

UNIVERSIDAD DE MURCIA

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS

Perfil Externalizante e Internalizante, y Estrés Postraumático en Menores Expuestos a Violencia de Género: Características y Comorbilidad

Dña. Antonia María Martínez Pérez

2015



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Perfil Externalizante e Internalizante, y Estrés Postraumático en Menores Expuestos a Violencia de Género: Características y Comorbilidad

Tesis doctoral presentada por:

Dña. Antonia María Martínez Pérez

Co-Dirigida por:

Dra. Dña. Concepción López Soler

Profesora titular Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos

Dr. D. Juan José López García

Profesor titular Dpto. Psicologia Básica y Metodología

Murcia, Octubre 2015

Dedicatoria

A mi padre,

por su capacidad de lucha y su inquebrantable fortaleza ante la adversidad,

su apoyo incondicional ante el inicio de cualquier proyecto

y en especial para la culminación de este trabajo,

que, desgraciadamente, no pudo ver concluido

A mi familia

A Ramón por muchas razones…

Agradecimientos

Han transcurrido bastantes años, demasiados, desde que comenzó mi andadura en los estudios de doctorado. A lo largo de todo este proceso han ocurrido muchas cosas, algunas, complicadas y duras, otras, producto de la mera existencia. Las circunstancias han ido cambiando y muchas personas han participado en este proyecto que, por fin, ha concluido. Sólo me queda agradecer a todas ellas su colaboración y apoyo.

En primer lugar, quiero agradecer a la Dra. Concepción López Soler, codirectora de esta tesis, el apoyo personal, dándome ánimos continuamente, y profesional que me ha brindado a cada momento durante todo este proceso, sin el cual, estoy convencida, este trabajo no habría visto la luz. En este largo espacio de tiempo ha creído en mi compromiso y capacidad para poder llevarlo a cabo, aunque no siempre se lo he puesto fácil. Su lucidez teórica y su criterio clínico me han suministrado una fuente constante de renovación intelectual, y ha despertado en mí la ilusión por esto de la investigación. Así mismo, su compromiso social y vocación de ayudar, su fortaleza y capacidad de trabajo, y su generosidad, me han hecho reflexionar sobre muchas cuestiones. Este tiempo compartido, sin duda, me ha conducido a descubrirla no sólo más a nivel profesional, sino humanamente, por lo que espero seguir compartiendo otros proyectos, igual de estimulantes, en un futuro próximo.

Agradecer también al Dr. Juan José López García, codirector de esta tesis, su disponibilidad y paciencia cuando le he necesitado mientras peleaba con los datos, aclarando mis dudas y haciendo propuestas que, al final han dado sus frutos, reflejándose en esta investigación. Todas las correcciones de la parte metodológica me han permitido darle otro sentido al cuerpo teórico.

También quiero agradecer al Dr. Julio Pérez López, al que aprecio y admiro, la ayuda y tiempo que me dedicó en mis primeros pasos por el doctorado, y, después, animándome a seguir por esta senda, estando disponible siempre que lo he necesitado.

A todos mis compañeros de Quiero Crecer (Mavi, Mara, Ana, Vanesa, Benjamín), y los de la Unidad de Psicología Infantil del Hospital Virgen de la Arrixaca (Sonia, Isabel, Fuensanta, Virginia, Pilar, Pedro), por sus ánimos y su comprensión ante mis continuas ausencias en esta etapa final de cierre de este trabajo.

AVisi, amiga y compañera de fatigas, con la que he compartido algún tiempo esta carrera de obstáculos, y, ahora, espero también formar parte de los caminos más emocionales que ha comenzado a explorar.

A Angela, por su cariño y ayuda durante todo este proceso tan largo y complicado.

A mis amigas, Alma Martínez y Carmen García, porque siempre me han apoyado y han creído que este proyecto tendría un final, cuando yo lo ponía en duda. Por fin se terminó.

A mi querida amiga Charo, con la que he compartido y procesado cada uno de los acontecimientos importantes de mi vida, desde hace mucho, incluyendo éste. Tu eres de estar, por eso formas parte de mi vida.

Todo esto no habría sido posible sin el apoyo incondicional que siempre recibo de mi familia, mi madre y mi hermano, que han tenido mucha paciencia, comprensión, y cariño ante mis largas ausencias.

Y finalmente, y no por ello menos importante, a Ramón por su aliento y apoyo sostenido durante tantas horas y fines de semana interminables, por facilitarme la vida en este tiempo, y, sobre todo, por creer en mi capacidad para transformar mis sueños y apoyar todos mis proyectos.

A todas aquellas personas que me quieren y a las que quiero…

Gracias

Ninguna forma de violencia contra los niños y niñas es justificable y toda violencia es prevenible

Pinheiro, 2000

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN……..1

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

Capítulo 1: MENORES TESTIGOS Y VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

1.1 El fenómeno de la violencia: Breve aproximación conceptual…….11
1.2 Violencia familiar……..17
1.3 Violencia de género……...21
1.4 Maltrato infantil……26
1.4.1 Tipos de maltrato infantil…….31
1.4.1.1 Maltrato físico……..…...35
1.4.1.2 Maltrato por negligencia y/o abandono……..37
1.4.1.3 Abuso sexual……...38
1.4.1.4 Maltrato emocional/psicológico……..41
1.5 Menores expuestos a violencia de género…….……....43
1.5.1 Legislación y medidas de atención en España: Cambios recientes……48
1.6 Resumen……...54

Capítulo 2: EPIDEMIOLOGÍA DEL MALTRATO INFANTIL

2.1 Algunas observaciones en relación a la estimación de la magnitud del problema...58
2.2 Estimación de la incidencia y prevalencia del problema: Estudios Internacionales y nacionales……....60
2.2.1 Incidencia y prevalencia de los tipos de maltrato clásicos……..63
2.2.2 Violencia de género: Dimensión del problema……....71
2.2.3 Incidencia y prevalencia de la exposición a violencia de género……....80
2.3 Comorbilidad entre las diferentes tipologías de maltrato infantil……..87
2.4 Resumen…….94

Capítulo 3. IMPACTO DE LA EXPOSIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO

3.1 Consideraciones previas……..97
3.2 Impacto psicológico…...……....101
3.3 Alteraciones específicas en infancia y adolescencia……..109
3.3.1 Perfiles externalizante e internalizante…….....…….....109
3.3.1.1 Otros estudios en población infantil y adolescente…….…....117
3.3.2 Trastorno de estrés postraumático……....120
3.3.2.1 Algunas cuestiones acerca del diagnóstico clínico de las reacciones postraumáticas……122
3.3.2.2 Estudios en población expuesta a violencia de género……129
3.3.2.3 Otros estudios en población infanto-juvenil……..132
3.3.3 Comorbilidad entre TEPT y otras alteraciones psicológicas……...135
3.3.3.1 ¿Comorbilidad o TEPT Complejo?: Una cuestión en estudio…….135
3.3.3.2 Relación entre TEPT y otros trastornos……...143
3.3.4 Edad y género: Variables moderadoras……...149
3.4 Resumen…….153

SEGUNDA PARTE: MARCO EMPÍRICO

Capítulo 4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

4.1 Objetivos e hipótesis…….....157
4.1.1 Objetivo general……...157
4.1.2 Objetivos específicos……...157
4.1.3 Hipótesis…….....159

Capítulo 5. MÉTODO

5.1 Diseño……163
5.2 Características de la muestra…….....163
5.3 Procedimiento…….....…..166
5.3.1 Selección de los participantes……..166
…...5.3.2 Protocolo de evaluación e intervención……...167
5.3.3 Información sobre las características demográficas e historia de maltrato.170
5.4 Instrumentos de evaluación……...170
5.4.1 Historia de maltrato…….……170

5.4.1.1 Entrevista semiestructurada de maltrato infantil (ESMI)……171
5.4.1.2 Entrevista a la mujer maltratada……..171
5.4.1.3 Inventario de evaluación del maltrato a la mujer por su pareja (APCM).....172
5.4.1.4 Inventario de condiciones del maltrato a la infancia (ICMI)……173
5.4.2 Indicadores clínicos generales…….....174
5.4.2.1 Child behavior checklist (CBCL)…….....174
5.4.2.2 The child PTSD symptom scale (CPSS)……...179
5.5 Análisis de datos……....186

Capítulo 6. RESULTADOS

6.1 Historia de violencia: Análisis de los tipos de maltrato……188
6.1.2 Maltrato hacia las madres……188
6.1.3 Testimonio del maltrato a la madre……189
6.1.4 Maltrato directo hacia el menor……...189
6.2 Indicadores clínicos generales: Sintomatología internalizante y externalizante...192
6.2.1 Child behavior checklist (CBCL 6-18 años)……....192
6.2.1.1 Análisis de prevalencias……...192
6.2.1.2 Número de síndromes en el CBCL……..203
6.3 Estrés postraumático……..207
6.3.1 Child PTSD symptom scale (CPSS)……....207
6.3.1.1 Puntuaciones medias y desviaciones típicas en las subescalas y total de la CPSS, en la muestra total, por sexo y por edad……..207
6.3.1.2 Análisis de la frecuencia y porcentaje de cada uno de los ítems del CPSS……..….209
6.3.1.3 Prevalencia de TEPT en la Escala CPSS…….211
6.3.1.4 Deterioro Funcional en menores expuestos a violencia de género……...……...212
6.3.1.5 Diagnóstico TEPT en DSM-IV-TR…….214
6.3.1.6 Diagnóstico TEPT en DSM-5……..215
6.3.1.7 Diagnóstico TEPT Parcial……....215
6.3.1.8 Diagnóstico de TEPT en DSM-IV-TR en la muestra total y en población general…….219
6.4 Relación entre alteraciones psicopatológicas……221

6.4.1 Relación entre síndromes del CBCL y diagnóstico TEPT DSM-IV-TR.…221
6.4.2 Relación entre síndromes del CBCL y Diagnóstico TEPT Parcial…….224
6.4.3 Relación entre síndromes en el CBCL y Deterioro Funcional en la CPSS……..228
6.4.4 Relación entre número de síndromes en el CBCL y la CPSS…….229
6.4.5 Relación entre número de síndromes en el CBCL, Diagnóstico TEPT DSM- IV-TR y Diagnóstico TEPT Parcial……230
6.4.6 Relación entre diagnóstico TEPT DSM-IV-TR Completo, Diagnóstico TEPT Parcial y Deterioro Funcional……....231
6.4.7Relación entre síndromes del CBCL y la CPSS…….....232
6.5 Relación entre indicadores de psicopatología general, estrés postraumático y maltrato……233
6.5.1 Relación entre maltrato hacia la madre, número de síndromes en el CBCL y CPSS…….…….233
6.5.2 Relación entre tipos de maltrato y estrés postraumático (CPSS)……234
6.5.3 Relación entre tipos de maltrato e indicadores de psicopatología general (CBCL)……..235
6.5.4 Relación entre alteraciones psicopatológicas y maltrato hacia la madre….244

Capítulo 7. DISCUSIÓN…….....247

Capítulo 8. CONCLUSIONES……...259
8.1 Limitaciones……..263
8.2 Aportaciones de este estudio…….264
8.3 Líneas futuras……265

REFERENCIAS……267

ANEXOS……..389

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.1 Conceptualización de la violencia doméstica…….13
Tabla 1.2 Elementos básicos para el establecimiento de la definición……...31
Tabla 1.3 Sistemas de clasificación de Maltrato Infantil……33
Tabla 1.4 Indicadores físicos de Maltrato Físico……35
Tabla 1.5 Categorías de Maltrato Psicológico y características……..42
Tabla 1.6 Tipologías de exposición de niños/niñas a violencia de género…….46
Tabla 2.1 Tipos de Maltrato según sexo en la Comunidad Autónoma de Murcia durante 2012……..…..…66
Tabla 3.1 Comparación entre criterios *DSM-IV* y propuesta alternativa para *TEPT* en preescolares…….…..…..125
Tabla 3.2 Recomendaciones sobre diagnóstico *TEPT* en preescolares, escolares y adolescentes (*Scheeringa et al., 2010*)……...126
Tabla 3.3 Comparación criterios diagnósticos *DSM-IV-TR* y *DSM-5*……..128
Tabla 3.4 Indicadores TEPT Complejo en una muestra de menores maltratados……138
Tabla 3.5 Argumentos a favor y en contra de la introducción del DTD en los sistemas diagnósticos psiquiátricos……...140
Tabla 5.1 Frecuencia y porcentaje por edad y sexo de la muestra total……....163
Tabla 5.2 Datos sociodemográficos acerca de las madres……....165
Tabla 5.3 Criterios de inclusión y exclusión…….167
Tabla 5.4 Criterios de puntuación de la intensidad del maltrato directo hacia el menor……...173
Tabla 6.1 Prevalencias sobre el tipo de maltrato sufrido por la madre…….188
Tabla 6.2 Prevalencias sobre la exposición del menor al maltrato sufrido por la madre……..189
Tabla 6.3 Tipo de maltrato directo ejercido por el padre hacia el menor…….....190
Tabla 6.4 Prevalencias *CBCL* por sexo y edad……194
Tabla 6.5 Prevalencias *CBCL* inter/extenalizante por sexo y edad……..196
Tabla 6.6 Prevalencias *CBCL* por sexo……....198
Tabla 6.7 Prevalencias CBCL por edad……...200
Tabla 6.8 Prevalencias globales en los Pc 93-97/≥98 y Pc ≥93……...202
Tabla 6.9 Prevalencia según número de síndromes por sexo y edad (Pc≥93)…….....204

Tabla 6.10 Prevalencia número de síndromes según sexo y grupos de edad (Pc≥93)……..…205
Tabla 6.11 Prevalencia más de 3 síndromes según grupos de edad y sexo (Pc≥93)…….….206
Tabla 6.12 Prevalencia presencia o ausencia más de 3 síndromes según sexo y edad (Pc≥93)…….207
Tabla 6.13 Puntuaciones medias y desviaciones típicas en las subescalas y total de la escala……208
Tabla 6.14 Puntuaciones medias y desviaciones típicas por sexo en las subescalas y total de la escala …….……..208
Tabla 6.15 Puntuaciones medias y desviaciones típicas por grupos de edad en las subescalas y en el total de la escala……..…….....209
Tabla 6.16 Frecuencias y porcentajes por categorías para cada ítem de la primera parte de la escala CPSS…….…...210
Tabla 6.17 Frecuencias y porcentajes por categorías para cada ítem de la segunda parte de la escala CPSS……..211
Tabla 6.18 Prevalencias según niveles de gravedad, sexo y edad, tomando como criterio la puntuación total de la escala CPSS……..……..212
Tabla 6.19 Puntuaciones medias y desviaciones típicas en la escala de Deterioro Funcional……...…...213
Tabla 6.20 Tasas de prevalencia para el Deterioro Funcional……..213
Tabla 6.21 Prevalencia TEPT según distintos criterios por sexo y edad…….....218
Tabla 6.22 Prevalencias TEPT según criterios DSM-IV-TR en menores expuestos a violencia de género y en grupo control, por sexo y edad……..….220
Tabla 6.23 Prevalencias TEPT totales según criterios DSM-IV-TR en menores expuestos a violencia de género y en grupo control, por sexo y edad……..220
Tabla 6.24 Prevalencias sintomatología en el CBCL y Diagnóstico TEPT DSM-IV-TR Completo……...…...223
Tabla 6.25 Prevalencias CBCL y Diagnóstico TEPT Parcial según criterios de distintos autores……...…..227
Tabla 6.26 Significación estadística entre sintomatología en el CBCL y Diagnóstico TEPT Parcial según criterios de distintos autores……..…228
Tabla 6.27 Tasas de prevalencia de síndromes CBCL según presencia/ausencia Deterioro Funcional……..…….229

Tabla 6.28 Prevalencias entre sintomatología en el CBCL y la CPSS……..230
Tabla 6.29 Prevalencias sintomatología en el CBCL, TEPT Completo
DSM-IV-TR y TEPT Parcial (Scheeringa et al., 2003; 2010)……...231
Tabla 6.30 Relación entre TEPT Completo DSM-IV-TR, TEPT Parcial
Scheeringa et al. (2003, 2010) y Deterioro Funcional.……...…232
Tabla 6.31 Correlaciones CBCL y CPSS……..233
Tabla 6.32 Correlaciones entre tipo de maltrato, número de síndromes en
el CBCL y CPSS……..234
Tabla 6.33 ANOVA entre tipos de maltrato y CPSS……235
Tabla 6.34 ANOVA sintomatología externalizante y maltrato físico a la
Madre……..236
Tabla 6.35 ANOVA sintomatología internalizante y tipos de maltrato……237
Tabla 6.36 ANOVA sintomatología de Ansiedad/Depresión y tipos
de maltrato……238
Tabla 6.37 ANOVA sintomatología de Retraimiento y tipos de maltrato……239
Tabla 6.38 ANOVA sintomatología de Problemas Sociales y tipos
de maltrato……241
Tabla 6.39 ANOVA sintomatología de Problemas de Pensamiento y
tipos de maltrato……242
Tabla 6.40 ANOVA sintomatología de Problemas de Atención y
tipos de maltrato……242
Tabla 6.41 ANOVA sintomatología de Conducta Antinormativa y
tipos de maltrato……243
Tabla 6.42 ANOVA sintomatología de Conducta Agresiva y tipos
de maltrato……244
Tabla 6.43 Relación entre alteraciones psicopatológicas y maltrato
a la madre……..246

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1 Víctimas mortales por violencia de género de enero de 2003 hasta el 20 de agosto de 2015……76
Figura 2.2 Menores víctimas mortales por violencia de género de 2013 hasta el 6 de agosto de 2015……85
Figura 5.1 Distribución de la muestra por sexos……...164
Figura 5.2 Distribución de la muestra por edad……164
Figura 5.3 Distribución de la muestra de madres por grupos de edad……..164
Figura 5.4 Estudios de la madre……165
Figura 5.5 Nacionalidad de la madre……165
Figura 5.6 Convivencia o no con el maltratador……...165
Figura 5.7 Situación de pareja de la madre……...165
Figura 5.8 Estructura familiar……...166
Figura 5.9 Número de hijos/as en el estudio……166
Figura 5.10 Procedimiento de evaluación de los participantes…….……....169
Figura 6.1 Tipo de maltrato sufrido por la madre……..……...188
Figura 6.2 Prevalencias sobre la exposición del menor al maltrato sufrido por la madre……..189
Figura 6.3 Prevalencia de negligencia física y emocional sufrida por el menor……...191
Figura 6.4 Prevalencia de maltrato emocional sufrido por el menor……....191
Figura 6.5 Prevalencia de maltrato físico y abuso sexual hacia el menor……191
Figura 6.6 Porcentaje de niños/as Pc 93-97/≥98 (CBCL 8 A 12 años)……....195
Figura 6.7 Porcentaje de chicos/as Pc 93-97/≥98 (CBCL 13 a 17 años)……....195
Figura 6.8 Porcentaje de niños/as Pc 93-97/≥98 (CBCL)…….…..198
Figura 6.9 Prevalencia por grupos de edad Pc 93-97/≥98 (CBCL)……....201
Figura 6.10 Prevalencia por sexo en número de síndromes CBCL (Pc≥93)……...205
Figura 6.11 Prevalencia por grupos de edad en número de síndromes CBCL (Pc≥93)……205
Figura 6.12 Prevalencias por sexo CPSS……212
Figura 6.13 Prevalencias por edad CPSS……...212
Figura 6.14 Tasas de prevalencia para el Deterioro Funcional……214
Figura 6.15 Prevalencias por sexo DSM-IV-TR……....214

Figura 6.16 Prevalencias por edad DSM-IV-TR…….....214
Figura 6.17 Prevalencias por sexo DSM-5…….....215
Figura 6.18 Prevalencias por edad DSM-5…….....215
Figura 6.19 Prevalencias por sexo TEPT Parcial critérios Scheeringa et al…….....216
Figura 6.20 Prevalencias por edad TEPT Parcial critérios Scheeringa et al…….....216
Figura 6.21 Prevalencias por sexo TEPT Parcial critérios de Stein et al…….....216
Figura 6.22 Prevalencias por edad TEPT Parcial critérios de Stein et al…….....216
Figura 6.23 Prevalencias por sexo TEPT Parcial critérios Hickling et al…….....217
Figura 6.24 Prevalencias por edad TEPT Parcial critérios Hickling et al…….....217

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Protocolo de Evaluación en Infancia expuesta a violencia de género, PEIV (GUIA-PC, 2010)…….....390
Anexo 2. Protocolo de Evaluación de Variables Mediadoras en la exposición infantil a la violencia de género (PEMIV)…….392
ANEXO 3. Comparación de los criterios diagnósticos para el trastorno de estrés postraumático entre el DSM-IV-TR y el DSM-5...……394

Esta investigación ha sido posible gracias al proyecto ***"Servicio de Atención Psicológica a Menores Víctimas de Violencia de Género",*** que se desarrolla en base al convenio establecido entre la Asociación para el Desarrollo de la Salud Mental en la Infancia y Juventud (Quiero Crecer*)*, y la Dirección General de Mujer, perteneciente a la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

INTRODUCCIÓN

La presente Tesis Doctoral se enmarca dentro de las perspectivas social, empírica y sanitaria, que articulan y justifican los criterios teóricos y metodológicos que se han tenido en cuenta para su elaboración, y nos permiten contextualizar este trabajo.

La violencia de género se ha convertido en un tema de incuestionable actualidad. Aunque no es un fenómeno nuevo, su visibilización sí es relativamente reciente (Martínez-Verdú, 2007), pasando a considerarse uno de los tipos de violencia que más repercusión social ha suscitado en los últimos años en España. Si bien, la magnitud del problema sólo se conoce parcialmente, las graves consecuencias que provoca en la salud física y psicológica de estas mujeres, alcanzando su máxima expresión en el número de muertes que se producen cada año por este motivo, ha contribuido a que haya dejado de entenderse como un asunto privado y comience a reconocerse como un grave problema social y de salud pública (Caetano, Vaeth y Ramisetty-Milker, 2008; Sharps y Campbell, 1999). De hecho, una revisión sistemática reciente estima que la prevalencia de la violencia de pareja es del 38% en medicina familiar y del 40% en medicina de emergencia (Sprague et al., 2014). La magnitud que ha alcanzado el problema en nuestro país ha derivado en la aprobación de diversas leyes y medidas destinadas a la atención y protección de las mujeres, víctimas de este tipo de violencia.

Sin embargo, no se ha incrementado de forma paralela la conciencia social acerca del impacto que supone la violencia de género en los niños[1], que suelen estar presentes y

[1] A lo largo de este trabajo emplearemos, en la mayoría de ocasiones, el masculino gramatical como genérico para hacer referencia a ambos géneros, según los usos lingüísticos. Pretendemos evitar así desdoblamientos reiterativos del artículo en su forma masculina y femenina. En esta decisión no existe intención discriminatoria alguna, sino el deseo de evitar redundancias que pudieran dificultar la comprensión del texto.

con frecuencia son testigos de la violencia que se inflige contra sus madres, o no estando expuestos directamente, son muy conscientes de que se está produciendo (Fantuzzo, Boruch, Beriama, Atkins y Marcus, 1997; Save The Children, 2008). No obstante, es preciso señalar que, efectivamente, se ha demostrado en numerosos estudios que, por regla general, la víctima de la violencia entre los responsables del cuidado de los niños suele ser la mujer, además de experimentar la violencia de pareja en curso más grave (Bagshaw et al., 2011), pero es también esencial reconocer que las mujeres, aunque con menor frecuencia, perpetran violencia contra los hombres (Mouzos y Makkai, 2004).

Sólo desde hace unos años se vincula la violencia de género con el maltrato a menores. En este contexto diversos organismos gubernamentales y no gubernamentales han propuesto que la exposición a la violencia y el sufrimiento directo del maltrato pueden considerarse equivalentes. Sin embargo, hasta el presente, la legislación española no les ha considerado víctimas de la violencia de género, si bien se entendía que estos menores estaban afectados por estar expuestos a este ambiente de violencia contra sus madres. Esta realidad se ha visto modificada muy recientemente con la aprobación de la *Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia*; y la posterior *Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia*, a partir de las cuales pasan a ser reconocidos como víctimas de pleno derecho de este tipo de violencia. Este cambio es sustancial para la protección, atención, y bienestar de los menores y, España, se convierte así, "*en el primer país en incorporar el interés superior del menor como principio interpretativo, derecho sustantivo y norma de procedimiento, como recomendó la ONU en 2013"* (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015). Volviendo la mirada hacia atrás podemos decir que era una tarea urgente, necesaria, y prioritaria, que, sin duda, tendrá implicaciones prácticas en un futuro muy próximo.

Por otra parte, numerosas investigaciones encuentran altas tasas de exposición de los niños a la violencia (Luthar y Goldstein, 2004). Las estimaciones llevadas a cabo en varios estudios muestran que todos los años al menos 275 millones de niños en el mundo son víctimas de violencia dentro de sus hogares (UNICEF, 2007). En sintonía

con lo anterior, algunos trabajos revelan que hasta un 90% de los niños y adolescentes, cuando están en sus hogares, son testigos o pueden verse involucrados en episodios de violencia (Fusco y Fantuzzo, 2009). Tajima, Herrenkohl, Moylan y Derr (2011) señalan que, de todos los casos documentados por el Departamento de Justicia de Estados Unidos, durante el período comprendido entre 2001 y 2005, más de un tercio (35.2%) de los menores se encontraban presentes en los episodios de violencia sucedidos en el hogar, mientras que en un 15.5% de los casos no se sabía si lo estaban, por lo que el número podría ser bastante más elevado.

En nuestro país, desde hace unos años, se vienen haciendo esfuerzos con el fin de aportar datos más precisos y fiables acerca de las tasas de prevalencia de maltrato infantil que han permitido la incorporación, por primera vez, de los datos procedentes del *Registro Unificado de Casos de Maltrato Infantil en la Familia* (RUMI) creado en 2007, según se refleja en el último Informe del Observatorio de la Infancia (2013). Si bien, no se registra aún el número de menores expuestos a violencia de género, se prevé que los cambios legislativos realizados recientemente posibiliten su inclusión en las próximas estadísticas oficiales.

El primer estudio que informó acerca de este tipo de violencia en cifras fue el llevado a cabo por UNICEF en 2006, estimándose que anualmente 188 000 niñas y niños estaban expuestos a la violencia que se ejercía contra sus madres. Actualmente, se cuenta con datos más recientes, proporcionados por el primer avance de resultados de la *Macroencuesta de Violencia de Género 2015*, obtenidos sobre una muestra de 10 171 mujeres mayores de 16 años. Las tasas de prevalencia indican que un 63.6 % de menores presenciaron o escucharon alguna de las situaciones de violencia del total de mujeres que la sufren o la han sufrido por parte de sus parejas o exparejas; y el 64.2% de éstos la experimentaron directamente (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2015).

El impacto de la exposición a la violencia doméstica ha sido objeto de interés para investigadores y clínicos desde mediados de los años setenta (Holden, 1998), pero es en los últimos diez años, sobre todo en Estados Unidos, cuando el crecimiento en el número y calidad de las publicaciones nos proporciona una base empírica, aún en desarrollo (Holt, Buckley y Whelan, 2008; Jaffe, Baker y Cunningham, 2004).

Diversos trabajos han incidido específicamente sobre los efectos de la exposición a violencia doméstica tanto a corto como a largo plazo (Pinheiro, 2009). En este sentido, algunos autores han informado de consecuencias a corto plazo a nivel cognitivo, emocional y conductual en niños y adolescentes (Evans, Davies y DiLillo, 2008; Holt, et al., 2008; Kitzmann, Gaylord, Holt y Kenny, 2003; Kuhlman, Howeel y Graham-Bermann, 2012; Levendosky, Bogat y Martínez-Torteya, 2013; Margolin y Gordis, 2000; Meltzer, Doos, Vostanis, Ford y Goodman, 2009; Wathen y MacMillan, 2013; Wolfe, Crooks, Lee, McIntyre y Jaffe, 2003). Otros, sugieren que tal exposición también puede provocar mayor predisposición a sufrir limitaciones sociales, emocionales, conductuales y cognitivas durante toda la vida, y a adoptar comportamientos de riesgo para la salud y la vida, llegando a afectar a su funcionamiento en la vida adulta (Centers for Disease Control and Prevention, 2006; Felitti, 2002; Felitti et al., 1988; Henning, Leitenberg, Coffey, Turner y Bennett, 1996; Silvern et al., 1995; Warner y Swisher, 2014).

Una nueva generación de investigadores ha ido un poco más allá, centrándose específicamente en los procesos, estudiando contextos característicos, experiencias y etapas evolutivas de los menores, con el objetivo de identificar las variables que pueden explicar los efectos adversos y acumulativos en el tiempo de muchos tipos diferentes de estrés, a lo largo del desarrollo, en relación con la salud mental **(**Cummings y Davies, 2002). Por ejemplo, diversos estudios han confirmado que el maltrato en la infancia presenta una alta co-ocurrencia (Dong et al., 2004; Graham-Bermann, Castor, Miller y Howell, 2012; Kantor y Little, 2003; Nguyen, Dunneb y Lea, 2009; Stanley y Goddard, 2004). Igualmente, la evidencia empírica demuestra que los menores expuestos a un tipo de victimización presentan mayor riesgo de sufrir otras victimizaciones, del mismo modo que los diferentes tipos de victimización parecen tener más impacto que los episodios de un mismo tipo repetidos en el tiempo. Además, la frecuencia de la exposición parece correlacionar con la gravedad del maltrato (Clemmons, Walsh, DiLillo y Messman-Moore, 2007; Edwards, Holden, Felitti y Anda, 2003; Finkelhor, 2011; Hamby, Finkelhor y Turner, 2012). Así mismo, se ha investigado la asociación entre violencia de pareja, los cuatro tipos de maltrato clásicos y otras experiencias adversas adicionales en la infancia (Anda et al., 2006; Brandon et al., 2008; Dube,

Anda, Felitti, Edwards y Williamson, 2002; Edleson y Nissley, 2011; Gewirtz y Edelson, 2004; Lamers-Winkelman, Willemen y Visser, 2012).

Otra forma de contribuir a este cuerpo de trabajos empíricos, ha sido estudiando los perfiles de adaptación característicos en menores expuestos a violencia de pareja, examinando los factores de riesgo y de protección, y, de forma específica, la resiliencia (Capaldi, Knoble, Shortt y Kim, 2012; Howell, 2011; Knerr, Gardner y Cluver, 2013; Li, Godinet y Arnsberger, 2011; Overbeek, de Schipper, Lamers-Winkelman y Schuengel, 2014; Rutter, 2007; Schultz, Tharp-Taylor, Haviland y Jaycox, 2009).

Sin embargo, son escasos los estudios empíricos en nuestro país que documentan la comorbilidad entre los diversos problemas psicopatológicos que presentan estos menores, en contraste con los numerosos trabajos que abordan esta temática en infancia y adolescencia desde la década de finales de los ochenta (Angold, Costello y Erkanli, 1999), principalmente en muestras extraídas de población general, pero también en población clínica. Lo cual, nos permite reflexionar acerca de las implicaciones que se pueden derivar, tanto a nivel de prevención como de diagnóstico, intervención y pronóstico en niños y adolescentes expuestos a violencia de género.

Una proporción muy alta de las investigaciones mencionadas, han examinado más comúnmente muestras clínicas, procedentes tanto de casas de acogida, donde los menores han permanecido con sus madres, como hijos cuyas madres han sufrido violencia doméstica y están siendo atendidos por los servicios sociales y /o programas de intervención específicos. Apenas se dispone de información acerca de niños y adolescentes que, perteneciendo a población general, pueden estar en situación de exposición a este tipo de violencia. En consecuencia, como señala Save the Children (2011), se atiende a los casos más graves, y podemos inferir, por tanto, que todavía existe una cifra "*oculta*" de niños y adolescentes que pueden estar expuestos a violencia de género, que permanecen en el anonimato, al menos en nuestro país, ya que aún no se dispone de datos oficiales. Si bien, parece que este aspecto puede estar en vías de cambio inminente, como ya se ha comentado anteriormente.

En este mismo orden de cosas, muy recientemente, y desde el ámbito específico de la salud, el *National Institute for Health and Care Excellenc*e (NICE, 2014), en su

nueva guía de práctica clínica sobre violencia y abuso doméstico, subraya la urgencia de identificar y derivar, en caso necesario, a los niños y jóvenes que hayan sido víctimas o testigos de violencia de género e implementar servicios especializados para su atención psicológica. En España, ya comienza a considerarse como un problema de salud pública, que requiere la ejecución de políticas sanitarias no solamente dirigidas a la prevención, ya que se ha demostrado el vínculo entre los diferentes tipos de maltrato y comportamientos de riesgo para la salud en general, sino también a la atención de esta población. No obstante, a pesar de que se están desarrollando actuaciones en esta dirección, son todavía insuficientes los recursos humanos y económicos destinados a paliar esta grave problemática.

Por tanto, en base a las evidencias señaladas podemos concluir que:

- Se dispone de datos sobre prevalencia, a nivel nacional e internacional, que demuestran la existencia de un problema social y de salud pública generado por la exposición de niños y adolescentes a la violencia que sufren sus madres por parte de sus parejas o exparejas en población clínica, pudiendo encontrarse en esta situación otros menores dentro de la población general que aún no han sido detectados, debido a que sucede dentro de la intimidad y privacidad de la familia.

- Existe evidencia empírica, en distintos países y culturas, generada a partir de muestras de niños y adolescentes expuestos a este tipo de violencia que presentan diversas secuelas psicológicas, tanto a corto como a largo plazo, comprometiendo su desarrollo y pudiendo llegar a manifestar dificultades en la etapa adulta.

- Es preciso seguir estudiando el impacto que produce en esta población la exposición a la violencia que sufren sus madres por parte de su pareja o expareja, con el propósito de ampliar el conocimiento acerca de las características que presentan los diferentes perfiles de problemas y cómo se manifiestan, si de manera aislada o asociados, tal y como se muestran frecuentemente en población clínica y general que no ha estado expuesta a este tipo de violencia en el hogar. Con el objetivo último de contribuir a una mejor

comprensión de los distintos problemas psicopatológicos en esta población y como una posible herramienta potencial para reflexionar sobre la nosología actual.

Todos estos antecedentes constituyen la base sobre la que se cimenta la presente investigación, que propone estudiar el impacto psicológico en menores que han estado expuestos a la violencia que sufren sus madres por parte de su pareja o expareja, y de la que también son víctimas, centrándose específicamente en los perfiles internalizante y externalizante, en el trastorno de estrés postraumático, y en la posible asociación entre ellos, bajo un enfoque diferencial de género.

Se encuadra, por tanto, dentro de los estudios sobre las consecuencias de la violencia de género en los menores, hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género que habían sido atendidas en la Red de Centros de Atención Especializada para Mujeres Víctimas de Violencia de Género (CAVIs) de la Región de Murcia, y cuyos hijos/as fueron derivados y atendidos en el Servicio de Atención Psicológica a Hijos e Hijas de Mujeres Víctimas de Violencia de Género (Asociación para el Desarrollo de la Salud Mental en la Infancia y Juventud, Quiero Crecer).

El presente trabajo se ha estructurado en dos partes: la primera, el *Marco Teórico*, en la que se describen los antecedentes teóricos que recoge la literatura científica sobre el impacto de la violencia de género en los menores que han estado expuestos a ella; y, la segunda, el *Marco Empírico*, en la que se expone el estudio empírico.

El *Marco Teórico*, consta de tres capítulos. En el C*apítulo 1*, se hace un recorrido por las dificultades que entraña una conceptualización unitaria sobre el término violencia de género y cómo esta dificultad también está presente a la hora de definir el maltrato y sus diferentes tipologías, incluyendo la exposición a violencia de género. Así mismo, se analiza la legislación y los cambios que se han producido recientemente en España en relación a la consideración de estos menores como víctimas directas de la violencia de género y en las medidas adoptadas para garantizar su protección y atención. En el *Capítulo 2*, se exponen diversos estudios epidemiológicos sobre el maltrato infantil y sus distintas tipologías, así como sobre la violencia de género y la exposición a la misma. Se presentan los datos de incidencia y prevalencia del fenómeno, y de

comorbilidad entre los diferentes tipos de maltrato, a nivel internacional y en España, teniendo en cuenta las serias dificultades que se detectan en el registro de los casos. Por último, en el *Capítulo 3*, se revisa un conjunto de estudios que muestran las consecuencias sobre la salud psicológica en estos niños y adolescentes, así como la comorbilidad de algunos patrones de alteraciones psicológicas y del estrés postraumático, comparándolos con otras investigaciones realizados en población general y clínica.

El *Marco Empírico*, se divide en cinco capítulos. El *Capítulo 4*, aborda los objetivos e hipótesis propuestas para este estudio. En el *Capítulo 5*, se plantea el Método, partiendo de la descripción de la muestra, el diseño del estudio, el procedimiento que se ha llevado a cabo para seleccionar a los participantes, los instrumentos de evaluación que se han utilizado, así como el tipo de análisis estadístico que ha permitido la obtención de los resultados. El *Capítulo 6*, refleja los resultados hallados, teniendo en cuenta las características de la muestra. Los *Capítulos 7 y 8*, recogen la discusión y las conclusiones que se han obtenido, partiendo de los objetivos planteados en este trabajo y las hipótesis correspondientes, estableciendo comparaciones con otros estudios existentes en la literatura científica, señalando las limitaciones del trabajo y futuras líneas de investigación.

Por último, las Referencias y los Anexos cierran este trabajo de investigación.

PRIMERA PARTE:

MARCO TEÓRICO

Capítulo 1
MENORES TESTIGOS Y VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

En este primer capítulo parece necesario comenzar con algunas aclaraciones conceptuales respecto a diversos fenómenos relacionados con la violencia. A continuación, se desarrolla una breve aproximación a la violencia familiar y a las dificultades que supone su visibilización. Se pasa después a explicar la violencia de género en la pareja. Así mismo, se especifican los distintos tipos de violencia ejercida por la pareja y las consecuencias que de ello se derivan.

Posteriormente, se exponen algunas definiciones sobre maltrato infantil, propuestas por diversos autores y por organizaciones nacionales e internacionales. En este punto, nos detenemos en las cuatro categorías que se han descrito en la literatura científica clásica: Maltrato Físico, Maltrato Emocional, Negligencia y Abuso Sexual.

Finalmente, se describe el concepto de exposición a violencia de género, atendiendo a la evolución del término y a las implicaciones legales y sociales que conlleva.

1.1 EL FENÓMENO DE LA VIOLENCIA: BREVE APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

La violencia es un problema muy extendido que puede adoptar muchas formas y presentarse en todos los ámbitos de la vida de las personas, pero se manifiesta principalmente en los hogares. La ejercen y la sufren tanto mujeres como varones, sin embargo la perpetración de actos violentos, independientemente de su forma, naturaleza o consecuencias es frecuentemente superior en los varones (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2010; Rohlfsa y Valls-Llob, 2003). De hecho, algunos autores plantean que el primer problema al que se enfrenta la humanidad en el siglo XXI es la violencia.

La OMS (2002) define la Violencia como: "*El uso intencional de la fuerza física o el poder contra uno mismo, hacia otra persona, grupos o comunidades y que tiene como consecuencias probables lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones del desarrollo, abandono e incluso la muerte*" (o.c., p. 5).

Así mismo, clasifica la Violencia en tres categorías principales, según el autor del acto violento: *Violencia autoinfligida*, *Violencia interpersonal y Violencia colectiva*. Sólo vamos a incidir en la *Violencia interpersonal*, que se refiere a la violencia infligida por un individuo o grupo de individuos a otro u otros, y se divide en dos subcategorías (OMS, 2002): a) La *Violencia familiar y de pareja*, y b) la *Violencia comunitaria*:

a) La *Violencia familiar y de pareja*, en la mayor parte de los casos, se produce entre miembros de la familia o compañeros sentimentales, y suele ocurrir en el hogar, aunque no exclusivamente. Abarca formas de violencia como el maltrato de los niños, la violencia contra la pareja y el maltrato de los ancianos.

b) La *Violencia comunitaria*, se produce entre individuos no relacionados entre sí, pueden conocerse o no, y ocurre generalmente fuera del hogar. Incluye la violencia juvenil, los actos azarosos de violencia, violaciones y agresiones sexuales por parte de extraños, y la violencia institucional en establecimientos como escuelas, lugares de trabajo, prisiones y residencias de ancianos. Esta forma de violencia, se reconoce como su manifestación más visible, y se presenta como hecho directo, tangible, que

afecta la vida o integridad física y/o psicológica de individuos o grupos, de manera que sus manifestaciones se hacen cuantificables.

Esta clasificación tiene también en cuenta la naturaleza de los actos violentos, que pueden ser físicos, sexuales o psíquicos, o basados en las privaciones o el abandono, así como la importancia del entorno en el que se producen, la relación entre el autor y la víctima y, en el caso de la violencia colectiva, sus posibles motivos.

Por ser del interés para este trabajo nos vamos a limitar al estudio de una de las categorías propuestas en la anterior clasificación: la violencia familiar y de pareja.

Así, podemos decir que en nuestro país, el término *Violencia doméstica*, traducción de la terminología anglosajona, ha sido durante mucho tiempo el vocablo más utilizado para identificar la violencia que ocurre en el seno familiar.

Precisamente, la utilización de una multiplicidad de términos que aparentemente se superponen como violencia doméstica, violencia familiar, violencia de género, violencia conyugal, violencia de pareja, violencia contra las mujeres, etc., ha supuesto falta de precisión en las comparaciones entre diferentes investigaciones, procedentes de una misma disciplina o interdisciplinares, y dificultades añadidas para desarrollar estudios transculturales (American Psychological Association [APA], 2002). La diversidad de formas de abordar la violencia doméstica es, por tanto, uno de los principales problemas que surgen a la hora de establecer una conceptualización unitaria de la misma, dando lugar a diferentes líneas de investigación y, consecuentemente, a resultados muy dispares (Fincham, 2000; Riggs, Caulfield y Street, 2000). En este sentido, la utilización de una terminología u otra también puede tener profundos efectos en la sociedad, al atender a ciertos aspectos de la realidad e ignorar otros que pueden ser necesarios igualmente en el desarrollo de propuestas sociales y políticas (Johnson, 1995). Por tanto, resulta necesario detenernos en algunas definiciones que aclaren este panorama, sin pretender ser exhaustivos ni cerrar la discusión sobre el tema.

En la Tabla 1.1, se muestra una revisión relativa a los distintos términos empleados por los diferentes organismos nacionales e internacionales.

Tabla 1.1

Conceptualización de la violencia doméstica

ORGANISMO	CONCEPTO	DEFINICIÓN
Ministerio de Sanidad y Consumo (2003)	Violencia familiar	*Se define como los malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, infligidas por personas del medio familiar y dirigidas generalmente a los miembros más vulnerables de la misma: niños, mujeres y ancianos* (o.c., p.11).
Asociación Americana de Psicología (APA, 1996)	Violencia doméstica	*Patrón de conductas abusivas que incluyen un amplio rango de maltrato físico, sexual y psicológico, usado por una persona en una relación íntima contra otra, para poder ganar o mantener el abuso de poder, control y autoridad sobre esa persona.* (Citado en Walker, 1999, p. 23).
Save the Children (2008)	Violencia doméstica	Se refiere a *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* (o.c., p. 8).
Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 48/104, de 20/12/1993 (Organización de Naciones Unidas [ONU], 1994)	Violencia contra la mujer/ Violencia de género	*Todo acto de violencia basado en el género 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"* (art.1). *"Se incluyen la violencia física, sexual y psicológica en la familia, incluidos los golpes, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer; la violencia ejercida por personas distintas del marido y la violencia relacionada con la explotación; la violencia física, sexual y psicológica a nivel de la comunidad en general, incluidas las violaciones, los abusos sexuales, el hostigamiento y la intimidación sexual en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros ámbitos, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada; y la violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, donde quiera que ocurra* (art. 2).

Tabla 1.1

Conceptualización de la violencia doméstica (continuación)

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002)	Violencia infligida por la pareja	*Es todo comportamiento que, en una relación de pareja, causa daño físico, sexual o psicológico, incluidos los actos de agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y los comportamientos dominantes.* *Esta definición abarca la violencia infligida por los cónyuges y los compañeros actuales y anteriores* (o.c., p. 97).
OMS, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y Consejo Africano de Investigación Médica (2013a)	Violencia contra la mujer: Violencia en la pareja	*Experiencia informada de uno o más actos de violencia física y/o sexual por parte de una pareja actual o anterior desde la edad de 15 años.* *La violencia física se define como: ser abofeteada o lanzar objetos contra la persona que podrían hacerle daño; ser empujada; ser golpeada con el puño u otra cosa que pudiera herirla; ser arrastrada; recibir una paliza; ser ahogada, o quemada a propósito, y/o ser amenazada con un arma.* *La violencia sexual se define como: ser forzada físicamente a tener relaciones sexuales cuando no quiere; tener relaciones sexuales por miedo a lo que su pareja pudiera hacerle, y/o verse obligadas a realizar actos sexuales humillantes o degradantes (la definición de humillar, degradar, puede variar dependiendo de la configuración regional y cultural).* *Esta definición abarca la violencia infligida por los cónyuges y los compañeros actuales y anteriores* (o.c., p. 6).

En esta misma dirección, en una revisión bibliográfica y bibliométrica llevada a cabo por Rodríguez-Franco, López-Cepero y Rodríguez-Díaz (2009), se encontró que Estados Unidos es el país que más publica, con más de un 70% de la producción total del término violencia doméstica. Casi la mitad de los artículos estudiaron muestras femeninas, aproximadamente un 40% incluyeron personas de ambos sexos, y sólo un 13% se centró únicamente en varones. Según los autores mencionados, esto corrobora las definiciones que ofrecen algunos de los investigadores que han venido publicando sobre este tema, para los que la violencia doméstica es una situación de riesgo casi exclusivamente femenina. Aunque menos del 60% de los artículos ofrecieron información sobre los grupos de edad estudiados, se detectó un gran predominio de muestras adultas (entre 18 y 64 años), mientras que fueron muy escasas en infancia y

especialmente en adolescencia. Así, resulta consistente con las definiciones de violencia doméstica como la ejercida entre los miembros de la pareja adulta, posicionamiento que comparten los autores más productivos. Sólo un 8.68% de las publicaciones se centraron en la infancia, probablemente como testigos de este tipo de violencia. Así mismo, un 1.14% de éstas (un 0.68% sobre el total) se centraron exclusivamente en muestras de adolescentes (13-17 años), lo cual resulta sorprendente, dado que la adolescencia es una etapa del ciclo vital de socialización en la que se establecen las primeras relaciones de pareja, y el comportamiento de violencia suele ser de instauración precoz durante el noviazgo o los dos primeros años de convivencia (Amor, Echeburúa, de Corral, Zubizarreta y Sarasua, 2002). No obstante, en los últimos años, algunos estudios en nuestro país se han centrado en estos rangos de edad, sobre todo refiriéndose a la violencia durante el noviazgo (González y Santana, 2001; Ortega, Ortega-Rivera y Sánchez, 2008; Ortega, Sánchez, Ortega-Rivera, Nocentini y Menesini 2010; Rey-Anacona, 2013; Ruiz, Expósito y Bonache, 2010; Vázquez, Torres, Otero, Blanco y López, 2010).

Resultados similares obtuvieron Bhona, Lourenço y Brum (2011) en un estudio más reciente, en el que encontraron que el término violencia doméstica era el más utilizado en las distintas publicaciones. Así mismo, las mujeres como víctimas fueron el foco principal de éstas, seguidas por los niños, e identificando predominantemente al hombre como perpetrador de esta violencia.

Todos estos datos parecen confirmar que, de entre los múltiples términos disponibles para hacer referencia a la violencia de pareja, el de violencia doméstica ha sido el más utilizado por los investigadores del área (López-Cepero, Rodríguez-Franco, Rodríguez-Díaz y Bringas-Molleda, 2014).

Teniendo en cuenta estos planteamientos, se puede comprobar que, aún en el momento actual, no existe un acuerdo generalizado respecto a la conceptualización del término violencia doméstica y los problemas que conlleva su delimitación.

Como señala Save the Children (2008) el concepto de violencia doméstica se utiliza desde un punto de vista más amplio que el concepto de violencia de género, y alude a cualquier forma de violencia que pudiera darse en el entorno doméstico entre cualquiera

de los miembros de una unidad familiar, incluido el maltrato infantil. Así mismo, se considera que, cuando la destinataria final de la violencia es la mujer, ambas definiciones se superponen.

En esta línea, organizaciones como el Centro Reina Sofía (Sanmartín, Iborra, García y Martínez, 2010)[2] clarifican que la violencia de género no tiene nada que ver con el contexto en el que ocurre, el hogar es uno más de los lugares en los que ésta puede manifestarse, sino con el tipo de víctima contra la que se dirige: la mujer.

El concepto de género se utiliza para reconocer las diferencias culturales y sociales que existen entre hombres y mujeres diferenciándolo del concepto de sexo, que alude a las diferencias biológicas. Por lo que, en el concepto de género, se incluirían todas las formas de maltrato y de abuso a las que se ven sometidas las mujeres por su condición de ser mujer. Cuando la víctima es la mujer y su agresor le ataca por no adecuarse a los estereotipos construidos para ella, se habla de *Violencia de género en las relaciones de pareja*, o de forma abreviada *Violencia de pareja*. Ésta se refiere a la forma de violencia de género en la cual la mujer puede ser maltratada en una variedad de relaciones íntimas: matrimonios, parejas en convivencia o sin ella, o exparejas (Dutton, 2006), siendo la violencia de pareja una de las formas de violencia de género más extendida en el mundo.

En conclusión, tal y como indican Alcázar y Gómez (2001), nos parece apropiado usar el término violencia de género porque la sufren por el mero hecho de ser mujer. El contexto en el que aparecen la mayoría de los episodios de violencia de género es un contexto doméstico, generalmente a manos de sus parejas o exparejas, por lo que puede ser lógico aludir a ella como violencia doméstica. Por otra parte, este término nos sumerge en el ámbito familiar, contexto en el que también se manifiesta la violencia familiar hacia otros miembros como menores y ancianos.

[2] El Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia cesó su actividad en agosto de 2011.

Por tanto, en este trabajo de investigación cuando nos referimos al término violencia de género estamos aludiendo a la violencia que sufren las mujeres en el ámbito familiar, a manos de sus parejas o exparejas (denominada violencia de género en la legislación española vigente)[3] y a la que son expuestos sus hijos. Utilizaremos indistintamente los términos violencia familiar, violencia doméstica, violencia de género o violencia de pareja, siempre en este sentido, tal y como se refleja en la mayor parte de la literatura científica publicada sobre el tema.

