). The effects of children's exposure to domestic violence: A meta-analysis and critique. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6 (3), 171-187.
- Wolfe, D. A., Jaffe, P., Wilson, S. K., y Zak, L. (1985). Children of battered women: The relation of child behavior to family violence and maternal stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 657-665.
- Wolfe, D. A., Jaffe, P., Wilson, S. K., Kaye, S. y Zak, L. (1988). *A multivariate investigation of children's adjustment to family violence*. In G. T. Hotaling, D. Finkelhor, J. T. Kirkpatrick, & M. Straus (Eds.), *Family abuse and its consequences: New directions in research* (pp. 228-241). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Wolfe, D. A., Scott, K., Wekerle, C. y Pittman, A. (2001). Child maltreatment: Risk of adjustment problems and dating violence in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 40(3), 282-289.
- Wolfe, D. A., Wekerle, C., y Scott, K. (1997). *Alternatives to violence: Empowering youth to develop healthy relationships*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Wolfe, D., Sas, L. y Wekerle, C. (1994). Factors associated with the development of posttraumatic stress disorder among child victims of sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 18, 37-50.
- Wolfe D. y Korsch B. (1994). Witnessing domestic violence during childhood and adolescence: implication for pediatric practice. *Pediatrics* ; 94: 594-599.
- Wolfe, D.A., Wekerle, C., Reitzel, D. y Gough, R. (1995). Estrategias para abordar la violencia en las vidas de los jóvenes de alto riesgo. En Peled, E., Jaffe, PG, y Edleson, JL, (Eds.).



- Wolfe, D. A., Zak, L., Wilson, S., y Jaffe, P. (1986). Child witnesses to violence between parents: Critical issues in behavioral and social adjustment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 95-104.
- Wolfe, D.A. y Mosk, M.D. (1983). Behavioral comparisons of children from abusive and distressed families. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 702-708.
- World Health Organization (WHO/OMS) (June, 2000). Female genital mutilation. Fact Sheet No. 241. See <http://www.who.int/inf-fs/en/fact241.html>
- Wyman, P. A., Cowen, E. L., Work, W. C., Hoyt-Meyers, L., Magnus, K. B. y Fagen, D. B. (1999). Caregiving and developmental factors differentiating young at-risk urban children showing resilient versus stress-affected outcomes: A replication and extension. *Child Development*, 70, 645-659.
- Yates, A. (1996). 'When Children Witness Domestic Violence'. *Hawaii Medical Journal*, 55 (9), 162-163.
- Yates, T.M., Dodds, M.F., Sroufe, A. y Egeland, B. (2003). Exposure to partner violence and child behavior problems: A prospective study controlling for child physical abuse and neglect, child cognitive ability, socioeconomic status, and life stress. *Development and Psychopathology*, 15, 199-218.
- Youssef, R. M., Attia, M. S., y Kamel, M. I. (1998). Children experiencing violence II: Prevalence and determinants of corporal punishment in schools. *Child Abuse and Neglect*, 22(10), 975-985.
- Zahn-Waxler, C., Iannotti, R. J., Cummings, E. M. y Denham, S. (1990). Antecedents of problem behaviors in children of depressed mothers. *Development and Psychopathology*, 2, 271-291.
- Zanarini, M.C. (1997). Role of sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder. *American Psychiatric Press*, Washington, DC.
- Zaidi, L.Y., Knutson, J.F., y Mehm, J.G. (1989). Transgenerational patterns of abusive parenting: Analog and clinical tests. *Aggressive Behavior*, 15, 137-152.
- Zeman, J., Shipman, K. y Suveg, C. (2002). Anger and Sadness Regulation: prediction to internalizing and externalizing symptoms in children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, (3), 393 - 398.
- Zerk, D. M., Mertin, P. G. y Proeve, M. (2009). Domestic violence and maternal reports of young children's functioning. *Journal of Family Violence*, 24 (7), 423-432.



- Zimmerman, M. A., y Arunkumar, R. F. (1994). Resiliency research: Implications for schools and policy. *Society for Research in Child Development*, 8, 1-19.
- Zinc, T. y Jacobson, J. (2003). Screening for intimate partner violence when children are present: the victim's perspective. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 872-889.
- Zinzow, H. M., Ruggiero, K. J., Resnick, H., Hanson, R., Smith, D., Saunders, B. y Kilpatrick, D. (2009). Prevalence and mental health correlates of witnessed parental and community violence in a national sample of adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50 (4), 441-450.
- Zuckerman, B., Augustyn, M., Groves, B. y Parker, S. (1995). Silent victims revised: the special case of domestic violence. *Pediatrics*, 96, 511-513.
- Zuckerman, M., Eysenck, S.B.G., y Eysenck, H.1. (1978). Sensation seeking in England and America: Crosscultural, age and sex comparisons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 46, 139-149.



Anexos