1.2 VIOLENCIA FAMILIAR

Se puede considerar que la familia es el lugar fundamental de transmisión de los valores que sustentan a una sociedad, así como el núcleo básico de educación y de unidad cultural, el agente de socialización del individuo por excelencia. Ya en la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), y en los artículos 10 de los Pactos Internacionales de Derechos Económicos y Sociales, y 23 de los Derechos Culturales civiles y Políticos, se concebía a la familia como una institución fundamental para el desarrollo social, unidad básica de la sociedad[4]. Así mismo, la Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas (aprobada por la Asamblea General en noviembre de 1989) contiene en su preámbulo el supuesto de que la familia es el entorno natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, en particular de los niños, reconociendo, por tanto, que la familia es la que tiene una mayor capacidad para protegerlos, y proveer de lo necesario para su seguridad física y emocional.

En este sentido, el bienestar de los menores, dentro del ámbito familiar, debe ser entendido desde dos planos que han sido ampliamente investigados (Layard y Dunn,

[3] La *Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género* (LO 1/2004, *de 28 de diciembre*) habla de violencia de género y recoge tanto la idea de que se trata de un problema ligado al hecho de ser mujer, como la idea de que estamos frente a un problema social, y circunscribe esta violencia únicamente a aquella que ocurre en el marco de la pareja, dejando al margen de esta ley otras formas de violencia internacionalmente reconocidas como violencia de género (incluyendo el acoso sexual, los delitos contra la libertad sexual, la mutilación genital, el tráfico de mujeres, la violencia relacionada con la dote, etc.).

[4] En el art. 16.3, la Asamblea General de Naciones Unidas establecía al respecto: "*la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado*".

2009). Por un lado, existe un bienestar más objetivo: económico, salud y seguridad, educativo y comportamientos de riesgo. Por otro lado, existe otro tipo de bienestar más subjetivo: relaciones familiares, bienestar personal, bienestar escolar y relaciones con los pares (Amato y Afifi, 2006). Sin embargo, es en la familia, que debería ser un lugar de protección; de afecto; de estímulo a su desarrollo integral; de seguridad para sus miembros y promoción de sus derechos; donde se pueden generar las relaciones más violentas, como han señalado Gelles y Strauss (1979, 1986).

En relación con lo anterior, uno de los factores más relevantes a la hora de explicar la elevada incidencia de la violencia familiar es el hecho de que la familia posee una serie de características que la hacen potencialmente conflictiva y vulnerable, algunas de las cuales son: la alta intensidad de las relaciones (tiempo de convivencia, grado de confianza, etc.); la propia composición familiar (diferencias de sexo, edad, roles, etc.); el alto nivel de estrés al cual está expuesta la familia como grupo; y el carácter privado que posee lo ocurrido en el interior de la misma y que, tradicionalmente, la ha hecho situarse fuera del control social (Patró y Limiñana, 2005; Straus y Gelles, 1986).

De igual modo, la estructura familiar jerárquica predominante en nuestro país, aún en la actualidad, ha favorecido que los dos principales ejes de desequilibrio los constituyan el género y la edad, siendo las mujeres, los niños y los ancianos las principales víctimas de la violencia dentro de la familia (Patró y Limiñana, 2005). Sin embargo, la violencia ejercida contra las mujeres y los niños es la que arroja cifras más elevadas de incidencia y prevalencia, independientemente del país y de la cultura. En consecuencia, las mujeres y los menores que sufren malos tratos son víctimas particularmente vulnerables cuando la victimización se produce en la familia, ya que es una violencia que se ejerce abusando de la base de confianza que se establece en el ámbito afectivo-familiar, amparándose en la intimidad y en la privacidad que proporciona esta institución y que tiende a perpetuarse por el ejercicio desigual de poder que se da en su interior.

Si bien la violencia "*puertas adentro*" es difícil de detectar y dimensionar (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2009), en las últimas décadas, se ha reconocido y documentado ampliamente que los distintos tipos de violencia contra menores –física, sexual, psicológica y la desatención deliberada– ejercida por los padres y otros miembros cercanos de la familia, son mucho más frecuentes de lo que se

suponía. Desde la infancia temprana hasta los 18 años de edad, los niños y adolescentes son vulnerables a variadas formas de violencia en sus hogares, que, generalmente, permanecen ocultas o pasan inadvertidas.

En esta línea, un estudio llevado a cabo por la Secretaría General de las Naciones Unidas sobre violencia contra los niños en 2006[5], destaca el alarmante aumento de formas de malos tratos y violencia contra éstos denunciadas en el mundo. En el informe se presta especial atención al maltrato infantil a manos de padres y otros miembros de la familia. Algunas de las razones que explicarían este hecho guardan relación con la percepción que los niños tienen ante el maltrato, tan diferente a la del adulto, independientemente de su tipología. Por un lado, los menores de corta edad no son conscientes del mismo, debido a su falta de autonomía y los consecuentes altos niveles de dependencia emocional respecto de los adultos; por otro, pueden percibir el maltrato como un castigo ante un comportamiento incorrecto y, por tanto, merecedores del mismo. Por regla general, las víctimas no suelen poner freno a la situación que sufren, pedir ayuda o denunciar los hechos cuando el maltrato es perpetrado, paradójicamente, por la persona/as responsable/es de su cuidado (Pinheiro, 2006). Así mismo, en no pocas ocasiones, los padres guardan silencio si la violencia la ejerce el cónyuge u otro miembro de la familia –por vergüenza, por sentirse estigmatizados o por dependencia económica– anteponiendo estas circunstancias a la seguridad y el bienestar de los niños.

El uso de la violencia en el espacio del hogar no es un fenómeno nuevo, sino que multitud de indicadores demuestran que ha existido a lo largo de los tiempos. Desde un punto de vista cultural se ha asociado, erróneamente, autoridad con violencia, lo cual ha ayudado a legitimar la violencia como una pauta adecuada de autoridad (Alonso y Castellanos, 2006). Por ejemplo, la aplicación de la violencia física, en forma de castigo cruel y humillante, sobre los niños, en el proceso educativo, ha sido un modelo de disciplina muy utilizado hasta hace poco tiempo (Durrant, 2005; Meil, 2003). Para Gracia (2002a) considerar el maltrato infantil en el contexto de las prácticas parentales habituales de disciplina no significa negar o disminuir la gravedad de sus consecuencias

[5] Véase, United Nations Secretary- *General's Study on violence against children* (2006). Report of the Independent Expert on violence against children, New York, United Nations.

en el niño. De hecho, según UNICEF (2014) datos recientes indican que el número de niños que sufre la violencia en forma de disciplina es muy elevado, por lo general en sus propios hogares y desde que son muy jóvenes. Como promedio, 6 de cada 10 niños del mundo (unos 1000 millones) de 2 a 14 años de edad sufren de manera periódica castigos físicos corporales, o combinados con agresiones psicológicas, a manos de sus cuidadores.

De acuerdo con Osofsky (2003) en algunos hogares en los que se produce violencia de género en la pareja, también se produce maltrato infantil. Diversos estudios publicados sobre la co-ocurrencia de maltrato concluyen que se da un alto nivel de solapamiento entre los dos tipos de maltrato, oscilando entre el 30% y el 60% (Edleson, 1999; Patró y Limiñana, 2005; Save the Children, 2006; UNICEF, 2006). En una revisión sistemática más reciente de los estudios que han analizado la presencia de ambos, maltrato infantil y violencia de género en la pareja, también se encontraron datos que confirmaban la co-ocurrencia de ambos tipos de maltrato, situándola entre el 45% y el 70% (Holt et al., 2008). En la mayoría de estos casos, la condición de los menores de estar expuestos a la violencia infligida por la pareja o expareja de la madre, parecía preceder al maltrato infantil ulterior llevado a cabo por parte de algunos miembros de la familia (McGuigan y Pratt, 2001). Aunque en la mayoría de estudios se señala que la persona que maltrata es principalmente el varón, cuando la mujer sufre maltrato de género en el hogar aumenta el riesgo de que ésta pueda cometer abuso contra sus hijos (Straus y Gelles, 1990), lo que agrava de forma ostensible las condiciones en las que se encuentran estos menores.

Si bien, no es posible determinar en términos absolutos el número de menores maltratados por sus padres u otros miembros de la familia, la gravedad del maltrato infantil como problema de salud pública, de derechos humanos, jurídico y social ha sido reconocida internacionalmente (OMS/ Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y el Abandono de los Niños [ISPCAN], 2009), por lo que no cabe duda de que la visibilidad social de la violencia familiar, en sus distintas manifestaciones, ha ido incrementándose progresivamente en las últimas décadas, probablemente porque la tolerancia por parte de la sociedad ha ido disminuyendo de forma paralela. No obstante, aún queda mucho camino por recorrer (Gracia, 2002b), ya que proteger a la infancia

supone una intromisión en la vida privada de la familia, con lo cual nos enfrentamos a dos valores contrapuestos: la privacidad de las familias y los derechos de los niños a la protección social, lo que vendría a respaldar la invisibilidad de algunas situaciones de desprotección o maltrato infantil grave.

En resumen, la familia es uno de los contextos en el que los niños están más expuestos a sufrir algún tipo de violencia, según informan los diferentes organismos e instituciones oficiales encargadas del cumplimiento de sus derechos, y organizaciones e investigadores independientes.

1.3 VIOLENCIA DE GÉNERO

El uso de la expresión *Violencia de género* es tan reciente como el propio reconocimiento de la realidad del maltrato a las mujeres. Resulta llamativo que hasta muy avanzado el siglo pasado no se encuentre ninguna referencia precisa a esa forma específica de violencia en los textos internacionales. Sólo a partir de los años noventa, comienza a consolidarse su empleo, en gran medida, como resultado de la continua incidencia política por parte de las organizaciones de mujeres, cuya iniciativa ha logrado que el problema haya ocupado un lugar en el temario de una serie de conferencias internacionales: la *Conferencia Mundial de Derechos Humanos* (Viena, 1993), la *Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo* (El Cairo, 1994) y la *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer* (Beijing, 1995). Esta última, representa un hito fundamental en la lucha por la igualdad y la erradicación de la violencia de género. En ella se explicitó que los derechos de las mujeres son derechos humanos, y por lo tanto imputables y exigibles, definiéndose potestades y obligaciones del Estado al respecto. Por otra parte, se centró el debate en el concepto de género, reconociendo la necesidad de una reevaluación de toda la estructura social y de las dinámicas propias en las relaciones entre mujeres y hombres a la luz de este concepto. Los compromisos contraídos durante estas conferencias por los gobiernos, organismos internacionales y donantes participantes, generaron una creciente atención hacia este problema, que resulta alarmante en todo el mundo.

Desde un punto de vista histórico, la dificultad para la comprensión y el reconocimiento de la violencia hacia las mujeres ha sido estructurada a partir de dos procesos básicos: el proceso de naturalización y el proceso de invisibilización (Corsi, 1994). Es decir, por una parte, una serie de características sexuales secundarias se decretan "científicamente" como rasgos masculinos y femeninos (la violencia y la sumisión, respectivamente), aunque en realidad tienen más que ver con la estructura social y con la socialización diferenciada de niños y niñas. Posteriormente, se van justificando los abusos derivados de estos comportamientos basándose en la biología, con lo cual queda naturalizada este tipo de violencia. Por otra parte, la violencia doméstica alcanza una dimensión enorme, que queda oculta bajo el silencio familiar y social que la fomenta y la refuerza (Alberdi y Matas, 2002).

Para muchos, la causa principal de la violencia de género nace de la ideología patriarcal (Montañés y Moyano, 2006). Ciertas creencias filosóficas y religiosas se combinan con el patriarcado para sostener la desigualdad entre géneros, considerando a la mujer como un ser inferior y en subordinación al hombre. En este sentido, Gottman y Jacobson (2001) consideran que la base del maltrato hacia la mujer en la actualidad se sitúa en la contradicción entre la permanencia del machismo, de las relaciones de dominio y del sentido de la propiedad; y la emancipación de la mujer, fruto de los valores igualitarios del sistema democrático; de la incorporación de las mujeres a trabajos más cualificados y de la creciente presencia femenina en la educación superior. Sin embargo, todavía hay muchos hombres que consideran que la libertad conquistada por las mujeres atenta contra la esencia de su identidad. A su vez, los estereotipos sociales acerca del papel de la mujer y de las relaciones de pareja desempeñan un papel determinante en el mantenimiento de este tipo de violencia (Lorente, 2001).

La violencia de género es un problema complejo y multidimensional, influido por factores relativos al maltratador, a la víctima y a los contextos familiar y sociocultural donde se produce. Concretamente en el caso de la violencia de género, los agresores son personas próximas a las víctimas y se produce en el hogar o bien, cuando ya no conviven, en espacios privados o públicos, siendo cada vez más frecuentes los casos en los que la agresión ocurre en la calle o en los alrededores de la vivienda (Rohlfsa y Valls-Llob, 2003). La magnitud del problema sólo se conoce parcialmente, ya que la

información disponible no está sistematizada y la violencia está infradiagnosticada, infradeclarada e infradocumentada. Pero, sin duda se puede afirmar que la violencia contra las mujeres ha dejado de considerarse un asunto privado y empieza a reconocerse como un grave problema social (Amor, Echeburúa, de Corral, Sarasua y Zubizarreta, 2001a; Amor, Echeburúa, de Corral, Zubizarreta y Sarasua, 2001b; Amor et al., 2002) y de salud pública (Caetano et al., 2008; Sharps y Campbell, 1999). Uno de los principales argumentos para considerarla así es el impacto negativo que tiene en la salud física y psicológica de las mujeres, siendo en algunas regiones del mundo y algunos grupos de edad una de las principales causas de morbimortalidad (ONU, 1987; OMS, 2002).

Dentro de este tipo de maltrato, el ejercido por los hombres hacia sus compañeras sentimentales, se consideran tres tipos de violencia que se interrelacionan dentro de las situaciones de malos tratos: *Violencia física*, *Violencia psicológica* y *Violencia sexual*, cuya severidad y frecuencia varían de una situación a otra, pero cuyo objetivo común es el control de la víctima (Labrador, Rincón, de Luis y Fernández, 2004): la *Violencia física*, se entiende como toda acción voluntariamente realizada que provoque o pueda provocar daño o lesiones físicas a la mujer (Sanmartín, 2003), por ejemplo empujar, dar bofetadas, dar puñetazos o patadas, etc.; la *Violencia psicológica*, se define como un conjunto de conductas que producen desvalorización o sufrimiento en quienes la sufren y que generalmente puede percibirse incluso más difícil de soportar que el maltrato físico (Bennet, Cohen y Ellard, 1991); y la *Violencia sexual*, incluye conductas coercitivas y físicas que van desde tratar de persuadir a alguien para realizar un acto sexual contra su voluntad, hasta actos sexuales forzados (Teten, Hall y Capaldi, 2009). En el contexto de la violencia de pareja lo que sale a la luz es, con frecuencia, lo más visible: la violencia física. Lo que pocas veces se detecta y se denuncia, a no ser que se haga una búsqueda activa, es la violencia psicológica, (Blanco-Prieto y Ruiz-Jarabo, 2002).

El maltrato en la pareja tiene, según reflejan diversos estudios llevados a cabo en España (Amor et al., 2002; Del Río, Megías y Expósito, 2013; Fontanil et al., 2002; Labrador et al., 2004; Labrador, Fernández-Velasco y Rincón, 2010; Matud, 2004; Matud, Gutiérrez y Padilla, 2004; Patró, Corbalán y Limiñana, 2007; Sarasua,

Zubizarreta, Echeburúa y de Corral, 2007), implicaciones muy graves en todos los ámbitos de la vida cotidiana de las mujeres (rendimiento laboral, vida social, uso del tiempo libre, etc.), en la salud física (síntomas somáticos, abuso de medicamentos, mayor vulnerabilidad frente a enfermedades, insomnio, etc.) y en la psicológica (trastorno de estrés postraumático, síntomas depresivos, ansiedad, baja autoestima, etc.), tanto a corto como a medio y largo plazo (Menéndez, Pérez y Lorence, 2013).

Algunos de los síntomas psicológicos más significativos detectados en estas víctimas son: a) sensación de amenaza incontrolable a la vida y a la seguridad personal (Harding y Herweg-Larsen, 2009; Labrador et al., 2004); b) aislamiento social y ocultación de lo ocurrido, vergüenza social percibida (Cross, Copping y Campbell, 2011; Labrador et al., 2004); c) sentimientos de culpa por las reacciones de la mujer para evitar la violencia (mentir, cubrir al maltratador, tener contactos sexuales a su pesar, maltrato o no protección adecuada de los hijos, etc.). Estos sentimientos pueden deberse a su modo de reaccionar ante la violencia o por su propia forma de percibirse (verse poco atractiva, provocadora de la violencia, etc.); y d) depresión y sentimientos de baja autoestima (Echeburúa y Redondo, 2010; Golging, 1999; Labrador et al., 2004; Whiting, Simmons, Havens, Smith y Oka, 2009).

Según Carlson y Dalenberg (2000), en el análisis del impacto psicológico de las experiencias traumáticas, existe consenso en señalar una serie de factores principales que pueden exacerbar o mitigar la respuesta individual ante una experiencia potencialmente traumática: a) características de la situación o evento sufrido (tales como su naturaleza, severidad y duración); b) características individuales de la víctima (nivel de desarrollo, características de personalidad o historia psicopatológica); y c) características del contexto que rodea a la víctima (apoyo social previo y posterior al acontecimiento y eventos estresantes adicionales), siendo el apoyo social un recurso importante a la hora de hacer frente a las adversidades, por lo que el aislamiento social favorece la perpetuación de la violencia de género (Michalski, 2004; Stith, Williams y Rosen, 1992).

Estudios como el de Dutton (1992) o Nurius, Furrey y Berliner (1992) señalan, en el mismo sentido, la influencia del nivel de estresores adicionales a la hora de valorar el

ajuste psicológico de las mujeres víctimas de violencia en la pareja, puesto que se ha observado que la situación de maltrato, a menudo, produce la aparición de otras situaciones estresantes adicionales (violencia sobre los hijos, reducción del rendimiento laboral o pérdida del trabajo, problemas de salud, conductas de acoso tras la ruptura, problemas legales relacionados con la separación y custodia de los hijos, problemas económicos, etc.), que contribuyen a reducir la capacidad de la mujer para hacer frente a la situación de maltrato y repercute significativamente en su nivel de ajuste psicológico.

Aunque las mujeres pueden ser las víctimas más evidentes de la violencia en el hogar, sus hijos son víctimas también de la misma (Jouriles, McDonald, Smith, Heyman y Garrido, 2008). La violencia ejercida contra la mujer tiene unas repercusiones mucho mayores que el daño inmediato causado a la víctima, tiene consecuencias devastadoras para las mujeres que la experimentan, y un efecto traumático para los que la presencian, en particular los menores (OMS, 2005). Si el primer paso es visibilizarla, ésta debe ir acompañada de aquellas estrategias de protección y atención que den a las víctimas la seguridad suficiente para decidirse a pedir ayuda. En este sentido, la información disponible permite conocer lo que le sucede sólo a las mujeres que denuncian su situación o bien a las que conscientes de ella y acuden a diversos dispositivos de apoyo y ayuda, pero, probablemente, existe un amplio número de víctimas invisibles cuya situación y realidad permanece oculta, por diversas circunstancias personales o por la pasividad y tolerancia de su entorno más próximo (Menéndez et al., 2013).

Algunos autores no contemplan la exposición a la violencia de género como un tipo de maltrato directo hacia los niños, sin embargo otros lo describen como un tipo de maltrato emocional (De los Santos y Sanmartín, 2005), ya que conlleva graves consecuencias para los menores y genera situaciones de intenso estrés (Alcántara, 2010).

Así, UNICEF (1999) ya consideraba como maltrato, no solo la violencia directa ejercida contra los niños, sino también los efectos indirectos de la violencia familiar sobre éstos, basándose en diferentes estudios que han subrayado las consecuencias psicológicas potencialmente adversas que ejerce sobre los menores la situación de exposición a episodios violentos, tanto físicos como psicológicos, perpetrados por la pareja de la madre hacia ésta. No obstante, muy recientemente se aprecia una creciente

sensibilidad respecto a la situación de los menores testigos de violencia de género en el hogar.

El reconocimiento de la necesidad de abordar de manera específica la situación de estos menores, queda recogido, por La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, en La Resolución 1714 (2010)[6] dónde se reconoce que ser testigo de la violencia perpetrada contra su madre "*es una forma de maltrato psicológico en todos los casos y tiene consecuencias potencialmente muy graves*" para los niños. Por ello, los menores que se encuentran en esta situación requieren de una acción más específica, ya que muy a menudo no son reconocidos como víctimas del impacto psicológico que supone esta experiencia; ni como posibles futuras víctimas; ni como elementos posibles de una cadena de transmisión intergeneracional de la violencia.

En esta misma dirección, Save the Children (2011) identifica la situación de violencia de género en el hogar como un contexto de exposición de los menores a un tipo de violencia que tiene unas consecuencias negativas sobre su desarrollo normal. Así, para considerarlos víctimas no es necesario que la sufran directamente, basta con presenciar la violencia que se ejerce contra sus madres o el hecho de crecer en un entorno en el que la desigualdad entre el hombre y la mujer se expresa de forma violenta. Por consiguiente, es el deber de los Estados intervenir en todas estas situaciones, garantizando la protección y la atención de las mujeres y de los niños.

Llegados a este punto se hace necesario profundizar en el concepto de maltrato infantil intrafamiliar y en la descripción de sus distintas tipologías, con el fin de comprender la magnitud y dimensiones de este fenómeno.

1.4 MALTRATO INFANTIL

Los malos tratos a la infancia son una constante histórica, que se produce en todas las culturas y sociedades y en cualquier estrato social (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000). No obstante, si analizamos la historia, prácticamente ninguna cultura ha

[6] Véase, Parliamentary Assembly. Resolution 1714 (2010). *Children who witness domestic violence*. http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta10/ERES1714.htm

planteado la violencia hacia la infancia como un problema social. La consideración de los hijos como "*propiedad privada*" de los padres ha llevado a justificar la agresión hacia los mismos como un método "*normal*" de disciplina (Casas, 1998).

Como señalan Simón, López y Linaza (2000) entre los primeros indicios de cambio de mentalidad de los adultos hacia el cuidado de la infancia, se encuentran, entre otros, la creación de diferentes entidades como el *Child Welfare Movement* en los países anglosajones a partir de 1820; *la New York Association for the Rehabilitation of Juvenile Offenders*, que creó la primera casa de acogida para "niños delincuentes"; y la fundación de Sociedades como la *Society for the Prevention of Cruelty to Children (SPCC)* en Nueva York para evitar el maltrato en el seno familiar. La creación de esta Sociedad parte de la situación de Mary Ellen Wilson, primer caso documentado de malos tratos físicos y negligencia a una niña de 9 años, que sirvió de punto de partida de un importante proceso de cambio social y legislativo. Pocos años más tarde se creó en Londres (1884) la *National Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC).*

En esta línea, uno de los trabajos considerados como motor en la concienciación de la población en relación al maltrato infantil, fue realizado por Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller y Silver (1962) que describieron el "*Síndrome del Niño Apaleado*", presentándolo por primera vez bajo la etiqueta de maltrato. Si bien estas primeras definiciones hacían referencia a aspectos limitados del maltrato infantil, entendiéndolo exclusivamente como maltrato físico.

Fue en la segunda mitad del siglo XX cuando dicho proceso se consolidó en Europa occidental y Norteamérica, aunque en España se inició algo más tardíamente. Uno de los hechos relevantes que se asocia a este proceso es la aprobación de la Declaración de los Derechos del Niño (ONU, 1959), que recogía explícitamente en su artículo 9, entre otros aspectos, que los niños "*deberían ser protegidos contra toda forma de abandono, crueldad y explotación*". La Convención de los Derechos de los Niños de Naciones Unidas, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas (1989), es una muestra clara de los cambios en la consideración de la infancia y de sus necesidades. Como indican Díaz y Ayuga (1995) este gran paso en la historia de la infancia supone reconocer a los niños como sujetos de derecho, y forma parte del derecho positivo de los países que la ratificaron, por lo que está incluida en el ordenamiento jurídico español y

puede ser invocada ante la sociedad y los tribunales[7]. De forma paralela a la consideración de que los niños tienen una serie de derechos surge el hecho jurídico y social de la violación de estos derechos, y, con él, el concepto de maltrato.

El desarrollo de investigaciones en el ámbito social y el avance evidente en la democratización de las sociedades más avanzadas, ha contribuido a la situación actual. Según Vega y Moro (2013) las definiciones de maltrato, ya no se basan sólo en un enfoque jurídico centrado en las deficiencias; es decir, en la conducta del maltratador, como proponían algunos autores (Straus, 1979; Straus y Gelles, 1990; Straus y Hamby, 1997; Straus, Kinard y Williams, 1995), y en los daños y/o carencias causados a los menores por sus padres o cuidadores, ya sea de forma intencional o no, como sugerían otros (Ketsela y Kedebe, 1997; Madu y Peltzer, 2000; Shumba, 2001; Youssef, Attia y Kamel, 1998); sino que se orientan hacia cuestiones más globales del desarrollo y hacia las necesidades y derechos de la infancia (Solís de Ovando, 2003; Vega y Moro, 2013).

De igual forma, los datos sobre maltrato infantil pueden considerarse como un componente de un sistema de información más general sobre el bienestar de la infancia, teniendo en cuenta todo acto que ponga en riesgo el desarrollo físico y psicosocial de los menores (Martín, 2005). Así, existe cada vez mayor conciencia acerca de que la falta de datos adecuados sobre este punto, como la calidad y las condiciones del entorno en el que crecen los menores, dificultan enormemente el desarrollo y la implementación de políticas más eficaces (European Network of National Observatories on Childhood [ChildONEurope], 2009).

Sin embargo, como señala Pollak (2010) el maltrato infantil es un fenómeno difícil de conceptualizar. En la actualidad, aún no existen definiciones de maltrato infantil que hayan encontrado una aceptación general, lo que sigue dificultando su generalización y favorece que los distintos investigadores y grupos de investigación, desarrollen sus propias definiciones; al margen o no de las proporcionadas por los organismos oficiales, nacionales e internacionales, gubernamentales o no gubernamentales; dando lugar a una diversidad terminológica (negligencia, abuso, violencia, maltrato, etc.) que provoca confusión, superposición de significados, definiciones imprecisas y estrategias de

[7] Ratificada por España y publicada en el B.O.E., nº 313 de 31 de diciembre de 1990.

medición insuficientes (Manly, 2005). Además, esta situación comporta una dificultad añadida a la hora de determinar cuándo estamos ante formas de crianza adecuadas y cuándo ante formas negligentes o peligrosas (National Research Council, 1993). Así mismo, no podemos olvidar que la conceptualización del maltrato infantil es producto del contexto cultural e histórico en el que se manifiesta. Como han señalado Finkelhor y Korbin (1988) una definición a nivel internacional aceptable debería ayudar a diferenciar el maltrato infantil de otros problemas sociales, económicos y de salud que afectan a la vida de los niños, y ser lo suficientemente flexible como para poder utilizarla en diferentes culturas y contextos sociales.

Como muestra de las dificultades que supone la unificación de criterios a la hora de conceptualizar el maltrato infantil, presentamos a continuación algunas definiciones propuestas por los principales organismos nacionales e internacionales: Una de las primeras definiciones sobre maltrato infantil, que incluye el abuso psicológico y la negligencia como posibles formas de maltrato, es la propuesta en la Convención de los Derechos de los Niños de Naciones Unidas (1989), recogida en su artículo 19:

> *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* (CDN, 1989).

Quizá una de las más citadas sea la formulada durante la Consulta de la OMS de 1999 sobre Prevención del Maltrato Infantil, y más tarde actualizada en el Informe Mundial sobre Violencia y Salud (OMS, 2002). Esta definición abarca una amplia gama de comportamientos que pueden causar daños, tanto a corto como a largo plazo; no tiene en consideración la presencia o no de intencionalidad en la conducta, con lo cual se incluye la victimización indirecta del menor; y extiende el concepto más allá del grupo familiar:

> *Cualquier forma de daño físico y/o emocional, abuso sexual, negligencia o cualquier forma de trato negligente, comercial o explotación, que resulta en el daño actual o potencial a la salud, sobrevivencia o desarrollo de la dignidad, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder* (o.c., p. 6).

El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (2006) incluye en su definición, además, un matiz en relación a la duración del maltrato, ya que hace referencia tanto a actos ocasionales como habituales de maltrato. Así mismo, introduce las actitudes y conductas que tienen un carácter activo o de omisión/descuido:

> *Los menores víctimas de maltrato y el abandono son aquel segmento de la población conformado por niños, niñas y jóvenes hasta los 18 años que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales. El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o trasgresión de los derechos individuales y colectivos, e incluye el abandono completo o parcial* (UNICEF, 2006).

Y en España, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2006), en la definición que propone, hace mención explícita a la privación del bienestar de los menores:

> *Acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño o la niña de sus derechos y su bienestar, que amenaza y/o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad* (o.c., p. 14).

El maltrato infantil es, por tanto, un fenómeno complejo y multidimensional, como puede apreciarse en las definiciones generales presentadas anteriormente, en las que se evidencia la falta de homogeneidad en los parámetros que se han utilizado para su conceptualización. En esta dirección, Perea et al. (2001) revisaron catorce definiciones sobre este concepto, procedentes de organismos internacionales y grupos especializados en el tema. Llegaron a la conclusión de que ninguna de las definiciones analizadas reunía todos los elementos que se consideran básicos o elementales, lo que les llevó a proponer ocho criterios que deberían tenerse en cuenta para una definición más exhaustiva de este fenómeno que posibilitara su universalidad (véase Tabla 1.2).

Tabla 1.2

Elementos básicos para el establecimiento de la definición

1. **Identificación del agresor.** Determina si el perpetrador es una persona, una institución o la sociedad en su conjunto.
2. **Forma de agresión.** Acción u omisión en contra del bienestar de un niño.
3. **Sitio donde ocurre la agresión.** Especifica que el maltrato puede ocurrir dentro o fuera del hogar.
4. **Intencionalidad del evento.** Establece que la intención es una condición obligada en el fenómeno del maltrato.
5. **Etapa de la vida involucrada.** Describe que el daño puede ocurrir antes y/o después del nacimiento.
6. **Tipo de lesión**. Considera las diversas consecuencias de maltrato (físico, sexual, emocional, social, entre otros).
7. **Repercusión de la agresión en el menor.** Establece que el impacto del daño independientemente de la forma como es perpetrada, puede ser de expresión física, psicológica o social, en forma única o en combinación.
8. **Amplitud de la definición.** Evalúa si la definición es comprensible, es muy extensa o escueta.

Fuente: Perea, et al. (2001). El maltrato al menor: Propuesta de una definición integral. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 58,* (p. 252).

Finalmente, de acuerdo con Muela (2008) la ausencia de un sistema de clasificación común repercute de forma clara en el conocimiento del sufrimiento del niño en toda su magnitud; las distintas investigaciones pueden no recoger la realidad de este fenómeno en toda su amplitud; y las intervenciones pueden no ser las adecuadas para el cumplimiento de las necesidades de los menores víctimas de maltrato. Por ello, resulta necesario delimitar y profundizar de forma más precisa en los criterios que se han de utilizar a la hora de abordar el maltrato en la infancia, aún en la actualidad.

1.4.1 TIPOS DE MALTRATO INFANTIL

Como refleja la literatura científica, las dificultades en la conceptualización del maltrato infantil también se extienden a las definiciones operativas de cada tipo de maltrato (Herrenkohl y Herrenkohl, 2009), lo cual dificulta una delimitación clara entre las distintas tipologías.

A partir de los años 90, en un intento de establecer un sistema de clasificación unitario de los distintos tipos de maltrato infantil, diferentes autores propusieron

diversos modelos taxonómicos. Así, Barnett, Manly y Ciccheti (1991) y Manly (2005) propusieron un primer *Sistema de Clasificación de Maltrato (SCM*), que se considera uno de los más precisos y fiables de entre todos los desarrollados con posterioridad. A finales de los noventa, McGee, Wolfe y Wilson (1997) crearon un nuevo sistema de clasificación denominado *Record of Maltreatment Experiences (ROME)*, este sistema es el único, de los presentados en este texto, que hace mención explícita a la exposición por parte de los niños a violencia familiar. Casi paralelamente, en la misma dirección, English y el equipo de investigación LONGSCAN (Englis, 1997; English, Bangdiwala y Runyan, 2005), basándose en el sistema de Barnett et al. (1991), desarrollaron el *Sistema de Clasificación de Maltrato Infantil Modificado (SCMM)*. Finalmente, Lau et al. (2005) elaboraron un *Sistema de Clasificación Jerárquico Extendido (SCJE)*, que supone una adaptación mejorada del *Sistema de Clasificación Jerárquico (SCJ*) con la introducción de la combinación de determinados tipos de maltrato.

De entre todos estos sistemas de clasificación, el más utilizado es *el Sistema de Clasificación Jerárquico (SCJ)*. Este modelo diferencia entre maltrato activo y maltrato pasivo; es decir, entre la comisión de la lesión y la omisión de la atención. Así mismo, clasifica el maltrato infantil en cuatro grandes categorías, que han sido generalmente aceptadas por los distintos organismos, nacionales e internacionales, y por los distintos investigadores (Sedlak et al., 2008): abuso sexual, maltrato físico, negligencia y maltrato emocional (Barnett, Manly y Cichetti, 1993; Cichetti y Lynch, 1995).

En la Tabla 1.3 aparecen las diferentes propuestas de clasificación de maltrato infantil comentadas anteriormente.

Tabla 1.3

Sistemas de clasificación del Maltrato Infantil

SISTEMA DE CLASIFICACIÓN	AUTOR/ES-AÑO	TIPOLOGÍA	OTRAS DIMENSIONES
Sistema de Clasificación de Maltrato (SCM)	Barnett et al. (1991) Manly (2005)	Maltrato físico Abuso sexual Negligencia física Maltrato emocional Además incluye: Maltrato Moral/Legal/Educativo	Severidad Frecuencia/Cronicidad Separación/Emplazamiento Perpetrador
Record of Maltreatment Experiences (ROME)	McGee et al. (1997)	Maltrato psicológico Exposición a violencia familiar Abuso sexual Maltrato físico Negligencia psicológica y física	Estadio de desarrollo Género
Sistema de Clasificación del Maltrato Modificado (SCMM)	LONGSCAN, Barnett et al. (1991) Englis, 1997 English et al., 2005	La misma que el SCM	Mayor especificidad en el rango de severidad, y en los tipos y subtipos de maltrato
Sistema Jerárquico de Clasificación (SJC)	Lau et al. (2005)	Abuso sexual Maltrato físico Negligencia infantil Maltrato emocional	
Sistema Jerárquico de Clasificación Extendido (SJCE)	Lau et al. (2005)	Abuso sexual Abuso sexual con otro tipo de maltrato Maltrato físico Negligencia infantil Maltrato físico y negligencia infantil Maltrato emocional	

Fuente: Muela (2008). Hacia un sistema de clasificación nosológico del maltrato infantil. *Anales de Psicología, 24* (pp.78-80).

Además de las cuatro categorías tradicionales, algunos autores han propuesto algunas nuevas, como: el maltrato prenatal (Kent, Luidla y Brockington, 1997; Loredo, 1994; Sorinao et al., 2009). Así mismo, Celedón y Salem (2009) incluyeron otras tipologías

como: la explotación laboral, la mendicidad, la corrupción, el síndrome del bebé zarandeado, el síndrome de Münchausen por poderes y el maltrato institucional.

Lachica (2010) sugirió, con la denominación "*crueldad a la infancia*", las siguientes propuestas de clasificación: la explotación del menor, el ensañamiento terapéutico, los niños víctimas de acciones terroristas, las agresiones a los niños por motivos políticos o los niños soldado, entre otras.

En el ámbito nacional, Arruabarrena (2004) coordinó un proyecto en el que también se incluían otras categorías adicionales a las cuatro clásicas: corrupción por modelos parentales asociales, explotación laboral, maltrato prenatal, retraso no orgánico en el crecimiento, síndrome de Munchaüsen por poderes e incapacidad parental de control de la conducta infantil/adolescente.

Actualmente, se están desarrollando líneas de investigación que, utilizando un modelo *Jerárquico de Clasificación Extendido* como el propuesto por Lau et al. (2005), han tratado de construir sistemas jerárquicos para clasificar los diferentes tipos de maltrato, incluidos los patrones observados de multi-tipo de maltrato (Hahm, Lee, Ozonoff y Van Wert, 2010; Trickett, Kim y Prindle, 2011a). Los beneficios potenciales de los sistemas jerárquicos consisten en que permiten la comparación de los resultados de diferentes tipos de maltrato, teniendo también en cuenta la propensión que se ha evidenciado en la investigación a la asociación entre múltiples tipos de maltrato (Finkelhor, Ormrod y Turner, 2007; Mills et al., 2013).

En este trabajo vamos a describir las tipologías clásicas más comúnmente documentadas en la literatura sobre el tema, que son además las categorías más habituales en el sistema actual de recogida de datos basados en los casos notificados de maltrato infantil en los sectores social y sanitario (ChildONEurope, 2009): (1) Maltrato físico, (2) Maltrato por negligencia y/o abandono, (3) Abuso sexual y (4) Maltrato psicológico/emocional. Así mismo, dedicaremos un espacio propio a los menores expuestos a violencia de género, por ser objeto de estudio en esta investigación.

1.4.1.1 MALTRATO FÍSICO

El maltrato físico incluye una amplia gama de acciones e inacciones, que provocan daño o enfermedad al niño de forma intencional. Es decir: (1) El uso intencional de la fuerza física contra un menor de edad y también el comportamiento o decisiones que puedan causar daño al mismo, como enfermedades fingidas o inducidas (Síndrome de Münchausen por poderes); (2) Actos que puedan justificarse como disciplina o educación (como el castigo corporal).

Se expone a continuación la definición propuesta por la OMS/ISPCAN (2009), la cual recoge que el daño causado por el maltrato físico debe entenderse no sólo físicamente, sino también como un daño contra la supervivencia, el desarrollo y la dignidad del menor de edad:

> *El maltrato físico de un menor de edad se define como el uso deliberado de la fuerza física contra un niño de modo que ocasione, o muy probablemente ocasione, perjuicios para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño. Se incluyen en este concepto los golpes, palizas, patadas, zarandeos, mordiscos, estrangulamientos, abrasamientos, quemaduras, envenenamientos y asfixia. Gran parte de la violencia infantil en el hogar responde al propósito de castigar al niño* (o.c., p. 10).

En nuestro país, De Paúl y Arruabarrena (2002), describen los indicadores físicos más frecuentes en este tipo de maltrato, como se puede observar en la Tabla 1.4.

Tabla 1.4

Indicadores físicos de Maltrato Físico

INDICADORES FÍSICOS
1. Magulladuras o moratones en diversas partes del cuerpo como en rostro, labios o boca; en zonas extensas del torso, la espalda, nalgas o muslos que habitualmente están en diferentes fases de cicatrización o con formas anormales, agrupados o con formas o marcas del objeto con el que ha sido producida la agresión.
2. Quemaduras con formas definidas de determinados objetos o de cigarrillos o puros, o que son reflejo de haber sido realizadas por inmersión en agua caliente.
3. Fracturas de nariz o mandíbula o en espiral de los huesos largos.

Tabla 1.4

Indicadores físicos de Maltrato Físico (continuación)

4. Torceduras o dislocaciones.
5. Heridas o excoriaciones en la boca, labios, encías y ojos o en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.
6. Señales de mordeduras humanas, claramente realizadas por un adulto y reiteradas.
7. Cortes o pinchazos.
8. Lesiones internas, fracturas de cráneo, daños cerebrales, hematomas subdurales, asfixia y ahogamiento.

Fuente: De Paúl, J. y Arruabarrena, M. I. (2001/2002). *Manual de protección infantil* (2ª Ed. Reimpresión) (p. 15). Barcelona: Masson.

Del mismo modo, pueden aparecer indicadores en los padres o cuidadores (Simón et al., 2002): (1) Cuando acuden con el menor a un Centro de Salud, suele haber transcurrido un tiempo largo entre el momento de la consulta y la ocurrencia del suceso; (2) La forma en que se relata cómo se ha producido la lesión no guarda coherencia con la lesión que presenta el menor; (3) La historia de cómo se produjo la lesión suele ser contradictoria; (4) Los maltratadores no suelen estar dispuestos a facilitar información sobre el suceso; (5) Pueden culpar a otras personas de las lesiones; (6) Suelen mostrase reacios a la hora de realizar exploraciones y/o seguimiento del menor; (7) Suele haber una historia previa de "*accidentes*", que pueden no haberse detectado, aunque se hayan producido.

Una condición poco descrita en la literatura científica es la severidad del maltrato físico, la cual probablemente pueda estar determinada por algunas características del agresor, del niño y del contexto donde se produce (Perea y Loredo, 2004). En este sentido, algunos autores han planteado distintos niveles de gravedad del maltrato físico, dependiendo del nivel de lesiones físicas que éste produce, sin tener en cuenta las consecuencias psicológicas. Así, McGee, Wolfe, Yuen, Wilson y Carnochan (1995) clasificaron la gravedad del maltrato físico en: (1) *Leve*. Situaciones típicas de disciplina como nalgadas y sacudidas bruscas a niños mayores; (2) *Moderado*. Contacto físico que por su magnitud no pone en riesgo la vida. Incluye golpes, empujones, lanzar un objeto hacia el niño; (3) *Severo*. Conductas o agresiones potencialmente letales como el

golpear repetidas veces al niño; lanzar o azotar bruscamente; sacudir a un recién nacido; intento de estrangulación, quemaduras intencionales y uso de armas.

1.4.1.2 MALTRATO POR NEGLIGENCIA Y/O ABANDONO

El maltrato por negligencia es el tipo más común de maltrato, sin embargo la investigación sobre el mismo es relativamente escasa. Así lo demuestra un estudio meta-analítico internacional reciente sobre la prevalencia del mismo, que ha encontrado pocos trabajos en los que se analiza este tipo de maltrato (Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg y van IJzendoorn, 2013). La mayoría se centran en aquellas formas de maltrato más evidentes de cara a la detección como el maltrato físico y el abuso sexual.

Una de las dificultades con la que nos encontramos a la hora de definir el maltrato por negligencia y/o abandono físico infantil, se plantea precisamente en la delimitación clara entre maltrato por negligencia o maltrato por abandono físico. Ésta es necesaria para poder juzgarla como situación de riesgo o desamparo, dentro del marco legislativo en materia de protección de menores, y en consecuencia poner en marcha unos mecanismos u otros por parte de la Administración responsable (Moreno-Manso, 2002).

En este sentido, Martínez y de Paúl (1993) consideran que el maltrato por negligencia es consecuencia de actuaciones inadecuadas, por parte de los progenitores/cuidadores, ante las necesidades físicas, psíquicas, sociales e intelectuales del menor a su cargo; mientras que el abandono físico supone una situación de negligencia infantil, en la cual el grado es extremo y cuyas consecuencias físicas en el niño son muy graves.

La OMS/ISPCAN (2009) propone la siguiente definición de maltrato por negligencia:

> *La desatención abarca tanto incidentes aislados como la reiterada dejación por parte de un progenitor u otro miembro de la familia –cuando están en condiciones de ofrecérselo– con respecto al desarrollo y bienestar del niño, en uno o más de los aspectos siguientes: salud, educación, desarrollo emocional, nutrición, hogar y condiciones de vida seguras* (o.c., p. 10).

Por tanto, el criterio de cronicidad en este tipo de acciones, determinará la gravedad del maltrato al menor (Intebi y Arruabarrena, 2006).

Algunos expertos han desarrollado diferentes propuestas de tipologías de maltrato por negligencia y/o abandono (Dubowitz, Pitts y Black, 2004; Knutson, DeGarmo, Koeppl y Reid, 2005; Trickett, Mennen, Kim y Sang, 2009). Si bien, hay similitudes entre los diferentes subtipos planteados, todavía no existe consenso en relación a qué tipo de indicadores incluye cada uno.

Recientemente, Mennen, Kim, Sang y Trickett (2010) llevaron a cabo un estudio con niños de entre 9 y 12 años de edad, que se encontraban en Centros de Protección de Menores, a partir del cual proponen una clasificación de maltrato por negligencia, que incluye cinco categorías: (1*) Negligencia en el cuidado*. Ocurre cuando un padre no satisface las necesidades básicas del niño, tales como: alimentación adecuada en términos de cantidad y calidad; higiene adecuada; ropa adecuada que esté limpia, sea de su talla y apropiada para el clima; (2) *Negligencia ambiental*. Ocurre cuando en el entorno físico de un niño está presente un peligro para la salud y la seguridad, o la casa no es apropiada en cuanto al tamaño y/o la limpieza; (3) *Negligencia educativa*. Implica que un padre impide que reciba una educación apropiada y/o no envía al niño a la escuela; (4) *Negligencia médica*. Se refiere a falta de cuidados médicos apropiados cuando un niño tiene la necesidad de una evaluación médica o tratamiento por una lesión, enfermedad o discapacidad; y (5) *El abandono en la supervisión*. Se refiere a una situación en la que un padre deja al niño solo o con un cuidador sustituto inapropiado. No obstante, estos autores consideran que esta clasificación no es generalizable a otros grupos de edad y, además, insisten en la necesidad de potenciar estudios empíricos sobre el tema.

1.4.1.3 ABUSO SEXUAL

La experiencia de abuso sexual en la infancia se considera un problema social grave que conlleva, generalmente, efectos importantes para la víctima que lo sufre, que interfieren en su adecuado desarrollo y tienen un efecto negativo en su estado físico y psicológico (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

Según la OMS/ISPCAN (2009) el abuso sexual puede definirse como:

> *La participación de un niño en actividades sexuales que no comprende plenamente, en las que no puede consentir con conocimiento de causa o para las que no está suficientemente desarrollado, o que transgreden leyes o tabúes sociales. Los niños pueden ser objeto de abusos sexuales por parte de adultos o de otros niños que, o en razón de su edad o de su estado de desarrollo, estén en una situación de responsabilidad, confianza o poder en relación con su víctima* (o.c., p. 10).

Esta definición incluye al menos cuatro características clave: (1) Actos con o sin contacto con fines explícitos, o no, sexuales; (2) Sucesos entre un niño o una niña y un adulto, y también entre los menores de edad; (3) No requieren pruebas del uso de fuerza o coacción; (4) Pueden ocurrir como una forma de explotación, por ejemplo en la prostitución o la producción de imágenes de abuso infantil (ChildONEurope, 2009).

En nuestro país, la mayoría de profesionales utilizan los criterios clínicos de coerción y asimetría de edad propuestos por Finkelhor y Hotaling (1984) y corroborados por López (1994), y López y González (2007) para definir el abuso sexual infantil: (1) *Asimetría de edad*, que impide la verdadera libertad de decisión del menor e imposibilita una actividad sexual compartida, ya que los participantes tienen experiencias, grado de madurez biológica y expectativas muy diferentes respecto a la relación sexual (Cantón y Cortés, 2000). Entre el menor y el agresor debe existir por lo menos una diferencia de cinco años, que, en función de los casos, alcanzará un rango de diez años cuando el menor tenga más de 12 años, y siempre considerando la edad del agresor no inferior a 13-16 años. (2) *Coerción*. Se refiere al contacto sexual mantenido con un menor mediante el uso de la fuerza física, la amenaza, la presión, la autoridad o el engaño, considerada criterio suficiente para etiquetar una conducta de abuso sexual, independientemente de la edad del agresor. Es importante señalar que la violencia física no siempre está presente, especialmente cuando al agresor es un adulto; siendo suficiente una relación de autoridad y/o de confianza entre el agresor y la víctima para que el abuso sexual ocurra (Pereda, 2010b). La adopción de estos criterios facilita la detección de los casos, además tiene la ventaja de incluir las agresiones sexuales que

cometen unos menores sobre otros, hecho que en los últimos años se ha convertido en un problema que ocurre con cierta frecuencia (Sperry y Gilbert, 2005).

Así mismo, dentro de las tipologías de abuso sexual infantil se incluyen tanto las conductas que implican contacto físico como aquellas que no implican directamente ese contacto (López, 1995; O´Donohue y Geer, 1992). Por otra parte, el abuso sexual puede ser: (1) *Intrafamiliar*, también denominado incesto, y se produce cuando el contacto físico sexual o el acto sexual es realizado por un pariente de consanguinidad. Se incluye también el contacto físico sexual con adultos que estén cubriendo de manera estable el papel de figuras parentales. (2) *Extrafamiliar*, se produce cuando hay contacto sexual entre un adulto y un menor fuera de la familia (Fischer y McDonald, 1998). Y, finalmente, Echeburúa y Guerricaechevarría (2000) proponen la existencia de abusos sexuales agudos, que el menor sufre en una única ocasión, habitualmente llevados a cabo por agresores desconocidos; o crónicos, que se producen en más de una ocasión, pueden perdurar largos períodos de tiempo y suelen ser cometidos por personas del entorno cercano del menor.

El impacto psicológico del abuso sexual va a depender, por tanto, de la frecuencia, la duración, la gravedad del abuso y de la relación con el agresor, pero también de la fase del desarrollo psicológico de la víctima en la que tuvo lugar el suceso (Briére y Elliott, 2003; Katz y Watkins, 1998). Así, cuando el abuso sexual se produce con contacto físico, con carácter repetido, y el agresor ha sido un miembro de la misma familia, las consecuencias a corto plazo son, en general, muy negativas para el funcionamiento psicológico de las víctimas. Las consecuencias a largo plazo son más inciertas, aunque parece existir cierta correlación entre el abuso sexual sufrido en la infancia y la aparición de alteraciones emocionales o de comportamientos sexuales desadaptados en la vida adulta (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2011; Sarasua, Zubizarreta, de Corral y Echeburúa, 2013).

De acuerdo con Pereda (2010a) es preciso establecer unos criterios nosológicos claros que permitan la correcta detección y clasificación de este tipo de víctimas, lo cual posibilitaría diseñar intervenciones más específicas y adaptadas a las mismas.

1.4.1.4 MALTRATO EMOCIONAL/PSICOLÓGICO

Como ya se ha comentado, si definir el maltrato infantil es una tarea espinosa porque es difícil establecer los límites entre lo que es o no una conducta de maltrato (Arruabarrena y de Paúl, 2005; De Paúl, Milner y Múgica, 1995; Muela, 2008; Nicholas y Bieber, 1994), lo es especialmente en el caso del maltrato psicológico/emocional, ya que plantea un reto para investigadores y profesionales a la hora de definir, identificar y evaluar su gravedad, así como para el diseño de medidas de prevención e intervención (Arruabarrena, 2011; Baker, 2009; Brassard y Donovan, 2006; Glaser, Prior, Auty y Tilki, 2012; Hart et al., 2011).

A pesar de que la evidencia sugiere que el maltrato psicológico en la familia puede ser la forma más frecuente y dañina de malos tratos en la infancia (Dodge-Reyome, 2010; Wright, 2007; Yates y Wekerle, 2009) y puede exacerbar los efectos esperados de otros tipos de maltrato (Berzenski y Yates, 2011), ha recibido relativamente poca atención de los investigadores, de los encargados de formular políticas y de los profesionales que trabajan en los sistemas de protección infantil. Si bien, es cierto que recientemente esta situación está cambiando y se está publicando un mayor número de estudios sobre el tema (Arruabarrena, de Paúl, Indias y Ullate, 2013; Trickett et al., 2009).

El maltrato psicológico incluye actos de omisión y comisión, se produce en forma aislada o muy frecuentemente asociado a otras formas de maltrato (Herrenkohl y Herrenkohl, 2009), y puede incluir un patrón repetido de incidentes extremos por parte del cuidador. En esta línea, la Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y el Abandono de los Niños, define el maltrato psicológico como:

> *El fracaso en proporcionar al niño un entorno evolutivamente apropiado y de apoyo, incluyendo la disponibilidad de una figura primaria de apego, de forma que pueda desarrollar un conjunto estable y completo de competencias emocionales y sociales que corresponden con sus potencialidades personales en el contexto de la sociedad en la que vive. Puede consistir también en actos hacia el niño que le provocan o tienen una alta probabilidad de provocarle daño en su salud o en su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. Estos actos*

deben estar razonablemente bajo el control de los padres o personas que mantengan con él una relación de responsabilidad, confianza o poder. Los actos incluyen restricción del movimiento, patrones de rechazo, denigración, culpabilización, amenazas, inducción de miedo, discriminación, ridiculización u otras formas no físicas de tratamiento hostil o rechazante (ISPCAN, 1999).

A pesar de que esta definición goza de una amplia aceptación, profesionales e investigadores necesitan definiciones más operativas y precisas para poder desarrollar estudios cuyos resultados sobre prevalencia e incidencia puedan ser generalizables, ya que hasta ahora dichos datos hay que analizarlos con cierta cautela por este motivo (Brassard y Donovan, 2006). En esta dirección, una de las propuestas de definición operativa de maltrato psicológico más citadas, aún hoy en día, es la realizada por la *Asociación Profesional Americana sobre el Maltrato Infantil (APSAC)*, que diferencia seis categorías o formas de maltrato psicológico, tal y como se refleja en la Tabla 1.5.

Tabla 1.5

Categorías de Maltrato Psicológico y características

TIPOS	CARACTERÍSTICAS
Rechazar/degradación hostil	Incluye actos verbales y no verbales del adulto que rechazan y degradan al niño.
Aterrorizar -amenazar	Amenazas de sufrir daño físico, morir o ser abandonado/a, y/o ponerle en situación clara de peligro.
Aislamiento	Negar al niño de forma continuada oportunidades para satisfacer sus necesidades de interactuar/comunicarse con iguales o adultos dentro y fuera del entorno familiar.
Explotación/corrupción	Fomentar el desarrollo de conductas inapropiadas en el niño, por ejemplo, conductas autodestructivas, antisociales, delictivas, desviadas u otras conductas desadaptadas.
Ignorar	Ausencia de responsividad emocional; ignorar los intentos y necesidades del niño de interactuar ─ fracaso en expresarle afecto, protección y amor ─ y no mostrar emoción alguna en la interacción con él.
Negligencia hacia la salud mental/médica/educativa	Actos injustificados que ignoran, no permiten o fracasan en proporcionar el tratamiento requerido para los problemas o necesidades de salud mental, médicas o educativas del niño.

Fuente: American Professional Society on the Abuse of Children (1995). *Psychosocial evaluation of suspected psychological maltreatment in children and adolescents* (p. 2). Practice Guidelines. Chicago: APSAC.

Desde la definición propuesta por la APSAC (1995), existe un gran consenso acerca de que el maltrato psicológico incluye conductas de los padres, tales como el rechazo, el aislamiento, corromper, aterrorizar, despreciar, y falta de afecto, protección y amor (Brassard y Donovan, 2006). Más recientemente, la exposición a la violencia doméstica o a la violencia en la pareja se ha propuesto, así mismo, como una forma de maltrato psicológico/emocional (Committee on the Rights of the Child, 2011; Hibbard et al., 2012).

Por otro lado, en una revisión llevada a cabo por Arruabarrena (2011) en relación a los criterios utilizados para determinar la gravedad del maltrato psicológico, los más utilizados por distintos autores y organismos (APSAC, 1995; Baker, 2009; Barnett et al., 1991; Brassard y Donovan, 2006; Glaser, 2002; Hart, Brassard, Binggeli y Davidson, 2002; McGee y Wolfe, 1991) han sido los siguientes: (1) Intensidad, frecuencia y duración del maltrato; (2) Grado en que caracteriza la relación paterno-filial; (3) Cantidad de tipos de comportamiento de maltrato que se han producido o se están produciendo; (4) Presencia de otros factores relevantes en la vida del niño que pueden ejercer un efecto amortiguador; (5) Relevancia del maltrato en base a la edad del niño; período evolutivo actual y el que le va a seguir; (6) Grado en que el niño ha sufrido, está iniciando o se prevé que va a sufrir un daño significativo a lo largo de su desarrollo.

1.5 MENORES EXPUESTOS A VIOLENCIA DE GÉNERO

Según ha señalado Sepúlveda (2006) la cuestión acerca de si la exposición de los menores a la violencia que sufren sus madres por parte de su pareja o expareja se debe incluir como una forma de maltrato infantil, no ha alcanzado consenso en la actualidad. Si bien, es cierto que ha recibido mucha atención en los últimos años por parte de diferentes investigadores que consideran que la victimización indirecta también debería incluirse como un tipo de maltrato infantil (Echlin y Marshall, 1995; Garbarino, Guttmann y Seeley, 1986; Gilbert et al., 2009; Herrenkohl y Herrenkohl, 2007; Holden, 2003; Kitzmann et al., 2003; McGee et al., 1997; Peled y Davies, 1995; Wathen y MacMillan, 2013; Wolfe y McGee, 1994).

En la misma línea, como ya se ha comentado anteriormente, distintos organismos nacionales e internacionales, cuya función es defender y proteger los derechos de los niños incluyen la violencia de género en el seno familiar como una forma de maltrato emocional en la infancia (Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, 2010; Committee on the Rights of the Child, 2011; Save the Children, 2006, 2008, 2011; UNICEF, 1999, 2006).

Muy recientemente, la OMS introduce por primera vez de forma explícita la exposición a violencia de pareja como una forma de maltrato infantil, sin incluirla en ninguna de las categorías ya existentes:

> *El maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil* (OMS, 2014a).

En España, hasta hace muy poco, únicamente el sistema de recogida de datos del *Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS),* a partir del año 2003, considera entre las principales categorías de maltrato infantil la *Exposición a Violencia Doméstica*. Es decir, situaciones en las que un menor de edad es testigo de violencia de un cuidador o un familiar, ya sea menor de edad o adulto. La descripción que aporta es la siguiente:

> *Un menor de edad ha sido testigo de la violencia que se produce entre sus cuidadores. Esto incluiría las situaciones en que el menor de edad fue testigo indirecto de la violencia (por ejemplo, vio las lesiones físicas en su cuidador al día siguiente o escuchó la violencia)* (CIS, 2003).

Esta situación se vio modificada en abril de 2013, a partir de la aprobación del *II Plan Estratégico de Infancia y Adolescencia* con vigencia hasta 2016, en el que se reconoce por primera vez en España a los menores expuestos a violencia de género como *"víctimas de maltrato"*.

Algunos países contemplan el hecho de ser testigo de violencia como un tipo específico de maltrato –el ejemplo de Chipre e Italia– pero sólo como motivo para la adopción de medidas específicas de protección y no como un delito en sí mismo. En Inglaterra, presenciar o escuchar el maltrato de otro, por ejemplo en casos de violencia doméstica, se define legalmente como daño a un menor de edad y lo clasifican como maltrato emocional, pero sólo cuando no se produce maltrato físico de los menores de edad involucrados. Hasta ahora, sólo Canadá ha desarrollado políticas y prácticas específicas para la exposición a violencia doméstica (ChildONEurope, 2009).

Más allá de si se incluye o no como categoría de maltrato, surgen otras dificultades concernientes a qué terminología utilizar para denominar este tipo de situaciones, en las que los menores presencian situaciones de violencia contra su madre perpetrada por su pareja o expareja en el ámbito familiar.

En los países anglosajones y en Estados Unidos se han utilizado diferentes términos. Las investigaciones iniciales empleaban los de *"testigos* u *observadores"*, que hacían referencia a la observación directa de la violencia de género, sin entender que pudiera provocar en la persona observadora algún daño o efecto. No se incluían los episodios en los cuales los menores escuchaban, o eran parte de, o veían las secuelas de la violencia hacia la madre, o experimentaban los resultados de ésta (Grip, 2012; Holt et al., 2008; Loise, 2009).

En un intento de crear un lenguaje común, y ampliar el conocimiento y la comprensión de las experiencias vividas por estos menores, Holden (2003) plantea reemplazar estos términos por el de *"expuestos"*, que es más amplio e inclusivo, e implica la existencia de uno o varios efectos negativos producidos directa o indirectamente por tal exposición al hecho violento. Así mismo, propone una taxonomía que incluye 10 tipologías de exposición. Las seis primeras se refieren a algún tipo de implicación directa de los menores en los sucesos de violencia y las cuatro últimas describen situaciones de exposición indirecta a estos episodios, como se puede observar en la Tabla 1.6.

Tabla 1.6

Tipologías de exposición de niños/as a violencia de género

TIPOLOGÍAS	DEFINICIÓN
Exposición prenatal	Supone episodios de violencia física o psicológica hacia la mujer durante el embarazo.
Exposición en la que se interviene	Alude a la intervención del niño para detener la violencia.
Víctimas	Cuando el menor es agredido verbal o físicamente durante el episodio.
Participación	El niño participa en el episodio de violencia de forma voluntaria o es obligado.
Testigo presencial	El niño observa la violencia contra la madre directamente.
Escucha de forma casual	El/la menor escucha aunque no vea la violencia.
Observación de las consecuencias inmediatas a la agresión	El niño ve algunas consecuencias de la agresión (moratones, heridas, objetos rotos, ambulancias y policía, etc…).
Experimentación de las secuelas	El niño experimenta las consecuencias que genera en su vida la violencia contra su madre.
Escucha de lo sucedido	Al niño se le comenta o escucha conversaciones sobre los sucesos ocurridos.
Desconocimiento aparente de los acontecimientos	El niño no conoce sobre los episodios de violencia (porque sucedieron en ausencia del menor, o lejos de la residencia familiar, etc…).

Fuente: Holden, G. W. (2003). Children exposed to domestic violence and child abuse: Terminology and taxonomy. *Clinical Child and Family Psychology Review, 6* (pp. 152-153).

Holden, indica también que en un solo episodio violento, el menor puede experimentar varias de estas categorías, así como a lo largo de la historia de violencia.

Algunos autores como Graham-Bermann, Grubera, Howell y Girz (2009), y Wekerle y Wolfe (2003) han propuesto que la exposición a la violencia que sufren sus madres en la pareja es una forma de maltrato emocional que se conoce como "*aterrorizar*", y el adulto lo puede conseguir por el uso reiterativo de amenazas o comportamiento intimidante, que el menor puede observar y/o escuchar o conocer que la violencia tiene lugar en el hogar, de modo que estos niños pueden llegar a desarrollar sentimientos de insuficiencia y de impotencia.

No obstante, el término "e*xpuesto a"* la violencia ha sido cuestionado porque imagina al niño más como un espectador pasivo y no captura plenamente la parte activa que éstos pueden jugar en la violencia dirigida a la mujer por su pareja (Goddard y Bedi, 2010). Otros autores, proponen además términos como: "*experimentan"* (Överlien, 2010); "s*er sometidos a la violencia"* (Eriksson, 2010b); "s*e ven obligados a vivir con"* (Goddard y Bedi, 2010). Sin embargo, todos estos términos tienen connotaciones diferentes. Por ejemplo, "s*e ven obligados a vivir con",* hace hincapié en la ausencia de elección por parte del niño de vivir con la familia donde se produce la violencia o "*sometido"* significa ver al niño como víctima de un delito y no sólo como un observador.

Con el objetivo de ampliar la definición propuesta por Holden en 2003, Cunningham y Baker (2007) han planteado que los niños víctimas de violencia de género están expuestos a situaciones en las que ven, escuchan o conocen, y perciben el maltrato y el control coercitivo que el perpetrador ejerce hacia su madre. Así mismo, aluden a la violencia que el agresor puede seguir ejerciendo tras la separación, o volver a estar re-expuestos durante el régimen de visitas si el padre tiene una nueva pareja a la que también maltrata.

En este sentido, otros autores indican que la experiencia de los niños afectados por este tipo de violencia puede ser más extensa y continua, e incluyen otras situaciones como cuando el perpetrador insta al menor, mediante el uso de amenazas, a la comisión de actos de violencia contra la madre y/o tiende a socavar la relación madre-hijo como forma de ejercer un mayor control sobre la misma (Edleson, 1999; Hester 2010; Humphreys, Houghton y Ellis, 2008; Lapierre, 2010). Es decir, otra forma de ejercer el "*terrorismo íntimo*" contra la mujer (Johnson, 1995; Strauss y Gozjolko, 2014). Esto es consistente con los hallazgos de Bagshaw et al. (2011), quienes señalaron que muchas mujeres experimentan continuas amenazas posteriores a la separación y sienten la incapacidad de brindar protección a sus hijos cuando se encuentran solos con el padre violento. Por tanto, las consecuencias pueden ser muy graves, yendo desde el daño psicológico hasta la muerte, pudiendo presentar secuelas físicas, educativas, sociales y de relación, o de vínculo con los propios progenitores.

De igual forma, lo confirma Ohlson (2010) en su informe *Los Niños que son Testigos de Violencia Doméstica* (Children who Witness Domestic Violence), a la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, en el que señala que vivir en una familia donde la madre es maltratada significa estar expuesto a situaciones de opresión y control, y a un modelo de relación basada en el abuso de poder y la desigualdad. Con lo cual, estaría haciendo referencia al impacto que puede causar en el desarrollo de los menores la exposición al sistema de creencias y estilo parental del agresor en su vida diaria.

Además, hay que tener en cuenta que en las situaciones de exposición de niños y adolescentes a la violencia que sufren sus madres por parte de su pareja, suele existir frecuentemente co-ocurrencia de violencia física directa y de otros factores de riesgo familiares asociados, que actúan como factores estresantes y que pueden tener un efecto acumulativo a largo plazo (Finkelhor et al., 2007; Hamby, Finkelhor, Turner y Ormrod, 2010; Holt et al., 2008).

En este trabajo, pues, se analizará la exposición a la violencia de género como un fenómeno independiente de otras formas de maltrato infantil. Sin embargo, se considera que los niños y adolescentes pueden sufrir adicionalmente secuelas emocionales y/o físicas por su involucración directa en los episodios de violencia a los que están expuestos, así como estar expuestos a otros sucesos de riesgo familiar que les pueden causar un efecto adverso y acumulativo.

1.5.1 LEGISLACIÓN Y MEDIDAS DE ATENCIÓN EN ESPAÑA: CAMBIOS RECIENTES

La violencia de género es una de las formas de violencia que más atención social e institucional ha recibido en nuestro país en los últimos años, culminando entre otras, con medidas legislativas como la aprobación de la Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la *Orden de Protección de las Víctimas de Violencia Doméstica,* y la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de *Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*; así como del *II Plan Nacional de Medidas contra la Violencia Doméstica* 2001/2004, en el marco del *Observatorio Nacional de la Violencia Doméstica y de Género*. Fue aprobada por unanimidad por todos los grupos políticos

con representación parlamentaria y entró en vigor en enero de 2005, defendiendo una serie de *Medidas de Protección Integral* contra la Violencia de Género.

Según documentan multitud de estudios desarrollados durante la última década sobre menores expuestos a la violencia de género que sufren sus madres en el ámbito familiar, se reconoce que los niños que viven estas situaciones presentan secuelas similares a las que se evidencian en los menores que sufren maltrato directo. Además, la exposición de éstos a este tipo de violencia provoca consecuencias adversas y potencialmente muy graves. Por tanto, era una prioridad adoptar medidas específicas, contemplando las recomendaciones de los organismos internacionales, que atendieran las necesidades de estas mujeres víctimas de violencia de género y de sus hijos.

Tal y como se relata en la Exposición de Motivos[8], el objetivo fundamental de la Ley es reducir y erradicar las cifras de violencia de género que sufren las mujeres, cuyo ámbito de aplicación se amplía también a sus hijos, por ser también víctimas directas o indirectas del entorno familiar. Así, se tiene en cuenta por primera vez a estos menores, los grandes olvidados, como víctimas de este tipo de violencia.

La Ley parte de la base de que la violencia de género es un problema de carácter transversal que afecta a todos los sectores sociales, y precisa soluciones que incidan no sólo en la multiplicidad de sus causas, sino también en los efectos que tiene en las víctimas. Por ello, la respuesta institucional quiere ser global, y con decisiones que tengan fuerza de Ley, estableciendo medidas de protección social y económica, de tutela institucional, penal y judicial, entre otras (Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género, 2005).

A partir del año 2006, se desarrollaron diversas actuaciones a nivel estatal, entre las que se encuentran: El *I Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia* 2006-2009, aprobado el 16 de junio de 2006, prorrogado hasta 2010; y el *Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Genero* 2007-2008, aprobado por el Consejo de Ministros el 15 de Diciembre de 2006. En el primero se reconoce la situación de riesgo y desprotección social de los menores que viven en entornos

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

familiares en los que se sufre violencia de género, y, con el objetivo de proteger a estos niños, se proponen distintas medidas para mejorar el marco legislativo español. En el segundo, se ratifica lo que la Ley Orgánica 1/2004 ya reconoció, que será a través de los servicios sociales como se garantizará el derecho a la asistencia integral a las mujeres víctimas de violencia de género y a sus hijos.

En junio del año 2010, se desarrolló el *Protocolo Marco de Atención Especializada a menores expuestos a la Violencia de Género*. El objetivo fundamental que se planteaba era el de proporcionar un marco de actuación para atender de forma integral a todas las víctimas de la violencia de género, reconociéndose como un derecho el hecho de cubrir las necesidades específicas de los niños que viven en entornos familiares expuestos a este tipo de violencia. Se establecieron, para ello, diferentes actuaciones que incluían: el conocimiento de la realidad de estos menores, con el fin de poder cuantificar la magnitud del problema y comprobar si sus necesidades estaban siendo atendidas; formar a los profesionales que intervienen con este tipo de víctimas; prestar una atención especializada, garantizando el derecho a la asistencia social integral de estos niños desde que se formula la denuncia, creando medidas de protección tanto a nivel físico como emocional ante estas situaciones de violencia.

La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, ha desarrollado diversas actuaciones en este sentido, entre las que se encuentran la puesta en marcha de proyectos de intervención psicológica con menores, así como de asesoramiento con los diversos agentes implicados en los procesos educativos de hijos de mujeres víctimas de violencia de género.

Mediante el establecimiento de un convenio de colaboración con el Ministerio de Igualdad –acuerdo del Consejo de Gobierno de 29 de mayo de 2009– y a través del Decreto nº 256/2009, de 31 de julio, se reguló la concesión directa de subvención a la Asociación para el Desarrollo de la Salud Mental en la Infancia y Juventud (Quiero Crecer) para la creación del Servicio de Atención Psicológica a Hijos e Hijas de Mujeres Víctimas de Violencia de Género, vigente hasta la actualidad mediante prorroga del mismo y, en virtud del cual, ha sido posible llevar a cabo este estudio.

En nuestro país, la Ley de medidas integrales contra la violencia de género de 2004, ha tenido un amplio alcance y ha supuesto una mejora muy significativa en el tratamiento social, educativo, sanitario y jurídico de la violencia de género, reconocido a nivel internacional. Está considerada como ejemplo de buena práctica en la Base de Datos del Secretario General de la ONU sobre la Violencia contra la Mujer (Save the Children, 2011).

Del mismo modo, en el marco de la Unión Europea, en el desarrollo de la estrategia de igualdad de género, el modelo español se ha valorado como ejemplo de buena práctica[9] para la erradicación de este tipo de violencia. La necesidad de aproximarse de manera específica a la situación de los niños expuestos a la violencia de género ha sido igualmente impulsada desde la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Así, en 2010 se elaboraron y aprobaron diversos instrumentos en los que se trata esta cuestión. Recientemente, en la Resolución 1714 (2010) del Consejo de Europa, como ya se comentó anteriormente, se concreta que estos menores requieren una atención específica y multidisciplinar, puesto que son muchas las áreas en las que se pueden ver afectados y por lo tanto sería necesario prestarles un servicio de atención desde varios ámbitos de actuación.

El 5 de abril de 2013 se aprobó por Acuerdo de Consejo de Ministros, el *II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia* con vigencia hasta 2016. Se conforma como un instrumento integrador de las políticas de infancia y adolescencia en España, respondiendo de esta forma a la Recomendación del Comité de los Derechos del Niño sobre la "*necesidad de formular una estrategia global para la infancia sobre la base de los principios y disposiciones de la Convención*". El Plan pretende garantizar la protección del menor en todos los ámbitos, así como aumentar su bienestar y calidad de vida.

El análisis de la situación actual se realiza en torno a una serie de objetivos estratégicos, dos de los cuales plantean medidas específicas dirigidas a los menores

[9] Véase, Executive summary. *Programme of Exchange of Good Practices on Gender Equality*. Seminario celebrado en Madrid sobre Violencia de Género, septiembre de 2009. http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/other-institutions/good-practices/index_en.htm

expuestos a violencia de género. En relación con el primer objetivo, *Promover el conocimiento de la situación de la infancia y la adolescencia…,* se proponen algunas medidas que afectan de forma relevante al conocimiento acerca de la incidencia y prevalencia de este tipo de violencia, lo que permitirá una aproximación a la magnitud del problema en cifras más reales sobre la situación de estos menores: "*Generación de nueva información relevante que actualmente no se tiene, como por ejemplo los datos estadísticos de hijos de víctimas de violencia de género*" (o.c., p. 28); que se concreta en dos medidas específicas: (1.1.8) "*recopilación de datos estadísticos sobre niños y adolescentes hijos de mujeres víctimas de violencia de género*" (o.c, p. 56); y (1.3.8) *"se fomentarán actuaciones de sensibilización respecto a los niños expuestos a violencia de género en su contexto familiar"* (o.c., p. 62). En cuanto al segundo objetivo, *Avanzar en la promoción de políticas de apoyo a las familias en el ejercicio de sus responsabilidades en el cuidado, la educación y el desarrollo integral de los niños…,* se plantean algunos objetivos específicos como: "*… Tanto la visibilización de estos menores, como su protección. Así por primera vez, estos menores van a ser tenidos en cuenta en las estadísticas oficiales de violencia de género*" (o.c., p. 32); y se concreta en la medida (2.8) *detección del maltrato infantil: "impulsar un sistema de detección precoz de situaciones de violencia de género y maltrato infantil en el entorno familiar de los niños y de los adolescentes con la implicación de los centros docentes, el ámbito sanitario, policial y servicios sociales*" (o.c., p. 65).

Por tanto, este II Plan aporta como novedad la consolidación de un *Registro Unificado de Maltrato Infantil,* siendo uno de sus objetivos prioritarios el de reforzar la protección de los menores en situaciones de riesgo y de desamparo. A su vez, en los casos de violencia de género en los que estén implicados menores, incorpora medidas especiales de protección y tiene previsto su reconocimiento como *"víctimas de maltrato"*. Lo cual estaría en consonancia con lo planteado por algunos autores que han sugerido la necesidad de incluir a todos los niños expuestos a violencia de género en la categoría de víctimas, independientemente de si son o no son objetivos directos de la violencia (Cunningham y Baker, 2004; Eriksson, 2011).

Este Plan comienza a materializarse el 20 de febrero de 2015, con la aprobación en Consejo de Ministros y a propuesta del Ministro de Sanidad, Servicios Sociales e

Igualdad, del *Proyecto de Ley Orgánica de Modificación del Sistema de Protección a la Infancia y a la Adolescencia*[10]. Una reforma legislativa que permite, por primera vez, el reconocimiento de los menores como víctimas directas de la violencia de género. Con tal fin, se modifica el artículo 1 de la Ley de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. En consecuencia, los menores podrán permanecer con sus madres, con el objetivo de que los niños y adolescentes no se conviertan en un instrumento a través del cual los agresores puedan continuar ejerciendo el control y el dominio sobre las mismas. Y, finalmente, este proyecto de ley se ha traducido muy recientemente en la *Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia*[11], y la *Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia*[12], que mejoran la atención y la protección de los hijos e hijas de las mujeres víctimas de violencia de género. España, se convierte así, *"en el primer país en incorporar el interés superior del menor como principio interpretativo, derecho sustantivo y norma de procedimiento, como recomendó la ONU en 2013"* (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015). Es evidente que este reconocimiento o reclasificación de los menores expuestos a violencia de género como víctimas directas de este tipo de maltrato, tendrá implicaciones prácticas en un futuro muy próximo.

Por otra parte, *La Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer* (2013-2016), aprobada mediante acuerdo del Consejo de Ministros de 26 de julio de 2013, contiene como tercer objetivo general la atención a los menores y a las mujeres especialmente vulnerables a la violencia de género. En concreto, dentro de este objetivo general se encuentra uno específico dirigido a los menores de edad, en el que se incluyen diversas medidas dirigidas hacia los hijos de las mujeres víctimas de violencia

[10] Véase, Notas de prensa (20 de febrero de 2015). *Los Proyectos de Ley de Protección a la Infancia y la Adolescencia refuerzan la lucha contra la violencia hacia los menores y agilizan el acogimiento y la adopción.* Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3567

[11] Véase, Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Ministerio de la Presidencia. Gobierno de España. http://www.boe.es/boe/dias/2015/07/23/pdfs/BOE-A-2015-8222.pdf

[12] Véase, Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Ministerio de la Presidencia. Gobierno de España. http://www.boe.es/boe/dias/2015/07/29/pdfs/BOE-A-2015-8470.pdf

de género, articuladas en diferentes áreas: comunicación, servicios socio-asistenciales, sanidad, seguridad y justicia.

Así mismo, muy recientemente, en el marco del Observatorio de la Infancia (2014) con el objetivo de impulsar la adecuación del *Protocolo Básico de Intervención contra el Maltrato Infantil* a las circunstancias especiales en las que se encuentran los menores de edad que conviven en entornos donde existe violencia de género, se han introducido algunos elementos que complementan su desarrollo respecto a esta situación de especial atención a los hijos de las mujeres víctimas de este tipo de violencia. Al mismo tiempo, se destaca como condición necesaria y prioritaria la coordinación entre los servicios de atención a la infancia y los servicios de atención a las mujeres víctimas de violencia de género, ya que sin la recuperación de las madres difícilmente se puede facilitar el proceso de recuperación de sus hijos.

Con esta finalidad, y desde el ámbito específico de la salud, el NICE (2014) en su nueva guía de práctica clínica sobre violencia y abuso doméstico, señala la necesidad de realizar un trabajo coordinado entre los diferentes servicios que atienden a esta población para asegurarles una atención integral. Además subraya la urgencia de identificar y derivar, en caso necesario, a los niños y jóvenes que hayan sido víctimas o testigos de violencia de género e implementar servicios especializados para su atención psicológica.

Sin duda, se trata de grandes avances que posibilitarán sentar las bases para el desarrollo de una estructura sólida y más eficaz en la asistencia integral a los niños víctimas de este tipo de violencia, tratando con ello de visibilizar este problema de gran magnitud social y tan olvidado hasta hace muy poco por las políticas institucionales.

1.6 RESUMEN

El maltrato infantil es una constante histórica, que se produce en todas las culturas y sociedades (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000), considerado en la actualidad como un problema psicosocial y de salud pública.

De la literatura científica sobre el tema que nos ocupa se desprende la gran confusión constatada a nivel epistemológico, que deriva en la dificultad para encontrar una conceptualización unitaria sobre la violencia que ocurre en el seno familiar, de sus distintas tipologías, y específicamente de la violencia de género a la que están expuestos niños y adolescentes.

En lo que respecta a este trabajo de investigación, el término violencia de género se refiere a aquella violencia que sufren las mujeres en el ámbito familiar, a manos de sus parejas o exparejas y a la que son expuestos sus hijos, tal y como recoge la legislación vigente en España.

Por otra parte, el maltrato infantil, en sus distintas manifestaciones, puede ocurrir en contextos diversos, pero es una realidad más frecuente en el seno familiar. En este sentido, en los últimos años ha recibido una gran atención la exposición a violencia de género por parte de diferentes investigadores, los cuales señalan que la victimización indirecta debería incluirse como un tipo de maltrato infantil (Echlin y Marshall, 1995; Garbarino et al., 1986; Gilbert et al., 2009; Herrenkohl y Herrenkohl, 2007; Holden, 2003; Kitzmann et al., 2003; McGee et al., 1997; Peled y Davies, 1995; Wolfe y McGee, 1994). En la misma línea, distintos organismos, nacionales e internacionales, proponen que la violencia de género en el contexto familiar se considere una forma de maltrato emocional en la infancia (Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, 2010; Committee on the Rights of the Child, 2011; Save the Children, 2006, 2008, 2011; UNICEF, 1999, 2006).

En España, la Ley de medidas integrales contra la violencia de género de 2004, ha tenido una gran proyección en el tratamiento social, educativo, sanitario y jurídico de la violencia de género, que ha sido reconocida a nivel internacional, por el Secretario de la ONU y por la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa.

Actualmente, atendiendo a la recomendación del Comité de los Derechos del Niño, el 5 de abril de 2013, por acuerdo de Consejo de Ministros, se aprobó el *II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia* (2013-2016). Este Plan supone un gran avance, ya que en los casos de violencia de género en los que se encuentren menores implicados, incorpora medidas especiales de protección y prevé su

reconocimiento como *"víctimas de maltrato"*. Conforme a lo cual, el 20 de febrero de 2015 se aprobó en Consejo de Ministros *el Proyecto de Ley Orgánica de Modificación del Sistema de Protección a la Infancia y a la Adolescencia*, que permite, por primera vez, el reconocimiento de estos menores como víctimas directas de la violencia de género, y se ha traducido recientemente en la *Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia;* y la *Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia*. Además, también por primera vez, se va a tener en cuenta a estos menores en las estadísticas oficiales de violencia de género, con lo cual las cifras de incidencia y prevalencia se aproximarán más a la realidad de este fenómeno.

Capítulo 2
EPIDEMIOLOGÍA DEL MALTRATO INFANTIL

El segundo capítulo se centra en la descripción de la epidemiología del maltrato en la infancia. En primer lugar, se presentan los datos relativos a la incidencia y prevalencia de este fenómeno. Por incidencia se entiende el número de casos denunciados o detectados por autoridades oficiales –hospitales, servicios sociales, justicia– en un periodo de tiempo determinado, que suele situarse, habitualmente, en un año (Runyan, 1998). La prevalencia se define como el número de individuos que han sido víctimas a lo largo de su infancia, –generalmente considerada hasta los 18 años, si bien este criterio depende del estudio que se consulte–, que son detectados mediante estudios retrospectivos de autoinforme (Runyan, 1998). En este sentido, se exponen los datos actualizados sobre incidencia y prevalencia de maltrato infantil, tanto de las categorías clásicas de maltrato, como de la exposición de niños y adolescentes a violencia de género, a nivel internacional y nacional.

En segundo lugar, se analizan las cifras de comorbilidad entre las categorías tradicionales de maltrato infantil, es decir, la presencia de dos o más tipos de maltrato en un menor de forma simultánea. De igual forma, se estudia la asociación entre la exposición a violencia de género y otros tipos de maltrato infantil.

2.1 ALGUNAS OBSERVACIONES EN RELACIÓN A LA ESTIMACIÓN DE LA MAGNITUD DEL PROBLEMA

El maltrato infantil es un problema a nivel mundial de graves consecuencias que pueden durar toda la vida (UNICEF, 2009), pero sólo se ha reconocido como un serio problema social en décadas recientes (Erickson y Egeland, 2002). Sin embargo, no se dispone de datos fiables acerca de su prevalencia a nivel mundial y las estimaciones actuales son muy variables, dependiendo del país y del método de investigación utilizado (OMS, 2014a). A esta situación se suma, como ya se ha señalado en el capítulo anterior, la dificultad para encontrar definiciones unitarias sobre el maltrato y sus distintas tipologías, que faciliten el registro de casos y conocer su frecuencia (Lachica, 2010). Por tanto, la complejidad del problema es evidente y la necesidad de avanzar hacia una solución lo es también, por los efectos que puede tener en la puesta en marcha de políticas preventivas y en el desarrollo e implementación de programas dirigidos a abordar dichas consecuencias.

UNICEF (2007) señala que sólo una pequeña parte de la violencia contra los niños es denunciada a la justicia e investigada por los órganos competentes, y pocos agresores son procesados. La naturaleza del problema, el contexto privado en el que sucede o la edad de la víctima, dificultan su denuncia (Fallon et al., 2010). Además, en muchos lugares del mundo no hay sistemas de registro confiables de las denuncias existentes, a pesar de lo cual las estimaciones realizadas muestran que todos los años 275 millones de niños en el mundo son víctimas de violencia dentro de sus hogares (UNICEF, 2007).

Organizaciones internacionales han unido esfuerzos para intentar conocer las dimensiones del problema, pero han arrojado poca luz sobre la cuestión. El último informe de la ISPCAN (2008), que recoge los datos facilitados por informantes de 75 países, concluye que las cifras no son fiables. Las diferencias en la definición de maltrato infantil, en el grado de precisión y fiabilidad de los sistemas de registro de la información entre los distintos países, impiden conocer el número de casos reales, a qué tipologías corresponden, y si el maltrato en general se está incrementando o disminuyendo.

En esta misma línea, la OMS (2010, 2014a) indica que las estimaciones de prevalencia de este fenómeno dependen de las definiciones de maltrato infantil utilizadas; el tipo de maltrato infantil estudiado; la cobertura y la calidad de las estadísticas oficiales, y la cobertura y la calidad de las encuestas basadas en los informes de las propias víctimas, los padres o los cuidadores.

En nuestro país el problema es similar. Hasta ahora las cifras que se vienen manejando no son más que meras estimaciones aproximativas, siendo las estadísticas de maltrato infantil sobre casos localizados por los Servicios Sociales las que aportan información sobre la frecuencia de maltrato en la infancia (Fernández del Valle y Bravo, 2002). Con la intención de resolver esta situación, en el año 2007, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, a través del Observatorio de la Infancia, estableció como medida general la creación de un Registro Estadístico de Casos de Maltrato Infantil (RUMI) en cada Comunidad Autónoma, que se ocuparía de recoger las estadísticas correspondientes a los casos de maltrato intrafamiliar o situaciones de desprotección.

Finalmente, parece que esta actuación ha dado sus frutos y actualmente se aprecian signos de cambio con la incorporación, por primera vez, de los datos procedentes del Registro Unificado de Casos de Maltrato Infantil en la Familia (RUMI), según se refleja en el último Informe del Observatorio de la Infancia (2013), integrado en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. No se recogen todavía las estadísticas oficiales relativas a menores expuestos a violencia de género, si bien está previsto que se incluyan en los próximos años tal y como se establece en el el *II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia* (2013-2016).

La sistematización de estos datos supone un gran avance, pero en España todavía no nos encontramos en disposición de ofrecer una información epidemiológica exhaustiva sobre el maltrato infantil y sus consecuencias, que pueda contribuir directamente a evitar este fenómeno. Continúa existiendo divergencia en las cifras aportadas entre Comunidades Autónomas, quizá debido a diferencias en el uso de las metodologías empleadas en sus estudios; en los criterios de recogida de los datos y en el funcionamiento de la organización de sus respectivos sistemas y servicios de protección a la infancia.

Por tanto, podemos deducir que todavía existe una cifra "oculta" de niños y adolescentes en nuestro país que pueden estar sufriendo maltrato en su familia y que permanecen en el anonimato. Todo ello sin contabilizar los menores expuestos a violencia de género, ya que no se dispone de cifras oficiales aún, como ya se ha mencionado.

2.2 ESTIMACIÓN DE LA INCIDENCIA Y PREVALENCIA DEL PROBLEMA: ESTUDIOS INTERNACIONALES Y NACIONALES

Numerosos estudios epidemiológicos demuestran que los niños están expuestos a altos índices de violencia y maltrato en todos los países donde se dispone de datos (Butchart, 2006; Mercy, Butchart, Rosenberg, Dahlberg y Harvey, 2008).

En Estados Unidos (2009), se investigaron más de 3.6 millones de informes procedentes de los servicios de protección de menores a nivel nacional por sospecha de maltrato, estimándose que 709 939 niños habían sufrido algún tipo (U.S. Department of Health and Human Services, 2010). De igual modo, en un estudio nacional de incidencia de maltrato infantil se encontró que alrededor del 4% de los menores en Estados Unidos habían sido objeto de maltrato, confirmándose que los padres biológicos eran los perpetradores del mismo en el 81% de los casos; los padres no biológicos, sus parejas y otros miembros de la familia representaban el 12% (Seldack et al., 2010). Así mismo, algunas encuestas nacionales arrojaron aún tasas más elevadas. Por ejemplo, Finkelhor, Turner, Ormrod y Hamby (2009) llevaron a cabo un estudio transversal en una muestra representativa a nivel nacional (N = 4549), basado en una encuesta telefónica realizada sobre niños de edades comprendidas entre 0 y 17 años, y los resultados informaron que el 10.2 % había sufrido algún tipo de maltrato.

Sin embargo, en el último informe anual de incidencia de maltrato infantil notificado por los servicios de protección de menores en el conjunto de Estados Federales de EE.UU. (2012), y recogidos a través del *National Child Abuse and Neglect Data System (NCANDS)*, se evidencia que de 2008 a 2012, las tasas globales de victimización se redujeron en un 3.3%, lo que supone una estimación de 30 000 víctimas menos en 2012 (686 000) en comparación con 2008 (716 000) (U.S. Department of Health and Human

Services, 2013). Cifras que, sin duda, resultan alentadoras si se mantiene esta tendencia en los próximos años.

Por otra parte, el último estudio sobre incidencia de maltrato infantil investigado por los servicios de protección de menores en todas las provincias y territorios de Canadá, con la excepción de Quebec, referente al año 2008, concluyó que en el 36% de los expedientes inspeccionados, había pruebas suficientes para corroborar el maltrato y en el 5% de las investigaciones, el trabajador llegó a la conclusión de que existía un riesgo de futuro maltrato (Trocmé et al., 2010).

Más recientemente, la NSPCC (2014)[13] señala que las últimas cifras oficiales disponibles (*UK Department for Children, Schools and Families*) muestran que se atendieron en los servicios de protección a la infancia a más de 92 000 menores en el Reino Unido durante el año 2013. Si bien, no es posible facilitar una cifra exacta, porque cada una de las cuatro naciones que lo integran difieren en la forma en que recopilan y publican sus estadísticas, la mayor cifra corresponde a Inglaterra con 68 110 menores atendidos, de los cuales el 56% había sufrido algún tipo de maltrato.

En los Países Bajos, de acuerdo con los informes oficiales de organizaciones de protección a la infancia, el 3.4% de niños sufrieron maltrato infantil durante el año 2010 (Alink et al., 2011).

Las tasas de incidencia y prevalencia de maltrato en los países europeos son igualmente elevadas. La OMS (2013b) ha señalado que más de 18 millones de niños, menores de 18 años, sufren malos tratos en Europa. Así, cada año, el maltrato infantil provoca la muerte a unos 852 menores de quince años y muchas de ellas no son investigadas, por lo que se estima que las cifras pueden ser mucho más elevadas. Cabe mencionar los resultados de una encuesta nacional británica realizada en una muestra representativa del total de la población de entre 18 y 24 años de edad (N = 2869), la cual

[13] Véase, National Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC) (April 2014). *Statistics on looked after children.*
http://www.nspcc.org.uk/Inform/resourcesforprofessionals/lookedafterchildren/statistics_wda88009.html

concluyó que un 16% de los sujetos habían experimentado malos tratos graves en algún momento de su vida (May-Chahal y Cawson, 2005).

En España los estudios epidemiológicos sobre victimización infanto-juvenil son escasos y los existentes carecen del suficiente rigor metodológico, por lo que resulta una tarea casi imposible comparar los datos obtenidos en población española con otros publicados por investigadores internacionales (Pereda, Guilera y Abad, 2014).

Si realizamos una breve revisión referente a los datos epidemiológicos sobre maltrato infantil publicados por diferentes organismos e instituciones oficiales en los últimos años, encontramos que el Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia desarrolló el Programa Nacional de Epidemiología de la Violencia en el ámbito familiar, que permitió obtener las cifras sobre incidencia y prevalencia de maltrato en la familia entre los años 2001 y 2005. Según este estudio, la incidencia de maltrato aumentó en un 146.29%. Atendiendo al grupo de edad, ésta fue más elevada en los menores de 13 años, siendo las niñas las víctimas predominantes en el ámbito familiar. En relación a los datos de prevalencia representaron un 133.33%, siendo el grupo de menores de entre 16 y 17 años los que obtuvieron cifras más elevadas. Por sexo, la prevalencia fue mayor en las niñas que en los niños, diferencia que se incrementaba cada año en este intervalo.

En 2010, la Dirección General de Política Social, de las Familias y de la Infancia, elaboró el informe sobre Datos Estadísticos de Medidas de Protección a la Infancia, con datos referentes a 2009. En la Comunidad Autónoma de Murcia, se notificaron 780 casos/100 000; de los cuales se confirmaron, por cada 100 000 niños, el 47.3%. Atendiendo al sexo, el 60% fueron niños frente al 40% de niñas. El mayor porcentaje de casos registrados se encontraba en la franja de edad de 13 a 15 años.

Como ya se indicó anteriormente, el último Informe emitido por el Observatorio de la Infancia (2013) que recoge por primera vez los datos procedentes del Registro Unificado de Casos de Maltrato Infantil en la Familia (RUMI), revela que en el año 2012 había un total de 39 754 expedientes abiertos relacionados con alguna medida de protección, lo que supone una reducción con respecto a 2011 en 1482 casos (479 medidas/100 000). El número de casos de maltrato notificados por distintas fuentes – Servicios Sociales de cada Comunidad, 49%; Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, 13%;

ámbito Educativo, 11%; ámbito Sanitario, 10% y otros ámbitos 17%– fue de 9060 (112/100 000), aunque hay que señalar que para un mismo menor puede haber varias notificaciones a lo largo del año, por lo que estas cifras no corresponden necesariamente a una sola notificación por cada menor. En este informe se incluyen, así mismo, tanto los casos más graves (49%) como los de gravedad leve-moderada (51%), con lo cual se tiende a incluir a más niños en las estadísticas. Los datos sobre menores maltratados en el ámbito familiar en 2012 indican un ligero cambio de tendencia en cuanto al sexo de la víctima, ya que el 53% de las notificaciones realizadas corresponden a niños frente al 47% de notificaciones sobre niñas. En relación a la edad, las notificaciones sobre maltrato a bebés son las que aparecen con mayor frecuencia (9%), seguidas de las de adolescentes de entre 15 y 16 años (7.6% y 7.2%, respectivamente).

En la Región de Murcia el número de expedientes abiertos en 2012, fue de 1239 (401.7 medidas/100 000), y el de notificaciones por sospecha de maltrato ascendió a 520 (168.6/100 000), de las cuales 238 fueron graves y 282 se incluyeron en el intervalo leve-moderado. Respecto al sexo el número de notificaciones fue ligeramente superior en varones (60%) frente a mujeres (40%), registrándose el porcentaje más elevado en el intervalo comprendido entre los 10 y 13 años de edad (28%).

Por tanto, podemos concluir que, aunque los datos estadísticos parecen registrar una leve tendencia descendente en los porcentajes de incidencia y prevalencia de maltrato infantil, la magnitud del problema continua siendo alarmante en todo el mundo, va más allá de unas simples cifras y justifica que actualmente se considere no sólo un problema psicosocial, sino un grave problema de salud pública.

2.2.1 INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LOS TIPOS DE MALTRATO CLÁSICOS

Numerosos estudios internacionales destacan que un 20% de las mujeres y entre un 5-10% de los hombres, aproximadamente, declaran haber sido víctimas de abusos sexuales en la infancia, mientras que un 23% de las personas de ambos sexos revelan maltrato físico cuando eran niños. Además, muchos menores son objeto de maltrato psicológico/emocional y han sufrido desatención de algún tipo (OMS, 2014a).

Según UNICEF (2009) la violencia contra los niños y adolescentes es un grave problema de derechos humanos en América Latina y el Caribe, de tal forma que más de la mitad de los menores son víctimas de maltrato físico, emocional, trato negligente o abuso sexual.

Como señala Finkhelor (2011), en Estados Unidos la revisión de datos sobre victimización infantil en períodos recientes muestra un descenso, desde principios de 1990 hasta la fecha, en diversos tipos de maltrato infantil (abuso sexual y maltrato físico, principalmente), lo cual no significa que las cifras hayan dejado de ser alarmantes. Durante el año 2012, las defunciones por maltrato se elevaron al 77% en los niños menores de 4 años, probablemente debido a su gran dependencia y vulnerabilidad. Entre los tipos de maltrato cuyo desenlace fue la muerte, se encontraron cifras altas en negligencia (69.9%) y maltrato físico (44.3%). Así mismo, la incidencia de negligencia fue del 78.3%; del 18.3% el maltrato físico y del 9.3% el abuso sexual (U.S. Department of Health and Human Services, 2013).

Radford et al. (2011) llevaron a cabo un estudio en el Reino Unido para la NSPCC, en el que entrevistaron a 1761 adultos jóvenes de 18 a 24 años; 2275 niños de 11 a 17 años y 2160 padres de niños menores de 11 años. Los resultados más representativos fueron los obtenidos en la franja de edad comprendida entre los 11 y 17 años. Éstos reflejaban que uno de cada cinco menores (18.6%) había sido severamente maltratado, siendo perpetrado por un padre o tutor en el 13.4% de los casos. En relación a las tipologías de maltrato, el 9.8% había sufrido trato negligente grave; el 6.9% había experimentado violencia física severa por parte de un adulto; mientras que el maltrato emocional supuso un 6.8% y el 4.8% de los menores fueron víctimas de abuso sexual.

En fechas más recientes, el *Informe Europeo sobre la Prevención de Maltrato Infantil* (European Report on Preventing Child Maltreatment), establece que los niños y adolescentes del marco europeo sufren maltrato emocional en un 29.1% de los casos; en un 22.9% experimentan maltrato físico y en un 13.4% de las niñas abusos sexuales, frente al 5.7% de los niños; en un 16.3% vive situaciones de abandono físico y en un 18.4% de abandono emocional (OMS, 2013b, 2014b).

En nuestro País, uno de los estudios más amplios desarrollados hasta el momento sobre incidencia de maltrato infantil, ha sido el de Saldaña, Jiménez y Oliva (1995). Dicho estudio analiza los expedientes abiertos en los Servicios de Protección a la Infancia de toda España durante los años 1991 y 1992. Los resultados indican que la tipología de maltrato más frecuente fue la negligencia (79.1%), seguida de maltrato emocional (42.5%), mientras que el maltrato físico estaba presente en un porcentaje significativamente menor (30.1%), a pesar de lo que se pudiera esperar debido a su mayor visibilidad social. Las categorías restantes de maltrato, incluido el abuso sexual, afectaban a menos del 10% de las víctimas. Respecto a las diferencias basadas en el sexo, la incidencia de las situaciones de negligencia fue más elevada entre los niños (53.4%) y se dio la tendencia inversa en los casos de abuso sexual (el 79% fueron niñas). Otros estudios próximos a la época encontraron resultados similares, constatando que la negligencia era la tipología más frecuente de maltrato (Centro Reina Sofía, 2002; De Paúl, Arruabarrena, Torres y Muñoz, 1995; Inglés, 1995; Moreno, Jiménez, Oliva, Palacios y Saldaña, 1995; Palacios, Jiménez, Oliva y Saldaña, 1998).

Sin embargo, en el estudio llevado a cabo por el Centro Reina Sofía (2011) sobre una muestra de 898 menores, de edades comprendidas entre los 8 y 17 años, en el que se incluyó a sus familias, así como la información proporcionada por 802 psicopedagogos y responsables de guarderías y colegios; los resultados sitúan el maltrato físico en primer lugar (59.68%); seguido de negligencia (37.10%); maltrato psicológico (17.74%); y en último lugar abuso sexual (4.84%). Atendiendo a las diferencias basadas en el sexo, los niños habían sido objeto de maltrato físico, psicológico y negligencia más frecuentemente, mientras que las niñas habían sido víctimas de abuso sexual de forma más habitual.

El último Informe difundido por el Observatorio de la Infancia (2013), que venimos comentando, pone de manifiesto que el tipo de maltrato más notificado durante el año 2012 fue el de negligencia (54.4%), seguido de maltrato emocional (24.2%) y físico (17.3%), ocupando el último lugar el abuso sexual (4.2%), corroborando así la tendencia encontrada en los años 90, si bien se aprecia una disminución en las cifras actuales. Igualmente, se observa cómo, en el caso de los abusos sexuales, las niñas son las que siguen sufriéndolos en mayor proporción frente a los niños (69.8 *vs* 30.2), mientras que

en el resto de tipologías de maltrato no se observan diferencias significativas entre sexos.

En la Tabla 2.1., se pueden consultar los datos referentes a los tipos de maltrato notificados con mayor frecuencia en la Comunidad Autónoma de Murcia, según el sexo, durante el año 2012.

Tabla 2.1

Tipos de Maltrato según sexo en la Comunidad Autónoma de Murcia durante 2012

	TIPOS DE MALTRATO			
	Físico	**Negligencia**	**Abuso sexual**	**Psicológico**
% Notificaciones	12.2	54.7	13.2	19.8
Sexo	Niños: 48.2 Niñas: 51.8	Niños: 55.7 Niñas: 44.3	Niños: 30.2 Niñas: 69.8	Niños: 52.4 Niñas: 47.6

Fuente: Observatorio de la infancia (2013). *Estadística básica de medidas de protección a la infancia. Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia* (Datos de 2012) (p. 125). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Si nos detenemos brevemente en cada uno de los tipos de maltrato, se evidencia que el *Maltrato Físico*, es uno de los más investigados, probablemente porque las secuelas físicas son más evidentes y objetivables. Según Pinheiro (2009) en los países en los que las estadísticas de homicidio se realizan en base a la edad de la víctima, el grupo de mayor riesgo es el de adolescentes incluidos en el intervalo entre 15 y 17 años. De hecho, se estima que cada año fallecen por homicidio 34 000 niños y adolescentes de 15 años, no obstante esta cifra puede estar subestimada, dado que una importante proporción de las muertes debidas a maltrato físico se atribuyen a otras causas como caídas, quemaduras, ahogamiento, etc. (OMS, 2014a). El siguiente grupo de mayor riesgo lo constituyen los menores de 4 años, siendo las causas más frecuentes de defunción, en este caso, las lesiones en la cabeza o en órganos internos; la asfixia intencional y el zarandeo; y, con menor frecuencia, la estrangulación y los golpes (Pinheiro, 2009). Además, hay que considerar que a menor edad del niño, mayor es la probabilidad de que su muerte sea provocada por un familiar cercano (UNICEF, 2003), y en el conjunto de los casos, los niños sufren una combinación de castigos físicos y agresiones psicológicas.

El último informe presentado por UNICEF (2014), supone la mayor recopilación de datos estadísticos sobre violencia contra los niños hasta el momento. Se basa en datos procedentes de 190 países, y en él se detecta que casi una cuarta parte de las niñas de 15 a 19 años del mundo (unos 70 millones de niñas) informó haber sufrido alguna forma de violencia física desde los 15 años de edad. En el caso de los niños, las formas de maltrato físico más graves, afectaban como promedio al 17% de los menores en 58 países; en tanto que la aplicación de castigos físicos severos estaba generalizada en 23 países, con más de uno de cada cinco niños afectados.

Según informan numerosas investigaciones, las cifras de prevalencia muestran resultados dispares, variando desde un 4.5% hasta un 28.4%, en función de las fuentes consultadas (informes de servicios de protección gubernamentales, informes retrospectivos de adolescentes y adultos e informes de los cuidadores principales) y de la edad de los menores que han sufrido maltrato físico (Aberle et al., 2007; Finkelhor, Turner, Shattuck y Hamby, 2013; Hussey, Chang y Kotch, 2006; OMS, 2014a; Sesar, Zivcić-Bećirević y Sesar, 2008; Ulloa-Flores y Navarro-Machuca, 2011).

Por otro lado, la *Negligencia* es la categoría más frecuente de maltrato registrada en centros de protección infantil, así lo confirman diversos estudios (Gelles y Perlman, 2012; Gilbert et al., 2009; Minnis, Everett, Pelosi, Dunn y Knapp, 2006; Oswald, Heil y Goldbeck, 2010; Steele y Buchi, 2008; Tarren-Sweeney y Hazell, 2006). Sin embargo, las publicaciones sobre la materia son más bien escasas y las cifras existentes corresponden, en general, a países de altos ingresos (Kadir, Marais y Desmond, 2013), como Estados Unidos y buena parte de los países occidentales, a pesar de que el trato negligente es un importante factor que contribuye en mayor proporción a la muerte y a la enfermedad de los niños menores de 4 años.

Es preciso destacar que, al igual que ocurre con otras formas de maltrato, se evidencia una falta de coherencia en la medición de la negligencia (UNICEF, 2014), por lo que las tasas de prevalencia son muy variables pudiendo oscilar desde el 11% al 41.5% (Hussey et al., 2006; OMS, 2014a; Sesar et al., 2008). Así, por ejemplo, en una investigación actual llevada a cabo por Finkelhor et al. (2013) en una amplia muestra nacional de población estadounidense (N = 4503), que incluía a menores desde 1 mes hasta los 17 años, se encontró una prevalencia de maltrato por negligencia del 22.3%

entre los menores de 14 a 17 años de edad. De igual modo, en un estudio meta-analítico reciente sobre la prevalencia del trato negligente, se detectaron unas cifras de prevalencia global en la percepción subjetiva de negligencia infantil de un 16.3%, siendo la prevalencia mundial del 18.4%, sin obtener diferencias de género aparentes (Stoltenborgh et al., 2013).

A pesar de la dificultad que entraña, en los últimos años el *Abuso Sexual* infantil despierta un interés creciente (Mayer, Lavergne, Tourigny y Wright, 2007; McSherry, 2007), quizá debido a la repercusión social y política que genera. Los datos relativos a la incidencia de este tipo de maltrato son muy escasos y limitados, ya que en una proporción muy alta no se denuncia en el momento que ocurre, sobre todo cuando sucede en el contexto familiar. Por tanto, el análisis de la prevalencia parece más fiable a la hora de establecer la verdadera dimensión del problema (Finkelhor, 2011; Lameiras, 2000). A esta situación se suma la diversidad de propuestas en relación a la definición de abuso sexual, que favorecen una variación considerable en las estimaciones de incidencia y prevalencia (Echeburúa y Subijana, 2008; Ortega et al., 2010; Schönbucher et al., 2011). En este aspecto, numerosos estudios confirman que las cifras de prevalencia de abuso sexual a lo largo del desarrollo, pueden oscilar entre el 20% en niñas y el 5-10% en niños (Finkelhor y Berliner, 1995; OMS, 2005, 2014a; ONU, 2006[14]; Radford et al., 2011). Así, según un estudio meta-analítico realizado por Pereda, Guilera, Forns y Gómez-Benito (2009), la tasa de prevalencia de abuso sexual en menores de población general de distintos países es de un 7.4% en el caso de los niños y de un 19.2% en el de las niñas. Recientemente se estima en un 12.7% en todo el mundo (Stoltenborgh, van Ijzendoorn, Euser y Bakermans-Kranenburg, 2011).

Según el único estudio nacional realizado en nuestro País hasta la fecha (López, Carpintero, Hernández, Martín y Fuertes, 1995), las tasas de prevalencia de abuso sexual, oscilaban en torno al 18%, siendo este porcentaje en varones del 15% y en las chicas del 22%. Pereda y Forns (2007) en una muestra de 1033 universitarios, encontraron que la prevalencia de abuso sexual antes de los 18 años alcanzaba el 14.9% (12% en varones y 16.2% en mujeres). Datos más recientes obtenidos en una muestra de

[14] Véase, Naciones Unidas - *Informe del experto independiente para el estudio de la violencia contra los niños*, A/61/299, 2006. http://www.violencestudy.org/IMG/pdf/Spanish-2-2.pdf

2159 estudiantes universitarios, cifran la prevalencia de abuso sexual antes de los 18 años en un 12.5% (Cortés, Cantón y Cantón, 2011). Respecto a la autoría del abuso, algunos investigadores indican que en la mayoría de los casos los perpetradores son varones y pertenecen a la familia o son conocidos próximos (Finkelhor, Ormrod, Turner y Hamby, 2005b; Lampe, 2002). Aunque el predictor más fuerte parece ser el género, también se ha detectado que este tipo de abuso es más frecuente en familias monoparentales o cuando se suma negligencia emocional (Laaksonen et al., 2011; Turner, Finkelhor y Ormrod, 2007).

Respecto al *Maltrato Psicológico*, en comparación con otros tipos de maltrato, ha recibido escasa atención, quizá porque comporta una mayor dificultad en la detección por parte de los distintos profesionales que mantienen contacto con los menores en los diversos contextos en los que se van desarrollando. Esta circunstancia va a determinar si se denuncia o no y, por tanto, si pasa a formar parte de las estadísticas que llevan a cabo los distintos organismos gubernamentales y no gubernamentales (Sánchez-Meca, Rosa-Alcázar y López-Soler, 2010).

Al igual que venimos constatando en otras tipologías de maltrato, la prevalencia de maltrato psicológico resulta muy variable. Así, en la revisión realizada por Binggeli, Hart y Brassard (2001) el porcentaje de población general que manifiesta haber sido víctima de maltrato psicológico en su infancia se sitúa en torno al 30%, mientras que si se considera el maltrato psicológico en sus formas más severas y crónicas las tasas se sitúan entre el 10% y el 15% (Hart et al., 2002). Otros autores, sin embargo, estiman que las tasas de prevalencia oscilan desde el 4% al 77% (Aberle et al., 2007; Sesar et al., 2008). En un informe nacional muy reciente sobre población estadounidense, se evidencia que las tasas de prevalencia de maltrato psicológico infantil varían ampliamente entre los diferentes estados, fluctuando entre el 0.2% y el 44.9% (English, Thompson, White y Wilson, 2015). Es posible que estos datos se aproximen más a las dimensiones reales del problema que las estadísticas procedentes de los Servicios de Protección Infantil, pero de cualquier modo han de ser analizados con cautela, entre otras razones porque entre la población general parece observarse una tendencia a minimizar la importancia que este tipo de experiencias tienen en la propia infancia (Brassard y Donovan, 2006) y a responder de forma diferente en los autoinformes

retrospectivos en función de si las preguntas formuladas son de carácter general o específico (Baker y Festinger, 2011).

Tras lo expuesto, es incuestionable, de acuerdo con Finkhelor (2011), la necesidad de desarrollar estudios epidemiológicos sobre maltrato infantil, debido a la magnitud del problema y la gravedad de su impacto. Además, se necesitan estudios longitudinales a largo plazo para documentar de una forma más fiable la secuencia de victimizaciones que sufren los niños y los factores de riesgo en el transcurso del desarrollo. En la actualidad, la metodología que se aplica con más frecuencia, para la obtención de las estimaciones de prevalencia, se basa en informes retrospectivos de adolescentes y adultos. Sin embargo, existe evidencia de que el recuerdo retrospectivo de maltrato infantil puede ser inexacto, ya que parece estar influenciado sistemáticamente por la salud mental del adolescente o adulto consultado (Mills et al., 2013), con lo cual las estimaciones pueden no ser predictivas en el momento en el que se está llevando a cabo el estudio.

No podemos concluir este apartado, sin hacer mención al *Plan de Acción Europeo para la Prevención del Maltrato Infantil 2015-2020* (European Child Maltreatment Prevention Action Plan 2015-2020), aprobado el 17 de septiembre de 2014 por el Comité Regional Europeo de la OMS. Se trata, sin lugar a dudas, de una iniciativa histórica que ha contado con el apoyo unánime de los responsables de las políticas sanitarias de 53 países, incluída España. Este Plan de Acción subraya la preocupación acerca del aumento de la prevalencia del maltrato infantil –se estima que en Europa, el 22.9% de los menores han sufrido malos tratos físicos y el 9.6% abuso sexual–, y se plantean como objetivos prioritarios: (1) Visibilizar el maltrato mediante la creación de sistemas de información entre los Estados miembros y la publicación de informes pormenorizados sobre la incidencia y prevalencia del maltrato infantil; (2) Fortalecer la legislación con el fin de prevenir el maltrato infantil mediante el desarrollo de planes que impliquen una participación multisectorial; (3) Reducir los riesgos y consecuencias del maltrato fortaleciendo los sistemas sanitarios. El objetivo último para la Comunidad Europea es la reducción en un 20% del maltrato infantil y los homicidios en 2020.

2.2.2 VIOLENCIA DE GÉNERO: DIMENSIÓN DEL PROBLEMA

Desde que en 1996 la OMS reconociera la violencia contra la mujer como un problema prioritario de salud pública y de primera magnitud e instara a los estados miembros a evaluar su dimensión, no han dejado de realizarse esfuerzos en la mayoría de los países del mundo con el fin de poner de manifiesto su posible existencia, e intentar llegar a una identificación precoz del problema en los casos en que se produjera. No obstante, a pesar del tiempo que se lleva tratando de determinar la incidencia y prevalencia de la violencia contra las mujeres en el ámbito familiar, se dispone de pocas estadísticas confiables y se considera que los indicadores obtenidos de los distintos niveles sociales están subestimados (APA, 1999, 2002; Walker, 1999).

La obtención de datos precisos se ha visto obstaculizada por diversas razones, pero especialmente hay que destacar dos de ellas, comentadas con anterioridad en el primer capítulo: la primera, la dificultad para identificar y definir qué debería entenderse por violencia de género. La segunda, la existencia de una fuerte tradición de privacidad en el seno familiar, que permitía, y aún lo sigue haciendo, que lo que sucede en su interior, independientemente de la naturaleza de los hechos, permanezca oculto entre los miembros del núcleo familiar.

Según las investigaciones internacionales que se han llevado a cabo, la violencia contra la mujer puede diferir en función del contexto económico, social y cultural. Además se ha evidenciado que es un problema mucho más grave y universal de lo que se había sospechado hasta el momento.

Tras examinar una serie de estudios realizados antes del año 1999 en 35 países, se comprobó que entre el 10% y el 52% de las mujeres habían sufrido maltrato físico por parte de su pareja en algún momento de su vida, y entre el 10% y el 30% habían sido víctimas de violencia sexual por parte de la misma. De igual forma, entre el 10 y el 27% de las mujeres declaró haber sido objeto de abusos sexuales, siendo niñas o adultas (Heise, Ellsberg y Gottemoeller, 1999; Krug, et al., 2002). Estudios poblacionales posteriores provenientes de diversos países (OMS, 2002), indican que del 10% al 69% de las mujeres entre los 15 años y los 49 años de edad notificaron haber sufrido maltrato físico infligido por una pareja masculina por lo menos una vez en sus vidas (Heise et al.,

1999; Heise y García-Moreno, 2002), y del 6% al 47% de las mujeres informaron de una relación sexual forzada, o la tentativa de consumarla por parte de la pareja, en algún momento de su vida (Jewkes, Sen y García-Moreno, 2002).

Investigaciones más actuales, en las que se ha aplicado una metodología sólida y normalizada, que ha contribuido a reducir muchas de las dificultades que surgieron en otros trabajos realizados anteriormente sobre la violencia contra la mujer, han hallado unos resultados que permiten comparar y analizar los distintos entornos culturales objeto de estudio, lo cual otorga una mayor confiabilidad a los datos obtenidos.

El *Estudio Multipaís de la OMS, sobre la Salud de la Mujer y Violencia Doméstica contra la Mujer* (García-Moreno et al., 2005) es una respuesta a esas dificultades mencionadas. Se encuestó a 24 000 mujeres, de entre 15 y 40 años, procedentes de zonas rurales y urbanas de diez países (Bangladesh, Brasil, Etiopía, Japón, Namibia, Perú, Samoa, Serbia y Montenegro, Tailandia y la República Unida de Tanzania), con diferentes entornos culturales. Los resultados evidenciaron que entre un 13% y un 61% de las encuestadas reconocía haber sufrido malos tratos físicos en algún momento de su vida, entre un 6% y un 59% agresiones de tipo sexual, y entre un 20% y un 75% maltrato psicológico a manos de su pareja o expareja. Estas cifras, cuanto menos, resultan llamativas si las comparamos con estudios anteriores. En primer lugar, porque son más elevadas, lo cual puede coincidir con un incremento real, o bien deberse a que se ha ocultado menos el tipo de maltrato; y en segundo lugar, porque aparece un elevado porcentaje de reconocimiento de maltrato psicológico, tan difícil de estimar.

En el informe de la OMS (2013), *Estimaciones Mundiales y Regionales de la Violencia contra la Mujer. Prevalencia y Efectos de la Violencia Conyugal y de la Violencia Sexual no Conyugal en la Salud*, por primera vez, se presentan estimaciones agregadas a nivel mundial y regional de la prevalencia de estas dos formas de violencia: la violencia ejercida por la pareja (violencia conyugal) y la violencia sexual infligida por otra persona distinta de la pareja (violencia sexual no conyugal), obtenidas a partir de datos demográficos mundiales recopilados de manera sistemática. En relación a la violencia conyugal, por ser de interés para este trabajo, se concluye que, globalmente, casi un tercio (el 30%) de todas las mujeres que han mantenido una relación de pareja han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de la misma. En algunas

regiones, esta cifra puede llegar a ser de hasta del 38%. Así mismo, a nivel mundial, el 38% del número total de homicidios femeninos se debe a la violencia conyugal, una cifra que puede considerarse dramática.

La *Encuesta Nacional sobre la Violencia contra la Mujer en los Estados Unidos* (Tjaden y Thoennes, 2006), aporta cifras similares e indica que la mayoría de las víctimas de violación en este país conocen a su agresor, siendo el 43% la pareja actual o una anterior.

En fechas más recientes, la macroencuesta realizada en los países de la Unión Europea, por la *European Union Agency for Fundamental Rights* (2014) revela que, desde la edad de 15 años, una de cada cinco mujeres (22%) que está o ha estado involucrada en una relación de pareja, ha experimentado violencia física y/o sexual perpetrada por ésta.

En relación a población adolescente, los análisis de estudios norteamericanos llegan a la conclusión de que la prevalencia a lo largo de la vida; en el último año y la violencia actual física y sexual en las citas amorosas, varía de forma significativa en los diversos estudios entre el 9% y el 49% (Glass et al., 2003). La dispersión que se evidencia en las cifras supone que las conclusiones acerca de la prevalencia de violencia en las citas de los adolescentes sean prematuras (Hickman, Jaycox y Aronoff, 2004). En el ámbito internacional, los estudios poblacionales sobre la violencia en las relaciones amorosas son escasos pero sí indican que este fenómeno afecta a una proporción considerable de la población de jóvenes. Entre estos estudios, los actos violentos llevados a cabo en las relaciones de pareja entre adolescentes o jóvenes permanecen casi sin explorar, sólo el 0.68% incluyen muestras de jóvenes exclusivamente (Rodríguez-Franco et al., 2009). Si bien recientemente, UNICEF (2014) señala que a nivel mundial casi una de cada tres adolescentes y jóvenes de 15 a 19 años de edad (84 millones) que integran uniones formalizadas, ha sido víctima de violencia emocional, física y/o sexual por parte de su esposo o pareja.

Además, Stöckl, et al. (2013) en una amplia revisión de resúmenes y artículos que versaban sobre estimaciones de la prevalencia de homicidio en la pareja en 66 países, encontraron que el 38.6% de los homicidios de mujeres fueron perpetrados por una

pareja íntima. Es decir, al menos uno de cada siete homicidios a nivel mundial y más de una tercera parte de los homicidios de mujeres son cometidos por parte de su pareja.

En España, no disponemos de ninguna fuente de información que permita aproximarse a la realidad de todas o de casi todas las mujeres que sufren este problema (Menéndez et al., 2013). No obstante, según Novo y Seijo (2009) sí se dispone de datos procedentes, por un lado de fuentes judiciales y de los recursos estatales para las mujeres víctimas de violencia; y por otro de estudios epidemiológicos que han sido obtenidos mediante procedimientos metodológicamente bastante fiables y sólidos. Si bien, no todos los casos en los que existe violencia son reflejados a través de los indicadores judiciales y epidemiológicos produciéndose lo que Gracia (2002b) denomina "*la punta del iceberg*", mostrando las situaciones más extremas, graves, intensas y/o prolongadas en el tiempo. Los primeros se obtienen de forma indirecta, a través de los indicadores objetivos y registros existentes. Los más utilizados son el número de denuncias, las llamadas a los teléfonos de ayuda, las órdenes de alejamiento, el uso de otros recursos para las víctimas (desde órdenes de protección a ayudas económicas) y los homicidios (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, RED2RED Grupo y Pernas Riaño, 2013). Los segundos, se obtienen a través de datos directos que provienen de encuestas sociales efectuadas con muestras grandes, seleccionadas entre la población general y representativas de ésta, dentro de las cuales se identifican situaciones de malos tratos con independencia de que dicha situación se haya denunciado o no, así como a través de los trabajos en epidemiología procedentes del ámbito de la salud.

Con respecto a los datos de *Incidencia y Prevalencia procedentes de fuentes judiciales y de los recursos estatales para las mujeres víctimas de violencia*[15],

[15] La Delegación del Gobierno para la Violencia de Género recoge datos desde el 1 de enero de 2003. La fuente de estos datos varía: en los años 2003 a 2005 proceden del Instituto de la Mujer, que a su vez se nutre de la información facilitada por los medios de comunicación; a partir de 2006, con la Delegación Especial del Gobierno para la Violencia de Género los datos proceden de este organismo y recogen la información facilitada por las Delegaciones y Subdelegaciones del Gobierno y, desde su creación, en 2007, de las Unidades de Coordinación y Unidades de Violencia contra la Mujer. Además, ésta con el fin de contrastar y aunar criterios para evitar la contabilización de los casos según diferentes parámetros, mantiene una estrecha colaboración con la Fiscalía de Sala Delegada contra la Violencia sobre la Mujer y con el Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género con sede en el Consejo General del Poder Judicial.

facilitados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a través de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género[16], encontramos que el número de denuncias por violencia de género registradas en mujeres a partir de los 15 años de edad, durante el año 2013 fue de 124 893; y en 2014, alcanzó los 126 742 casos (últimos datos disponibles en el momento de redactar este trabajo). Así, podemos constatar que el número de denuncias registradas anualmente en nuestro país por violencia de género se ha incrementado de forma exponencial desde 47 165 en 2002, hasta 142 125 en 2008. El número de denuncias interpuestas por este motivo se estabilizó entre 2009 y 2011 y, desde este año, ha ido descendiendo todos los años. Si bien en 2014 se observa un ligero repunte en estas cifras.

El fenómeno de la violencia basada en el género adquiere su expresión más brutal en los feminicidios[17] que suceden cada año. Según el último informe facilitado por el Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer (2014), el número de mujeres asesinadas como consecuencia de este tipo de violencia es alto y se mantiene estable en el tiempo. En la Figura 2.1, podemos observar que el año 2008, con 76 mujeres asesinadas, es el que presentó mayor número de víctimas mortales entre 2003 y 2014. Por el contrario, el año 2012 registró el menor número de víctimas de todo el intervalo considerado, mientras que en 2013 y 2014 se registró una de las cifras más bajas de los 10 últimos años tras el año 2012.

[16] Véase, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2015). *Últimos datos de Violencia de Género*. http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/datosEstadisticos/docs/Ultimos_datos_30042015.pdf

[17] Mujeres asesinadas a manos de sus parejas o exparejas.

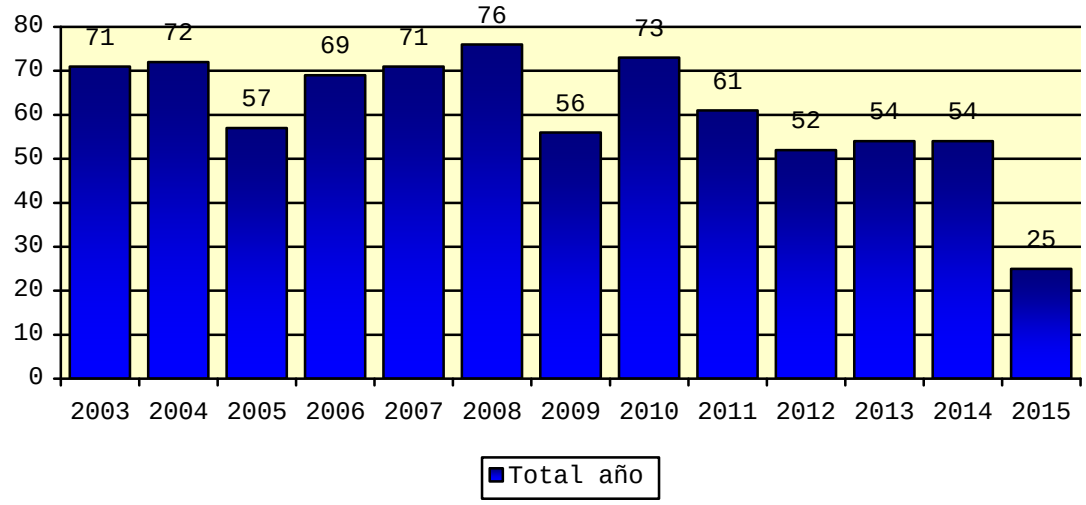


Figura 2.1. Víctimas mortales por violencia de género de enero de 2003 hasta el 20 de agosto de 2015. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Los últimos datos proporcionados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015)[18] indican que en lo que va de año, el número de víctimas por violencia de género asciende a 25 mujeres, lo que supone un descenso con respecto al año anterior (en esta misma fecha ya se habían contabilizado 36 muertes). En 4 casos se había interpuesto denuncia, lo que supone el 16% del total, y 2 de ellas (8%) tenían medidas de protección en vigor. El 76% de las víctimas eran españolas y el 24% de otros países. El mayor porcentaje de víctimas (80%) se encontraba entre 21 y 50 años de edad; y el 20% tenía más de 51 años. En el 72% de los casos existía convivencia entre la víctima y el agresor. En cuanto a los agresores, el 80% eran nacidos en España y el 20% en otros países. El mayor porcentaje (64%) se obtuvo en la franja de edad comprendida entre los 31 y los 50 años, mientras que el 28% de los agresores tenía más de 64 años, y sólo el 8% menos de 31. Llegaron a consumar el suicidio el 28% de éstos. Durante este periodo han quedado huérfanos 24 menores hijos de víctimas mortales por violencia de género. En cuanto al ámbito geográfico, las comunidades que registraron más víctimas mortales fueron Andalucía con 6 (24%) y Cataluña y Comunidad Valencia con 4 (16%) en ambas.

[18] Véase, Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad (20 de agosto de 2015). *Datos estadísticos de violencia de género. Victimas Mortales por Violencia de Género*. http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/datosEstadisticos/docs/VMortales_2015_20_08.pdf

En la Comunidad Autónoma de Murcia, durante el año 2013[19] (último informe emitido por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad), el número de denuncias por violencia de género se elevó a 4656 (12.3%), constatándose, al igual que a nivel nacional, un decremento a partir del año 2008, en el que se registraron las cifras más elevadas (6189/16.3%). Se emitieron 1166 órdenes de protección (9.9%) y de estas mujeres sólo 987 (37.5%) contaban con protección policial. El número de llamadas al dispositivo 016 fue de 11 776 (2.9%). En relación al número de feminicidios[20] ocurridos entre el año 2003 y 2011 ascendió a 20. Afortunadamente, desde 2012 hasta el 20 de agosto de 2015 (último informe estadístico consultado) no se había registrado ninguna nueva víctima mortal por violencia de género en esta Comunidad.

En cuanto a los datos de *Incidencia y Prevalencia resultantes de encuestas y trabajos en epidemiología derivados del ámbito de la salud*, hay que señalar que las encuestas sobre violencia de género no miden "*realidades objetivas*" sino opiniones y percepciones aportadas por diferentes individuos, con lo que ello supone a la hora de valorar la confiabilidad de los resultados que se obtienen (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género et al., 2013).

Las encuestas sobre violencia contra la mujer surgieron a finales de los años 90 en un intento de estimar los casos que no se denuncian y, en consecuencia, no se registran en las estadísticas oficiales (Fontanil et al., 2005; Medina, 2002). De acuerdo con el Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer (2007) la encuesta más citada es la Macroencuesta del Instituto de la Mujer realizada periódicamente en los años 1999, 2002 y 2006. Probablemente su relevancia provenga de la representatividad de la muestra (20 000 entrevistas telefónicas a mujeres mayores de 18 años del territorio nacional) y de la continuidad en su aplicación, que ha permitido comparar los resultados y determinar si aumentan o disminuyen las cifras. En 2006, la prevalencia de maltrato técnico (la víctima sufre algún tipo de violencia sin atribuirle la etiqueta de maltrato) era

[19] Véase, Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad (31 diciembre 2013). *Datos en las Comunidades Autónomas 2013. Comunidad Autónoma de Murcia.* http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/datosEstadisticos/CCAA/2013/docs/MURCIA_31122013.pf

[20] Véase, Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad (31 diciembre 2013). *Datos estadísticos de violencia de género. Victimas Mortales por Violencia de Género. Comunidad Autónoma de Murcia.* http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/portalEstadistico/fichaResumen/2013/docs/Murcia.pdf

del 9.6% de la población femenina y de un 3.6% en el caso de las mujeres que se autoclasificaron como maltratadas en el último año (maltrato declarado). Estas proporciones han ido descendiendo muy ligeramente desde la primera encuesta. Sin embargo, cuando los resultados se refieren a la violencia ejercida por la pareja o expareja, la dimensión del problema disminuye, siendo la frecuencia de mujeres que ha sufrido malos tratos alguna vez en su vida del 6.3%.

Más actualmente, la *Macroencuesta de Violencia de Género de 2011* (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2012), refleja que el 89.1 % de las mujeres mayores de 18 años nunca había sido objeto de maltrato, frente al 10.9 % que sí lo había padecido alguna vez en su vida por parte de su pareja o expareja, sufriendo dichos episodios en el último año el 3%. De las mujeres encuestadas el 73.3% manifestó tener hijos y/o hijas y el 32.0% de mujeres que sufrieron violencia alguna vez en su vida señaló que tenía hijos y/o hijas menores de edad. Podemos observar que, en relación a la Macroencuesta de 2006, se ha producido un aumento notable en el porcentaje de mujeres que se declaran víctimas de malos tratos en sus relaciones de pareja. Probablemente, este incremento sea el reflejo de una mayor visibilidad de este problema en los últimos años, facilitada por los cambios habidos en el soporte legal y administrativo con el que se le hace frente (Menéndez et al., 2013), por lo que surge la duda de si aumenta la prevalencia del fenómeno o la sensibilidad de las informantes.

Finalmente, resulta procedente comentar el reciente avance de resultados de la *Macroencuesta de Violencia contra la mujer de 2015* (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2015), ya que incorpora algunas novedades a destacar, que impiden comparar los datos con encuestas anteriores: (1) Se ha adaptado y ampliado el cuestionario de la Macroencuesta con el objetivo de cumplir los requerimientos de calidad recomendados por el Comité de Estadística de las Naciones Unidas y por la Agencia de Derechos Fundamentales de la UE, que las anteriores macroencuestas no habían incorporado aún; (2) Se recoge información de todas las parejas que la mujer ha tenido a lo largo de su vida, a diferencia de las macroencuestas anteriores; (3) Permite, por primera vez en España, disponer de datos sobre la prevalencia de la violencia física y sexual sufrida por las mujeres fuera del ámbito de la relación de pareja; (4) Incorpora

nuevas tipologías de maltrato hacia la mujer; (5) Se incluyen mujeres mayores de 16 años, mientras que hasta ahora sólo se incluían a partir de 18 años.

La muestra recogida hasta el momento es de 10 171 mujeres mayores de 16 años, lo que permite constatar que el problema se inicia muy frecuentemente en la etapa adolescente. Los resultados indican que el 12.5% de las mujeres ha sufrido violencia física y/o violencia sexual por parte de sus parejas o exparejas en algún momento de su vida; el 25.4% violencia psicológica de control; el 21.9% violencia psicológica emocional; y el 10.8% violencia económica. Durante el último año, el 2.7% de las mujeres han experimentado violencia física y/o sexual de sus parejas o exparejas; el 9.2% violencia psicológica de control; el 7.9% violencia psicológica emocional; y el 2.5% violencia económica. Del total de mujeres que sufren o han sufrido violencia de género, que tenían hijos/as en el momento en el que se produjeron estos episodios, el 63.6% afirma que los hijos/as presenciaron o escucharon alguna de las situaciones de violencia; el 92.5% manifiesta que éstos eran menores de 18 años cuando sucedieron los hechos, y de estos menores el 64.2% sufrieron a su vez violencia directa. Estos datos amplían la información sobre lo menores que han estado expuestos a la misma, por lo que parece confirmarse la tendencia a visibilizar este fenómeno por parte de los estamentos gubernamentales.

Otra línea de estudios cuantitativos a considerar se ha venido desarrollando en el área de la salud. Se trata de encuestas realizadas a las usuarias de los centros de atención primaria especializada (ginecología y psiquiatría) o en hospitales, aplicando cuestionarios estandarizados y avalados internacionalmente, que casi siempre obtienen cifras más altas que las Macroencuestas realizadas por los organismos gubernamentales, lo que puede deberse a los instrumentos de medición utilizados y a las condiciones en que se realizan. En general, estos estudios arrojan cifras que oscilan entre el 20% y el 48% de prevalencia de violencia de género a lo largo de la vida (Alonso et al., 2004; García-Torrecillas, Torío-Durántez, Lea-Pereira, García-Tirado y Aguilera-Tejero, 2008; Polo-Usaola, Aguilar-Redo, López-Gironés y Escudero-Nafs, 2005; Ruiz-Pérez et al., 2006, 2010).

En este punto, quizá cabría preguntarse por los efectos contradictorios que adquiere en las mujeres el hecho de tener hijos, a la hora de interpretar la violencia que ejerce

sobre ellas su pareja o expareja, así como sobre su decisión de terminar o continuar con esta relación (Espinar-Ruiz, 2006; Rhodes, Cerulli, Dichter, Kothari y Barg, 2010). De hecho, la presencia de menores puede favorecer que las mujeres permanezcan en una relación violenta (supuestamente anteponiendo el bienestar de sus hijos al suyo propio), o por el contrario alentarlas a denunciar o terminar la convivencia con el agresor (Chang et al., 2010; Enander y Holmberg, 2008; Salazar, Högberg, Valladares y Öhman, 2012).

En cualquier caso, los datos expuestos hasta ahora desafían la creencia de que el hogar es un lugar seguro para la mujer y para sus hijos, evidenciando que las mujeres experimentan mayor riesgo de sufrir violencia en sus relaciones íntimas que en cualquier otra esfera vital. Y como señala Save the Children (2008), si partimos del supuesto de que los menores son también víctimas de la violencia de género que sufren sus madres, entonces podemos concluir, en base a las estadísticas mencionadas, que es mayor el número de menores víctimas de este tipo de violencia que las mujeres que la sufren, como veremos a continuación.

2.2.3 INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LA EXPOSICIÓN A VIOLENCIA DE GÉNERO

Aunque gran parte de la investigación sobre violencia en la pareja incorpora referencias a los niños involucrados, en los últimos 30 años preferentemente se ha centrado en las mujeres como víctimas y en los varones como agresores (Øverlien, 2010). Al mismo tiempo, esta población se estudia, por lo general, de forma indirecta (Espinar-Ruiz y López-Monsalve, 2014), a través de los informes que aportan las madres principalmente (Menéndez et al., 2013). En consecuencia, los resultados de la evaluación dependen de la percepción de las mujeres acerca de la violencia y sus efectos en los menores. Por lo tanto, y a pesar de un interés creciente en los últimos años, algunos autores consideran que la información disponible aún es insuficiente (Erikson, 2010b; Øverlien, 2010). La falta de acuerdo en torno a los conceptos de violencia de género en el hogar y a la exposición de los menores a este tipo de violencia, así como las dificultades para detectar y contabilizar los casos de mujeres víctimas de este tipo de violencia, favorece que sea especialmente problemático la obtención de datos

comparables sobre el número de niños expuestos a la misma (Osofsky, 2004; Øverlien, 2010).

Los primeros estudios empíricos publicados sobre incidencia y prevalencia de violencia doméstica proceden de Estados Unidos y han demostrado que los niños, a menudo, están presentes cuando se producen estos episodios (Edleson, 1999; Holden, 2003; Huth-Bocks, Levendosky y Semel, 2001; Meltzer et al., 2009). Hace más de 25 años, Strauss y Gelles (1986) realizaron la Segunda Encuesta Nacional sobre Violencia Familiar con datos referentes al año 1985. Los resultados concluyeron que el 13% de los adultos consultados habían presenciado violencia doméstica durante su infancia, mientras que Carlson (2000) estimó que del 10% al 20% de los niños estadounidenses estaban expuestos anualmente a este tipo de violencia. Otros estudios han señalado que las mujeres sufren violencia por parte de su pareja en un 8% al año, y en un 44% a lo largo de su vida (Thompson et al., 2006). En consecuencia, aproximadamente entre 15 y 17 millones de niños por año podrían estar expuestos a este ambiente de violencia en la pareja (McDonald, Jouriles, Ramisetty-Mikler, Caetano y Green, 2006). En la misma línea, Tajima et al. (2011) apuntan que, de todos los casos documentados por el Departamento de Justicia de Estados Unidos (desde el año 2001 al 2005), más de un tercio (35.2%) de los niños estaban presentes en situaciones de violencia de pareja en el hogar, mientras que en un 15.5% de los casos no se sabía si lo estaban, por lo que probablemente el número podría ser sustancialmente mayor.

Estudios más recientes, arrojan resultados divergentes respecto a las tasas de incidencia y prevalencia encontradas en niños y adolescentes expuestos a violencia de pareja. Así, en la investigación realizada por Finkelhor et al. (2009), mencionada con anterioridad, sobre una muestra representativa a nivel nacional que incluía a niños y adolescentes desde el nacimiento hasta los 17 años, encontraron que uno de cada 15 menores (6.6%) había estado expuesto a violencia de pareja –en un 78% de los casos ejercida por el padre hacia la madre–, en el 1.3% había consistido en violencia física grave (patadas, asfixia, golpes con objetos, uso de un arma, etc.) y en el 5.7% en violencia psicológica/emocional. Así mismo, estuvieron expuestos a violencia física en la pareja a lo largo de su vida en el 17.9% de los casos, ampliándose la tasa (27.7%) en el intervalo de 14 a 17 años. Otras investigaciones con muestras nacionales amplias, no

obstante, han obtenido tasas de prevalencia más bajas (9%) en población adolescente expuesta a formas peligrosas de violencia física en la pareja (Zinzow et al., 2009), constituyendo la forma más grave de exposición a violencia de género presenciar el homicidio de uno de los progenitores por parte del otro (Jaffe, Campbell, Hamilton y Juodis, 2012). Así, aproximadamente 3300 niños pierden a sus padres por homicidios en el hogar cada año en Estados Unidos, siendo testigos de feminicidio en un 35% de los casos y en un 62% de intento de homicidio de la madre (Lewandowski, McFarlane, Campbell, Gary y Barenski, 2004).

Otro aspecto interesante del estudio de Finkelhor et al. (2009) es que recoge la reacción de los menores ante el incidente violento. De tal forma, que casi la mitad de los niños y adolescentes encuestados actuaron gritando y tratando de detener la violencia (49.9%) o alejándose de la misma (43.9%), mientras que el 23.6% pidió ayuda. En este sentido, cabe señalar que la naturaleza de la participación de los niños y adolescentes en los episodios de violencia de pareja es un tema de interés progresivo para algunos autores (Edleson, Shin y Armendáriz, 2008; Fantuzzo et al., 1997; Hamby, Finkelhor, Turner y Ormrod, 2011; Spilsbury et al., 2007), debido a que puede facilitar la propuesta de nuevas medidas de protección para estos menores y, en su caso, mejorar las ya existentes. No obstante, la información sobre la misma es escasa en la actualidad.

El análisis de dos encuestas nacionales sobre población canadiense realizado por Thomson, Saltzman y Johnson (2003) encontró que el 33.2% de las mujeres habían sufrido maltrato por parte de su pareja o expareja y sus hijos estaban presentes durante los incidentes violentos. Igualmente, en el último estudio sobre incidencia de maltrato infantil difundido por la Public Health Agency of Canada (2010), concerniente al año 2008, se constató que el 34% de los casos de maltrato infantil se refería a menores expuestos a violencia en la pareja. Estos datos son similares a los hallados en adultos que declaran haber estado expuestos a este tipo de violencia durante la infancia, con cifras que oscilan entre el 8% y el 25% (Gilbert et al., 2009). Una vez más, el tipo de método de información utilizado en estos estudios tiene un impacto significativo en las cifras de prevalencia e incidencia resultantes (Wathen y MacMillan, 2013).

Las estadísticas sobre el número de niños australianos afectados por la violencia doméstica son limitadas. Sin embargo, los datos disponibles muestran un problema

generalizado y grave que afectó a más de un millón de niños australianos en 2005 (Australian Bureau of Statistics, 2006). Resultados similares se obtuvieron en otro estudio posterior (Bagshaw, 2007).

En Europa entre el 11-17% de los niños y adolescentes refieren haber presenciado alguna forma de violencia de pareja (Ellonen, Kääriänen, Salmi y Sariola, 2008; Radford et al., 2011). Por ejemplo, en el estudio llevado a cabo en el Reino Unido por la NSPCC (2012), se llegó a la conclusión de que el 12% de los niños menores de 11 años y el 17% de los adolescentes de entre 11 y 17 años, habían estado expuestos a violencia física entre sus padres al menos una vez en sus vidas, mientras que en otra investigación desarrollada en Suecia con adolescentes de entre 13 y 17 años, el 11% confirmaron haber estado expuestos a algún incidente de estas características (Annerbäck, Wingren, Svedin y Gustafsson, 2010). La tasa tiende a disminuir hasta alrededor del 4% cuando las formas de violencia física son más graves (Meltzer et al., 2009).

Dentro de nuestras fronteras, no existe un sistema para recoger y sistematizar la información sobre el número real de menores expuestos a violencia de género (Save the Children, 2011), a pesar de que se estima que la mayoría de las mujeres víctimas de malos tratos son madres (Labrador et al., 2004, 2010) y de que entre un 70-85% de los hijos de estas mujeres son testigos y se ven involucrados en los episodios violentos (Corbalán y Patró, 2003; Labrador et al., 2010). Si bien, podemos señalar que esta situación está en vías de solución con las propuestas legislativas inéditas hasta el momento en nuestro país, comentadas en el capítulo anterior.

En España, el último informe realizado por UNICEF y The Body Shop sobre el impacto que tiene la violencia de pareja en los niños (2006), aporta la primera cifra de menores expuestos a este tipo de violencia, estimándose que la sufrían 59 758 mujeres y 188 000 menores fueron testigos principales de la misma durante 2005.

En el *III Informe Internacional de Violencia contra la Mujer en las Relaciones de Pareja en España*, realizado por el Centro Reina Sofía, las mujeres informaron que en el 40.24% de los casos sus hijos habían estado presentes en los episodios de violencia; en el 21.34% habían sido víctimas de maltrato infantil y en el 29.27% habían sido víctimas y testigos directos. Sólo en el 9.15% de los casos no habían sido nunca

víctimas ni observadores. Por otra parte, en el 11.84% de los casos de los feminicidios de pareja ocurridos en España durante 2008, los menores estaban presentes (Sanmartín, Iborra, Gracia y Martínez, 2010). Como ya se ha señalado en el apartado anterior, en lo que llevamos de año ya se han registrado 25 feminicidios por violencia de género y 24 menores han quedado huérfanos por este tipo de violencia.

Los resultados de *la Macroencuesta de 2011*, indican que el 70.6 % de las mujeres encuestadas que manifestó estar sufriendo violencia de género tenía hijos menores que vivían expuestos a esta situación y que, por tanto, también eran víctimas de la misma. Y más específicamente el 61.7 % de las mujeres que estaban padeciendo actualmente maltrato afirmaron que éstos sufrieron directamente situaciones de maltrato en algún momento (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2012). Si bien, los últimos datos publicados que avanzan los primeros resultados de la *Macroencuesta de Violencia contra la mujer de 2015*, arroja tasas algo más elevadas (el 63.6% afirma que los hijos/as presenciaron o escucharon alguna de las situaciones de violencia; y el 64.2% fueron víctimas directas) no son comparables con los obtenidos en anteriores encuestas. Así mismo, según los datos facilitados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a través del Observatorio de la Infancia (2013), las estadísticas de mujeres asesinadas por violencia de género reflejan que la mayoría de ellas se encuentran en los grupos de edad entre los 21 y los 40 años, edades en las que suelen tener hijos a su cargo.

En relación a la edad, aunque la exposición general a la violencia doméstica es más probable en los niños más pequeños (Borrego, Gutow, Reichert y Barker, 2008; Fantuzzo et al., 1997; Finkelhor et al., 2005b), también los niños más mayores y adolescentes están comúnmente expuestos (Gilbert et al., 2009; Radford et al., 2011).

Por otra parte, en la literatura científica existen datos contradictorios respecto a la implicación física de los menores en los episodios de violencia de género en la pareja. Algunos investigadores consideran que los niños de seis años o menos son más propensos a ser involucrados (Fusco y Fantuzzo, 2009), mientras que otros plantean que son los niños mayores los que más frecuentemente se encuentran directamente involucrados en estos episodios, sobre todo en los que se usan armas blancas o de fuego (Gewirtz, 2008; Spilsbury et al., 2007). En casos extremos, los menores se enfrentan a

daños agudos e incluso a la muerte, con un máximo del 20% de filicidios[21] (especialmente paterno) en casos de antecedentes de violencia de pareja (Bourget, Grace y Whitehurst, 2007). En este sentido, en el informe publicado por el Centro Reina Sofía (2008) que recopila las noticias publicadas sobre los menores asesinados por sus padres entre 2004 y 2007 en nuestro país, uno de los datos más significativos es que en el 85.71% de los casos de menores asesinados en el ámbito familiar, los padres fueron los agresores.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad registra el número de filicidios por violencia de género a manos de la pareja o expareja de la madre desde 2013. A partir de esta fecha hasta el 6 de agosto de 2015 (últimos datos disponibles en la revisión realizada para este trabajo)[22], se han producido 11 filicidios a manos de la pareja o expareja de la madre (véase Figura 2.2). No se dispone de datos referentes a cuántos de estos agresores eran además los progenitores de los menores asesinados.

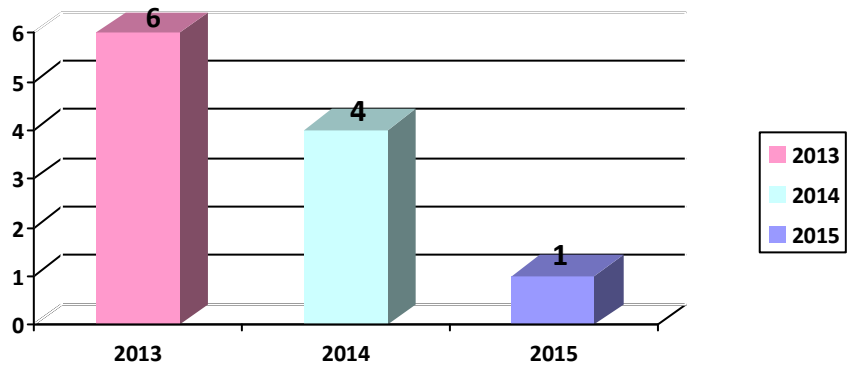


Figura 2.2. Menores víctimas mortales por violencia de género de 2013 hasta el 6 de agosto de 2015. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Por tanto, de acuerdo con numeroso autores podemos afirmar que los menores expuestos a violencia de pareja presentan un alto riesgo de ser víctimas de filicidio,

[21] Hijos asesinados por un progenitor (padre/madre).

[22] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (6 de agosto de 2015). *Menores víctimas mortales por violencia de género.* http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/datosEstadisticos/docs/Vmenores_06_08_2015.pdf

primordialmente paterno (Bourget et al., 2007; Dobash y Dobash, 2012; Ewing 1997; Fawcett, 2010; Hamilton, Jaffe y Campbell, 2013; Jaffe y Juodis, 2006; Jaffe, Campbell y Olszowy, 2013; Jaffe, Wolfe y Campbell, 2011; Jaffe et al., 2012; Websdale, 2010).

Como se ha puesto en evidencia, los datos con los que se cuenta hasta el momento, aunque con poca precisión epidemiológica, indican que en España existe una población de niños y adolescentes que han estado expuestos a la violencia de género que sufren sus madres por parte de sus parejas o exparejas y en algunos casos continúan estándolo en la actualidad, aunque todavía queda una tarea ingente por realizar en esta materia.

Para concluir, es preciso señalar que en la mayor parte de países los informes oficiales tienden a subestimar la prevalencia e incidencia real de esta forma de maltrato infantil (Wathen y MacMillan, 2013). Así mismo, algunos autores destacan que se detecta una tendencia entre las madres a subestimar la participación de sus hijos en los episodios de violencia (Øverlien, 2010), por lo que sería necesario desarrollar más investigación con respecto a la importancia de incluir a los niños y adolescentes en los estudios de violencia de género como fuente alternativa de información (Cater y Forsell, 2014; Eriksson y Hester, 2001; Eriksson y Näsman, 2008; Øverlien y Hyden, 2009). Y, aunque los cuidadores y los niños probablemente tienen diferentes puntos de vista y experiencias, junto con ellos se obtiene más información que solamente con los informes individuales de cualquiera de las partes (Lanktree et al., 2008).

En esta dirección, un cuerpo considerable de investigaciones sobre adultos ha encontrado que, en general, preguntar sobre temas sensibles y de trauma raramente provoca angustia grave y que los participantes ven más los beneficios que los efectos negativos (Edwards, Kearns, Calhoun y Gidycz, 2009; Jorm, Kelly y Morgan, 2007; Newman y Kaloupek, 2004; Savell, Kinder y Young, 2006; Widom y Czaja, 2006). Algunos autores encuentran resultados similares en menores, que afirman no experimentar excesiva angustia al contestar sobre episodios directos o indirectos de maltrato en el hogar (Radford, Corral, Bradley y Fisher, 2013; Zajac, Ruggiero, Smith, Saunders y Kilpatrick, 2011), especialmente cuando las preguntas se formulan a través de un procedimiento diseñado cuidadosamente en condiciones de confidencialidad y por entrevistadores bien formados (Finkelhor, Vanderminden, Turner, Hamby y Shattuck,

2014). Todo ello contribuiría a incrementar la confiabilidad de los resultados en los estudios epidemiológicos sobre esta población.

2.3 COMORBILIDAD ENTRE LAS DIFERENTES TIPOLOGÍAS DE MALTRATO INFANTIL

La investigación sobre la prevalencia y las consecuencias del maltrato en la infancia ha ido cambiando el foco en los últimos años. Hace unas décadas, la mayoría de los estudios, basados tanto en población general como en clínica, evaluaban un solo tipo o, como mucho, dos tipos de maltrato. Sin embargo, estudios recientes han confirmado que el maltrato infantil raramente se presenta como un fenómeno unidimensional, sino que se constata una alta co-ocurrencia entre los diferentes subtipos (Dong et al., 2004; Graham-Bermann et al., 2012; Kantor y Little, 2003; Nguyen et al., 2009; Stanley y Goddard, 2004; Trickett et al., 2009). Del mismo modo, existe suficiente evidencia empírica acerca de que los menores expuestos a un tipo de victimización se encuentran en mayor riesgo de experimentar otras victimizaciones, al igual que los diferentes tipos de victimización parecen ser más impactantes que los episodios repetidos en el tiempo de un mismo tipo. Además, la frecuencia de la exposición correlaciona con la gravedad del maltrato (Clemmons, et al., 2007; Edwards, Holden, Felitti y Anda, 2003; Finkelhor, 2011; Finkelhor et al., 2005a; Finkelhor et al., 2007; Hamby et al., 2012; Oswald et al., 2010; Turner et al., 2010).

Por tanto, en consonancia con los datos actuales que indican que la mayoría de las formas de violencia y abuso están interrelacionados (Grych y Swan, 2012; Kazdin, 2011; Miller, Grabell, Thomas, Bermann y Graham-Bermann, 2012), las líneas de investigación más recientes subrayan la importancia de estudiar múltiples formas de victimización (Finkelhor et al., 2005b; Finkelhor et al., 2007; Hazen, Connelly, Roesch, Hough y Landsverk, 2010; Leventhal, 2007). De estos estudios, sin embargo, se derivan tasas de prevalencia muy divergentes, ya que oscilan entre un 33% y un 94% (Herrenkohl y Herrenkohl, 2009; McGee et al., 1995).

Si nos centramos en los tipos de maltrato clásicos, diversas investigaciones reflejan esta amplia comorbilidad. Si bien, la mayoría de los estudios se han centrado en la

ocurrencia de maltrato físico infantil, hay evidencia de que muchos de los niños que viven en estos hogares son sometidos a maltrato psicológico severo (Arata, Langhinrichsen-Rohling, Bowers y O´Farril-Swails, 2007; Corso, Eduwards, Fang y Mercy, 2008; McGuigan y Pratt, 2001), y aunque este último tipo de maltrato también puede aparecer de forma aislada (Claussen y Crittenden, 1991), numerosos investigadores sugieren que el maltrato psicológico es un componente básico, y tal vez el factor más destructivo, en todas las formas de maltrato infantil (Arruabarrena y de Paúl, 1999; Brassard y Gelardo, 1987; Brassard, Germain y Hart, 1987; Chamberland et al, 2005; Garbarino et al., 1986; McGee et al., 1997; Rodgers et al., 2004; Villanueva, Górriz y Cuervo, 2009). Otros trabajos destacan que la ocurrencia de abuso sexual infantil aumenta la probabilidad de aparición de maltrato emocional, físico y negligencia (Dong et al., 2003).

Nguyen et al. (2009) en el estudio que llevaron a cabo en 2006 sobre una muestra amplia de estudiantes (N = 2591) de entre 12 y 18 años, encontraron que el 20.7% de los casos presentaban dos tipos de maltrato; el 14.5% tres y el 6.3% cuatro tipos. Así mismo, Hazen et al. (2010), en una muestra de 1131 adolescentes de edades comprendidas entre 12 y 18 años de alto riesgo psicosocial, identificaron tres perfiles de maltrato: abuso sexual, maltrato emocional y maltrato físico (9%); maltrato físico y emocional (9.4%); y el resto (81.9%) mostraba puntuaciones bajas en todos los tipos de maltrato.

En otra investigación reciente que incluía a 215 menores procedentes de los Servicios de Protección Infantil, sólo el 5.0% de los menores que habían sufrido negligencia no experimentaron otros tipos de maltrato. La mayor tasa de co-ocurrencia de negligencia se obtuvo con maltrato emocional, casi la mitad de los niños también fueron víctimas de maltrato físico y un 21% de abuso sexual (Mennen et al., 2010).

Con respecto a los estudios retrospectivos realizados sobre adultos con experiencias de maltrato en la infancia, Dong et al. (2004) evaluaron a 8629 adultos, de los cuales el 54% eran mujeres y el 46% varones, y encontraron una alta co-ocurrencia entre los cuatro tipos de maltrato clásicos. Así, entre los que habían experimentado maltrato físico en su infancia (n = 2275), el 31.4% también sufrió maltrato emocional; el 32.4% abuso sexual, y el 32.2% abandono emocional. En el grupo que había sido víctima de

maltrato emocional (*n* = 878), adicionalmente experimentaron maltrato físico (80.5%); abuso sexual (42.3%), y abandono emocional (58.9%). Entre los que experimentaron abuso sexual (*n* = 1812), el 20.5% sufrió también maltrato emocional; el 40.7% maltrato físico, y el 25.9% abandono emocional. Y finalmente, entre los que sufrieron negligencia física (*n* = 855), el 31.7% experimentó maltrato emocional; el 52.7% maltrato físico, y el 35.7% abuso sexual. Por su parte, Vranceanu, Hobfoll y Johnson (2007) entrevistaron a 100 mujeres, de las cuales el 85% informó haber sido víctima de maltrato en la infancia; el 66% había sufrido maltrato físico, abuso sexual y negligencia; y el 15% había experimentado los cuatro tipos de maltrato.

Por otro lado, y en línea con las reflexiones planteadas a propósito del carácter difuso de los límites entre los distintos tipos de violencia dentro de la familia, numerosos estudios empíricos han documentado que existe una conexión entre la violencia de pareja y otras formas de maltrato infantil (Appel y Holden, 1998; Carrion, Weems, Ray y Reiss, 2002; Clemmons et al, 2003; Coohey y Braun, 1997; Fantuzzo et al., 1997; Gelles y Straus, 1988; Hazen, Connelly, Kelleher, Landsverk y Barth, 2004; Higgins y McCabe, 2000; Humphreys, 1996; Jouriles et al., 2008; Kitzmann et al., 2003; Kruttschnitt y Dorfeld, 1992; McGuigan y Pratt, 2001; Moeller, Bachman y Moeller, 1993; Sternberg et al., 1993). Así mismo, se ha investigado la asociación entre violencia de pareja, los cuatro tipos de maltrato clásicos y otras experiencias adversas adicionales en la infancia (Anda et al., 2006; Dube et al., 2002; Edleson y Nissley, 2011; Gewirtz y Edelson, 2004; Lamers-Winkelman et al., 2012).

Además, según Guedes y Mikton (2013) en la medición de la prevalencia de co-ocurrencia de violencia de pareja y maltrato infantil se utilizan frecuentemente tres denominadores: la prevalencia de co-ocurrencia en la población general y/o clínica; la prevalencia de maltrato infantil en las familias en las que se produce violencia de pareja; y la prevalencia de violencia de pareja en familias en las que se produce maltrato infantil. Cada uno conduce a diferentes medidas de prevalencia. Por ejemplo, en los Estados Unidos, la prevalencia a lo largo de la vida de co-ocurrencia de violencia de pareja y maltrato infantil en la población general es del 6%, y la prevalencia de maltrato infantil en familias en las que se produce violencia de pareja es del 45% (Appel y Holden, 1998; Chan, 2011), cifras que pueden variar sustancialmente de un país a otro.

Si bien, en general, las altas tasas de co-ocurrencia entre la violencia doméstica y el maltrato infantil se han observado en población comunitaria (Straus y Smith, 1995; Straus, Gelles y Steinmetz, 1980), se ha investigado más comúnmente en muestras clínicas en las que se han obtenido estimaciones que varían de un 30% a un 60-70% (Appel y Holden, 1998; Brandon et al., 2012; Edleson, 1999; Herrenkohl, Sousa, Tajima, Herrenkohl y Moylan, 2008; Jones, Gross, y Becker, 2002; Jouriles et al, 2008; Osofsky, 2003). No obstante, cuando se utilizan definiciones de maltrato infantil más estrictas y se consideran períodos más cortos de tiempo suele disminuir la tasa de co-ocurrencia de los distintos tipos de maltrato (Appel y Holden, 1998; Edleson, 1999; Jouriles et al, 2008).

Son escasos los estudios que en la actualidad documentan la co-ocurrencia entre la violencia doméstica y un único tipo de maltrato, ya que existe evidencia de que se asocia más frecuentemente con un patrón multi-tipo de maltrato y con otras situaciones adversas. Por tanto, en relación a la comorbilidad entre la violencia de género y el maltrato físico a los hijos, los rangos son muy amplios y divergentes en función de si las muestras proceden de población general o clínica. Por ejemplo, Appel y Holden (1998), obtuvieron una tasa de co-ocurrencia del 6% en muestras extraídas de población general y de un 40% en muestras clínicas. En un estudio más reciente, Knickerbocker, Heyman, Smith, Jouriles y McDonald (2007) encontraron mayores tasas de prevalencia de maltrato físico infantil (22-67%) en las familias en las que se ejercía este tipo de maltrato hacia el cónyuge, en comparación con las cifras encontradas en población general (4.4%).

Algunas investigaciones han proporcionado información acerca de la tasa de solapamiento entre la violencia de pareja y la negligencia infantil (Edleson, 2001; Gewirtz y Edleson, 2007; Margolin et al., 2009; Tajima, 2000). En un estudio actual que utilizó un diseño transversal en una muestra poblacional de 2062 menores de entre 12 y 17 años, Chan et al. (2012), en contraste con el estudio de Appel y Holden (1998) que hallaron una tasa de prevalencia de co-ocurrencia de negligencia infantil y violencia de pareja del 6%, obtuvieron una prevalencia más elevada entre estos dos tipos de maltrato (10.2%). Es decir, entre aquellas familias caracterizadas por violencia de pareja el 61.1% estaban involucradas en el maltrato de menores en el año anterior al estudio.

De igual modo, los menores expuestos a violencia doméstica son una población de riesgo para el abuso sexual infantil. En un trabajo en el que se entrevistó a mujeres víctimas de violencia de género, se constató que el 10% de éstas había informado que sus hijos fueron objeto de abuso sexual por parte de sus parejas masculinas (McCloskey, Figueredo y Koss, 1995).

Uno de los primeros estudios longitudinales que examinó el efecto de la violencia de pareja (de los 6 primeros meses de crianza de los hijos hasta los 5 años) en la aparición posterior de maltrato físico, psicológico y negligencia infantil, en una muestra de 2544 madres, fue realizado por McGuigan y Pratt (2001). Los resultados confirmaron que en el 38% de las familias había una asociación significativa entre violencia de pareja y maltrato infantil. Así mismo, este tipo de violencia precedía al maltrato infantil en más de las tres cuartas partes (78%) de los casos de co-ocurrencia. Si bien, el establecimiento del orden temporal no es suficiente para establecer la causalidad, resulta crucial entender dicha interrelación (Mills et al., 2000).

En la revisión que llevaron a cabo Appel y Holden (1998) encontraron 30 estudios que mostraban un vínculo claro entre la violencia doméstica y los cuatro tipos de maltrato clásicos. En la mayoría de trabajos se evidenciaba que más de un tercio de los jóvenes que habían sido testigos de violencia de pareja en el último año, también habían experimentado alguna forma de maltrato. En cuanto a las tasas de prevalencia obtenidas a lo largo de toda la vida, más de la mitad (56.8%) de estos menores habían sido maltratados. Del mismo modo, detectaron que cuando se utilizaban muestras clínicas y de alto riesgo, las tasas eran más elevadas que para la mayoría de las muestras basadas en población general.

Otra investigación más actual llevada a cabo por Hamby et al. (2010), en la que se examinó una muestra representativa de niños y adolescentes a nivel nacional (N = 4549) de edades comprendidas entre 0 y 17 años, detectó que más del 60% de las víctimas de negligencia y más del 70% de las víctimas de abuso sexual, por parte de un adulto conocido, además habían sido testigos de violencia de pareja. Estos datos sugieren que estar expuesto a violencia de pareja puede ser un componente clave en la creación de condiciones que conducen a malos tratos y además pueden estar en mayor riesgo de sufrir victimizaciones posteriores (Duncan, 1999; Graham-Bermann et al.,

2012). En sintonía con lo anterior, varios estudios llegan a conclusiones análogas: presenciar violencia de pareja y ser víctima directa de maltrato tiene mayor impacto para niños y adolescentes que sufrir uno u otro tipo por separado (Kernic et al, 2003; McCloskey y Walker, 2000; Wolfe et al., 2003). Otros autores como Kitzmann et al. (2003), sin embargo, no han encontrado peores efectos cuando se daba co-ocurrencia de maltrato físico al menor y violencia entre los padres, en contraste con la exposición solo a la violencia entre ambos.

Diversos trabajos han puesto de relieve la relación entre las experiencias de violencia sufridas por las mujeres por parte de su pareja o expareja y el maltrato hacia sus hijos (Berger, 2005; Eckenrode et al., 2000; Straus y Gelles, 1990), centrándose con mayor frecuencia en los hombres como perpetradores del mismo. En particular en el hecho de que el afecto negativo asociado con violencia de pareja tiende a extenderse a la relación padre-hijo, aumentando el riesgo de agresión hacia los niños (Cox, Paley y Harter, 2001). Si bien, en la literatura científica uno de los temas más descuidados es el análisis de la relación entre los niños y sus padres agresores (Eriksson, 2010b; Perel y Peled, 2008; Rothman, Mandel y Silverman, 2007). En este sentido, Ross (1996) encontró que el riesgo de sufrir maltrato físico infantil por parte del padre agresor aumenta un 12% cuando la violencia hacia la madre es más grave. Así mismo, algunos autores han informado que los menores pueden haber padecido adicionalmente violencia sexual por parte del agresor de la madre, más frecuentemente por la nueva pareja de éste que por el padre del menor, en una tasa que oscila entre el 45% y el 70% (Holt et al., 2008). Sin embargo, otros estudios han informado que la violencia del agresor crea un riesgo adicional para los niños independientemente de la gravedad de la violencia hacia la mujer (Hartley, 2004). Algunas investigaciones, no obstante, no han hallado una asociación directa entre la violencia sufrida por la madre y el maltrato directo al menor (Holden et al., 1998; O'Keefe, 1994).

Pocos estudios se han centrado en las mujeres víctimas de violencia de género en la pareja como autoras del maltrato hacia sus hijos (Berger, 2005; Straus y Gelles, 1990; 1990; Walker, 1984). Algunos autores indican que el sufrimiento, el dolor y el estrés asociados a la violencia que ejerce la pareja o expareja contra la mujer, puede contribuir a que se muestren agresivas y/o negligentes hacia sus hijos (Holden y Ritchie, 1991;

Levendosky y Graham-Bermann, 2000, 2001; Wolfe, Jaffe, Wilson y Zak, 1985). En un trabajo más reciente en el que se evaluó a una muestra constituida por 2508 madres de alto riesgo psicosocial, McDonald, Jouriles, Tart y Minze (2009) observaron que los hijos de éstas habían sufrido una agresión grave, en los 6 meses anteriores al inicio de la investigación, por la pareja de su madre en un 45% de los casos y en un 35% por parte de la madre.

En nuestro País son prácticamente inexistentes las investigaciones sobre las tasas de comorbilidad entre violencia de género en la pareja y otros tipos de maltrato, si bien algunos autores estiman que entre un 55-75% de los niños y adolescentes que viven en estos hogares son también objeto de abuso por parte de los maltratadores de sus madres (Amor et al., 2002; Corbalán y Patró, 2003; Labrador et al., 2010; Sarasua et al., 2007). Así, en el trabajo de Matud (2007), efectuado con una amplia muestra de 420 mujeres canarias víctimas de malos tratos atendidas en centros y asociaciones, se destaca que el 55% de sus hijos fueron también maltratados por su pareja o expareja, primordialmente con abusos físicos (28.3%) y psicológicos (23%). Bayarri, Ezpeleta y Granero (2011a), en un estudio sobre 177 mujeres víctimas de violencia de género que fueron atendidas en servicios específicos para este tipo de violencia, informaron que el 46.39% de sus hijos (N = 166) había sido testigo de los conflictos (visto, escuchado, observado sus efectos o experimentando sus consecuencias), el 37.96% se habían visto involucrado en el episodio (interviniendo para que terminara), y el 15.66% habían sido víctimas directas de agresión física o verbal por parte del perpetrador durante el episodio de violencia.

Del mismo modo, en una encuesta realizada a mujeres residentes en centros para víctimas de violencia de género, los investigadores encontraron que el 85% de los hijos fueron testigos de la violencia ejercida contra sus madres, y un 66% fueron además maltratados, física y/o psicológicamente en la mayoría de los casos (Patró y Limiñana, 2005). Rosser, Suriá y Villegas (2013) evaluaron una muestra de 88 mujeres, víctimas de violencia de género, que necesitaron como medida de protección un hogar de acogida. Los resultados pusieron de manifiesto que el 91.2% de las mujeres había sufrido maltrato físico, el 94.5% maltrato emocional, y el 28.3% sexual. Con respecto a los menores el 87% habían estado tanto expuestos al maltrato ejercido contra la madre,

como a maltrato directo, que en el 40% de los casos fue maltrato psicológico, en el 25.5% físico y en el 0.9% abuso sexual. Confirmando que en las muestras procedentes de casas de acogida, la frecuencia de violencia de los hombres hacia las mujeres se correlaciona positivamente con la frecuencia de la agresión de los hombres hacia los niños (Jouriles y Norwood, 1995).

Sobre la base de las ideas expuestas, y de acuerdo con Atenciano (2009), parece claro que son necesarias estadísticas de calidad relativas a la exposición de menores a la violencia de género que sufren sus madres a manos de sus parejas o exparejas en nuestro país, así como de la co-ocurrencia de malos tratos infantiles, por los graves efectos que supone para estos menores, tanto a corto como a largo plazo.

2.4 RESUMEN

El maltrato infantil es un fenómeno universal de graves consecuencias que pueden durar toda la vida (UNICEF, 2009), sin embargo no se dispone de datos fiables acerca de su incidencia y prevalencia a nivel mundial, particularmente cuando este tipo de violencia ocurre en el seno familiar, ya que muchos de los casos no se denuncian, obstaculizando el registro de los mismos. De hecho, hasta la fecha, únicamente disponemos de estadísticas sobre los casos más graves de maltrato que son localizados por los Servicios Sociales. A esta circunstancia se suma, la dificultad para encontrar definiciones unitarias sobre el mismo y sus distintas tipologías. Si bien la mayoría de investigadores y expertos en la materia están de acuerdo con respecto a que una categoría apropiada y precisa debe incluir la operativización de los comportamientos que la definen, lo cual permitiría caminar hacia un objetivo común: medir con mayor precisión y fiabilidad dichos comportamientos, así como facilitar su cuantificación en la medida que se aproximen a la realidad empírica de la que proceden. Por todo ello, las estimaciones actuales son muy variables, dependiendo del país y del método de investigación que se utilice (OMS, 2014a).

Además, en nuestro País, las dificultades para detectar y contabilizar los casos de mujeres víctimas de violencia de género, favorece que sea especialmente problemático la obtención de datos comparables sobre el número de niños expuestos a la misma. Sólo

se dispone de datos relativos a los menores que se encuentran con sus madres en casas de acogida, coincidiendo de nuevo con los casos más graves, lo que representa una parte mínima de la dimensión del problema. Pese a ello, varias organizaciones no gubernamentales han señalado tasas de prevalencia de la exposición de los menores a este tipo de violencia. De igual modo, ha supuesto un gran avance la puesta en marcha del Registro Unificado sobre Maltrato Infantil (RUMI) en todo el territorio nacional que facilitará la labor de recogida de datos más próximos a la realidad de este fenómeno.

Respecto a las tipologías de maltrato, existe consenso entre los diferentes investigadores, a nivel nacional e internacional, a la hora de afirmar que el trato negligente es la forma más común de maltrato, seguida de maltrato emocional, maltrato físico y en último lugar abuso sexual. Del mismo modo, los datos actuales indican que la mayoría de las formas de maltrato están interrelacionados (Kazdin, 2011; Miller et al., 2012). Las cifras de prevalencia que se derivan son muy dispares, variando entre un 33% y un 94% (Herrenkohl y Herrenkohl, 2009; McGee et al., 1995). Así mismo, numerosos estudios empíricos han documentado que existe un vínculo entre la violencia de pareja y otras formas de maltrato infantil, observándose tasas más elevadas en muestras clínicas que en población general, con estimaciones que varían de un 30% a un 60-70% (Appel y Holden, 1998; Brandon et al., 2012; Edleson, 1999; Herrenkohl et al., 2008; Jones et al., 2002; Jouriles et al., 2008; Osofsky, 2003).

Capítulo 3
IMPACTO DE LA EXPOSICIÓN A VIOLENCIA DE GÉNERO

Este capítulo da paso a una breve revisión de los diversos estudios que abordan los efectos que tiene la exposición a la violencia de género en la pareja para los menores expuestos a ella.

Se diferencian las diversas secuelas que pueden presentarse en la etapa escolar y adolescente, así como las manifestaciones de patrones de alteraciones específicos.

Por último, se examinan los estudios empíricos que documentan la comorbilidad entre diferentes trastornos en población expuesta a este tipo de violencia.

3.1 CONSIDERACIONES PREVIAS

Como señalan Briére y Jordan (2009) el rango y tipo de sintomatología relacionada con el trauma refleja las influencias convergentes de múltiples factores, tales como: la edad del niño en el momento de la victimización, el tipo de trauma, la relación con el perpetrador/es, la gravedad y la duración del trauma, las reacciones de los demás, así como los efectos de las experiencias traumáticas en el desarrollo de los sistemas biológicos y capacidades psicológicas.

Algunos trabajos revelan que hasta un 90% de niños y adolescentes, cuando están en sus hogares, son testigos o pueden verse involucrados en episodios de violencia doméstica (Fusco y Fantuzzo, 2009), pudiendo repetirse una amplia gama de comportamientos abusivos por parte del maltratador hacia su pareja, entre los que predominan: maltrato emocional, acoso, amenazas, violencia sexual y agresiones físicas, que pueden llegar a ocasionar la muerte en su manifestación más dramática. Los menores, por su parte, pueden estar expuestos de diversas formas a este tipo de violencia, algunas de las cuales son: ver o escuchar estos episodios, observar los efectos en la víctima, (contusiones, heridas, etc…), ser testigo de destrucción de objetos en el hogar, y/o teniendo contacto con trabajadores del servicio de protección al menor, policía o guardia civil, y/o personal sanitario. En este sentido, van der Kolk (2008) señala que la exposición repetida e inevitable a las agresiones hacia la madre provoca efectos devastadores en el desarrollo mental y cerebral de estos menores, con secuelas que pueden ser muy graves cuando el padre asesina a la madre, y los menores, además, están presentes (Alisic, Groot, Snetselaar, Stroeken y van de Putte, 2015), si bien, todavía existen pocos estudios que aborden este tema en la actualidad. Así mismo, pueden verse afectados por la repercusión psicológica que tiene esta violencia en sus padres (Carpenter y Stacks, 2009). De tal manera que el abanico de consecuencias que pueden sufrir es muy amplio y variado, yendo desde el daño psicológico hasta la muerte, pasando por secuelas físicas, educativas, sociales y de relación, de comportamiento o de vínculo con los propios progenitores (Cunningham y Baker, 2007).

Por tanto, ciertos factores que participan en los efectos negativos encontrados en esta población se relacionan con la frecuencia, intensidad, gravedad, co-ocurrencia y diferentes formas de violencia en la pareja a la cual han estado o están expuestos los niños y adolescentes (Anda et al., 2006). Por ejemplo, en un estudio llevado a cabo por Bogat**,** DeJonghe, Levendosky, Davidson y von Eye (2006) en el que participaron 48 mujeres y sus hijos en el primer año de vida, los cuales habían estado expuestos a la violencia que se ejercía contra sus madres, hallaron que los menores desarrollaron síntomas de trauma como consecuencia de haber escuchado y observado la violencia. La intensidad de los síntomas estuvo en función de la severidad de la violencia a la cual habían estado expuestos, y no en función de otras variables como los síntomas de depresión materna o el temperamento difícil de los niños. Resultados opuestos obtuvieron Kilpatrick y Williams (1998) en un estudio realizado sobre una muestra más reducida de 20 niños expuestos a violencia doméstica y sus madres, y un grupo control de 15 niños no expuestos y sus madres (de entre 6 y 12 años), en el que encontraron que la intensidad y la frecuencia de la violencia doméstica no contribuían de forma significativa a la gravedad del estrés postraumático que presentaban los menores, llegando a la conclusión de que este tipo de violencia, por sí mismo, puede provocar trauma.

Del mismo modo, se ha sugerido que los efectos acumulativos de múltiples traumas a lo largo de la vida, más conocido como "*adversidad acumulada*" (Lloyd y Turner, 2003; Turner y Lloyd, 1995; Turner et al., 2012), pueden provocar o agravar los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia, pudiendo llegar hasta la etapa adulta (Hovens et al., 2010), frente a aquellos con historias de trauma más circunscritos (Hodges et al., 2013). Lo cual, a su vez, puede motivar el uso de estrategias de afrontamiento potencialmente desadaptativas, tales como la disociación, conductas externalizantes o el abuso de sustancias (Brière et al., 2010), sobre todo en adolescentes y jóvenes.

En esta misma dirección, un estudio de McLaughlin et al. (2010a), relaciona el hecho de haber vivido diferentes adversidades en la infancia con la aparición de trastornos psicopatológicos clasificados en el DMS-IV (APA, 1994), en una muestra de adolescentes estadounidenses, destacando que las adversidades que reflejan un

funcionamiento desadaptativo familiar, se asociaron, con más fuerza que otras, al desarrollo de trastornos mentales, y predijeron un mayor deterioro funcional, según el trastorno informado, subrayando la evolución clínica del mismo en función del curso de estas adversidades en todas las etapas del ciclo vital (McLaughlin et al., 2010b). Un estudio retrospectivo llevado a cabo con adultos estadounidenses que sufrieron diferentes adversidades en la infancia, entre las que se encontraban violencia familiar y maltrato directo, muestran resultados consistentes con los trabajos anteriores (Green et al., 2010).

En consecuencia, estar expuesto a violencia doméstica puede ser un elemento esencial en la creación de condiciones de adversidad aditivas que pueden conducir a malos tratos directos (Clemmons et al., 2003; Díaz, Simantov y Rickert, 2002; Edleson 1999; Guedes y Mikton, 2013; Hahm et al., 2010; Hamby et al., 2010; Humphreys et al., 2008; Potito et al., 2009), favoreciendo adicionalmente el riesgo de sufrir victimizaciones posteriores (Finkelhor, 2011; Finkelhor et al., 2009). De hecho, se ha comprobado que la violencia en la pareja a menudo coexiste con otras circunstancias adversas (Dong et al., 2004), y la superposición entre el maltrato infantil y este tipo de violencia suele ser elevado (Knickerbocker et al., 2007). De acuerdo con lo cual, Herrenkohl et al. (2008) señalan que ser a la vez víctima de maltrato y testigo de violencia de pareja se asocia a una peor evolución en la salud mental de niños y adolescentes. Así, Sternberg et al. (2006) hallaron que los menores expuestos a violencia de género que, adicionalmente sufrieron maltrato directo, presentaban mayor riesgo de exhibir problemas internalizantes y externalizantes con rango clínico. En la misma línea, Jouriles et al. (2008), encontraron graves problemas externalizantes e internalizantes en niños que convivían con sus madres en casas de acogida, concluyendo que estas circunstancias se podían explicar por el hecho de haber vivido en familias con violencia severa en la pareja, con tasas de co-ocurrencia de agresión física directa a los niños por encima del 40%.

En un estudio más reciente (Lamers-Winkelman et al., 2012a), que investigó si la severidad y duración de la violencia de pareja y otras experiencias adversas (maltrato emocional, físico, abuso sexual, negligencia emocional y física, trato violento hacia el cuidador, abuso de sustancias, miembro de la familia encarcelado, enfermedad mental, y

separación o divorcio de los padres) estaban relacionadas con problemas de conducta, emocionales, y síntomas de trauma, en una muestra clínica (*N* = 208; intervalo de edad entre 2-12 años) que había sido derivada a centros especializados. Los resultados revelaron que las adversidades adicionales que habían sufrido los niños expuestos a violencia de pareja no estaban relacionadas con el nivel de problemas emocionales y de comportamiento, a excepción de con los síntomas de trauma informados por los padres. Sin embargo, el maltrato físico, emocional y el abuso sexual estuvieron asociados con los niveles más altos de problemas de ajuste, aunque no se encontró en todas la medidas utilizadas para evaluar los problemas.

Apoyando esta idea, otros autores señalan que los diferentes tipos de victimización parecen ser más impactantes que los episodios repetidos en el tiempo de un solo tipo (Allen, 2008; Chamberland et al, 2005; Duncan, 1999; Graham-Bermann et al., 2012; Linder y Collins, 2005; Lewis et al., 2006), estando más relacionado con los síntomas de trauma (Ehrensaft et al., 2003). Por ejemplo, Finkelhor et al. (2009) evaluaron 34 tipos específicos de victimización y encontraron que los niños expuestos a poli-victimización tendían a tener síntomas más graves de trauma y problemas de comportamiento, tanto en el último año como a lo largo de su vida.

En consonancia con lo anterior, diversos estudios llegan a conclusiones análogas: presenciar violencia de pareja y ser víctima directa de maltrato tiene mayor impacto para niños y adolescentes que sufrir uno u otro tipo por separado (Kernic et al, 2003; McCloskey y Walker, 2000; Wolfe et al., 2003). Kitzmann et al. (2003), sin embargo, no hallaron peores efectos cuando se daba co-ocurrencia de maltrato físico al menor y violencia entre los padres, en contraste con la exposición solo a la violencia entre ambos.

Por lo que podemos concluir, que a pesar de que algunos estudios muestran resultados contradictorios, la evidencia empírica parece demostrar que la exposición de niños y adolescentes a violencia de género supone una situación de riesgo en sí misma, que generalmente suele ir asociada a otros tipos de maltrato y circunstancias de adversidad familiar concurrentes, que tienden a ser graves y duraderas, por lo que pueden repercutir en la salud general de los menores y en el desarrollo de diversas alteraciones psicológicas y otros efectos asociados.

3.2 IMPACTO PSICOLÓGICO

En los últimos 20 años, las consecuencias del maltrato infantil en la salud mental de los niños ha sido ampliamente estudiado (Cook et al., 2005; Stallard, 2006). Así mismo, la investigación internacional demuestra definitivamente que los bebés, los niños y adolescentes expuestos a la violencia doméstica presentan efectos negativos a nivel psicológico, emocional y social, que influyen gravemente en su bienestar y afectan a su desarrollo (The Australian Domestic and Family Violence Clearinghouse y The University of New South Wales, 2011).

El impacto de la exposición a la violencia doméstica se ha convertido en un tema de interés creciente para investigadores y clínicos desde mediados de los años setenta (Holden, 1998) hasta la actualidad. A partir de 1980 se inicia el desarrollo de estudios empíricos sistemáticos y rigurosos, pero es en los últimos diez años, sobre todo en Estados Unidos, cuando se ha alcanzado una mayor progresión en el número y la calidad de las publicaciones, proporcionando una amplia base empírica que todavía se encuentra en fase de desarrollo (Holt et al., 2008; Jaffe et al., 2004).

El enfoque inicial de estas investigaciones iba dirigido a identificar y describir los efectos negativos de la violencia doméstica en población infantil expuesta (Overlien, 2010). Si bien, como indica Adams (2006), las consecuencias de la exposición a la violencia de pareja en el hogar han comenzado a entenderse sólo recientemente, gracias al desarrollo de trabajos dirigidos específicamente al estudio de los procesos, examinando contextos característicos, experiencias y etapas de desarrollo de los menores, con el objetivo de identificar las variables que pueden explicar los efectos adversos y acumulativos en el tiempo de este tipo de violencia **(**Cummings y Davies, 2002).

Hasta la actualidad, un nutrido cuerpo de investigación fuera de nuestro país, se ha centrado en estudiar el daño que la exposición a la violencia de pareja puede infligir a la salud y el desarrollo mental de los niños, dando como resultado problemas emocionales, sociales, y de comportamiento; efectos negativos sobre el rendimiento cognitivo; un elevado riesgo de futuros problemas de adaptación y relacionales, y, en algunos casos, a nivel psicobiológico (p. ej., Bedi y Goddard, 2007; Carpenter y Stacks, 2009; Centers

for Disease Control and Prevention, 2006; Chan y Yeung, 2009; Chemtob, Nomura y Abramovitz, 2008; Crockenburg, 1987; Edleson, 1999; Evans et al., 2008; Fantuzzo y Mohr, 1999; Felitti et al., 1988; Graham-Bermann y Seng, 2005; Henning et al., 1996; Holt, et al., 2008; Humphreys, Houghton y Ellis, 2008; Insana, Foley, Montgomery-Downs, Kolko y McNeil, 2014; Kitzman et al., 2003; Kolbo, Blakely y Engleman, 1996; Kuhlman et al., 2012; Levendosky et al., 2013; Malik 2008; Margolin y Gordis, 2000; Meltzer et al., 2009; Perry, 2001; Silvern et al., 1995; Spilsbury et al., 2007; Sternberg, Baradaran, Abbott, Lamb y Guterman, 2006; Stover y Berkowitz, 2005; Sturge-Apple, Davies, Cicchetti y Manning, 2014; Warner y Swisher, 2014; Wathen y MacMillan, 2013; Wolfe et al., 2003).

En España las publicaciones sobre las consecuencias de la violencia contra la mujer por parte de su pareja o expareja en niños y adolescentes todavía es escasa, aunque ya existe evidencia sobre la materia (p. ej., Alcántara, 2010; Alcántara et al., 2013; Atenciano, 2009; Bayarri et al., 2011a; Bayarri, Ezpeleta, Granero, de la Osa y Doménech, 2011b; Cabrera y Granero, 2011; Castro-Sáez, 2011; Colmenares et al. 2007; De la Vega, de la Osa, Ezpeleta y Granero, 2011, 2013; Miranda, de la Osa, Granero y Ezpeleta, 2011, 2013; Olaya, Ezpeleta, de la Osa, Granero y Doménech, 2010; Patró y Limiñana, 2005; Rosser et al., 2013).

Todos estos trabajos nos inducen a pensar que el impacto de la exposición a la violencia de pareja en los niños es más importante de lo que se pensaba tradicionalmente (Øverlien, 2010).

En otro orden de ideas, actualmente la evidencia empírica sugiere que se puede también constatar una ausencia de graves problemas de adaptación, lo cual no significa necesariamente que los niños no hayan sido afectados por la exposición a la violencia, sino que existen por una parte, distintos niveles de exposición dentro de una misma población (Graham-Bermann et al., 2009), y, por otra, puede ser que los resultados no se manifiesten a corto plazo, mediados por una serie de factores de protección a nivel individual, familiar y comunitario, los cuales influyen sobre la magnitud de los efectos de este tipo de exposición sobre el niño (Kitzmann et al., 2003; Martínez-Torteya, Bogat, von Eye y Levendosky, 2009; McIntosh, 2003). Igualmente, se ha evidenciado que estas tasas de resiliencia pueden variar en el tiempo en función de una nueva etapa

de desarrollo, cambios en las adversidades, y en los factores protectores y de riesgo (DuMont, Widom y Czja, 2007; McGloin y Widom, 2001).

Continuando con el análisis de los efectos negativos, numerosos estudios sugieren que la exposición a violencia de género en la infancia supone un mayor riesgo de sufrir violencia psicológica y social, así como la aparición temprana de trastornos mentales, incluyendo trastornos del estado de ánimo y de ansiedad; trastorno por estrés postraumático (en adelante, TEPT); además de abuso de sustancias y problemas relacionados con la escuela, en este caso, principalmente en adolescentes (Afifi et al., 2008; Anda et al., 2001; Centers for Disease Control and Prevention, 2006; Dube et al., 2002; Ehrensaft et al., 2003; Felitti, 1988; Levendosky et al., 2013; Osofsky, 2003; Perry, 2001; Stith et al., 2004; Warner y Swisher, 2014).

Por ejemplo, en el estudio de Smith, Elwyn, Ireland y Thornberry (2010), cuyo objetivo fue demostrar si en los menores expuestos a violencia de pareja aumentaba el riesgo de efectos adversos en la edad adulta, incluyendo problemas de consumo de sustancias. Se utilizó un diseño prospectivo, en una submuestra de adolescentes (*n* = 508), dividida en dos grupos de edad (de 14 a 18 años; y de 21 a 23 años), extraída de un estudio longitudinal más amplio realizado en población general, que investigaba el desarrollo de la delincuencia y otros problemas de comportamiento. Los resultados demostraron que la exposición severa a la violencia de pareja aumentó significativamente las probabilidades de desarrollar problemas de consumo de alcohol en la edad adulta temprana para las mujeres (odds ratio = 5.63, $p < 0,05$), pero no para los hombres jóvenes, sin embargo no aumentó la probabilidad de otros indicadores de consumo de sustancias para cualquier género.

De igual modo, un cúmulo cada vez mayor de evidencia sugiere que la exposición temprana a la violencia o a patrones extremos, repetitivos, o anormales de estrés durante períodos críticos del desarrollo cerebral infantil, puede tener impacto en la arquitectura del cerebro en proceso de maduración y poner en peligro, a menudo de forma permanente, la actividad de los principales sistemas neurorreguladores, provocando, así mismo, cambios neuroestructurales (Perkins y Graham-Bermann, 2012; Perry, 2001). Por su parte, Sturge-Apple, Davies, Cicchetti y Manning (2014) indican que la violencia interparental y la falta de disponibilidad emocional de la madre, se asocian con niveles

de cortisol más bajos (utilizando como medida el cortisol salival), en respuesta a la angustia. Todo ello, puede conducir a una alteración en el rendimiento cognitivo y el funcionamiento general, con profundas y duraderas consecuencias, presentando un mayor riesgo de desarrollar psicopatología como la depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia y abuso de sustancias, entre otros (Brietzke, Mansur, Soczynska, Powell y McIntyre, 2012).

Como señalan Dyregrov y Yule (2006), y López Soler (2008), la presencia de acontecimientos estresantes o situaciones vitales adversas durante la infancia puede tener un impacto dramático, ya que es una fase de desarrollo que requiere ciertas condiciones externas de estabilidad y protección. Por ello, cuando un menor se encuentra expuesto a unas condiciones de crianza inadecuadas o manifiestamente negativas, los efectos en su desarrollo pueden ser muy graves, comprometiendo un amplio número de variables psicológicas, y la maduración del sistema nervioso y neuroendocrino (Van der Kolk, 2003). Se ha demostrado que el aumento de la angustia emocional, junto con déficits en la capacidad para gestionarla con eficacia, desempeñan un papel en el desarrollo de la psicopatología en el niño (Eisenberg y Sulik, 2012). Incluso la investigación existente indica que en las primeras fases de desarrollo de bebés y niños pequeños hay asociaciones claras entre exposición a la violencia, problemas de conducta, y emocionales (Osofky, 1999).

Apoyando estas ideas, Zarling et al. (2013) examinaron la influencia de múltiples mediadores entre la exposición a violencia de pareja y la inadaptación infantil. Utilizaron un diseño longitudinal prospectivo, en el que se incluyó a 132 menores, de 6 a 8 años de edad, expuestos a este tipo de violencia, y a sus madres, los cuales estaban participando en un estudio longitudinal más amplio sobre crianza y desarrollo social de los niños en población general. Como medida de evaluación se utilizó el CBCL, entre otras. Los resultados confirmaron que la desregulación emocional era un potente mediador entre la exposición a la violencia de pareja y la aparición de patrones de problemas internalizantes y externalizantes. Cuando se asociaba a una dura disciplina también predijo los síntomas de externalización, pero no de los de internalización. Además, el funcionamiento psicológico de la madre predijo los síntomas de internalización, mientras que una mayor desregulación emocional predijo tanto los

síntomas de internalización como de externalización. Cabe señalar, por tanto, la relevancia de los resultados de este estudio por las implicaciones que se derivan para el tratamiento, mostrando la importancia de poner el foco en el desarrollo de habilidades de regulación emocional para reducir tanto la internalización como la externalización de los síntomas.

El diagnóstico de TEPT, sin embargo, está menos documentado en preescolares, a pesar de que se trata de un grupo de edad en el que los niños son más propensos a estar presentes en el hogar cuando se producen este tipo de episodios violentos (Fantuzzo y Fusco, 2007). En este mismo sentido, según Perry (2005), cuando se expone a los bebés y los niños pequeños a estrés impredecible, ambientes caóticos, miedo y amenazas físicas persistentes, éstos tienden a presentar una respuesta de hiperexcitación que puede dar lugar a problemas de comportamiento. Además, los niños pequeños pueden tener mayor propensión a informar de recuerdos más intrusivos y no deseados de los eventos traumáticos, al igual que dificultades en la atención y en el pensamiento (Castor, 2010). En la misma línea, la revisión de Laing (2000) también señaló que si bien muchos niños presentan síntomas de estrés postraumático, no siempre cumplen el diagnóstico completo de TEPT. Los bebés pueden experimentar síntomas de trastorno de estrés postraumático a través de problemas de alimentación, trastornos del sueño, irritabilidad aumentada y a través del llanto, así como pérdida de habilidades en su desarrollo (Carpenter y Stacks, 2009).

Un estudio relativamente reciente de Zerk, Mertin y Proeve (2009) en el que participaron 60 niños de entre 1 y 6 años de edad, a través de la percepción de los cuidadores, reveló que la mayoría de los menores mostraron niveles clínicos de internalización (depresión y ansiedad) y externalización (problemas de conducta), altos niveles de estrés general, y síntomas de TEPT. No encontraron diferencias significativas en el impacto negativo de la violencia doméstica entre niños y niñas. Graham-Bermann et al. (2012), obtuvieron resultados similares en una muestra de preescolares de entre 4 y 6 años expuestos a violencia de género en la pareja y a otros eventos traumáticos adicionales.

Otro trabajo interesante y más reciente, que se centra en distintos tramos de edad, es el llevado a cabo por Grip, Almqvist, Axberg y Broberg (2013). Participaron 62 niños

de edades comprendidas entre 3 y 13 años, y sus 53 madres, las cuales habían sufrido violencia física y/o psicológica, y sexual. La mayor parte de la violencia se había producido entre los 2-3 años previos al inicio de la investigación, si bien seis de las madres habían sido objeto de violencia física y 14 de violencia psicológica, en el transcurso de la misma. En 43 casos (69%) el padre biológico de los menores ejercía violencia contra la madre; 16 de éstos (26%) mantuvieron contacto con el perpetrador, al menos cada dos semanas, y en 46 niños (74%) el contacto no fue regular. La mitad de los menores (53%) afirmó que la pareja de la madre a veces destruyó las cosas en el hogar, y una cuarta parte (24%) manifestó que el agresor de la madre había amenazado con usar armas. El 41%, atestiguó que gritaron a su madre y su pareja durante los episodios violentos, y el 66%, a veces, había intentado escapar de los mismos. De igual modo, 20 de los niños fueron victimizados psicológica o físicamente por el perpetrador. Una minoría de éstos (tres o cuatro para cada tipo de abuso) reconoció haber sido golpeado en varias ocasiones, lo golpearon con un objeto, pateado o amenazado con un arma**.** Los autores confirman que, a mayor cantidad de violencia experimentada, más gravedad se apreció en la manifestación de los síntomas de trastorno de estrés postraumático y problemas psicológicos generales. Lo cual viene a confirmar las altas tasas de síntomas TEPT, y los altos niveles de problemas psicopatológicos constatados en estudios previos realizados con menores expuestos a violencia de género en la pareja (Holt et al., 2008; Spilsbury et al., 2007).

Desde la percepción de los niños, éstos informan con más frecuencia de sentimientos de tristeza, confusión, miedo e ira (Bagshaw, 2007). En este sentido, en una revisión de trabajos desde la perspectiva de los niños y adolescentes, Humphreys, Houghton y Ellis (2008) observaron que, de los menores que participaron en diversos estudios, a menudo, presentaban dificultades para expresar el maltrato experimentado por ellos mismos y sus familias, así como los sentimientos significativos de temor hacia sus padres violentos. No obstante, en una proporción muy alta eran más propensos a experimentar mayores tasas de depresión y ansiedad, síntomas de trauma y problemas conductuales y cognitivos, resultados que son consistentes con otros estudios que evalúan la sintomatología a través de la percepción de los cuidadores principales (McIntosh 2003; Zerk et al., 2009).

Por otro lado, algunas investigaciones llevadas a cabo mediante informes retrospectivos, señalan las consecuencias que este tipo de violencia puede tener a más largo plazo. Por ejemplo, Silvern et al. (1995) estudiaron una muestra formada por 550 estudiantes universitarios, encontrando que la exposición a violencia doméstica durante su infancia, se asoció con síntomas de depresión, relacionados con el trauma, en la edad adulta. Así mismo, Henning et al. (1996) sobre una muestra de 123 mujeres que habían estado expuestas a violencia doméstica durante su infancia, hallaron una prevalencia más alta de angustia y un ajuste social inferior, al comparar estos datos con una muestra de 494 mujeres adultas no expuestas a este tipo de violencia durante su infancia.

Mención aparte requiere el tema de la transmisión intergeneracional de la violencia, siendo una de las consecuencias más polémicas y debatidas por diferentes investigadores. Los trabajos realizados en los últimos años, con diferentes planteamientos metodológicos, obtienen resultados dispares. Mientras que algunos de los estudios longitudinales de la década de los 90 mantienen que el maltrato en la infancia es un factor de riesgo de transmisión de este tipo de violencia en la etapa adulta (Green, 1998; Linder y Collins, 2005; Oliver, 1993; Powell, Cheng y Egeland, 1995; Smith y Thornberry, 1995; Widom, 1989; Zingraff, Leiter, Myers y Jonsen, 1993), en otros casos, la historia de maltrato infantil no parece incrementar este riesgo en los sujetos (Altemeier, O'Connor, Sherrod y Tucker, 1986).

Un estudio más reciente sobre una muestra de universitarios (N = 318), concluye que ser testigo de agresión física grave, con resultado de lesiones en las relaciones violentas entre los padres en la infancia, supone un impacto significativo en el ciclo de transmisión intergeneracional de la violencia en la adolescencia y la edad adulta, aumentando los niveles de morbilidad psiquiátrica y problemas con el abuso de alcohol y la expresión de la ira (Armour y Sleath, 2014).

En esta misma línea, diversas investigaciones han relacionado la exposición a la violencia durante la niñez, en los hombres, con la probabilidad de cometer actos de violencia en la pareja, comparados con aquellos que no han sufrido ningún tipo de maltrato infantil (Ehrensaft et al., 2003; Gil-González, Vives-Cases, Ruiz, Carrasco-Portiño y Álvarez-Dardet, 2008; Herrenkohl et al., 2004; Matud et al., 2003b; Millett, Kohl, Jonson-Reid, Drake y Petra, 2013; Smith et al., 2010). Así mismo, algunos

estudios señalan que los adolescentes que han vivido o presenciado experiencias de abuso en sus familias, son más propensos a actuar de forma hostil y abusiva con sus parejas (Jouriles et al., 2012; Kinsfogel y Grych, 2004). Del mismo modo, varios trabajos han puesto de manifiesto que la exposición a la violencia durante la niñez (sobre todo la violencia entre los padres y al abuso sexual) presenta una correlación positiva con el hecho de ser víctima de violencia infligida por la pareja y de violencia sexual en las mujeres (Martin, Taft y Resick, 2007; Söchting, Fairbrother y Koch, 2004; Vung y Krantz, 2009). Además, diversos estudios confirman que la exposición a la violencia durante la niñez puede aumentar la probabilidad de aceptación de la violencia, ya sea como víctima o como agresor, en las relaciones futuras y las situaciones de alto riesgo (Holt et al., 2008; OMS, 2011; Stanley, 2011).

De acuerdo con Gómez y de Paúl (2003), la importancia que todavía adquiere en la actualidad una historia infantil de maltrato, como factor determinante de la transmisión intergeneracional de este ciclo de violencia, debe ser analizada con cautela, debido a los importantes sesgos metodológicos que presentan aún buena parte de las investigaciones que abordan el tema y la divergencia de resultados obtenidos en las mismas. No obstante, es preciso señalar que un gran número de estos autores insisten en que el maltrato infantil debe considerarse un factor de riesgo, que puede confluir con otros, y no un factor determinante de la transmisión intergeneracional de la violencia.

Para concluir, podemos afirmar que las reacciones ante situaciones vitales adversas son muy variadas y complejas, poniéndose de manifiesto la dificultad para precisarlas cuando se evidencia que unas víctimas presentan un tipo de problemas y no otros, que estos problemas se pueden agravar o remitir con el tiempo, que pueden manifestarse de forma tardía, o también puede ocurrir que nunca surjan problemas y las víctimas permanezcan asintomáticas y ajustadas (Cerezo, 1995; Edelson, 1999; Wolfe et al., 2003). Esto es consistente con la idea de que cada menor percibe la violencia de pareja de una manera única, según una diversidad de factores, como se viene señalando a lo largo del capítulo.

3.3 ALTERACIONES ESPECÍFICAS EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA

En los siguientes apartados nos vamos a centrar en el análisis de las diversas investigaciones empíricas que abordan el impacto negativo que supone para los menores la exposición a violencia de género, específicamente en los patrones de problemas externalizantes e internalizantes, así como en el trastorno de estrés postraumático, que además son los que la literatura científica relaciona más frecuentemente con este tipo de violencia (p.ej., Chan y Yeung, 2009; Kitzmann et al., 2003; Wolfe et al., 2003). En cada uno de ellos se describirán los estudios más relevantes, así como los instrumentos utilizados para su valoración y/o criterios diagnósticos empleados.

3.3.1 PERFILES EXTERNALIZANTE E INTERNALIZANTE

Actualmente, existe suficiente evidencia empírica acerca de la presencia de problemas internalizantes (ansiedad, depresión y somatizaciones), y externalizantes (conducta no normativa y agresión) en menores expuestos a violencia de pareja en tasas elevadas (p. ej., Bair-Merritt, Blackstone y Feudtner, 2006; Bayarri et al., 2011a, 2011b; Fantuzzo et al., 1991; Holden y Ritchie, 1991; Margolin y Gordis, 2000; Margolin y Vickerman, 2007; Skopp, McDonald, Manke y Jouriles, 2005; Sternberg et al., 2005), incluso cuando otros factores de riesgo son controlados (Hazen, Connelly, Kelleher, Barth y Landsverk, 2006).

No obstante, algunos estudios han encontrado patrones diferentes en los resultados asociados con la exposición a este tipo de violencia, como veremos a lo largo de este apartado, incluyendo síntomas múltiples, tanto de problemas internalizantes como de externalizates (Cummings y Davies, 1994; Grych, Jouriles, Swank, McDonald y Norwood, 2000); sólo de problemas internalizantes (Hughes y Barad, 1983; Ybarra, Wilkens y Lieberman, 2007); sólo de problemas externalizantes (Wolfe et al., 1985); ningún problema de ajuste (Grych et al., 2000; Hughes y Luke, 1998); o bien, los cuatro perfiles anteriores (Doucet y Fortin, 2014).

Además, parece procedente recordar, como Moylan et al. (2010) señalan, que la combinación de maltrato infantil y exposición a violencia de género en la pareja, es

decir, “la doble exposición”, aumenta el riesgo de que los menores presenten problemas internalizantes y externalizantes, y que se agrave la sintomatología (Sousa et al., 2011), hecho que se observa repetidamente en estudios realizados en esta población, muy frecuentemente en muestras clínicas.

En este contexto, Evans et al. (2008) plantean que estas inconsistencias encontradas en la literatura científica, pueden deberse a variaciones metodológicas, como la composición de la muestra y los métodos de reclutamiento, ya que en los estudios iniciales se tendía a examinar muestras procedentes de hogares de acogida, cuya exposición a la violencia contra la madre es más grave, generalmente los menores también han sufrido uno o varios tipo de maltrato directo, a lo que se suma el estrés adicional que conlleva vivir en un entorno extraño.

En la revisión de 31 estudios llevada a cabo por Edleson (1999), la mayoría de éstos identificaron problemas de comportamiento y emocionales. Si bien, los menores presentaban mayor proporción de problemas externalizantes, incluyendo agresión y comportamiento antisocial, que de problemas internalizantes como ansiedad y depresión, además de síntomas de trauma. Otro estudio posterior obtuvo resultados opuestos, siendo más predominantes los problemas internalizantes que los externalizantes (Sternberg et al., 2006).

En general, los estudios que utilizan el Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach y Edelbrock, 1983; Achenbach y Rescorla, 2001), y medidas similares, han encontrado que los niños expuestos a violencia de género, en comparación con los niños no expuestos, exhiben un comportamiento más agresivo y antisocial, así como comportamientos temerosos e inhibidos. Además, los menores suelen presentar menor competencia social y un rendimiento académico más bajo (Singer, Miller, Guo, Slovak y Frierson, 1998). Por ejemplo, Graham-Bermann et al. (2009) llevaron a cabo un estudio en el que examinaron una muestra de 219 menores (109 niños y 110 niñas) expuestos a violencia de género en la pareja, de edades comprendidas entre 6 y 12 años. Se les aplicó el CBCL, entre otras medidas, y, como suele ser habitual en la mayoría de trabajos que abordan la violencia de pareja, fue cumplimentado por las madres. Los resultados mostraron una prevalencia de problemas internalizantes en niños del 39%, y en niñas del 36%; respecto a los problemas externalizantes fue del 26% en niños, y del

21% en niñas. En esta línea, Kitzmann et al. (2003) encontraron resultados similares en las medidas de salud emocional en niños que fueron maltratados físicamente y adicionalmente expuestos a violencia doméstica.

En este sentido, Owen, Thompson, Shaffer, Jackson y Kaslow (2009) realizaron una investigación sobre una muestra de 139 menores afroamericanos (tramo de edad entre 8 y 12 años), y sus madres, en el cual se emplearon el CBCL (cumplimentado por las madres) y el Youth Self-Report (YSR, Achenbach, 1991c), autoinformado por los menores. Los autores se propusieron analizar cómo afectaba el comportamiento de la madre, víctima de violencia de género, al ajuste infantil. Los resultados pusieron de manifiesto, en el CBCL, una prevalencia del 9% en problemas internalizantes; y del 19% en problemas de conducta externalizantes. En el YSR, mostraron una prevalencia de problemas internalizantes del 18%; y para problemas externalizantes del 4%. Como se puede comprobar, cuando informan los menores, las cifras de prevalencia en problemas internalizantes son superiores a la información facilitada por las madres, mientras que en la prevalencia de problemas externalizantes se manifiesta en sentido inverso, en consonancia con otros estudios (p. ej., Bagshaw, 2007). Estos datos indican que la angustia psicológica de las madres está relacionada con el ajuste psicológico de los menores, más específicamente en lo relativo a problemas internalizantes y externalizantes.

Un estudio más actual es el planteado por Campbell, Thomas, Cook y Keenan (2013), cuyo objetivo fue comprobar en qué medida se modificaba la prevalencia de problemas del comportamiento si la exposición a la violencia ejercida contra las madres cesaba, después de que los Servicios de Protección Infantil llevaran a cabo una investigación por sospecha de maltrato. Participaron 320 menores de entre 2 y 18 años. Las cuidadoras (madres) fueron entrevistadas a los 3, 20, 36, y 81 meses después de la investigación, y tuvieron que cumplimentar el CBCL en cada entrevista (se consideró rango clínico a partir del percentil > 63). La prevalencia de problemas internalizantes (retraimiento, depresión y problemas sociales) fue del 18.9% del total de la muestra, siendo mayor en niños que en niñas (29.0% *vs* 13.9%; p = .05). Así mismo, a mayor gravedad de la exposición a la violencia al inicio del estudio (p.ej, ser estrangulado, golpeado o amenazado con un cuchillo o pistola) mayor prevalencia de problemas

internalizantes (26.9% vs 14.0%; p = .08). Los problemas externalizantes (conducta agresiva o de oposición) estaban presentes en el 32.3% de la población, siendo más frecuentes en los niños cuyas madres presentaban depresión al inicio del estudio (46.4% *vs* 23.2%; p = .02). Por último, los niños con investigaciones previas de los Servicios de Protección Infantil, fueron más propensos a tener niveles basales de problemas externalizantes que aquellos sin investigación previa (69.6% *vs* 43.3%; p = .02). La resolución de la exposición a la violencia de pareja se asoció con una reducción del 11.9% en la internalización de problemas a los 81 meses (p = .03); la persistencia de la exposición se relacionó con el mantenimiento de los problemas que se habían detectado en la entrevista inicial. Así mismo, la resolución de la exposición a este tipo de violencia se asoció con una reducción del 18.5% en problemas de externalización a los 20 meses, que se mantuvo a los 36 y 81 meses (todos p < .05), y la persistencia de ésta con un aumento constante, pero no significativo estadísticamente, en la externalización de los problemas de comportamiento durante 81 meses (10.1%; p = .07). Los riesgos relativos ajustados para la internalización y externalización de problemas de conducta a los 81 meses, después de una investigación de los servicios de protección infantil para los niños que seguían expuestos, frente a los que no, fueron 1.79 (intervalo de confianza del 95%; .91-3.52) y 1.88 (intervalo de confianza del 95%; 1.12-3.18), respectivamente. Los autores confirman que la resolución de la exposición a violencia de pareja se asoció con significativas reducciones sostenidas, clínicamente significativas, de los problemas de comportamiento de los menores. De lo cual, se desprende que la exposición a la violencia de género en la pareja puede ser en sí misma un factor que incide sobre la evolución de la psicopatología que presentan los menores.

En nuestro país, como ya se anticipó anteriormente, existen estudios sobre población expuesta a violencia de género que arrojan diversos resultados. Así, en el trabajo de Olaya et al. (2010) en una muestra clínica de 100 menores expuestos a violencia de pareja, de entre 8 y 17 años, que estaban siendo atendidos en diferentes consultas de salud mental, utilizando como instrumento de evaluación la entrevista DICA-IV (Reich, 2000; adaptada a población española por Ezpeleta et al., 1997), basada en criterios DSM-IV (APA, 2000). Se encontró que los niños y adolescentes presentaron prevalencias elevadas, tanto en problemas internalizantes como externalizantes:

Comportamiento disruptivo (64.1%); Trastornos de ansiedad (58.3%); Trastornos afectivos (37.9%); Distimia (17.5%); y Estrés postraumático (7.8%).

Miranda et al. (2011) examinaron los efectos independientes del abuso sufrido por las madres en su infancia y la violencia en la pareja, así como el potencial efecto moderador de los factores individuales y familiares en estas relaciones, con respecto a la presencia de psicopatología y deterioro funcional en los niños. Adicionalmente, se exploraron los posibles efectos acumulativos de ambos tipos de violencia en los resultados de los menores. La muestra, extraída de distintos servicios de salud mental, estaba constituida por 547 niños y adolescentes, de edades comprendidas entre 8 y 17 años, y sus padres. Los resultados informaron que los menores cuyas madres habían experimentado maltrato en la infancia y aquellos cuyas madres sufrieron violencia de pareja física, mostraron más trastornos disruptivos y problemas de comportamiento externalizante, respectivamente (según criterios DSM-IV). Aquellos que fueron testigos directos del maltrato físico hacia la madre, y, además, también sufrieron castigo físico ejercido por el padre, manifestaron un aumento de problemas internalizantes. La exposición directa o indirecta a la violencia ejercida contra la madre, tuvo efectos en los problemas externalizantes. Los análisis del efecto acumulado, indicaron que la prevalencia de los trastornos disruptivos fue mayor en los niños cuyas madres habían sufrido tanto maltrato en su infancia como violencia en la pareja. Los autores concluyen que los niños cuyas madres experimentaron maltrato en su infancia, violencia en la pareja, o ambos, se encontraban en alto riesgo de desarrollar problemas de conducta graves, mientras que los niños expuestos a la violencia contra la madre, que también fueron maltratados físicamente, presentaron mayor riesgo de desarrollar problemas internalizantes.

Otro estudio reciente es el llevado a cabo por Rosser et al. (2013) sobre una muestra de menores procedentes de casas de acogida (intervalo de edad entre 6 y 18 años), a través de la percepción de las madres (CBCL). Los resultados revelaron prevalencias en sintomatología leve (percentil 93-97) que oscilaron entre el 2% y el 13% para los diferentes síndromes que evalúa este instrumento; y sintomatología grave (percentil > 97) que fluctuó entre el 8% y el 37%. Obteniendo una prevalencia para el patrón internalizante del 19.6%, y para el externalizante del 17.4%. Resultados algo más bajos

de los que informó Matud (2007) en una población similar (problemas externalizantes, 11.7%; e internalizantes, 5.6%).

Sin embargo, Alcántara et al. (2013) encontraron tasas de problemas internalizantes y externalizantes bastante más elevadas, en un trabajo llevado a cabo sobre una muestra de 91 menores (6-17 años) expuestos a violencia de género, que asistían a un programa de intervención psicológica. Fueron valorados a través del CBCL, cumplimentado por sus madres, entre otras medidas de evaluación. Los resultados muestran que los síndromes más prevalentes con rango clínico (percentil ≥ 93) fueron: Retraimiento/Depresión (49.5%); Problemas de atención (41.8%); Somatizaciones (39.6%); Problemas sociales (36.3%); Problemas de pensamiento (35.2%); Conducta agresiva (34%); Ansiedad/Depresión (30.8%); y Comportamiento antinormativo (22%). Así mismo, se confirma que la prevalencia clínica de los síndromes fue significativamente superior con respecto a lo esperable en menores de la misma edad en población general [en la mayoría de los síndromes analizados, fue 5 veces superior, y en algún síndrome hasta 10 veces superior (Retraimiento)]. Las niñas y el grupo de menor edad (6-12 años) presentaron prevalencias superiores, sin llegar a ser estadísticamente significativas. Al comparar las prevalencias en sintomatología grave (percentil > 97), y total de la muestra por sexo y por grupos de edad, se confirmaron diferencias estadísticamente significativas respecto al sexo sólo en Problemas de pensamiento, que fue superior en las chicas ($\chi^2 = 5.116$; p =. 024; OR = 3.076); en relación a la edad, en la franja de 6-12 años, resultó superior en Problemas sociales ($\chi^2 = 9.458$; p = .002; OR = 8.22) en comparación con el grupo de 13-17 años. Al considerar la prevalencia total de cada síndrome (percentil ≥ 93), en las chicas se obtuvo una prevalencia en Problemas sociales superior a los chicos ($\chi^2 = 6.660$; p = .010; OR = 3.16). Por edad, en el tramo de 6-12 años, la prevalencia fue significativamente superior en Problemas sociales ($\chi^2 = 6.550$; p = .010; OR = 3.649) y de pensamiento ($\chi^2 = 5.833$; p = .016; OR = 3.407) que en el grupo de 13-17 años.

Todos estos trabajos vienen a confirmar que los menores expuestos a la violencia que sufren sus madres por parte de su pareja o expareja presentan un patrón de alteraciones mixto de problemas externalizantes e internalizantes. No obstante, como ya se ha mencionado anteriormente, en unos pocos estudios se encuentran perfiles en donde

predomina más significativamente uno sobre otro, siendo muy poco frecuente que estos perfiles aparezcan de forma aislada, como se describe a continuación.

En esta dirección, un estudio relativamente reciente de Lamers-Winkelman et al. (2012b) sobre menores expuestos a violencia de pareja, que además habían sufrido maltrato físico y emocional (humillación recurrente), abuso sexual, y abandono, por parte de un cuidador principal, confirma este perfil. La muestra estuvo constituida por cuidadores primarios (en el 98% de los casos fueron las madres) que cumplimentaron el CBCL, de 275 niños de entre 6 y 12 años. Los resultados mostraron que, en comparación con una muestra de población general (n = 903), los niños testigos de violencia de pareja presentaron, más a menudo, Quejas somáticas. No se encontraron diferencias en estos problemas entre los niños testigos con y sin experiencias adversas adicionales de maltrato, por lo que los autores concluyen que el grado de problemas de salud física en los niños expuestos a violencia de pareja es considerable, independientemente de si fueron también víctimas de otras formas de maltrato.

Corbalán y Patró (2003) evaluaron a 40 hijos/as de mujeres maltratadas que residían en hogares de acogida, y según la información proporcionada por la madre, en el 32% de los menores predominaban los síntomas de ansiedad, y en un 27.5% la tristeza y el aislamiento, coincidiendo con los resultados encontrados por Hughes (1988) en menores que residían junto a sus madres en centros de acogida, los cuales presentaban niveles de ansiedad elevados y autoestima baja, en comparación con aquellos que no habían sido testigos de violencia, no encontrando diferencias en los niveles de depresión.

Por otra parte, se estima que estos menores presentan entre dos y cuatro veces más probabilidades de desarrollar problemas de comportamiento clínicamente significativos (Cummings y Davies, 1994; Jouriles et al., 1989; Martínez-Torteya et al., 2009; Sternberg et al., 2006), como conducta agresiva y antisocial (p. ej., Holmes, 2013a, 2013b; Kernic et al., 2003; Margolin, 2005; Paterson, Carter, Gao, Cowley-Malcolm e Iusitini, 2008).

En la investigación de Meltzer et al. (2009), basada en el análisis de una encuesta amplia realizada a 7865 padres de niños y adolescentes británicos, de los cuales cerca del 4% habían sido testigos de violencia doméstica, encontraron que ser testigo de

violencia grave en el hogar incrementaba 3 veces la probabilidad de que los menores presentaran trastornos de conducta frente a los que no había sido testigos, si bien esta asociación no apareció independiente de los problemas emocionales.

La conducta delincuente es uno de los problemas que con mayor frecuencia se ha asociado a trauma interpersonal, y que más literatura ha generado (Kerig, Ford y Olafson, 2014). Sin embargo, existen resultados contradictorios al respecto, por una parte, varios estudios han puesto de manifiesto que la exposición a violencia de pareja es un predictor relativamente débil de la delincuencia y el comportamiento antisocial, especialmente cuando otros tipos de maltrato son controlados (p. ej., Fergusson, Boden, y Horwood, 2008). Por otra, algunos trabajos han indicado que la exposición infantil a este tipo de violencia es un predictor más fuerte de la delincuencia juvenil y conserva significado cuando se controla el abuso o maltrato infantil.

A pesar de ello, un hallazgo replicado con frecuencia es que más del 80 por ciento de los jóvenes detenidos han estado expuestos a, por lo menos, un evento potencialmente traumático y la mayoría de ellos informan de múltiples formas de victimización, entre las que se encuentra la exposición a violencia doméstica y el maltrato directo (Abram et al., 2004; Dierkhising et al., 2013; Ford, Chapman, Pearson, Borum y Wolpaw, 2008). La investigación longitudinal también demuestra que el trauma infantil es un factor predictivo de la delincuencia en adolescentes y en jóvenes adultos (Ford, Elhai, Connor y Frueh, 2010) y que, una vez que los jóvenes continúan con actos delincuentes, el trauma se asocia con la gravedad de los delitos juveniles y la probabilidad de reincidencia (Kerig y Becker, 2014).

En este sentido, Herrera y McCloskey (2001), en un estudio prospectivo llevado a cabo con 299 niños, de edades comprendidas entre 6 y 12 años, de los cuales 152 eran niños y 147 niñas, fueron entrevistados con sus madres en 1991, con el objetivo de examinar el impacto de la violencia conyugal en los niños, en una muestra extraída de población general. Hallaron que del total de la muestra el 43% había sido testigo de violencia entre los padres, y un 29% había sufrido maltrato físico. Además, el 17% de los menores había experimentado ambas formas de violencia. Los resultados indicaron que el 31% de los niños que habían sufrido maltrato físico y el 33% que fue testigo de la violencia conyugal, fueron enviados a un tribunal de menores por lo menos una vez,

mientras que los que estuvieron expuestos a ambos tipos de violencia lo habían hecho por un delito violento. No encontraron diferencias de género en relación al contacto con el tribunal de menores, pero sí en cuanto a la gravedad de los delitos, siendo más graves y violentos entre los chicos que entre las chicas.

3.3.1.1 OTROS ESTUDIOS EN POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE

A efectos de poder comparar los resultados de la presente investigación con otros estudios realizados en población infanto-juvenil que utilicen las mismas medidas de evaluación o similares, nos vamos a detener muy brevemente en algunos de ellos desarrollados en población general y clínica, en muestras que han sufrido otros tipos de maltrato y/o que se encuentran tuteladas por la Administración.

Algunos trabajos indican que los escolares expuestos a violencia en la comunidad presentan síntomas similares a los expuestos a violencia familiar, los niños a menudo muestran una mayor frecuencia de problemas internalizantes (retraimiento, ansiedad) y externalizantes (agresividad, delincuencia) en comparación con los niños de familias no violentas (Osofky, 1999). Así mismo, se ha documentado que la exposición a violencia interpersonal comunitaria es un predictor de la conducta agresiva (Evans et al., 2008).

En esta misma dirección, McCabe, Lucchini, Hough, Yeh y Hazen (2005) llevaron a cabo una investigación prospectiva durante 2 años, que pretendía probar la hipótesis de que la exposición a la violencia en la comunidad, la violencia de pareja, y el maltrato infantil, contribuyen de forma independiente a la predicción de problemas de conducta. Se aplicó la entrevista diagnóstica *National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule for Children* (DISC-IV; Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan y Schwab-Stone, 2000), basada en criterios DSM-IV, a los cuidadores primarios y a los menores, y el CBCL, entre otras medidas de evaluación. La submuestra de menores del estudio (n = 423), de entre 12 y 17 años, se extrajo de una muestra más amplia que participaba en una investigación sobre los patrones de cuidado familiares. Los resultados mostraron que la exposición a la violencia en la comunidad contribuyó al desarrollo de trastornos de conducta y síntomas de externalización, incluso cuando la exposición al maltrato infantil o a la violencia en la pareja se controló.

Baldry (2007), llevó a cabo un estudio con 532 estudiantes (49.7% niños; 50.3% niñas) reclutados de cinco escuelas intermedias diferentes en Roma, Italia y sus alrededores. Sus edades oscilaban de 9 a 15 años, con una media de 11.85 años (*DT* = 1.06). Se midió el comportamiento externalizante a través de una subescala de 33 ítems de la versión italiana (Frigerio et al., 2004) del CBCL original (Achenbach y Edelbrock, 1983; Achenbach y Rescorla, 2001), que se compone de dos subescalas: Conducta delictiva y Comportamiento agresivo. Los resultados indicaron altos niveles de comportamiento delictivo (11% niños *vs* 7.7% niñas) y agresivo (2.5% niños *vs* 3.3% niñas) dentro del rango clínico, en comparación con los datos normativos. Así mismo, informaron altos niveles de maltrato directo e indirecto a nivel familiar.

Kohn, Jaffee, Odgers y Gallop (2008), desarrollaron un estudio sobre una muestra de 2925 menores de entre 5 y 16 años que informaron de diversas alteraciones psicopatológicas previas. Al aplicar el CBCL a los cuidadores, se comprobó que la disciplina física dura ejercida por éstos provocó cambios negativos en la psicopatología externalizante; mientras que presenciar violencia familiar los provocó en la sintomatología internalizante a lo largo del tiempo.

López-Soler, Castro, Alcántara, Fernández y López-Pina (2009) realizaron una investigación con una muestra pediátrica de 300 niños, de edades comprendidas entre los 6 y 12 años que asistían a la Unidad de Psicología Clínica Infantil del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia. Se les evaluó a través del CBCL (punto de corte percentil $\geq$ 98, equivalente a sintomatología clínica significativa). Las prevalencias resultantes en problemas de comportamiento externalizantes fueron: un 28.3% en Déficit de atención e hiperactividad; un 40.6% en Oposicionismo desafiante, y un 44% en Problemas de conducta. No se obtuvieron diferencias significativas entre niños y niñas en Problemas de conducta, obteniendo tasas más elevadas los niños en los síndromes: Oposicionismo desafiante (34.3% *vs* 30.1%) y Déficit de atención e hiperactividad (49.3% *vs* 34.4%.). Mientras que en un estudio posterior, en la misma muestra clínica y utilizando los mismos criterios, se examinó la sintomatología de tipo internalizante, informando de altas prevalencias en los síndromes de Ansiedad (54%), Alteraciones afectivas (32%) y Quejas somáticas (32%) (López-Soler, Alcántara, Fernández, Castro y López-Pina, 2010).

Ulloa-Flores y Navarro-Machuca (2011) examinaron una muestra de 100 adolescentes de 13 a 17 años, de ambos sexos, usuarios de los servicios de consultas externas, urgencias y unidades de hospitalización de México, a los que se les aplicó la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA), basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV, desarrollada por los autores; junto a una Encuesta de Maltrato Infantil. Los diagnósticos más frecuentes fueron: Episodio depresivo mayor (61%), (TDAH) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (39%), Trastorno disocial (31%), Abuso de sustancias (31%) y Trastornos de ansiedad (17%). De igual modo, los menores con TDAH y Trastorno disocial informaron las frecuencias más altas de todos los tipos de maltrato; los adolescentes con diagnóstico de Abuso de sustancias de alta frecuencia de maltrato emocional; y el abuso sexual fue informado con frecuencia similar por aquellos que presentaban Trastornos afectivos, de Conducta y por uso de Sustancias.

Por otro lado, diferentes estudios en España han analizado las consecuencias en menores expuestos a violencia intrafamiliar tutelados por la Administración del Estado, utilizando el CBCL y otros instrumentos de evaluación (Fernández, 2014; Fernández-Molina, del Valle, Fuentes, Bernedo y Bravo, 2011; López-Soler, Fernández, Prieto, Alcántara, Castro y López, 2012). Por ejemplo, en el estudio de Fernández (2014) sobre una muestra de 86 menores en centros de acogida de entre 6 y 17 años, en el que se utiliza el CBCL como instrumento de evaluación (percentil $\geq$ 93 rango clínico; percentil $\geq$ 98 gravedad clínica), entre otros. Los resultados muestran que las prevalencias en problemas internalizantes en las niñas fueron más elevadas que en los niños (43% *vs* 36.2%), al igual que en la gravedad clínica (25.6% *vs* 19.2%). En sintomatología externalizante se invirtieron los resultados (42.6% *vs* 31.5%), del mismo modo que en gravedad clínica (32.9% *vs* 23.7%). En relación a la edad el grupo de entre 13 y 17 años obtuvo prevalencias más elevadas que el de 6-12 años en la agrupación internalizante (41.6% vs 37.5%), si bien en gravedad clínica el grupo de 6 a 12 años obtuvo una prevalencia ligeramente superior (22.8% *vs* 22%). Respecto a la agrupación externalizante el grupo de menor edad presentó mayor prevalencia que el de más edad (45.4% *vs* 28.7%) al igual que en gravedad clínica (28.7% *vs* 17.3%).

Por último, fuera de nuestro país, Schmid, Goldbeck, Nuetzel y Fegert (2008) en un trabajo sobre 557 niños y adolescentes alemanes (397 varones; 160 mujeres) entre 4 y 19 años (*M* = 14.4; *DT* = 3.0), participaron 20 instituciones y fueron evaluados de forma anónima por 132 cuidadores de estos centros, en los que residían una media de 2.17 años, todos los menores del estudio. Se pretendía analizar los problemas emocionales y trastornos mentales que presentaban estos menores. Los niños y adolescentes y sus cuidadores residenciales respondieron al YSR y al CBCL, respectivamente. Se consideró que la puntuación era significativa a partir de una desviación estándar por encima de la media del grupo normativo de la misma edad. Los resultados indicaron puntuaciones medias elevadas en todas las escalas y subescalas del CBCL e YSR (media puntuación total CBCL, *M* = 64.3; *DT* = 9.7; media puntuación total YSR, *M* = 63; *DT* = 10.4). La prevalencia de trastornos mentales según criterios diagnósticos de la CIE-10 fue del 59.9%, con un predominio de los problemas externalizantes y los trastornos disruptivos. Así mismo, se observaron altas tasas de comorbilidad, de tal forma que el 23% de los menores presentaba dos trastornos, y el 15% más de dos. Por lo que se concluye que los menores en acogimiento residencial son una población de alto riesgo para el desarrollo de trastornos mentales.

3.3.2 TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

El trauma infantil se ha denominado "*la epidemia oculta*" (Lanius, Vermetten y Pain, 2010), como prueba de las numerosas experiencias traumáticas tempranas que pueden tener consecuencias tanto inmediatas como a largo plazo. Es un trastorno bastante común, el 38.5% de los adultos estadounidenses informa haber experimentado un evento traumático antes de la edad de 13 años, y el 25.1% de los jóvenes manifiesta que ha sufrido un trauma significativo antes de la edad de 16 años (Costello, Erkanli, Fairbank y Angold, 2002). Estos traumas incluyen una amplia gama de experiencias que amenazan la vida, como el maltrato infantil, traumas médicos, accidentes, desastres naturales, la guerra, el terrorismo, el trauma de los refugiados, pérdida traumática, intimidación grave, y violencia en la comunidad. Los efectos de este tipo de eventos pueden durar hasta la etapa adulta, y conducir a un mayor riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos y de salud física (Felitti et al., 1998; Lanius et al., 2010). Las

consecuencias inmediatas en los niños y adolescentes también son intensas, presentando problemas del estado de ánimo, fuerte excitación, entre muchas otras, y aunque bastantes se recuperan, aproximadamente un tercio puede llegar a desarrollar síntomas duraderos de TEPT (Cohen et al., 2010).

Diversos estudios demuestran que el trauma, en particular los traumatismos repetidos y el maltrato, pueden tener un impacto en múltiples dominios de funcionamiento incluidos los de adaptación e interpersonal, regulación de las emociones, la cognición, la memoria, y la función neuroendocrina (Gerson y Rappaport, 2012; Lanius et al., 2010). Los niños y adolescentes que han experimentado este tipo de traumas pueden desarrollar TEPT, trastornos graves del estado de ánimo, la conducta, la atención, el apego y el control de impulsos (Steiner et al., 2007; Toth y Cicchetti, 2013). Así mismo, los adolescentes con trastorno de estrés postraumático tienen, en general, mayor riesgo de presentar depresión mayor, agresividad y trastornos de conducta asociados (Allwood, Dyl, Hunt y Spirito, 2008). Además, aquellos con una historia de trauma temprano tienen mayor probabilidad de participar en más conductas de riesgo, como el abuso de sustancias, múltiples parejas sexuales, participación en actos criminales, y riesgo adicional de sufrir asalto sexual y violencia en las relaciones (Trickett et al., 2011b).

En este punto, cabe plantear algunas reflexiones acerca del diagnóstico de estrés postraumático en niños y adolescentes, a la vista de la amplia comorbilidad que parece presentar con otros trastornos, específicamente cuando está asociado a trauma interpersonal grave y repetido a lo largo del desarrollo, además de la tendencia a co-ocurrir con otro tipo de traumas y adversidades, a la luz que la evidencia empírica proporciona hasta la actualidad, como ya se ha comentado a lo largo del capítulo. Procedemos a abordar estas cuestiones en los siguientes apartados.

3.3.2.1 ALGUNAS CUESTIONES ACERCA DEL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LAS REACCIONES POSTRAUMÁTICAS

La clasificación de los síntomas de TEPT en infancia y adolescencia en los sistemas internacionales no está exenta de polémica. Se ha debatido en torno a los límites del trastorno, los criterios diagnósticos, los supuestos centrales, la utilidad clínica y la prevalencia del mismo (Spitzer, First y Wakefield, 2007).

Fue Terr (1991) la que realizó una de las propuestas más influyentes para la mejora de los procesos de diagnóstico, categorizando los traumas en dos tipos bien definidos: *Tipo I*, en el que se englobarían traumas como accidentes, desastres naturales, y experiencias en la guerra; y *Tipo II*, que incluiría una serie de traumas secuenciales, de carácter interpersonal, y prolongados en el tiempo, como el abandono, el maltrato y el abuso sexual. Mientras que en el Tipo I, la traumatización, a menudo, produce los síntomas de trastorno de estrés postraumático clásicos; el Tipo II, puede tener como resultado deterioro en el desarrollo de la personalidad y síntomas psicopatológicos heterogéneos (disociación, baja autoeficacia, regulación alterada de la emoción, la somatización, y percepción de sí mismo perturbada, etc.), causados por la traumatización crónica. Este segundo tipo, relacionado con la complejidad de los síntomas, lo desarrollaremos más ampliamente en el siguiente apartado.

Por su parte, Peterson, Prout y Schwarz (1991) clasificaron los síntomas de TEPT en primarios y secundarios. Los primeros, se refieren a los criterios diagnósticos según las clasificaciones internacionales (CIE-10, 2007; DSM-IV-TR, 2000). Los segundos, incluyen el conjunto de síntomas y/o trastornos mentales que se suelen asociar al trastorno central, como ansiedad, depresión, etc. Si bien, tanto en la CIE-10 (2007) como en el DSM-IV-TR (2000), la condición necesaria para realizar el diagnóstico de TEPT es la exposición a un evento traumático grave, existen diferencias en relación al contenido de las categorías y, consecuentemente, en la aplicación del diagnóstico (Peters, Slade y Andrews, 1999; Yule, Williams y Joseph, 1999).

Ambos sistemas de clasificación han utilizado los mismos criterios diagnósticos para TEPT en adultos y en población infanto-juvenil, lo cual supone un problema en la práctica, ya que los criterios para adultos no son lo suficientemente sensibles para la

detección de la sintomatología, principalmente en niños de edad temprana (Scheeringa, Zeanah, Drell y Larrieu, 1995). En este sentido, la opinión más generalizada ha sido que los criterios exigidos en la versión del DSM-IV-TR, que incluyen 1 síntoma de Reexperimentación, 3 de Evitación y 2 de Hipervigilancia, aumentan el umbral para el diagnóstico de TEPT (Oswald, Fegert y Goldbeck, 2010a; Sass, Wittchen y Zauding, 2009), dejando así muchos casos sin diagnosticar y, por tanto, sin recibir tratamiento. Prueba de ello son los numerosos estudios realizados que han analizado las tasas de TEPT utilizando criterios DSM-IV en niños pequeños, siendo sorprendentemente bajas (Zeanah, 2010). Del mismo modo, algunos trabajos que han intentado delimitar síntomas moderados y leves de TEPT en niños y adolescentes han obtenido prevalencias de entre el 30% y el 50%. Sin embargo, cuando se aplican todos los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2000) para la misma población, estos porcentajes disminuyen considerablemente, situándose entre el 5-10% (Dyregrov y Yule, 2006).

Por otro lado, la literatura científica documenta que la sintomatología parcial es muy frecuente (Aaron, Zaglul y Emery, 1999). De hecho, en la última década se han realizado diversas propuestas respecto a la posibilidad de asignar un diagnóstico de TEPT Parcial (Schützwohl y Maercker, 1999), cuyos criterios varían en función de los autores. Desde la perspectiva categorial del DSM, el TEPT Parcial se determina a través de la presencia/ausencia de los grupos de síntomas (por ejemplo, que ocurra un número mínimo de síntomas de Reexperimentación, o bien de Embotamiento-Evitación, o bien de Hiperactivación), proporcionando de esta manera cierta flexibilidad. Lo cual, supondría el reconocimiento de un conjunto de menores que sufren deterioro en su funcionamiento socio-personal debido a la presencia de sintomatología postraumática, aparentemente subclínica, que requeriría tratamiento, aproximándose, probablemente, más a la realidad psicopatológica en la que se encuentran estos niños y adolescentes. Esta circunstancia queda reflejada en el trabajo de Rincón, Cova, Bustos, Aedo y Valdivia (2010) en una muestra constituída por 75 menores chilenos de entre 8 y 18 años que habían sufrido abuso sexual o violación. Los resultados indicaron una prevalencia para el diagnóstico de TEPT Completo, según criterios DSM-IV-TR, del 21.3%. Así mismo, estimaron la prevalencia de TEPT Parcial, y obtuvieron un 16% de prevalencia adicional. Es decir, que el 37.3% de los menores presentaba al menos 2 criterios para TEPT.

Otra propuesta, desde un punto de vista psicométrico, es la realizada por Jaycox et al. (2002, 2009) y Kataoka et al. (2003, 2011), que utilizando criterios DSM-IV-TR evaluaron TEPT en la infancia a través de la escala CPSS (Foa et al., 2001), en base a la puntuación total de la misma, sugiriendo los siguientes criterios: (1) una puntuación igual o superior a 11 en la escala CPSS mediría sintomatología TEPT leve; (2) una puntuación igual o superior a 14 sintomatología TEPT moderada; y, por último, (3) una puntuación igual o superior a 18 puntos en la escala indicaría sintomatología TEPT grave.

Teniendo en cuenta todas las dificultades evidenciadas a la hora de establecer el diagnóstico TEPT en infancia y adolescencia, diferentes grupos de trabajo (grupo de TEPT; de Trastornos de la Infancia y Adolescencia, y el de Trastornos Disociativos), conscientes de la necesidad de apoyo empírico para cualquier revisión de los criterios DSM-IV para el TEPT, ya sea la eliminación, adición o modificación de los síntomas específicos (Friedman, 2014), fomentaron nuevas propuestas sobre el trauma y su impacto en la génesis y desarrollo de trastornos psicopatológicos en esta población (APA, DSM-5 Development, 2010), centrando el foco en los siguientes puntos:

a) Incorporar un Trastorno por Estrés Postraumático específico para menores de 6 años.
b) Modificar los criterios de TEPT que se establecen para adultos, incluyendo explícitamente la presencia del trastorno en niños/as de edad escolar y adolescentes.
c) Introducir un trastorno nuevo, denominado Trastorno del Trauma del Desarrollo (Developmental Trauma Disorder, DTD).

En relación a los dos primeros puntos, acerca de la necesidad de incluir criterios diagnósticos específicos de TEPT para preescolares, y modificar los existentes para contemplar las peculiaridades del desarrollo del trastorno en la infancia y la adolescencia, Scheeringa y sus colaboradores (Scheeringa, Peebles, Cook y Zeanah, 2001; Scheeringa et al., 1995; Scheeringa, Zeanah, Myers y Putnam, 2003) venían trabajando en esta línea con el fin de hallar criterios más sensibles para el diagnóstico de TEPT infantil, alternativos a los planteados en el DSM-IV (APA, 2000). Inicialmente se

centraron en población maltratada y/o expuesta a violencia de género, ampliando los estudios posteriores a otras poblaciones como menores sometidos a procedimientos médicos invasivos (Dehon y Scheeringa, 2006) y supervivientes de desastres naturales (Scheeringa y Zeanah, 2008). Específicamente, Scheeringa et al. (2003) llevaron a cabo una propuesta alternativa, tal y como se puede observar en la Tabla 3.1, adoptada previamente en la última actualización del manual de diagnóstico para niños/as pequeños (Zero to Three, 2005). Esta propuesta fue apoyada también por otros autores (p. ej., Cohen y Gadassi, 2009; Cohen y Scheeringa, 2009; Ghosh-Ippen, Lieberman y van Horn, 2008; Scheeringa y Haslett, 2010), antes de ser incorporada en la última versión del sistema DSM (DSM-5) para niños/as menores de 6 años.

Tabla 3.1

Comparación entre criterios DSM-IV y propuesta alternativa para TEPT en preescolares

DSM-IV (APA, 2000)	**Scheeringa et al. (2003); Zeanah (2010)**
Criterio B. 1 o más de las formas que se especifican de Reexperimentación	**Criterio B.** 1 síntoma de Reexperimentación
Criterio C. 3 o más síntomas de Evitación	**Criterio C.** 1 síntoma de Evitación
Criterio D. 2 o más síntomas de Hiperactivación	**Criterio D.** 2 síntomas de Hiperactivación

En esta misma dirección, Scheeringa, Zeanah y Cohen (2010) plantearon una serie de recomendaciones con el objetivo de que fueran incluidas en la nueva versión DSM-5 en relación al diagnóstico de TEPT en niños en edad preescolar, edad escolar y adolescencia, como se refleja en la Tabla 3.2.

Tabla 3.2

Recomendaciones sobre diagnóstico TEPT en preescolares, escolares y adolescentes (Scheeringa et al., 2010)

EDAD PREESCOLAR	EDAD ESCOLAR Y ADOLESCENCIA
El CRITERIO A2: *La persona ha respondido con temor, una desesperanza o un horror intensos. En niños, estas repuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados,* debería ser eliminado. Si se mantiene, tendría que incluir una amplia gama de reacciones, como la preocupación, tristeza, llanto, entumecimiento y confusión.	En el **CRITERIO A1:** *La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado,* se debería considerar la inclusión de la pérdida (incluyendo la reubicación en centros de acogida), lesión o muerte de los padres, como eventos potencialmente traumáticos.
El CRITERIO B1: *Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos…En niños pequeños, esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma*, debería ampliarse para incluir otras reacciones emocionales durante el recuerdo, distintas a la angustia.	El **CRITERIO A2:** debería eliminarse para niños y adolescentes. Si se mantiene, debería ampliarse para incluir reacciones emocionales adicionales.
Los CRITERIOS, C4: R*educción acusada del interés o participación en actividades significativas*; **C5:** S*ensación de desapego o enajenación frente a los demás*, y **D2:** I*rritabilidad o ataques de ira*, deberían estar ligeramente calificados para ilustrar las manifestaciones conductuales en niños de preescolar.	En relación a los **CRITERIOS**, **B:** *Reexperimentación*; **C:** *Evitación*; y **D:** *Hiperarousal.* Los niños que han experimentado un trauma prolongado a lo largo de la vida, pueden tener dificultades para referir el inicio de los síntomas. Uno de los criterios que acompañan a dichos traumas puede ser considerar esta circunstancia como un síntoma.
El umbral para los síntomas del **CRITERIO C:** *Evitación***,** debería pasar de 3 a 1 síntoma.	Son necesarias pruebas empíricas de los síntomas de desarrollo, que reflejen de forma apropiada las manifestaciones en niños y adolescentes. Es preciso considerar la posibilidad de reducir el umbral del **CRITERIO C**: E*vitación,* de 3 a 1 síntoma.

Estudios más recientes afirman que la inclusión de estas recomendaciones para menores de 6 años en el DSM-5, favorecería que se errara menos en el diagnóstico de TEPT (Scheeringa, Myers, Putnam y Zeanah, 2012), y aumentaría por tanto el número de casos diagnosticados a estas edades.

De hecho, estos datos se confirman en el estudio de Castor (2010), que examinó el impacto de eventos traumáticos adicionales en una muestra de niños que habían estado expuestos a violencia de pareja. Participaron 102 menores (53% niños y 47% niñas) de entre 4 y 7 años (M = 4.99; DT = .85). Se utilizó el cuestionario de 31 ítems (Scheeringa et al., 2001) diseñado específicamente para evaluar el estrés postraumático en niños menores de 6 años, basado en los criterios de TEPT del DSM-IV específicos para adultos, que se proponía para el diagnóstico en el DSM-5. Los resultados confirmaron que las madres habían informado de TEPT en 71 menores, de los cuales el 17% cumplía criterios DSM-IV, y el 48% según la propuesta de los autores para ser incluída en el DSM-5. Resultados similares apoyan esta idea en un trabajo posterior de Graham-Bermann et al. (2012).

Finalmente, como señala Friedman (2014), no resulta sorprendente que, a excepción del Criterio A2 (que fue eliminado), se conserven los 17 criterios del DSM-IV de TEPT, aunque, en algunos casos, muy modificados. Referente a las categorías diagnósticas, establece criterios diagnósticos para adultos, adolescentes y niños/as mayores de 6 años. Otros cambios importantes incorporados en el DSM-5 han sido: (1) El establecimiento de una nueva categoría diagnóstica, "*Trauma y Trastornos de estrés relacionados*" para el TEPT (y el trastorno de estrés agudo, trastornos de adaptación, y otros) por lo que el TEPT ya no se clasifica como un trastorno de ansiedad; (2) El TEPT se ha reconceptualizado ampliamente para incluir el tipo postraumático anhedónico/disfórico, la externalización y presentaciones clínicas disociativas; y (3) El establecimiento de los subtipos de preescolar y disociativo.

En la Tabla 3.3., se muestran las modificaciones más relevantes para el diagnóstico de TEPT incluidas en la nueva versión DSM-5 (En el anexo 3, aparecen los nuevos criterios DSM-5).

Tabla 3.3

Comparación criterios diagnósticos DSM-IV-TR y DSM-5

DSM-IV-TR	DSM-5	DSM-5 ≤ 6 años
	CRITERIO A: EXPOSICIÓN	
Forma 1 y 2	1 ó más de las 4 formas	1 ó más de 2 formas
	CRITERIO B: REEXPERIMENTACIÓN	
1 ó más de 5 síntomas	1 ó más de 5 síntomas	1 ó más de 5 síntomas
	CRITERIO C: EVITACIÓN	
3 ó más de 6 síntomas	1 ó ambos síntomas	1 ó más de: Persistente evitación del estímulo (2 síntomas) Alteraciones negativas en la cognición (4 síntomas)
CRITERIO D: AROUSAL	**CRITERIO D: ALTERACIONES EN EL HUMOR /COGNICIÓN**	**CRITERIO D: AROUSAL**
2 ó más de 5 síntomas	2 ó más de 7 síntomas	2 ó más de 5 síntomas
TEMPORALIDAD	**CRITERIO E: AROUSAL**	**TEMPORALIDAD**
Duración mayor de un mes	2 ó más de 6 síntomas	Duración mayor de un mes
ESPECIFICAR SI	**ESPECIFICAR SI**	
-Agudo, crónico	-Con síntomas disociativos: despersonalización, desrealización	
-De inicio demorado	-De inicio demorado.	

Nota: Tomado de Fernández, 2014 (p. 84).

Con el reconocimiento explícito en el DSM-5 de que más de un evento traumático puede contribuir al desarrollo de TEPT, el impacto de la prevalencia se convierte en una cuestión relevante (Kilpatrick et al., 2013). En este sentido aún no está claro cómo afectarán estos cambios a las tasas de prevalencia de TEPT. Algunos investigadores sostienen que tendrán poco impacto o ninguno (Frueh, Elhai y Acierno, 2010), mientras que otros estiman que la tasa de TEPT puede verse reducida por el nuevo requisito de considerar al menos uno de los síntomas de evitación activa (McFarlane, 2011), lo cual incidiría todavía más en las dificultades para detectar este diagnóstico en población infanto-juvenil, en la que se tiende a subestimarlo de forma sistemática como venimos señalando.

No obstante, aún no existen estudios que confirmen una u otra posición, especialmente en lo que se refiere a la población de estudio que nos ocupa. Aunque con

la inclusión del subtipo para preescolares, en el que se ha reducido el número de síntomas requeridos y se han incluido indicadores de comportamiento más consistentes con el desarrollo infantil hasta los 6 años, parece demostrado que la prevalencia de TEPT en esta franja etárea podría aumentar significativamente (Levin, Kleinman y Adler, 2014).

3.3.2.2 ESTUDIOS EN POBLACIÓN EXPUESTA A VIOLENCIA DE GÉNERO

Numerosos trabajos han encontrado una relación significativa entre diagnóstico de TEPT y exposición a violencia de género en la pareja (Graham-Bermann et al., 1998; Lang y Stover, 2008; Luthra et al., 2009), señalando que los síntomas de trauma pueden aparecer en forma de reexperimentación intrusiva de los eventos en los sueños o recuerdos, hiperarousal o una respuesta de sobresalto exagerada, y retirada emocional (Graham-Bermann y Levendosky, 1998; Graham-Bermann et al., 2008; Kilpatrick y Williams, 1998; Levendosky et al., 2002; Margolin y Vickerman, 2007; Rossman, 1998). Además atendiendo al curso y al pronóstico del trastorno de estrés postraumático en la infancia y la primera infancia, el estudio de Scheeringa, Zeanah, Myers y Putnam (2005) puso de relieve, en una muestra de 35 niños menores de 6 años, a los que se les hizo un seguimiento durante 2 años, la tendencia a la cronificación de los síntomas, de ahí la importancia de la detección temprana de los mismos.

Como ya se comentó en el capítulo anterior y en el primer apartado del que nos ocupa, la frecuencia de co-ocurrencia de la exposición a violencia de género y otros tipos de maltrato es elevada, así como la de diferentes adversidades familiares concurrentes. Este efecto acumulativo resultante, provoca que estos menores reúnan casi el doble de probabilidades de recibir un diagnóstico de trastorno de estrés postraumático, en comparación con los niños que han estado expuestos sólo a la violencia de género que sufren sus madres (Castor, 2010; Hickman et al., 2013; Jaffee, Caspi, Moffit, Polo-Tomás y Taylor, 2007; Margolin y Vickerman, 2007). Además, como ya se mencionó previamente, con la publicación del DSM-5 (APA, 2013), que reconoce explícitamente que más de un evento traumático puede contribuir al desarrollo de TEPT, el impacto de la prevalencia puede verse modificado (Kilpatrick et al., 2013).

En general, se admite que los niños expuestos a violencia doméstica presentan niveles mucho más altos de síntomas de trauma que los niños no expuestos (Saltzman, Holden y Holaham, 2005). Estudios como el de Rossman, Hughes y Rosenberg (2000) arrojaron cifras de prevalencia de TEPT que se sitúan en torno al 13-50% en menores expuestos a violencia de pareja. Otros autores también han encontrado prevalencias de TEPT similares en esta población, así Chemtob y Carlson (2004) informaron de un 40% en una muestra de menores de entre 7 y 17 años expuestos a violencia de género; McCloskey y Walker (2000) de un 15% en una muestra de 337 escolares; Mertin y Mohr (2002) de un 20% en escolares y adolescentes; y Lehman (1997) de un 56% en una muestra de 84 escolares. Por su parte, Jarvis, Gordon y Novaco (2005) pusieron de manifiesto que los síntomas de TEPT en escolares expuestos a violencia de género que se encontraban en hogares de acogida, alcanzaron una intensidad moderada (40%), grave (50%), o muy grave (10%).

En España, Colmenares et al. (2007) en una muestra clínica de 15 menores de entre 6 y 15 años que se encontraban en tratamiento psicológico, comprobaron que el 71% de éstos reconocía un suceso vital estresante relacionado con la violencia ejercida contra su madre (física y psicológica) por su pareja o expareja, cumpliendo criterios para el diagnóstico de TEPT el cincuenta por ciento de los mismos.

De igual modo, Olaya et al. (2010) llevaron a cabo un trabajo cuyo objetivo fue examinar si los niños y adolescentes expuestos a la violencia física y ambiental entre los padres, requería el uso de los servicios de salud mental frente a los no expuestos. La muestra estuvo constituida por 520 niños de 8 a 17 años. Algunos de los instrumentos utilizados para la evaluación fueron la DICA–IV (adaptada por Ezpeleta et al., 1997) y el CBCL. Los resultados confirmaron que la convivencia con los padres violentos en el hogar, aumentaba el riesgo de desarrollar trastorno de estrés postraumático casi cuatro veces más que en los menores no expuestos (OR= 3.82; 1.11-13.14; $p < .05$), y dos veces más para el trastorno depresivo (OR= 2.10; 1.09-4.06; $p < .05$), provocando además deterioro funcional en los menores.

Castro (2011) llevó a cabo un estudio sobre una muestra de 102 menores de entre 8 y 17 años (dividida en dos grupos: grupo 1 (8-12 años); y grupo 2 (13-17 años), que habían sufrido maltrato intrafamiliar, con el objetivo de determinar la prevalencia de

TEPT. En relación a la submuestra de menores expuestos a violencia de género (*n* = 64; 33 niños y 31 niñas; media de edad de 12.4 años; *DT* = 2.53), éstos fueron evaluados a través del CPSS (Foa et al., 2001). En primer lugar, se analizaron las prevalencias de TEPT según criterios psicométricos (puntuación de 11 a 17 en la escala total (rango 0-51), sintomatología leve; puntuación ≥ 18 en la escala total, sintomatología grave; Jaycox et al., 2009), obteniendo porcentajes del 23% en sintomatología leve, y 29.5% en sintomatología grave en la submuestra total. En segundo lugar, se examinaron las prevalencias según criterios DSM-IV-T-R, y los resultados fueron del 17.2% en la submuestra total (9.1% niños; 25.8% niñas; 16.1% grupo1; 19.4% grupo 2). En tercer lugar, en base a criterios TEPT Parcial (DSM-IV-TR, considerando dos grupos sintomáticos) la prevalencia fue del 25.8% en la submuestra total (18.2% niños; 25.8% niñas; 19.4% grupo 2; 22.6% grupo 2), y finalmente, según criterios DSM-5 (se reducen los requisitos exigidos para la sintomatología de Evitación, de 3 síntomas a 1), se informó de una prevalencia total del 21.9% (12.1% niños; 32.3% niñas; 19.4% grupo1; 25.8% grupo 2) en la submuestra total. En relación al grado de deterioro psicosocial que provocaba el TEPT en la vida diaria de estos niños y adolescentes, el 74.2% presentó deterioro al menos en un área de su vida cotidiana. Así mismo, el 24.2% exhibió deterioro en 2 áreas; el 19.4% en un área; el 14.5% en 4 áreas; el 9.7% en 3; el 4.8% en 5 y el 1.6% en 6 áreas de su vida. Como se puede observar, en este estudio, las prevalencias obtenidas aplicando los nuevos criterios DSM-5 se aproximan más a los datos de prevalencia hallados utilizando criterios de TEPT Parcial, siguiendo criterios DSM-IV-TR, que de TEPT Completo. Igualmente, los menores que presentaron TEPT, también mostraron un elevado deterioro psicosocial.

Finalmente, López-Soler, Castro, Alcántara y López-García (en prensa), han realizado un estudio con el fin de estimar la prevalencia de TEPT, basándose en criterios DSM-IV-TR, en niños españoles expuestos a maltrato crónico, incluída la exposición a violencia de género, sobre una muestra de 211 niños de entre 8 y 17 años (grupo maltrato = 102, 47 niños y 62 niñas; grupo control (GC) = 109, niños /as; media edad = 12.71 y *DT* = 2.79). La muestra se dividió en dos subgrupos (aquellos que convivían con la familia biológica, expuestos a violencia de género en la pareja (EVG), *n* = 64; y niños en centros de acogida (CA), *n* = 38). Para medir el TEPT en niños se utilizó la escala CPSS (Foa et al., 2001). Los resultados revelaron una prevalencia de

TEPT del 1.8% en el grupo control y del 16.7% en la muestra total de niños víctimas de maltrato (17.2% en EVG y 15.8% en CA). Así mismo, en la muestra total maltratada el 54.9% de los niños presentó Pensamientos Intrusivos (54.9% en EVG; 55.3% en CA) frente al GC (38.5%); síntomas de Evitación el 30.4% (32.8% en EVG; 26.3% en CA) en comparación con el GC (8.3%); y el 35.3% en Hiperarousal (29.7% en EVG; 44.7% en CA) frente al 12.8% en el GC. Por tanto, el trastorno de estrés postraumático fue más prevalente en el grupo de menores maltratados que en el grupo control. No se encontraron diferencias entre los dos subgrupos de maltrato. En relación al sexo, sólo se hallaron diferencias en las niñas entre el grupo de maltrato y el grupo control, pero no fue estadísticamente significativa entre los dos subgrupos de maltrato. De acuerdo con los autores, parece que los niños expuestos a violencia en la pareja, exhiben las mismas tasas de prevalencia que las víctimas directas de maltrato, siendo mucho más elevadas que en población general.

3.3.2.3 OTROS ESTUDIOS EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL

En infancia existe escasa evidencia sobre los tipos de exposición al trauma en población general (Nilsson, 2007), si bien parece que los eventos traumáticos son bastante comunes en los niños, y se asocian frecuentemente con alteraciones psicopatológicas (Copeland, Keeler, Angold y Costello, 2007). Por ejemplo, Seng, Graham-Bermann, Clark, McCarthy y Ronis (2005), en una muestra de población general de 1025 adolescentes de los cuales 647 eran chicas, encontraron un patrón de síntomas psicosomáticos asociados con el trastorno de estrés postraumático, con una salud autopercibida de pérdida de bienestar comparados con aquellos que no fueron diagnosticados de TEPT.

Los estudios sobre la prevalencia de TEPT muestran variaciones en escolares y adolescentes. El DSM-IV-TR (APA, 2000) indica que la prevalencia se encuentra por debajo del 1.10% (Copeland et al., 2007; Ford, Goodman y Meltzer, 2003). El 1% de los menores de población general han sido diagnosticados con un síndrome completo, y el 14% con un síndrome parcial. En el estudio de Copeland et al. (2007) sobre una muestra representativa de población general (N = 1420) de niños de 9, 11 y 13 años, a los que se les practicó un seguimiento anual hasta los 16 años de edad, obtuvieron tasas

de prevalencia de TEPT del 0.03% y a lo largo de la vida del 0.1%, utilizando criterios DSM-IV. Los eventos que se asociaron más frecuentemente a niveles altos de TEPT fueron los traumas violentos o sexuales. Sin embargo, otros autores han encontrado prevalencias más altas, en contraste con las cifras del DSM-IV, por ejemplo Hidalgo y Davidson (2000) hallaron prevalencias de TEPT entre el 8-9% en población general, mientras que en población expuesta a trauma las estimaciones indican que entre el 15-24% de los menores desarrollan TEPT (Blank, 2007).

En poblaciones distintas a la estadounidense también se observa esta variabilidad en las tasas de prevalencia de TEPT infantil. Así, Elklit (2002), en un trabajo sobre una muestra de 390 menores daneses (edad media de 14.5 años), obtuvo estimaciones de prevalencia de TEPT a lo largo de la vida del 5-10%. En otra investigación sobre una población de 500 menores brasileños en edad escolar (6-13 años), se encontró una prevalencia de síntomas clínicos de TEPT del 6.5% (Furtado, Carvalhães y Gonçalves, 2009).

De igual modo, en uno de los pocos estudios existentes en población adolescente general en el que se utilizan criterios DSM-5 (APA, 2013) para establecer el diagnóstico de TEPT, Carmassi et al. (2014) examinaron una muestra constituida por 475 estudiantes de secundaria (203 chicas y 272 chicos; edad media de 17.67 años ± 0.78), que habían sobrevivido al terremoto de L'Aquila (Italia) en 2009. Los resultados confirmaron una prevalencia más elevada de TEPT en las chicas (n = 104; 51.2%) que en los chicos (n = 65; 23.9%). Según los autores, las altas tasas evidenciadas sugieren la necesidad de seguir llevando a cabo estudios en muestras epidemiológicas, con el fin de evaluar el cambio en las tasas de prevalencia del trastorno de estrés postraumático que pueden resultar con la adopción de los nuevos criterios DSM-5 para TEPT.

De un estudio meta-analítico llevado a cabo recientemente por Alisic et al. (2014), se derivan igualmente implicaciones para el análisis de la prevalencia de TEPT en niños y adolescentes teniendo en cuenta los criterios DSM-5, y también puede tener relevancia para la futura CIE-11. Este trabajo incluyó 72 artículos que describían 43 muestras independientes (n = 3563). Los menores habían sido expuestos a una variedad de eventos traumáticos, incluyendo accidentes automovilísticos, la pérdida repentina de un padre, una enfermedad que amenaza la vida, experiencias de guerra, violencia

doméstica y maltrato infantil. Todas las submuestras cumplían el criterio *A1* del DSM-IV, y el criterio de exposición que propone el DSM-5 (1 ó más de las 4 formas de exposición). La edad de los menores variaba de los 2 a los 18 años, y, aproximadamente, el 57% de los niños eran varones. Las muestras procedían de diversos países (Estados Unidos, Reino Unido, Australia, Afganistán, China y Sudáfrica). Los resultados informaron de una tasa global de TEPT del 15.9%, que varió de acuerdo con el tipo de trauma y el género. Los niños expuestos a trauma no interpersonal presentaban una prevalencia (84%) más elevada que las niñas, mientras que en las niñas era mayor la prevalencia para el trauma interpersonal (32.9%). De acuerdo con los hallazgos en la literatura para adultos, un moderador importante de las tasas de TEPT es el tipo de trauma. En este sentido, el trauma interpersonal puede dar lugar a mayores tasas de trastorno de estrés postraumático debido a su cronicidad y gravedad. Si bien, estas cifras deberán ser replicadas en futuras investigaciones con criterios DSM-5.

Por otro lado, en muestras de menores que han sufrido diferentes tipos de maltrato se encuentran tasas variables de TEPT. Por ejemplo en el trabajo de Kolko et al. (2009) en una muestra representativa a nivel nacional de 1848 niños y adolescentes (rango de edad 8-14 años), se examinó la prevalencia de estrés postraumático, a través del Trauma Sympton Checklist for Children (TSCC, Briére, 1996). Los menores habían experimentado diferentes formas de maltrato investigados por los Servicios de Protección Infantil. Se dividieron en dos grupos: 483 menores que residían en centros de acogida y 1365 que eran beneficiarios de los servicios de protección infantil, pero convivían con sus padres biológicos. Los resultados revelaron unas tasas de prevalencia total de síntomas de estrés postraumático clínicamente significativas (11.7%). Obtuvieron porcentajes más elevados los menores que residían en centros (19.2%), frente a los que convivían con sus padres biológicos (10.7%). Las variables que contribuyeron a una mayor sintomatología de TEPT fueron: tener menos edad, maltrato de un padre no biológico, violencia en el hogar, y depresión infantil.

En la investigación, citada anteriormente, de Fernández (2014) se encontraron tasas más elevadas de TEPT. La muestra estaba constituida por 86 menores españoles tutelados por la administración, de entre 6 y 17 años, evaluados a través del CPSS,

según diferentes criterios: DSM-IV-TR, la prevalencia para la muestra total fue del 32.9%, presentando mayor porcentaje los niños que las niñas (40% *vs* 25.7%), y el grupo de mayor edad (13-17 años) (34.5% *vs* 26.8%). En base a criterios DSM-5, los menores obtuvieron una prevalencia total del 28.6%. Según el sexo y la edad, las niñas mostraron mayor prevalencia que los niños (37.1% *vs* al 20%), así como el grupo de menor edad (6-12 años) (29.3% *vs* 27.6%). Finalmente, utilizando criterios de TEPT Parcial (Scheeringa et al., 2003, 2010), la prevalencia en la muestra total fue del 44.3%; las niñas obtuvieron mayor prevalencia (51.4% *vs* 37.1%), así como el grupo de mayor edad (48.3% *vs* 41.5%). Como se puede observar, las tasas de prevalencia totales, por edad, y por sexo, aumentan cuando se utilizan criterios para TEPT Parcial, lo cual confirma que los criterios DSM tienden a subestimar la prevalencia de TEPT en niños y adolescentes que han sufrido maltrato directo. En otro estudio anterior de Fernández, Castro y Alcántara (2010) utilizando, así mismo, el CPSS como instrumento de medida, sobre una muestra de 100 menores (50 población clínica y 50 tutelados). Obtuvieron prevalencias más elevadas en menores tutelados (16%) que en población clínica (14%). En relación al género en ambas muestras las niñas presentaron tasas de prevalencia más altas que los niños (en tutelados el 28% frente al 4%; en población clínica el 18.2% frente al 10.7%).

Por tanto, parece confirmarse que las tasas de prevalencia de TEPT, tienden a ser más elevadas en población que ha sufrido maltrato directo o indirecto, frente a otro tipo de traumas, y con respecto a población general.

3.3.3 COMORBILIDAD ENTRE TEPT Y OTRAS ALTERACIONES PSICOLÓGICAS

3.3.3.1 ¿COMORBILIDAD O TEPT COMPLEJO?: UNA CUESTIÓN EN ESTUDIO

Son escasos los estudios empíricos que documentan la comorbilidad entre trastornos dentro de una misma agrupación diagnóstica y/o diferentes agrupaciones en menores expuestos a violencia doméstica, en contraste con los numerosos trabajos que abordan

este área en infancia y adolescencia, desde la década de finales de los ochenta (Angold, Costello y Erkanli, 1999), tanto en población clínica como general.

Algunos trabajos se han centrado en el estudio de lo que se viene denominando "*Trauma Acumulado*" en la literatura científica más actual, entendiéndose como la experiencia de múltiples y diferentes formas de trauma interpersonal experimentadas por un individuo determinado a lo largo de su vida (Brière, Hodges y Godbout 2010; Brière, Kaltman y Green, 2008; Cloitre et al., 2009).

En adultos, el trauma interpersonal acumulado a lo largo de la vida, se ha relacionado con la complejidad de los síntomas (Brière et al., 2008), es decir, la presencia simultánea de varios y diferentes tipos de sintomatología en el mismo individuo afectado (Hodges et al., 2013). Algunos estudios en adultos confirman que los síntomas de TEPT suelen aparecer asociados a cuatro o más eventos traumáticos, entre los que se incluye el trauma interpersonal actual o en la infancia, mayor tendencia a experimentar deterioro funcional, más duración de los síntomas y mayor comorbilidad con el estado de ánimo y con trastornos de ansiedad (Karam et al., 2014). Si bien, sólo existen unos pocos estudios longitudinales relevantes que apoyan la preeminencia del trauma interpersonal en la infancia para el desarrollo de psicopatología en la edad adulta (p. ej., Copeland et al., 2007; D'Andrea, Ford, Stolbach, Spinazzola y van der Kolk, 2012; Widom, 1999).

En infancia, hay que remontarse a los trabajos iniciales sobre trauma y abusos en menores realizados por Herman (1992), en los que concluye que las principales consecuencias psicológicas que presentaban estos niños no se recogían en el diagnóstico TEPT que proponía la APA, y eran más complejas, encontrando una diversidad de síntomas como características principales del trauma: depresión, ansiedad, odio hacia sí mismo, disociación, abuso de sustancias, problemas interpersonales y en las relaciones íntimas, preocupaciones somáticas, conductas autolesivas y comportamientos de riesgo, revictimización y desesperanza.

Esta conceptualización ampliada de trauma y los efectos que produce, derivó en un nuevo término denominado *TEPT Complejo o Trastorno de Estrés Extremo no Especificado (DESNOS)* (Luxenberg, Spinazzola y van der Kolk, 2001). El término

TEPT Complejo, se refiere a un conjunto de síntomas que reflejan graves perturbaciones en la autorregulación afectiva, cognitiva y comportamental (Herman, 1992), y se expresa en la alteración de seis dominios de funcionamiento: regulación de los afectos e impulsos, atención y consciencia, autopercepción, relaciones con los demás, somatización, y sistema de significados (van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday y Spinazzola, 2005).

Según López Soler (2008) y Schmid, Petermann y Fegert (2013) es más probable que se experimenten síntomas de TEPT Complejo si la victimización se produce a edad temprana, se prolonga en el tiempo y es de naturaleza interpersonal, lo cual nos remite a la necesidad de una mejor comprensión de aspectos del desarrollo en niños y adolescentes con un historia de trauma complejo (Finkelhor et al., 2009).

En esta misma línea, van der Kolk (2005b) propuso la creación de un nuevo diagnóstico denominado *Trastorno del Trauma del Desarrollo* (Developmental Trauma Disorder, DTD), específicamente para niños, que equivaldría a la categoría de TEPT Complejo en adultos, pero incorporando las peculiaridades específicas del desarrollo infantil. Este trastorno generalmente se define como la manifestación de múltiples síntomas en diferentes áreas, asociado con la exposición repetida al trauma en la infancia (Cook et al., 2005), incluyendo como criterios centrales para su diagnóstico los siguientes: desregulación emocional y fisiológica/disociación; desregulación atencional y del comportamiento; desregulación del yo y en las relaciones; presencia de síntomas del espectro postraumático (reexperimentación, evitación e hiperarousal); con una duración de las alteraciones de por lo menos seis meses, y, finalmente, deterioro funcional.

De igual modo, algunos autores señalan que la exposición acumulativa a múltiples tipos de factores estresantes traumáticos interpersonales se ha identificado como un factor de riesgo único para los problemas psicosociales graves en la infancia que son consistentes con Trastorno del Trauma del Desarrollo (D'Andrea et al., 2012), mientras que la exposición acumulativa a múltiples tipos de factores estresantes traumáticos y la revictimización se han relacionado a Trauma Complejo en niños y adultos (Cloitre et al., 2009; Karam et al., 2014). En este sentido, un estudio muy reciente de Stolbach et al. (2013) sobre una muestra de 214 niños que habían recibido tratamiento después de

experimentar uno o más eventos estresantes, según criterios DSM-IVTR (APA, 2000), y cumplían al menos un criterio de TEPT, tras revisar los criterios propuestos para DTD encontraron que los niños que habían sufrido exposición crónica a la violencia, a malos tratos, y habían experimentado interrupciones en la protección y el cuidado, fueron mucho más propensos a satisfacer los criterios de los síntomas DTD propuestos, que otros niños. No obstante, como afirma Ford (2015) son necesarias más pruebas de la validez de constructo del DTD y su relación con la poli-victimización.

En uno de los pocos trabajos que examina si el trauma acumulativo predice la complejidad de los síntomas en niños y adolescentes, Cloitre et al. (2009) estudiaron los efectos de la exposición a un máximo de siete tipos de trauma diferentes (abuso sexual, físico, negligencia, maltrato emocional/deterioro de los cuidadores y ser testigo de violencia doméstica, de abuso sexual o físico), en una muestra clínica de 152 niños y adolescentes de entre 3 y 17 años de edad, que no convivían con la madre, sino con cuidadores sustitutos. Encontraron que, como hipótesis, la exposición al trauma acumulativo predijo la complejidad de los síntomas, por lo que este hallazgo apoyaría el modelo de Trauma Complejo de desarrollo en niños y adolescentes.

En nuestro país, López-Soler (2008) realizó una valoración inicial de los síntomas de TEPT Complejo en una muestra de 44 menores de edades comprendidas entre 6 y 15 años, que habían sufrido diversos tipos de maltrato. Los resultados mostraron que una proporción alta de los indicadores estuvieron presentes en más de la mitad de la muestra (véase Tabla 3.4).

Tabla 3.4

Indicadores TEPT Complejo en una muestra de menores maltratados

Alteraciones regulación de afectos	94.2%
Alteraciones regulación de impulsos	67.7%
Alteraciones en la consciencia	70.6%
Alteraciones en la autopercepción	61.8%
Alteraciones en la percepción de maltratadores	51.7%
Alteraciones en la relación con iguales	64.7%
Problemas de relación acogedores/educadores	73.5%
Depresión	49.9%
Ansiedad	67.5%
Autolesiones	8.8%
Abuso de sustancias	0.0%
Comportamientos autodestructivos/riesgo	20.6%
Victimización	17.6%
Problemas de relaciones de intimidad	41.2%
Desesperanza	58.8%

Nota: Tomado de López-Soler, 2008 (p. 169).

De acuerdo con Cloitre et al. (2009), cabría preguntarse, pues, si es más útil, desde el punto de vista clínico y de tratamiento, el diagnóstico propuesto de TEPT Complejo (o de Trastorno del Trauma del Desarrollo en infancia y adolescencia), que el hecho de asignar el diagnóstico de TEPT junto con varios disponibles en el sistema diagnóstico DSM-IV, como comorbilidades. Esta es la cuestión que aún en la actualidad se sigue debatiendo.

En la Tabla 3.5., se muestran algunos de los argumentos a favor y en contra para su inclusión como nuevo diagnóstico en los sistemas de clasificación oficiales (DSM-5 y CIE-11), si bien finalmente no se ha incluido como Trastorno del Trauma del Desarrollo en ninguna de ellas, sí se ha incluido como diagnóstico potencial el TEPT Complejo en la próxima CIE-11, cuya publicación está prevista entre 2015/16.

Tabla 3.5

Argumentos a favor y en contra de la introducción del DTD en los sistemas diagnósticos psiquiátricos

ARGUMENTOS A FAVOR	ARGUMENTOS EN CONTRA
Supone un diagnóstico específico para los síntomas observados en niños severamente traumatizados**.**	Plantea un conflicto con los sistemas tradicionales de diagnóstico que se centran en una descripción operacionalizada de los síntomas, excluyendo cualquier teoría sobre su etiología.
Aborda la psicopatología del desarrollo y el curso de los trastornos mentales**.**	Asumir la causalidad única en la infancia entra en conflicto con el modelo biopsicosocial de etiología de los trastornos mentales.
Explica la comorbilidad de síntomas y/o trastornos observada en infancia y adolescencia con historias de trauma interpersonal**.**	Subestima que existen correlaciones inversas entre la psicopatología y la traumatización. Es decir, los niños que exhiben psicopatología también presentan mayor riesgo de abuso.
Favorece el desarrollo de tratamientos más eficaces para los trastornos comórbidos**.**	La selectividad subestima el papel de la resiliencia. Algunos niños que han sido severamente traumatizados no desarrollan ningún trastorno mental.
Mejora sustancialmente la investigación en el campo de la psicopatología del desarrollo y de los trastornos relacionados con el trauma**.**	Las comorbilidades pueden permanecer sin tratar, poniendo demasiado énfasis en aspectos relacionados con la condición de trauma. Puede conducir a interpretaciones inadecuadas de los síntomas biológicos y a la pérdida del uso de tratamientos psicofarmacológicos eficaces.
Muestra argumentos basados científicamente para una mejora de la protección del niño, la prevención y los recursos de los servicios de bienestar.	No se han podido definir los síntomas relacionados con la edad.
Explica los problemas de comportamiento graves como por ejemplo, la agresión reactiva, disociación crónica y las autolesiones**.**	Las exploraciones centradas en el trauma podrían crear problemas en la relación terapéutica posterior, por la presión de encontrar situaciones traumáticas para poder realizar el diagnóstico.

Nota: Tomado de Schmid et al. (2013). Developmental trauma disorder: Pros and consof including formal criteria in the psychiatric diagnostic systems. *BMC Psychiatry, 13* (p. 6).

En este sentido, el grupo de trabajo del DSM-5 (APA, 2013) revisó la literatura existente sobre TEPT Complejo (Resick et al., 2012) y llegó a la conclusión de que no existía suficiente apoyo empírico para un trastorno distinto al TEPT, principalmente debido a que: (1) Hay una falta de definición de consenso dentro del grupo y entre

investigadores y profesionales; (2) Existe una falta de medidas válidas, confiables; y (3) Aún no está claro si el TEPT Complejo representa una construcción separada, en vez de una forma más grave de TEPT.

Sin embargo, el grupo de investigación de la CIE-11 no está de acuerdo con la conclusión del grupo de trabajo del DSM-5 y ha decidido incluir el TEPT Complejo como un diagnóstico único, con la condición de que se debe cumplir primero con los criterios de diagnóstico TEPT (Maerker et al., 2013). En contraste, Jonkman, Verlinden, Bolle, Boer y Lindauer (2013) informaron que la probabilidad de que los niños maltratados reúnan los criterios de TEPT después del trauma parece disminuir cuando la traumatización se vuelve más compleja y el trauma es más severo, apareciendo síntomas no relacionados con TEPT. Por lo que, las personas con una historia de trauma complejo podrían no presentar los síntomas para un diagnóstico de TEPT, y por lo tanto no cumpliría los criterios para TEPT Complejo, entrando en riesgo de no recibir una intervención para el trauma específico.

En otro estudio llevado a cabo por Cloitre, Garvert, Brewin, Bryant y Maercker (2013) que analizó el perfil latente en 302 adultos que buscaban tratamiento, expuestos a diferentes eventos traumáticos, incluyendo eventos individuales y prolongados, se concluyó que hay una distinción válida entre TEPT y TEPT Complejo, si bien la historia de trauma en este caso no fue determinante para el diagnóstico. Mientras que Knefel y Lueger-Schuster (2013) en una investigación en la que participaron 229 adultos, que habían experimentado al menos uno de los tres tipos de violencia (física, sexual y emocional), y además se asumió que el grupo diagnosticado de TEPT Complejo había experimentado una mayor variedad de tipos de violencia. Los resultados mostraron una prevalencia de TEPT del 53% con criterios CIE-10, y con la CIE-11 fue del 17%, pero cuando se combinó con TEPT Complejo, según criterios CIE-11, la prevalencia se incrementó hasta el 38.4%, apoyando la idea de que este trastorno es relevante para las personas con historia prolongada de trauma. Así mismo, los autores sugieren que la inclusión de algunos síntomas de TEPT podría ser la mejor manera de definir el TEPT Complejo. Por su parte, Wolf et al. (2014) no estuvieron de acuerdo sobre la base de los datos recogidos de 2695 participantes de población general adulta y

323 veteranos. Estos autores llegaron a la conclusión de que sus resultados no estaban en consonancia con una distinción entre TEPT y TEPT Complejo.

Por útimo, Stein et al. (2014) abogan por una definición amplia de trastorno de estrés postraumático en cualquiera de los diferentes sistemas de diagnóstico (DSM-5 y CIE-11) para capturar todos los casos clínicamente significativos de TEPT en futuros estudios.

En síntesis, parece existir evidencia de la complejidad de los síntomas en menores que han estado expuestos a trauma de carácter interpersonal en la infancia, aunque ésta ha sido interpretada de forma diferente por diversos autores. Para algunos, son síntomas asociados y comórbidos del TEPT (DSM-IV, 2000; Copeland et al., 2007), y se han centrado en las causas que pueden explicar dicha asociación (McMillen, North, Mosley y Smith, 2002). Para otros, representan síntomas de una tipología específica de reacciones postraumáticas (Portnova, 2007); diversos autores consideran que puede existir alta comorbilidad entre el TEPT Complejo y el TEPT (Roth, Newman, Pelcovitz, van der Kolk y Mandel, 1997), o entre Trastorno del Trauma del Desarrollo y TEPT (Ford, Spinazzola, van der Kolk y Grasso, 2014), aunque también podría desarrollarse el TEPT Complejo sin presencia de sintomatología TEPT (Ford, 1999).

En cualquier caso, sí estamos en condiciones de afirmar que la conceptualización del TEPT Complejo ha sido una contribución muy relevante, no sólo para la comprensión de las experiencias de los menores expuestos a algún tipo de maltrato interpersonal, sino que además constituye un marco muy útil para la comprensión de las dificultades funcionales y tipos de psicopatología, que con frecuencia experimentan los niños y adolescentes víctimas de maltrato grave y violencia intrafamiliar (Rosenkranz, Muller y Henderson, 2014), expuestos adicional y frecuentemente a otros tipo de adversidades concurrentes. Aunque todavía se encuentra en una fase temprana de validación y de desarrollo de instrumentos para su evaluación, sin duda, supone un campo de interés creciente para investigadores y clínicos por las implicaciones que se pueden derivar en el desarrollo de protocolos de tratamiento más específicos para esta población.

3.3.3.2 RELACIÓN ENTRE TEPT Y OTROS TRASTORNOS

Como se ha expuesto en el apartado anterior, en la actualidad, las líneas de investigación en infancia y adolescencia centran el foco en el estudio de la conceptualización y tipo de trauma; inicio y duración de la co-ocurrencia de los trastornos, la complejidad de los síntomas, o el patrón de comorbilidad de los problemas que se derivan de la exposición a diferentes eventos traumáticos (Cloitre et al., 2009; Hodges et al., 2013; Margolin y Vickerman, 2011).

Algunos de estos estudios revelan que entre el 70-90% de niños y adolescentes que presentan TEPT, exhiben además, al menos un trastorno comórbido (Fan, Zhang, Yang, Mo y Liu, 2011; Pan et al., 2013; Scheeringa, 2015; Scheeringa et al., 2003; Simonelli, 2013), y más del 50% de ellos se ha producido después de experiencias traumáticas (Scheeringa y Zeanah, 2008). En general, los trastornos que se asocian más comúnmente a TEPT son: trastorno oposicionista desafiante (75-61%), trastorno de ansiedad de separación (68-21%), déficit de atención/hiperactividad (38-33%), y trastorno depresivo mayor (43-6%) (Scheeringa y Zeanah, 2008; Scheeringa et al., 2003). Estos resultados ponen de manifiesto que más de la mitad de estos trastornos comórbidos comenzaron después de la/as experiencias traumáticas, y ninguno existía en ausencia de TEPT (Sheeringa, 2009).

Los adolescentes y jóvenes con diagnóstico clínico de TEPT frecuentemente presentan altos niveles de severidad clínica y complejidad, que suelen a asociarse con mayores niveles de ansiedad y depresión, además de un alto grado de comorbilidad con otros trastornos mentales, y suelen exhibir, así mismo, mayor tendencia a participar en conductas de riesgo, como intentos de suicidio, comportamiento agresivo y delincuente, y, en general, presentan peor funcionamiento comparados con población sin este trastorno (Copeland et al., 2007; Mueser y Taub, 2008).

Un amplio número de estudios que abordan el patrón de comorbilidad de los problemas psicológicos que se derivan de la exposición a diferentes eventos traumáticos, se han desarrollado predominante en población general y clínica, expuesta a uno o varios de estos eventos, predominando los relativos a desastres naturales. Sin embargo, no existen estudios sobre comorbilidad específicamente en población de

menores expuestos a violencia de género. Así por ejemplo, Díaz, Quintana y Vogel (2012), llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo fue evaluar el impacto psicológico siete meses después del terremoto ocurrido en Chile en 2010. La muestra estuvo constituida por 304 adolescentes de población general (chicos 42.1%; chicas 57.9%), cuya edad media fue de 15.3 años (*DT* = 1.25) en un rango de 13 a 19 años. Entre otros instrumentos para medir la depresión y la ansiedad, se utilizó la CPSS (Foa et al., 2001), estableciendo como criterio para presentar o no síntomas de TEPT la siguiente puntuación: bajo nivel de síntomas puntuación ≤ 17; alto nivel de síntomas ≥ 17. Los resultados corroboran el aumento en la prevalencia de síntomas de depresión (13.5), ansiedad (29.6) y TEPT (20.4) junto a la estrecha relación entre ellos. Además, se observaron claras diferencias de género, ya que las mujeres manifestaron más síntomas y con mayor intensidad en cada uno de los trastornos evaluados.

El estudio de Pan et al. (2013), apoya los resultados anteriores, confirmando una alta comorbilidad entre trastorno de estrés postraumático, ansiedad y depresión. Se llevó a cabo 3 años después del terremoto de Wenchuan de 2008 en China. La muestra estaba compuesta por 377 adolescentes, de los cuales 373 (98.9%) completaron medidas de trastorno de estrés postraumático, depresión y ansiedad, quedando constituida la muestra final por 362 adolescentes, 158 (43.6%) chicos y 204 (56.4%) chicas (edad media de 13.8; y *DT* = ± 0.9). Las medidas de evaluación utilizadas fueron el Impact of Event Scale–Revised (IES-R, Weiss y Marmar, 1997); la Self-Rating Anxiety Scale (SAS, Wu, 1999); y la Zung Self-rating Depression Scale (1965). Los resultados revelaron que el 29.6% presentó síntomas clínicos de trastorno de estrés postraumático; el 44.8% de depresión y el 37.6% de ansiedad. La prevalencia de condiciones comórbidas se puede resumir de la siguiente manera: de los 362 adolescentes, el 16% obtuvo calificaciones por encima del punto de corte en estrés postraumático, depresión y ansiedad. Del mismo modo, hallaron que la depresión y la ansiedad tendían a una mayor comorbilidad (28.7%), seguida de la comorbilidad entre trastorno de estrés postraumático y depresión (23.2%), y de trastorno de estrés postraumático y ansiedad (20.4%). En un estudio previo de Fan et al. (2011), se encontraron resultados muy similares de prevalencia de comorbilidad entre estrés postraumático, depresión y ansiedad, en población general infanto-juvenil que había estado expuesta al mismo terremoto.

Otro interesante trabajo, muy reciente, sobre población clínica es el realizado por Scheeringa (2015) que pretende explicar los problemas de comorbilidad que presenta el TEPT con otro tipo de trastornos en niños de preescolar, basándose en las hipótesis planteadas por McMillen et al. (2002) en un estudio previo llevado a cabo con supervivientes adultos de una inundación en San Luis (Medio Oeste de Estados Unidos) en el año 1993. Las hipótesis planteadas fueron: (1) La posibilidad de comorbilidad entre los síntomas centrales de TEPT y otros trastornos, en niños que habían estado expuestos a eventos traumáticos; (2) La exposición a eventos traumáticos repetidos provocaría un aumento de problemas internalizantes y externalizantes, en comparación con las víctimas expuestas a un solo evento y al huracán Katrina; y (3) Se intentó replicar en niños pequeños el hallazgo obtenido en población adulta, con el objetivo de confirmar que la exposición a múltiples eventos traumáticos podría predecir la severidad de los síntomas. La muestra, extraída de población clínica (N = 284), estaba constituida por niños de edades comprendidas entre 3 y 6 años, los cuales habían experimentado distintos tipos de trauma, distribuidos en tres submuestras: aquellos que habían sufrido un solo trauma (n = 62), los que habían estado expuestos al huracán Katrina (n = 85), y otro grupo, expuestos a diversos eventos traumáticos (n = 137). Fueron evaluados a través de una entrevista de diagnóstico aplicada a un cuidador. Los resultados demuestran que el 95% de los niños que desarrollaron trastornos tras estar expuestos a los diferentes traumas, también presentaron síntomas de TEPT sustanciales. Los menores expuestos al huracán Katrina y al grupo de eventos traumáticos repetidos, mostraron más diagnósticos de trastorno de conducta oposicionista desafiante, en comparación con el grupo que sólo había estado expuesto a un evento traumático, pero los grupos no difirieron en la sintomatología TEPT, la depresión, la ansiedad o déficit de atención/hiperactividad. El número acumulado de eventos traumáticos fue el único predictor significativo de los síntomas de TEPT. Por tanto, el autor concluye que la homogeneidad de los resultados a través de los tipos de traumas ofrece poco apoyo empírico a la hipótesis que plantea que los traumas prolongados y repetidos producen una mayor complejidad de los síntomas.

Mientras que en adultos las cogniciones postraumáticas (actualmente incluídas en el DSM 5; APA, 2013) se consideran un síntoma central del TEPT y una importante fuente de angustia, es relativamente reciente su estudio en infancia y adolescencia. En

esta línea Liu y Chen (2015) investigaron, entre otros aspectos, la relación entre cogniciones postraumáticas y desarrollo de problemas externalizantes e internalizantes. Participaron un total de 351 niños y adolescentes de edades comprendidas entre 9 y 17 años de edad, de los cuales 202 (56.9%) eran mujeres. Se reclutaron en tres escuelas públicas seleccionadas aleatoriamente ubicados en Douliou (Taiwán). Todos habían estado expuestos a algún tipo de trauma (desastre natural 66%; trauma interpersonal 8.4%; accidente de tráfico 5.3%; trauma médico 8.8%). Los resultados confirmaron que las cogniciones postraumáticas negativas se asociaron con síntomas de trastorno por déficit de atención con hiperactividad; síntomas de trastorno negativista desafiante; y problemas internalizantes y externalizantes. Sin embargo, cuando se controló por sexo, edad, y tipo de trauma, sólo se encontró una débil asociación entre tipos de trauma y problemas externalizantes.

En un estudio realizado por Cerdá, Tracy, Sánchez y Galea (2011), de cohorte secuencial, analizaron la relación entre la depresión, el trastorno de conducta, y el consumo de drogas con el hecho de haber estado expuestos a violencia desde la adolescencia hasta la edad adulta. Los preadolescentes tenían entre 12 y 15 años y se evaluaron en tres periodos de tiempo: (1) 1995-1997, (N = 1517); (2) se volvieron a entrevistar en 1997-2000, (n = 1.315); (3) y 2000-2002 (n = 1.210). Se examinó la exposición a la violencia en los intervalos de 12-15 y 14-17 años, y la depresión, trastorno de conducta, y el consumo de drogas en edades de 14-17 y 17-20. Los instrumentos de mediad utilizados fueron la DISC-IV, el CBCL y el YSR, entre otras medidas. Los autores informaron que, la exposición a la violencia en la adolescencia se asoció con una mayor probabilidad de presentar trastornos de conducta y consumo de drogas en la vida adulta, pero no hallaron datos relevantes en cuanto a la depresión. Las relaciones comórbidas entre trastorno de conducta y consumo de drogas fueron independientes de la exposición previa a la violencia. Estos resultados, en general, apoyan la hipótesis de que la exposición a la violencia interpersonal aumenta el riesgo de presentar estrés postraumático, depresión, y problemas de conducta junto a abuso/dependencia de sustancias en adolescentes, así como de una amplia comorbilidad entre estos trastornos, como ya habían planteado Kilpatrick et al. (2003).

En cuanto a los menores que han estado expuestos a diferentes tipos de maltrato, Oswald, Heil y Goldbeck (2010b) compararon dos grupos de niños y adolescentes alemanes de 7 a 16 años remitidos a consulta clínica, un grupo se encontraba en acogimiento residencial y otro grupo control, convivía al menos con un progenitor biológico. Como instrumento de medida emplearon el UCLA PTSD Reacction Index (Pynoos, Rodríguez, Steinberg, Stuber y Frederick, 1998). Los resultados pusieron de manifiesto que en comparación con el grupo control, los menores en acogimiento manifestaban una mayor prevalencia de síntomas de estrés postraumático. Además se evidenció sintomatología comórbida en ambos grupos. En el grupo de comparación el 25% presentaba adicionalmente tres trastornos psicopatológicos; un 20% exhibió 2; y un 50% sólo 1; mientras que el 5% no presentaba otro trastorno comórbido. Los que se observaron con más frecuencia fueron: trastornos del apego (30%), trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) (25%), y diagnóstico inespecífico (25%). En relación al grupo que convivía con su familia biológica, además de sintomatología TEPT, manifestaron otras tres alteraciones psicológicas el 25%; dos el 25%; y 1 el 50%, mientras que 15% presentó comorbilidad, siendo los más prevalentes el TDAH (40%), trastornos de la conducta social (20%) y depresión (15%). Sin embargo, Leeson y Nixon (2011), no lograron demostrar una relación significativa entre las evaluaciones relacionados con el maltrato psicológico sufrido por una muestra de menores, el trauma y los problemas externalizantes.

McDonald, Danielson, Resnick, Saunders y Kilpatrick (2010), estudiaron el impacto de experiencias múltiples potencialmente traumáticas (entre las cuales incluyeron la frecuencia de los episodios de exposición a la violencia doméstica), y su relación con la presencia de estrés postraumático, episodios de depresión mayor, y consumo de sustancias. Los resultados revelaron que la frecuente exposición a la violencia doméstica incrementó la comorbilidad entre estos tres efectos. Los autores concluyen que la exposición a múltiples eventos de violencia puede tener un efecto negativo acumulativo en los adolescentes, en la medida que decrece el papel protector de la familia.

En esta línea, Hodges et al. (2013), en una investigación más reciente, examinaron los efectos de la exposición a múltiples tipos de trauma interpersonal (trauma

acumulativo). La muestra clínica estuvo constituida por 318 menores, en una franja de edad de entre 8 y 12 años, de los cuales 215 eran niñas y 103 niños, cuya edad media fue de 9.8 años (*DT* = 1.5). Se evaluó mediante el Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC, Briére, 1996), y el Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC, Briere, 2005), entre otras medidas. Se encontró que el número de diferentes tipos de trauma se asoció significativamente con la complejidad de los síntomas, tanto cuando informaron los menores, como cuando informaron los padres biológicos, adoptivos, de acogimiento, o tutores. Los cuidadores indicaron sintomatología más compleja para las niñas que para los niños, si bien los autores consideran que no es posible explicar este hallazgo basado en la investigación previa, ya hay muy pocos estudios todavía sobre la materia. En base a los resultados encontrados concluyen que el trauma acumulativo interpersonal en la infancia parece conducir a presentaciones de síntomas complejos con relativa rapidez, en lugar de (o además de) su desarrollo a largo plazo. Por tanto, los resultados se suman a un pequeño pero creciente número de estudios que sugieren que las experiencias en la infancia de varios tipos de trauma se asocian a comorbilidad.

Una revisión de 33 estudios realizada por Mauritz, Goossens, Draijer y van Achterberg (2013), sobre población clínica adulta con trastorno mental severo (trastornos del espectro de la esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión mayor y trastorno de personalidad), expuesta a trauma interpersonal (maltrato emocional y físico, negligencia emocional y física y/o abuso sexual) en la infancia y/o la edad adulta. Muestra que haber sufrido abuso sexual y maltrato emocional en la infancia se asoció con la aparición de depresión mayor; mientras que el maltrato físico y el abuso sexual se asociaron con subtipos psicóticos de depresión mayor y TEPT. La exposición al trauma en la niñez tuvo un efecto negativo en el curso de la enfermedad del espectro de la esquizofrenia y la severidad de la exposición tuvo relación con la presencia de síntomas positivos. El número de tipos de exposición al trauma también predijo TEPT. La comorbilidad de TEPT con el trastorno bipolar predijo peor evolución, asociándose con más síntomas graves e intentos de suicidio. La prevalencia de TEPT del 30% en los trastorno mentales graves fue significativamente mayor que la prevalencia de trastorno de estrés postraumático 7% en población general de adultos estadounidenses.

En síntesis, parece claro que existe una alta comorbilidad entre el estrés postraumático y otro tipo de trastornos, en niños y adolescentes expuestos a múltiples traumas, pudiendo complejizarse los síntomas en aquellos que han sufrido trauma interpersonal como es el caso de los menores expuestos a violencia de género, que muy frecuentemente también sufren maltrato directo, y están expuestos a otro tipo de adversidades familiares, como demuestra la evidencia empírica. Por tanto, de acuerdo con Schmid et al. (2013), es preciso fomentar los estudios epidemiológicos transversales y longitudinales sobre los riesgos psicosociales y las comorbilidades durante la infancia y la adolescencia, con el objetivo también de desarrollar y validar medidas de evaluación para establecer claramente la prevalencia de la comorbilidad, y el curso de la morbilidad psicopatológica en menores traumatizados y sus familias (De Young, Kenardy y Cobham, 2011). Está demostrado que los niños y adolescentes con trauma interpersonal severo tienen peor pronóstico, por la dificultad que supone abordar clínicamente la sintomatología múltiple que presentan (Hyman, 2010). Por lo tanto, establecer un diagnóstico más específico, también resulta prioritario, ya que permitiría avanzar en las opciones clínicas de tratamiento.

3.3.4 EDAD Y GÉNERO: VARIABLES MODERADORAS

Varios estudios longitudinales han analizado cómo el género y la edad son variables mediadoras en las secuelas que presentan los menores expuestos a violencia doméstica, en los cuales se informan resultados dispares (Edleson 1999; Kitzmann et al 2003; Laing, 2000; Zerk et al., 2009). Partiendo de que el nivel de habilidades de afrontamiento y la percepción de la violencia doméstica de un niño varía en función de la edad, los efectos de la exposición a este tipo de violencia pueden manifestarse de forma diferente según la etapa de desarrollo en la que se encuentre el menor (Evans et al., 2008). Sin embargo, aunque se han llevado a cabo investigaciones sobre los niños en diversas etapas de desarrollo, no ha emergido un patrón claro de síntomas (Margolin, 1998). Algunos autores sugieren que el impacto es más grave en niños mayores (Holden y Ritchie, 1991; Wolfe et al, 1985), mientras que otros indican lo contrario (Dejonghe, Bogat, Levendonsky, von Eye y Davidson, 2005; Eth y Pynoos, 1985; Hughes y Barad, 1983). Apoyando esta última idea, Bogat et al. (2006) en un estudio sobre una muestra

de 48 bebés, de alrededor de una año de edad, encontraron que casi la mitad (44%), según informaron las madres, presentaron síntomas de trauma como consecuencia de la exposición a la violencia de género. Otros autores documentan que el TEPT es más prevalente en escolares que en adolescentes (Stoppelbein y Greening, 2000), sin embargo algunos han obtenido evidencias opuestas (Castro, 2011; Copeland et al., 2007; Fernández, 2014; Kilpatrick et al., 2003).

A pesar de que se considera que los síntomas de angustia de los niños difieren en relación a su edad y nivel de desarrollo, no existe acuerdo respecto a si estas diferencias en los patrones de síntomas verdaderamente reflejan diferencias en la vulnerabilidad al estrés (Kilpatrick y Williams, 1998). Algunos de estos trabajos sugieren que si bien los niños más pequeños pueden ser los más afectados, también pueden experimentar una disminución de los síntomas a medida que maduran (Sternberg et al., 2006). En este sentido, Holmes (2013a) encontró resultados opuestos en un estudio longitudinal que comparaba cómo podía afectar la exposición temprana a violencia de género en la pareja, entre el nacimiento y los tres años (n = 107), con ninguna exposición (n = 339), en el desarrollo de conducta agresiva transcurridos 5 años. Los resultados revelaron que inicialmente no había diferencias entre los niños expuestos y los no expuestos a violencia de pareja. Sin embargo, con el tiempo, los menores que estuvieron frecuentemente expuestos entre el nacimiento y los 3 años, exhibieron problemas de agresividad a los ocho años, mientras que el grupo no expuesto no lo hizo.

En relación al género, varios investigadores han sugerido que es un factor importante en las reacciones de estrés en menores expuestos a violencia doméstica (Hughes y Barad, 1983; Wolfe et al., 1985). En este sentido, Laing (2010) apunta que algunos estudios presentan resultados dispares, mientras que varios indican que las niñas se encuentran en mayor riesgo, otros consideran un riesgo más elevado para los niños. Según este autor, estos resultados variables pueden deberse, en parte, al tipo de comportamientos que estas investigaciones han analizado. De forma amplia, la literatura indica que los niños presentan más comportamientos externalizantes, mientras que las niñas tienden a mostrar más comportamientos internalizantes (Carlson, 1991; Edleson, 1999; Stagg, Wills y Howell, 1989; Yates, Dodds, Sroufe y Egeland, 2003). Otros estudios con menores expuestos a diferentes traumas interpersonales ponen de

manifiesto que las niñas obtienen tasas más altas de prevalencia de TEPT que los niños (Alisic et al., 2014, Carmassi et al., 2014; Castro, 2011; Díaz et al., 2012; Fernández, 2014; Fernández et al., 2010; Kilpatrick et al., 2003; Pérez-Benítez et al., 2009).

En esta misma dirección, Fowler y Chanmugam (2007) realizaron una revisión crítica de varios estudios meta-analíticos (Davies, 2005 [N = 57 estudios]; Jacobus, 2005 [N = 36 estudios]; Kitzmann et al., 2003 [N = 118 estudios]; Wolfe et al., 2003 [N = 41 estudios]) y del mega-análisis realizado por Sternberg et al. (2006), que incluyó a 1870 sujetos. Estos autores, entre otras variables, revisaron los problemas internalizantes y externalizantes en base a la edad, el sexo y el tipo de violencia al que estaban expuestos los menores en la familia. Igualmente, analizaron los efectos de interacción entre estas variables y su papel en relación con la metodología empleada. Se utilizaron regresiones logísticas jerárquicas para determinar qué variables se asociaron con mayor probabilidad para que un niño llegara a presentar problemas de comportamiento externalizantes y/o internalizates con rango clínico (percentil $\geq$ 93%). Los resultados mostraron que en el mega-análisis de Sternberg et al. (2006) se obtuvieron diferencias significativas entre los niños que habían estado expuestos a violencia doméstica y los no expuestos. El primer grupo tenía más probabilidad que el segundo de exhibir problemas internalizates (2.03 veces más probable) y externalizantes (2.4 veces más probable). En tres de los meta-análisis revisados y en el mega-análisis de Sternberg et al. (2006), no se encontraron diferencias significativas entre niños y niñas en estos comportamientos. No obstante, sí se identificaron en el estudio de Davies (2005), en el que los niños mostraron una fuerte relación entre la exposición a la violencia doméstica y el comportamiento de externalización frente a las niñas.

En relación a la edad no se encontraron diferencias significativas en los cuatro estudios meta-analíticos revisados. Sin embargo, en el trabajo de Sternberg et al. (2006) sí. La muestra se dividió en tres grupos de edad para establecer la comparación: 4-6, 7-9, y 10-14 años. El grupo de más pequeños (4-6 años) se utilizó como grupo de comparación. Los resultados informaron que los grupos de mayor edad presentaron mayor probabilidad de puntuar en problemas internalizantes con rango clínico (de 7 a 9 años de edad tenían 1.16 veces más probabilidades, $p = .21$; y de 10 a 14 años de edad tenían 1.38 veces más probabilidades, $p \leq .05$) que el grupo de menos edad. En relación

a los problemas externalizantes, hallaron que los dos grupos mayores tenían menores probabilidades de puntuar en el rango clínico (de 7 a 9 años de edad tenían .67 veces más probabilidades de no puntuar en el rango clínico, $p \leq .01$; y el de 10 a 14 años de edad tenían .69 veces más probabilidades de no puntuar, $p \leq .01$) que el grupo de 4 a 6 años.

En otro estudio meta-analítico llevado a cabo por Evans et al. (2008), en el que examinaron la relación entre la exposición infantil a la violencia doméstica y los patrones de internalización y de externalización, así como los síntomas de trauma (N = 60 estudios). Los resultados revelaron un tamaño del efecto moderado para el desarrollo de sintomatología internalizante y externalizante en menores expuestos a este tipo de violencia, mientras que para el desarrollo de síntomas de TEPT fue más elevado, aunque esta cifra se basó sólo en seis estudios. De igual modo, se confirmó que la relación entre la exposición a la violencia doméstica y los síntomas externalizantes fue significativamente más fuerte para los niños que para las niñas. Otros análisis que examinaron la edad, y la edad por sexo, no revelaron efectos significativos.

En el meta-análisis sobre 37 artículos realizado por Chan y Yeung (2009), sin embargo, no se encontró una fuerte base empírica para el supuesto de que los niños de menor edad son más vulnerables a las consecuencias negativas de la violencia doméstica que los adolescentes, o que este tipo de violencia afecta a los niños y niñas de manera diferente.

Matud (2007) no obtuvo diferencias entre niños y niñas españoles, en relación a problemas externalizantes e internalizantes, y la autora afirma que la asociación entre el maltrato a la madre y los problemas en los hijos parece no solo firme sino también bastante independiente del sexo de los menores. Así mismo, Alcántara et al., (2013), no hallaron diferencias significativas en alteraciones psicopatológicas entre niños y niñas expuestos a violencia de género.

Recapitulando, puesto que la evidencia sobre la materia no resulta concluyente, es indiscutible la necesidad de continuar investigando, especialmente desarrollando estudios longitudinales, a pesar de las dificultades que entraña esta tarea, con el fin de

clarificar si estas variables son moderadoras de los efectos que presentan los menores expuestos a este tipo de violencia.

3.3.5. RESUMEN

Las consecuencias de la exposición a la violencia de género en la pareja es un tema plenamente actual. En la última década se han desarrollado numerosos estudios sistemáticos y rigurosos, que conforman una amplia base empírica que todavía se encuentra en fase de desarrollo (Holt et al., 2008; Jaffe et al., 2004).

Las conclusiones derivadas de las diferentes investigaciones que se han descrito a lo largo del presente capítulo, muestran la grave afectación que sufren los menores expuestos a violencia de género y a otros tipos de maltrato, en la etapa escolar y adolescente, siendo muy significativo también en niños de preescolar. Así mismo, está demostrado que los efectos acumulativos de múltiples traumas a lo largo de la vida, más conocido como "*adversidad acumulada*" (Lloyd y Turner, 2003; Turner y Lloyd, 1995; Turner et al., 2012), pueden provocar o agravar los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia, pudiendo llegar hasta la etapa adulta (Hovens et al., 2010).

De igual modo, la evidencia sugiere que la exposición temprana a la violencia o a patrones extremos, repetitivos, o anormales de estrés durante períodos críticos del desarrollo cerebral infantil, puede tener impacto en la arquitectura del cerebro en proceso de maduración y poner en peligro, a menudo de forma permanente, la actividad de los principales sistemas neurorreguladores (Perkins y Graham-Bermann, 2012; Perry, 2001), afectando a la salud mental de los menores y a su desarrollo psicológico y social.

Las alteraciones psicológicas que la literatura científica relaciona más frecuentemente con este tipo de violencia, son los patrones de problemas externalizantes e internalizantes, así como el trastorno de estrés postraumático (p.ej., Chan y Yeung, 2009; Kitzmann et al., 2003; Wolfe et al., 2003). Los diversos estudios llevados a cabo acerca de estos trastornos, arrojan resultados de prevalencia variables en población expuesta a trauma interpersonal, como es el caso de los menores expuestos a violencia de género y a otros tipos de maltrato intrafamiliar. No obstante, la evidencia parece

confirmar que las tasas de prevalencia son más elevadas en esta población que en población general.

Al mismo tiempo, se están desarrollando números estudios que ponen de manifiesto la alta comorbilidad entre el estrés postraumático y otros problemas que se derivan de la exposición a diferentes eventos traumáticos (Cloitre et al., 2009; Hodges et al., 2013; Margolin y Vickerman, 2011). En este sentido, algunos autores han establecido que la exposición acumulativa a trauma interpersonal estaría más relacionada con la complejidad de los síntomas, más frecuente en población maltratada (p. ej., Cloitre et al., 2009; Cloitre et al., 2013; Copeland et al., 2007; D'Andrea et al., 2012; Karam et al., 2014; Widom, 1999), sin embargo, esta es una cuestión que todavía está en estudio, y que requiere de más evidencia científica en el futuro (Ford, 2014).

Lo que parece evidente, es la necesidad de realizar investigaciones que nos permitan avanzar, no sólo en la clarificación de las entidades nosológicas, sino prioritariamente en las implicaciones clínicas que se derivan, y que afectan a la evaluación, diagnóstico, intervención y pronóstico de los trastornos mentales presentes en esta población.

SEGUNDA PARTE:

MARCO EMPÍRICO

Capítulo 4

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

En este capítulo se presenta el objetivo general de la investigación, los objetivos específicos, así como las hipótesis de partida propuestas. Los objetivos se plantean para analizar el nivel de afectación de los menores expuestos a violencia de género, y por otro, la relación entre el tipo de exposición a la violencia y/o maltrato directo, y la presencia y gravedad de sintomatología en las diferentes áreas evaluadas, así como determinar las características de comorbilidad entre los problemas detectados.

A continuación se exponen los objetivos e hipótesis de la investigación.

4.1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

4.1.1 OBJETIVO GENERAL

El objetivo general de la presente investigación es conocer la afectación psicopatológica en niños/as expuestos a violencia de género en tres áreas específicas: Trastorno de Estrés Postraumático, Problemas Internalizantes y Externalizantes, así como determinar las características de comorbilidad entre los problemas detectados, y su relación con el tipo de exposición a la violencia y/o maltrato directo.

4.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

i) Analizar la prevalencia de alteraciones psicopatológicas en los niños/as en las siguientes áreas:

a) Sintomatología Internalizante y Externalizante:

i. Prevalencia de cada uno de los síndromes.
ii. Prevalencia en función del sexo.
iii. Prevalencia en función de la edad.
iv. Prevalencia en función del sexo y de la edad.

b) Número de síndromes en el CBCL:

i. Prevalencia en función del sexo.
ii. Prevalencia en función de la edad.
iii. Prevalencia en función del sexo y de la edad.

c) Prevalencia de más de tres síndromes en el CBCL:

i. Prevalencia en función del sexo.
ii. Prevalencia en función de la edad.
iii. Prevalencia en función del sexo y de la edad.

d) Trastorno de Estrés Postraumático:

i. Prevalencia de TEPT en la Escala CPSS

ii. Prevalencia del TEPT, según criterios DSM-IV-TR.
iii. Prevalencia de TEPT, según criterios DSM-5.
iv. Prevalencia de TEPT Parcial.
v. Prevalencia de TEPT, según criterios DSM-IV-TR en población expuesta y en población general.
vi. Prevalencia del deterioro psicosocial.
vii. Relación entre sintomatología TEPT y deterioro.
viii. Relación entre sexo y sintomatología.
ix. Relación entre edad y sintomatología.

ii) Determinar la relación entre las alteraciones psicopatológicas:

a) Relación entre síndromes del CBCL y TEPT, según criterios DSM-IV-TR.
b) Relación entre síndromes del CBCL y TEPT Parcial.
c) Relación entre síndromes del CBCL y deterioro funcional en la CPSS.
d) Relación entre número de síndromes del CBCL y la CPSS.
e) Relación entre número de síndromes del CBCL; TEPT, según criterios DSM-IV-TR; y TEPT Parcial.
f) Relación entre diagnóstico TEPT DSM-IV-TR, TEPT Parcial y Deterioro Funcional
g) Relación entre síndromes del CBCL y la CPSS.

iii) Determinar la relación entre estrés postraumático, indicadores de psicopatología general y maltrato:

a) Relación entre maltrato hacia la madre, número de síndromes en el CBCL y la CPSS.
b) Relación entre tipos de maltrato y estrés postraumático (CPSS).
c) Relación entre tipos de maltrato e indicadores de psicopatología general (CBCL).
d) Relación entre TEPT, indicadores de psicopatología general y maltrato hacia la madre.

4.1.3 HIPÓTESIS

Teniendo en cuenta los objetivos planteados anteriormente, las hipótesis que se someten a prueba, así como su fundamentación, en base a las investigaciones analizadas en el marco teórico, se exponen a continuación:

Hipótesis 1: *A menor edad, mayor prevalencia de alteraciones psicopatológicas.*

La investigación en menores expuestos a violencia doméstica, ha revelado pruebas contradictorias acerca de si los niños más pequeños son más vulnerables al desarrollo de psicopatología relacionada con el estrés. Algunos trabajos sugieren que el impacto es más grave en niños mayores (Holden y Ritchie, 1991; Wolfe et al., 1985), mientras que otros sugieren lo contrario (Bogat et al., 2006; Dejonghe, Bogat, Levendonsky, von Eye y Davidson, 2005; Eth y Pynoos, 1985; Hughes y Barad, 1983). Algunos de estos estudios plantean que, si bien los niños más pequeños pueden ser los más afectados, también pueden experimentar una disminución de los síntomas a medida que maduran (Holmes, 2013a; Sternberg et al., 2006). Del mismo, modo la literatura documenta que se manifiestan con mayor frecuencia síntomas o trastorno TEPT en niños/as que en las muestras de adolescentes (Stoppelbein y Greening, 2000), mientras que otros obtienen resultados contrarios (Castro, 2011; Fernández, 2014), o no hallaron diferencias estadísticamente significativas (Copeland et al., 2007; Kilpatrick et al., 2003).

Hipótesis 2: *No se encontrarán diferencias de sexo significativas con respecto a las alteraciones psicopatológicas evaluadas.*

En relación a las diferencias de género, varios investigadores han sugerido que el sexo es un factor importante en las reacciones de estrés en menores expuestos a violencia doméstica (Hughes y Barad, 1983; Wolfe et al., 1985), si bien los resultados no son concordantes (Laing, 2010). Diversos estudios con menores expuestos a diferentes traumas interpersonales ponen de manifiesto que las niñas obtienen tasas más altas de prevalencia de TEPT que los niños (Alisic et al., 2014, Carmassi et al., 2014; Castro, 2011; Díaz et al., 2012; Fernández, 2014; Fernández et al., 2010; Kilpatrick et al., 2003). Por otra parte, la literatura indica que los niños presentan más comportamientos externalizantes, mientras que las niñas tienden a mostrar más comportamientos internalizantes (Carlson, 1991; Edleson, 1999; Stagg, Wills y Howell,

1989; Yates, Dodds, Sroufe y Egeland, 2003). Sin embargo, otros no han encontrado diferencias significativas entre niñas y niños en relación a problemas internalizantes y externalizantes (Sternberg et al., 2006). Mientras que Davies (2005) y Evans (2008), en sendos estudios meta-analíticos, encontraron resultados que indicaban que los niños mostraron una fuerte relación entre la exposición a la violencia doméstica y el comportamiento externalizante, siendo mucho menor en niñas. Matud (2007) en una muestra de menores que se encontraban en casas de acogida junto a sus madres, no halló diferencias de sexo entre los problemas externalizantes e internalizantes. Así mismo, otros trabajos no han obtenido diferencias significativas en alteraciones psicopatológicas entre niños y niñas expuestos a violencia de género (Alcántara et al., 2013; Chan y Yeung, 2009).

Hipótesis 3: *Se obtendrá mayor prevalencia clínica en problemas externalizantes que en internalizantes.*

Numerosos estudios han hallado una prevalencia mayor de problemas externalizantes que de internalizantes (Campbell et al., 2013; Edleson, 1999; Ford et al., 2000, 2008, 2010; Graham-Bermann et al., 2009; Grynch et al., 2000; Matud, 2007; Owen et al., 2009) en menores testigos de violencia de género. Algunos encuentran tasas más elevadas en problemas internalizantes (Alcántara et al., 2013; Corbalán y Patró, 2003; Rosser et al., 2013; Sternberg et al., 2006). Sin embargo, otros documentan tasas similares para ambos tipos de problemas (Bair-Merritt et al., 2006; Kernic et al., 2003; Kitzmann et al., 2003; Margolin y Vickerman, 2007; Olaya et al., 2010).

Hipótesis 4: *Se encontrará mayor prevalencia de TEPT utilizando criterios de TEPT Parcial, que utilizando los criterios establecidos por el DSM-IV-TR y por el DSM-5. Igualmente se obtendrá mayor prevalencia de TEPT, según criterios DSM-IV-TR, que en población general.*

Algunas investigaciones (Castor, 2010; Castro, 2011; Fernández, 2014; Graham-Bermann et al., 2012; Levendosky et al., 2002; Rincón et al., 2010; Scheeringa et al., 2006, 2010) apoyan la adecuación de los criterios de TEPT Parcial formulados por Scheeringa et al. (2003), para el diagnóstico de TEPT en infancia y adolescencia, frente a los criterios DSM-IV-TR, o para el DSM-5 (APA, 2013) (Castor, 2010; Fernández,

2014; Graham-Bermann et al., 2012). Además la prevalencia de TEPT (criterios DSM-IV-TR) será más elevada en menores expuestos a violencia de género que en población general (p. ej., Copeland et al., 2007; Davidson, 2000; Ford et al., 2003; Furtado et al., 2009; López-Soler et al., en prensa).

Hipótesis 5: *Los menores que presenten Deterioro Funcional mostrarán mayor prevalencia en alteraciones psicopatológicas que los que no lo presenten.*

Algunos estudios llevados a cabo con niños y adolescentes expuestos a la violencia entre los padres han encontrado relación entre la psicopatología y el deterioro funcional (Castro 2011; Olaya et al., 2010).

Hipótesis 6: *Los menores que muestren sintomatología más grave del trastorno por estrés postraumático, son los que presentarán más número de alteraciones psicopatológicas y de mayor gravedad en el CBCL.*

Las recomendaciones de la *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (AACAP, 2010) sobre el Trastorno de Estrés Postraumático en la infancia, ponían el foco de interés en la importancia de realizar un diagnóstico diferencial adecuado, ya que los síntomas podían confundirse con otro tipo de trastornos psicopatológicos. En la actualidad, diferentes trabajos han abordado el estudio del patrón de comorbilidad de los problemas que se derivan de la exposición a diferentes eventos traumáticos, entre los que se incluye el trauma interpersonal (Cloitre et al., 2009; Fan et al., 2011; Hodges et al., 2013; Jonkman et al., 2013; Oswald et al., 2010 a, b; Scheeringa, 2015).

Hipótesis 7: *A mayor número y gravedad de los tipos de maltrato mayor comorbilidad entre alteraciones psicopatológicas.*

Diferentes estudios han documentado que el número de tipos de maltrato y la gravedad de la violencia se encuentra estrechamente relacionado con la gravedad de las manifestaciones de estrés postraumático y problemas psicológicos generales, así como de su frecuente asociación (Alcántara, 2010; Cerdá et al., 2011; Díaz et al., 2012; Grip et al., 2013; Holt et al., 2008; Jouriles et al., 2008; Liu y Chen, 2015; Mauritz et al., 2013; Spilbury et al., 2007).

Capítulo 5
MÉTODO

El presente capítulo se inicia con la descripción del tipo de diseño planteado en el desarrollo de esta investigación, para dar paso al análisis de las características sociodemográficas de la muestra. A continuación se detalla el procedimiento que se ha llevado a cabo para la selección de los participantes, especificando los criterios de inclusión y exclusión que se han establecido para este estudio, y el protocolo utilizado para la evaluación e intervención psicológica. Finalmente, se detallan las fases de evaluación con los instrumentos utilizados, y el análisis estadístico de los datos efectuado.

Es preciso señalar 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*"[23] (52ª 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.

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

5.1 DISEÑO

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

5.2 CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

En el estudio han participado 153 menores, que presentaban alteraciones psicológicas graves, y han estado expuestos a la violencia que ejercía el padre biológico contra la madre. Habían sido derivados al Servicio de Intervención Psicológica con Hijos e Hijas de Mujeres Víctimas de Violencia de Género, y, en ese momento, convivían con la familia biológica, principalmente con la madre en la mayoría de los casos. La composición de la muestra por sexo fue de 76 niños (49.7%) y 77 niñas (50.3%). La franja de edad se situó entre los 8 y 17 años (M = 11.50; DT = 2.72), siendo las edades más frecuentes los 8 y 9 años (24% y 27%, respectivamente). Para poder comprobar el impacto psicológico de la exposición a violencia de género en distintas etapas evolutivas (segunda infancia y adolescencia) se ha desagregado la muestra en dos grupos de edad, esto es, un grupo de 97 menores con edades comprendidas entre 8 y 12 años, que representan el 63.4% de la muestra total; y otro grupo formado por 56 menores de entre 13 y 17 años, que suponen el 36.6% del total de la muestra. El grupo de entre 8 y 12 años presenta el porcentaje más elevado (63.4%), y al grupo de entre 13 y 17 le corresponde el más bajo (36.6%) (véanse Tabla 5.1, y Figuras 5.1 y 5.2).

Tabla 5.1

Frecuencia y porcentaje por edad y sexo de la muestra total

***N* = 153**		**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE %**
EDAD	8	24	15.7
	9	27	17.6
	10	12	7.8
	11	19	12.4
	12	15	9.8
	13	18	11.8
	14	11	7.2
	15	11	7.2
	16	10	6.5
	17	6	3.9
SEXO	CHICOS	76	49.7
	CHICAS	77	50.3

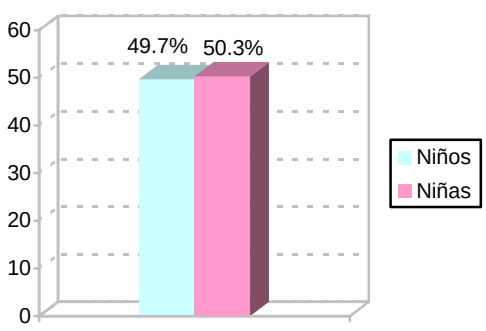


Figura 5.1. Distribución de la muestra por sexos.

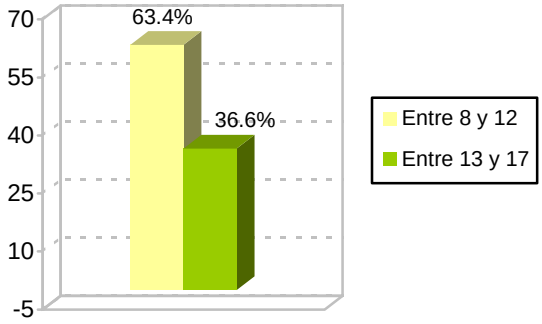


Figura 5.2. Distribución de la muestra por grupos de edad.

Con respecto a las madres, 120 solicitaron atención psicológica para sus hijos/as, de edades comprendidas entre los 26 y los 56 años (*M* = 38.95; *DT* = 5.83). En este sentido, encontramos que un 5.8% tienen 30 años o menos; un 55% se encuentran en el intervalo comprendido entre 31 y 40 años; un 34.2% entre 41 y 50 años y por encima de 50 años un 5% (véase Figura 6.3). El 7.6% de las madres no tiene estudios; el 44.5% han realizado estudios primarios; el 39.5% estudios de secundaria; y el 8.4% universitarios. La mayoría eran de nacionalidad española (85%) y el resto de otras nacionalidades (15%), principalmente latinoamericanas. Una proporción alta de madres (89.9%) no reside actualmente con la pareja maltratadora, conviviendo en el hogar solamente con sus hijos/as el 65.8%, en tanto que el 34.2% lo hace con sus hijos/as y otras personas (padres, hermanos, pareja etc.). El 26.7% de las madres tiene pareja estable en la actualidad, mientras que el 73.3% no la tiene. De las 120 madres, el 78.3% sólo tienen un hijo que participa en el presente estudio; el 16.7% dos y el 5% tres (véanse Tabla 5.2, y Figuras de la 5.4 a la 5.9).

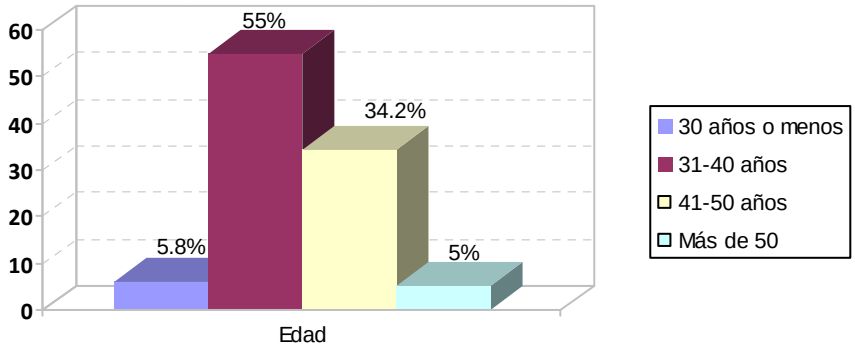


Figura 5.3. Distribución de la muestra de madres por grupos de edad.

Tabla 5.2

Datos sociodemográficos acerca de las madres

MADRES (*N* = 120)	VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Estudios	Sin estudios	9	7.6
	Est. Primarios	53	44.5
	Est. Secundaria	47	39.5
	Est. Universitarios	10	8.4
Nacionalidad	Española	102	85
	Extranjera	18	15
Convivencia Maltratador	Sí	12	10.1
	No	107	89.9
Situación Actual	Pareja estable	31	26.7
	No pareja estable	85	73.3
Estructura Familiar	Madre con hijo/s	77	65.8
	Madre hijo/s y otros	40	34.2
Hijos/as en el Estudio	1 único hijo/a	94	78.3
	2 hijos/as	20	16.7
	3 hijos/as	6	5

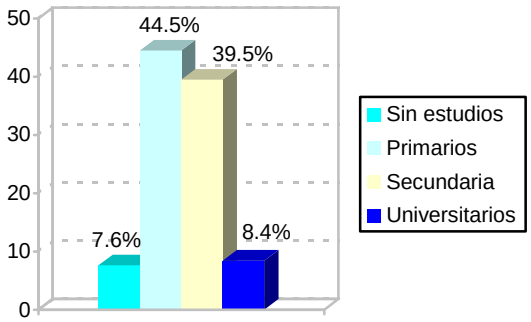


Figura 5.4. Estudios de la madre.

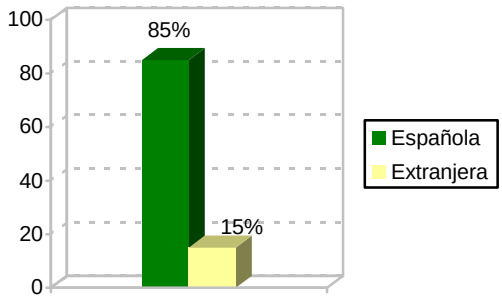


Figura 5.5. Nacionalidad de la madre.

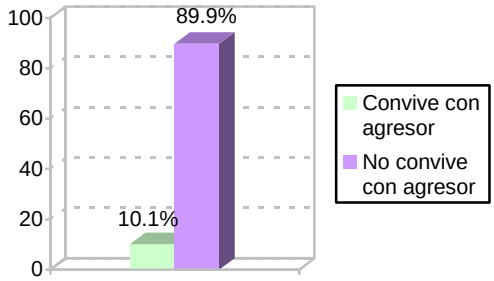


Figura 5.6. Convivencia o no con el maltratador.

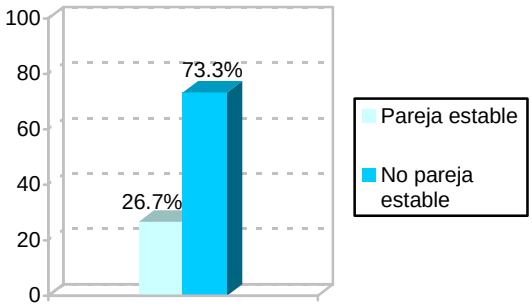


Figura 5.7. Situación de pareja de la madre.

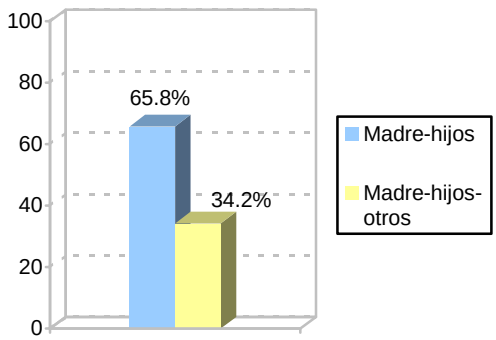


Figura 5.8. Estructura familiar.

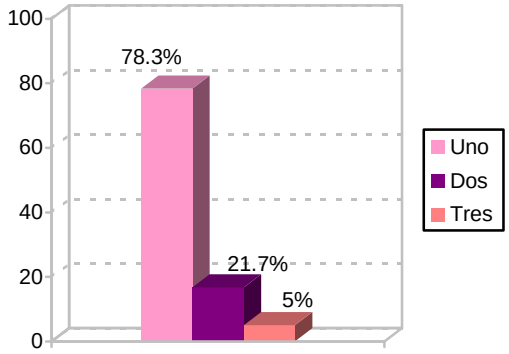


Figura 5.9. Número de hijos/as en el estudio.

5.3 PROCEDIMIENTO

5.3.1 SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES

El grupo de menores que conforma la muestra incluida en el presente trabajo de investigación están o han estado expuestos a la situación de violencia de género que sufren o han sufrido sus madres, infligida por su pareja o expareja, las cuales están siendo atendidas y asesoradas a nivel psicológico, jurídico y/o social en los Centros de Atención Especializada para Mujeres Víctimas de Violencia de Género (CAVIS) de toda la Comunidad Autónoma de Murcia. Esta red de Centros se configura como un servicio público y gratuito que el Instituto de la Mujer de la Región de Murcia, dependiente de la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración, y en colaboración con los Ayuntamientos de la Región, puso en funcionamiento en el año 2006 con el fin de atender de forma integral y continuada a estas mujeres. En la actualidad la Red depende de la Dirección General de Familia y Políticas Sociales, de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.

Los niños y adolescentes que presentan alteraciones emocionales y/o comportamentales, cuyas madres están siendo atendidas en un CAVI, previa valoración de si es o no pertinente, son derivados por los profesionales de estos centros al Servicio de Intervención Psicológica con Hijos e Hijas de Mujeres Víctimas de Violencia de Género, que se realiza desde la Asociación para el Desarrollo de la Salud Mental en

Infancia y Juventud (Quiero Crecer), en base a un convenio establecido desde 2009 con el entonces Instituto de la Mujer, que sigue vigente en la actualidad.

Los criterios de inclusión/exclusión que se han considerado para la participación de estos menores en el presente estudio se especifican a continuación en la Tabla 5.3:

Tabla 5.3

Criterios de inclusión y exclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
- Encontrarse en la franja de edad de entre 8 y 17 años. - Ser hijo/a de mujer víctima de violencia de género y haber estado expuesto a la misma. - La madre ha accedido a la red de CAVIS. - Presentar dificultades emocionales y/o comportamentales.	- Niños/as no remitidos por los CAVIS. - Diagnóstico de Discapacidad Intelectual. - Diagnóstico de Trastorno Generalizado del Desarrollo.

5.3.2 PROTOCOLO DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN

Para la investigación actual se recabó información de dos fuentes, por un lado, de las 120 madres de los 153 menores que conformaban la muestra, las cuales evaluaron las dificultades psicológicas que presentaban sus hijos; y por otro, los niños y adolescentes que realizaron una autovaloración de sus propias dificultades, de acuerdo con las recomendaciones propuestas por algunos autores acerca de la importancia de incluir a los niños y adolescentes en los estudios de violencia de género como fuente alternativa de información (Cater y Forsell, 2014; Eriksson y Hester, 2001; Eriksson y Näsman, 2008; Lanktree et al., 2008; Øverlien y Hyden, 2009), aspecto ya comentado en el capítulo anterior.

Una vez valorada, por parte de los profesionales que atienden a estas mujeres en los CAVIS, la necesidad y pertinencia de que estos menores reciban atención psicológica, la madre o los mismos profesionales conciertan una cita con el Servicio de Atención a Menores a través del teléfono 901 101 332, donde se les facilita la fecha y hora de la primera visita, quedando registrada mediante agenda electrónica. El psicólogo que

interviene con la madre remite, vía correo electrónico, a este servicio un informe en el que se especifican los datos más significativos sobre las dificultades del menor e información detallada sobre la madre, así como acerca de la historia de maltrato sufrida por ambos.

Cuando acuden por primera vez al Servicio de Atención a Menores, se procede a registrar al menor/es y se inicia el proceso de evaluación psicológica a cargo de un profesional especializado en la materia, a través de un procedimiento diseñado cuidadosamente en condiciones de confidencialidad:

a) Se realiza una entrevista con la madre con el objetivo de recabar información acerca del problema actual que presenta el menor, su historia de desarrollo, historia familiar, y condiciones de vida anteriores y actuales.

b) En otra sala, la madre cumplimenta los cuestionarios que permiten obtener información relativa a su propia historia de maltrato; el tipo y grado de exposición del menor a la misma; y si ha percibido que éste haya sufrido alguna forma de maltrato directo por parte de su progenitor.

c) Paralelamente, el psicólogo entrevista al niño o adolescente con el fin de determinar la percepción e información que posee sobre su situación, y valorar los indicadores clínicos que presenta.

d) Posteriormente, se aplica un protocolo de evaluación psicológica elaborado por el equipo en 2009 dirigido a menores expuestos a violencia de género en el hogar. Los instrumentos utilizados se seleccionan en función de las variables psicológicas a explorar y la edad del menor. Se evalúan las siguientes áreas: ansiedad, depresión, ira, estrés postraumático, trastorno por estrés extremo, disociación, inadaptación (personal, social, escolar y familiar) y resistencia a la adversidad.

e) Al finalizar el proceso de evaluación, el psicólogo valora e integra los datos obtenidos mediante la observación clínica y a nivel psicométrico, recogidos a través de la madre y del menor, así como los informes facilitados por la madre referentes a evaluaciones psicológicas previas de su hijo, siguiendo las

recomendaciones de diagnóstico clínico que proporciona la OMS en infancia y adolescencia.

f) En base a los resultados obtenidos en la evaluación psicológica se valora la necesidad de intervención psicológica. Si es necesario intervenir, se lleva a cabo aplicando un programa terapéutico protocolizado elaborado por el equipo del servicio en 2009, que incluye sesiones individuales y grupales, tanto con el menor como con su madre; si no precisa intervención se realiza asesoramiento psicológico.

En la Figura 5.10, se puede apreciar de forma resumida el procedimiento de evaluación que venimos comentando.

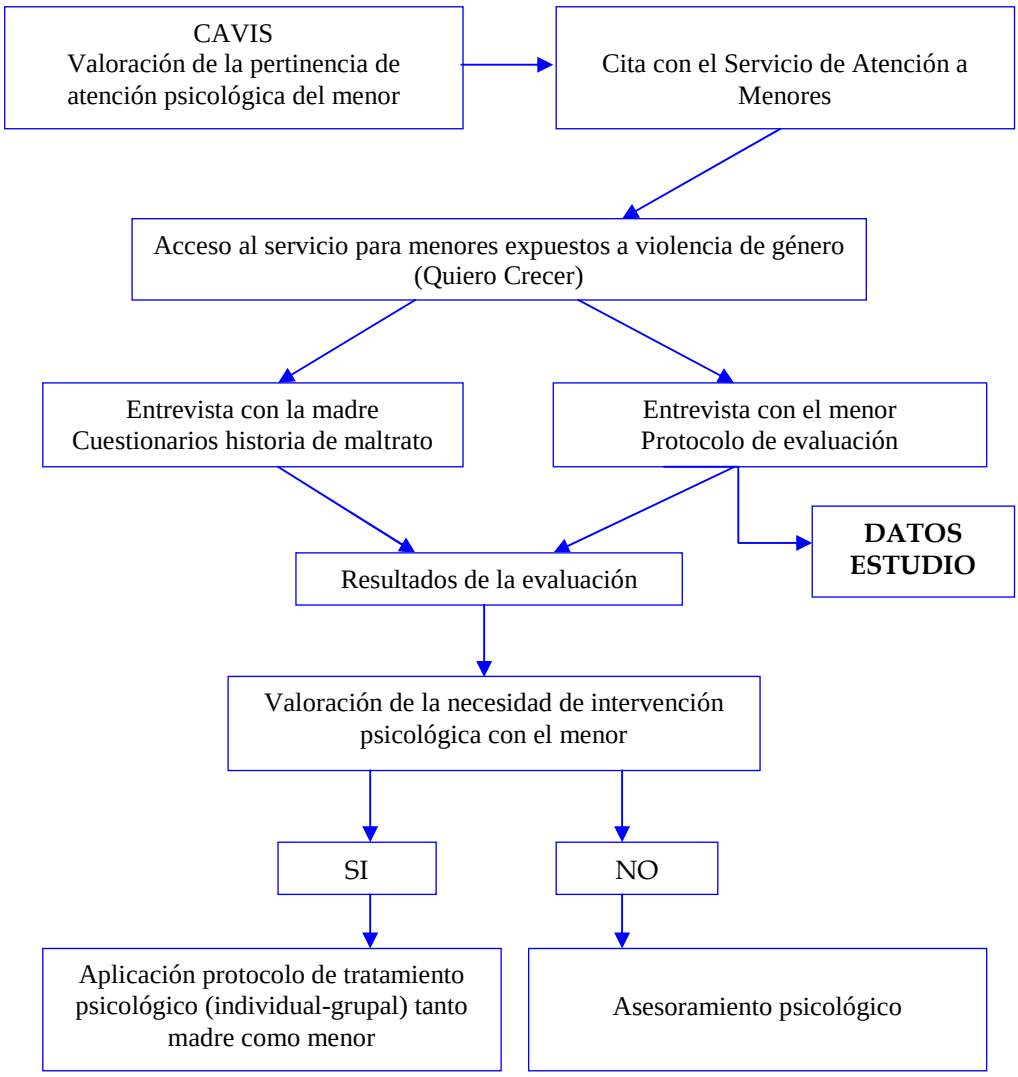


Figura 5.10. Procedimiento de evaluación de los participantes.

En la presente investigación solo se han incluido aquellos niños y adolescentes que finalizaron la evaluación psicológica, cumplimentando todos los cuestionarios que la componen, si bien sólo se ha utilizado una parte de los mismos en este estudio (el protocolo completo aparece en el anexo1).

5.3.3 INFORMACIÓN SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E HISTORIA DE MALTRATO

Los datos sociodemográficos acerca de los menores expuestos a violencia de género y de sus madres, se han recabado a través del informe que remiten los profesionales que atienden a estas mujeres desde los CAVIS, así como de los datos que se derivan de la entrevista que se realiza a éstas en el Servicio de Atención al Menor en la primera sesión de evaluación.

Con respecto a la situación de violencia sufrida en el hogar, se ha obtenido información de las madres acerca de su propia experiencia y la de su/s hijo/s. Además han de cumplimentar los cuestionarios que versan sobre el tema de manera más concreta y detallada. Así mismo, se recoge información relacionada con la percepción del/los menor/es sobre la violencia de la que han sido testigos y víctimas.

Tras concluir la entrevista con la madre, el psicólogo le facilita las instrucciones sobre el modo de contestar los dos cuestionarios: uno sobre el maltrato del que han sido objeto estas mujeres por parte de la pareja o expareja y del testimonio del menor; y otro en relación a la percepción que tienen sobre el maltrato directo que ha experimentado el niño/s por parte del padre agresor. De estas escalas se obtienen puntuaciones directas sobre las tres categorías de maltrato: maltrato a la madre, testimonio del menor y maltrato directo al mismo.

5.4 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

5.4.1 HISTORIA DE MALTRATO

Con el objetivo de evaluar la historia de violencia de la que el menor ha sido testigo y/o víctima en su ámbito familiar, se han empleado dos entrevistas (una cumplimentada

por la madre y otra por el menor/es, al igual que dos cuestionarios (que solo cumplimenta la madre). Todos ellos se describen a continuación.

5.4.1.1 ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DE MALTRATO INFANTIL (ESMI)

Esta entrevista fue diseñada inicialmente por el equipo de investigación (GUIIA-PC, 2008) para ser aplicada a los menores que participaban en el Proyecto de Evaluación, Diagnóstico e Intervención en Menores Tutelados (PEDIMET) en el año 2007. Posteriormente (2009) se modificaron algunos aspectos (se eliminó la parte que indagaba sobre el contexto actual del menor, en el centro o con los acogedores) con el objetivo de poder aplicarla a niños en situación de maltrato, pero sin tutela administrativa. La entrevista consta de tres partes: la primera está dedicada a establecer la alianza terapéutica con el menor; en la segunda se exploran los problemas médicos, somáticos y psicosociales; y la tercera parte profundiza en la dinámica e interacciones familiares, así como en la percepción del menor, relativa a los episodios de violencia que han sucedido en el ámbito familiar. Por último, se incluye un apartado de observación clínica que permite al profesional pronunciarse sobre los aspectos más destacables del comportamiento o estado afectivo-emocional del menor.

5.4.1.2 ENTREVISTA A LA MUJER MALTRATADA

La Entrevista a la Mujer Maltratada (GUIIA-PC, 2009) se construyó con la finalidad de recabar información de forma breve y sistematizada sobre la historia de maltrato experimentada por la madre y el menor/es. Consta de dos partes: la primera se centra en obtener los datos sociodemográficos tanto de la madre como del niño/s (nombre, edad, nacionalidad, nivel de estudios, miembros del núcleo familiar, relación de pareja, etc.), así como la historia de los episodios de violencia perpetrados por la pareja o expareja contra la mujer (años de relación con el maltratador, situación actual, denuncias interpuestas, tipo y gravedad del maltrato sufrido, tipo y grado de exposición del menor/es, etc.). La segunda explora el motivo de consulta para el menor/es (dificultades que presenta, contextos en los que se manifiesta, data, evolución, reacción de las personas próximas, nivel de apoyo, factores positivos, etc.). La tercera parte recoge datos relacionados con la historia prenatal y perinatal del menor/es, acerca del

desarrollo en las áreas básicas durante las primeras etapas evolutivas; así como sobre la historia médica, educacional y social. La entrevista concluye con la observación clínica que permite reflejar la percepción del profesional sobre la conducta y el estado emocional de la madre durante el proceso de evaluación.

5.4.1.3 INVENTARIO DE EVALUACIÓN DEL MALTRATO A LA MUJER POR SU PAREJA (APCM)

El Inventario de Evaluación del Maltrato a la Mujer por su Pareja (Matud, 1998), fue adaptado por Matud, Caballeira y Marrero (2001). Evalúa el tipo de maltrato que sufre la mujer por parte de su pareja. Está constituido por 56 ítems a través de los cuales se evalúan dos tipos de maltrato: maltrato emocional, que consta de 37 ítems; y maltrato físico, formado por 19 ítems. Este inventario se aplica a la madre y facilita dos tipos de información: en primer lugar, sobre el maltrato ejercido por la pareja contra la madre; y en segundo lugar, el testimonio del hijo acerca del mismo. Presenta un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos (0 = Nunca, 1 = A veces, 2 = A menudo, 3 = Bastante; 4 = Siempre), y permite, así mismo, realizar la evaluación de varios hijos. Ambos factores (Maltrato Psicológico y Físico) muestran una consistencia interna alta (Coeficiente alfa de .94) y una correlación entre sí de .57 (Matud et al., 2001).

Los puntos de corte que se han establecido para la valoración de la intensidad del maltrato y la correspondencia con las puntuaciones directas, han sido específicamente elegidos para este estudio. Para la valoración de la intensidad del maltrato se han considerado 4 categorías: nulo, leve, moderado y grave. Las puntuaciones que determinan cada nivel de maltrato son iguales para ambas escalas, maltrato directo a la madre y testimonio del menor. De tal forma que en la escala de Maltrato Emocional, el nivel leve se corresponde con los rangos de puntuación de 1 a 49.3; el nivel moderado de 49.3 a 98.6; y el 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 1 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). Finalmente, el nivel nulo se corresponde con una puntuación de 0 en todas las escalas.

5.4.1.4 INVENTARIO DE CONDICIONES DEL MALTRATO A LA INFANCIA (ICMI)

El presente inventario ha sido adaptado por el equipo de investigación GUIIA-PC (2009), en base a las escalas de Matud et al. (2001) y de Oliván-Gonzalvo (2004). Tiene como finalidad la evaluación de las situaciones de maltrato directo experimentadas por el menor. Consta de 60 ítems y valora 4 tipos de maltrato: (1) Negligencia, incluye física y emocional, y está formada por 10 ítems; (2) Maltrato Emocional, consta de 31 ítems e incluye los subtipos: Aislamiento, Degradación, Manipulación, Debilidad Inducida por Malestar o Agotamiento Físico, y Amenazas de Muerte; (3) Maltrato Físico, constituido por 16 ítems, y (4) Abuso Sexual, que consta de 2 ítems. Presenta un formato de respuesta tipo Likert con cuatro opciones (0 = Nunca; 1 = 1 Vez cada 2 o 3 meses; 2 = Varias veces al mes; y 3 = Varias veces a la semana). Se han establecido 4 puntos de corte para evaluar la intensidad del maltrato: nulo, leve, moderado y grave. Las puntuaciones que se corresponden con cada nivel de maltrato, se exponen a continuación (véase Tabla 5.4):

Tabla 5.4

Criterios de puntuación de la intensidad del maltrato directo hacia el menor

TIPO DE MALTRATO		INTENSIDAD DEL MALTRATO			
		Nulo	Leve	Moderado	Grave
		Intervalos de Puntuación			
NEGLIGENCIA	Emocional	0	1-3	3-6	6-9*
	Física	0	1-7	7-14	14-21*
MALTRATO EMOCIONAL	Aislamiento	0	1-6	6-12	12-18*
	Degradación	0	1-7	7-14	14-21*
	Manipulación	0	0-3	3-6	6-9*
	Debilidad	0	1-9	9-18	18-27*
	Amenazas	0	1-6	6-12	12-18*
MALTRATO FÍSICO		0	1-16	16-32	32-48*
ABUSO SEXUAL		0	1-2	2-4	4-6*

Nota: * La puntuación final del intervalo se corresponde con la máxima en la escala.

5.4.2 INDICADORES CLÍNICOS GENERALES

5.4.2.1 CHILD BEHAVIOR CHECKLIST (CBCL)

Podemos afirmar que en el campo de la psiquiatría y de la psicopatología infantil los inventarios de conducta infantil desarrollados inicialmente por Achenbach, *Child Behavior Checklist, CBCL* (Achenbach, 1991a), *Teacher Report Form, TRF* (Achenbach, 1991b) y *Youth Self Report, YSR* (Achenbach, 1991c), se han convertido en un referente a la hora de llevar a cabo estudios sobre psicopatología y epidemiología del desarrollo (Angold y Egger, 2004). Estos instrumentos se caracterizan por utilizar distintas fuentes de información, múltiples ejes de evaluación y un enfoque empírico, lo que justifica la denominación de modelo de evaluación multiaxial (Achenbach, 1993).

En este sentido, el *Child Behavior Checklist* (CBCL) (Achenbach, 1991a; Achenbach y Edelbrock, 1983; Achenbach y Rescorla, 2001), es una escala de valoración dirigida a padres que, junto a las pruebas mencionadas anteriormente, forma parte del protocolo ASEBA [*Achenbach System of Empirically Based Assessment*] (Achenbach y Rescorla, 2001), ideada para evaluar problemas comportamentales, emocionales y competencias sociales en niños y adolescentes que presentan diferentes rangos de edad. Por tratarse de una prueba elaborada a partir del enfoque psicométrico-dimensional, los diferentes ítems han sido sometidos a análisis factorial de componentes principales con el fin de identificar grupos de problemas que tienden a coexistir, obteniendo como resultado ocho síndromes, designados de primer orden o de "banda estrecha". Así mismo, los análisis factoriales de segundo orden realizados sobre los ocho síndromes obtenidos, permiten diferenciar dos patrones generales de carácter psicopatológico: *síndrome internalizado y síndrome externalizado*, también denominados de "banda amplia".

La derivación de estas escalas se realizó mediante técnicas estadísticas multivariantes para el análisis de datos, las cuales pretenden agrupar síntomas o comportamientos desadaptativos en dimensiones o síndromes, de tal forma que cada una de ellas conforma un continuo en el que es posible situar a todos los individuos según el grado de intensidad de la sintomatología presente (Samaniego, 2008; Slapak, Cervone, Luzzi, y Samaniego, 2002). En este sentido, las escalas normativas derivadas de población

general son muy apropiadas para determinar el perfil de síntomas y conductas, permitiendo discriminar entre casos clínicos y no clínicos (Lucas et al., 2001).

Para la interpretación de las pruebas, los autores han derivado, de una muestra normal, percentiles y puntuaciones T que posibilitan establecer los límites entre la normalidad, las conductas límites y la patología. La baremación se presenta en función del sexo y de la edad. De igual modo, se proponen dos puntos de corte: la puntuación superior al percentil 93, a partir de la cual la información se considera como indicador de sintomatología clínica moderada; y la puntuación igual o superior al percentil 98, como indicador de sintomatología clínica grave. Así mismo, se plantean dos tipos de corrección, la primera consta de seis escalas orientadas al modelo categorial DSM: Problemas afectivos, Problemas de Ansiedad, Problemas Somáticos, Problemas de Atención/Hiperactividad, Problemas de Oposición/Desafío y Problemas de Conducta; y la segunda está constituida por ocho subescalas basadas en los síndromes empíricos obtenidos por los autores, a saber: Depresión/Ansiedad, Depresión/Retraimiento, Quejas somáticas, Comportamiento Antinormativo o Disruptivo, Comportamiento Agresivo, Problemas Sociales, Problemas de Pensamiento y Problemas de Atención. En esta investigación, se ha empleado como punto de corte el correspondiente a la puntuación percentil entre 93 y 97, y la puntuación igual o superior al percentil 98, así como la corrección basada en los ocho síndromes clínicos.

Esta escala presenta dos formatos de aplicación, uno 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 ($1^{1/2}$-5 años) (Achenbach y Rescorla, 2000), es un instrumento que surge como revisión del CBCL/2-3 años (Achenbach, 1992) y está incluido en el sistema ASEBA. Consta de 100 ítems (99 cerrados y uno de respuesta abierta) que indican la presencia de 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). La información que recoge se refiere a los dos últimos meses. Como ya se ha comentado, las escalas de problemas del CBCL se

agrupan en dos niveles (Achenbach, 1991b): síndromes de primer orden o de banda estrecha: 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 amplia: internalizados (Reactividad Emocional, Ansiedad/Depresión, Quejas Somáticas y Retraimiento) y externalizados (Problemas de Atención y Comportamiento Agresivo). Su uso es muy reconocido en el campo de la investigación, y ha sido adaptado en al menos 24 sociedades diferentes (*N* = 19.850) evidenciando ser un instrumento válido y confiable para medir problemas comportamentales y emocionales en esta edad, lo que ha posibilitado realizar comparaciones transculturales (Rescorla et al., 2011). La fiabilidad de la prueba ha sido estimada a través de correlaciones test-retest, y se han obtenido valores entre .80 y .90 para las diferentes escalas; mientras que para la puntuación total de problemas ha sido de (.90). Respecto a la validez, el instrumento es capaz de diferenciar grupos de población normal y grupos de niños derivados a servicios de salud mental ($p \leq .01$) (Rescorla, 2005). Se han estudiado sus propiedades psicométricas para la población de México (Oliva, Castro y García, 2009), Argentina (Vázquez y Samaniego, 2014), Chile (Lecannelier et al., 2014), en población Danesa (Kristensen, Henriksen y Bilenberg, 2010) y China (Liu, Cheng y Leung, 2011).

El CBCL/6-18 (Achenbach y Rescorla, 2001) ha sido configurado a partir de versiones anteriores de esta misma prueba (Achenbach, 1991a; Achenbach y Edelbrock, 1983), para ser cumplimentado por los padres u otros cuidadores del niño que puedan observar su comportamiento en un contexto familiar. Al igual que el descrito anteriormente, consta de dos partes, la primera referida a competencias psicosociales de los niños/as, y la segunda formada por 118 ítems que evalúan problemas conductuales y emocionales, mediante una escala tipo Likert de 3 puntos (0 = No es cierto, 1 = Algunas veces cierto, 2 = Cierto muy a menudo). La información recabada se refiere a los últimos 6 meses. Las escalas de problemas del CBCL se agrupan en dos niveles del mismo modo que el CBCL $1^{1/2}$-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 Antinormativa o Disruptiva, y Conducta Agresiva; y los de segundo orden o de banda amplia son:

internalizados (Ansiedad/Depresión, Retraimiento/Depresión y Quejas somáticas), y externalizados (Conducta Antinormativa o Disruptiva y Comportamiento Agresivo).

En relación a la fiabilidad de la prueba, estimada a través de correlaciones test-retest, Achenbach (1991a) llevó a cabo una evaluación en un grupo de 80 madres de hijos/as de entre 4 y 16 años. Transcurrida una semana obtuvo una correlación media para las escalas de competencia de .87 y para las escalas de problemas de comportamiento de (.89). Todas las correlaciones oscilaron entre .80 y .90, excepto la de Aislamiento en chicos (r = .75) y la de Problemas de Pensamiento en chicas (r = .63). Por su parte, Clarke, Lewinsohn, Hops y Seeley (1992) evaluaron a 619 madres y a 366 padres de adolescentes con una media de edad de 16.8 años, obteniendo una consistencia interna de .81 para las madres y de .76 para los padres.

La estandarización de tales instrumentos ha posibilitado el establecimiento de comparaciones entre los rangos de variación interculturales e identificar los efectos asociados con el género y la edad (Andrade, Betancourt y Vallejo, 2010; Daset, López e Hidalgo, 2009). En esta línea, estudios más recientes realizados en otros contextos culturales presentan valores similares a los obtenidos por Achenbach en 1991, como el llevado a cabo por Rescorla et al. (2007) con el que probaron la consistencia interna de cada una de las escalas del CBCL en 24 países y examinaron los efectos de la sociedad, género y edad en la versión de 2001, que consta de 11 escalas (total de problemas, problemas internalizados, problemas externalizados y ocho síndromes). Sus resultados apoyan los datos de consistencia interna, en las puntuaciones promedio de la escala y los efectos significativos de género y edad. En consonancia con este estudio, Ivanova et al. (2007) contrastaron la estructura de los ocho síndromes del CBCL en 30 países (excluyendo Estados Unidos). Sus resultados indican que la estructura se ajusta bien cuando se prueba de manera separada en cada uno de los países.

En población española, con muestras que han sufrido diversos tipos de maltrato intrafamiliar, encontramos estudios recientes que arrojan resultados similares a los originales. En una investigación realizada sobre una muestra de 91 menores de entre 6 y 17 años expuestos a violencia de género, se informa de una consistencia interna de la prueba alta (alfa de Cronbach de .87) (Alcántara et al., 2013). Resultados análogos se obtuvieron en otro estudio (Fernández, 2014) que incluye una muestra de 86 menores de

edades comprendidas entre los 6 y 17 años, que habían sufrido maltrato intrafamiliar y se encontraban tutelados por la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Los resultados muestran una consistencia interna, medida mediante alfa de Cronbach, que oscila entre .71 y .99, salvo en dos de las escalas cuyos valores fueron bajos (Ansiedad/Depresión, .548; y Quejas Somáticas, .638).

El estudio de la relación con otros instrumentos dimensionales, como las Conners´ Rating Scles-Revised (Conners, 1997) y la Behavior Assessment System for Children (BASC) (Reynolds y Kamphaus, 1992) han aportado evidencia sobre la validez de constructo (Achenbach y Rescorla, 2001).

En lo referente a la validez de criterio, diversas investigaciones realizadas mediante regresión múltiple, análisis de covarianza, odds ratio y otros análisis estadísticos, hallaron puntuaciones superiores en muestras clínicas frente a muestras extraídas de población general (Achenbach, 1991a; Achenbach y Rescorla, 2001, 2007).

Con respecto a la validez concurrente, Achenbach (1991a) examinó las relaciones del CBCL con las escalas de Conners para padres (1973) y las escalas de Quay-Peterson (1983), sobre una muestra clínica de 60 menores entre 6 y 11 años de edad, evaluados a través de los tres instrumentos. Encontraron correlaciones entre el CBCL y las escalas de Conners que oscilaron entre .59 entre la escala de Problemas de Atención del CBCL y la de Impulsividad-Hiperactividad de Conners; hasta .86 entre las escalas de Agresividad del CBCL y la de Conductas Problema de Conners. Las correlaciones para la escala Quay-Peterson fueron de .59 entre la escala de Delincuencia del CBCL y la de Agresividad Socializada de las de Quay-Peterson; hasta (.88) entre la escala de Agresividad del CBCL y la de Alteración de la Conducta de las de Quay-Peterson.

Las correlaciones observadas al analizar el acuerdo entre informadores concuerdan moderadamente con los datos evidenciados en estudios similares en los que se utiliza como fuente de información a niños/adolescentes y a sus padres (Achenbach y Rescorla, 2001). En sintonía con lo anterior Clarke et al. (1992) evaluaron a padres y adolescentes mediante el CBCL y el YSR, encontrando grados de acuerdo moderados entre madres y adolescentes ($r = .43$; $n = 631$); madres y padres ($r = .53$; $n = 316$); y bajos entre padres y adolescentes ($r = .29$; $n = 369$).

Las propiedades psicométricas óptimas que presenta el CBCL, probadas ampliamente en diferentes países, justifica que haya sido el instrumento de elección para detectar problemas comportamentales y emocionales en la muestra seleccionada para llevar a cabo el presente estudio.

5.4.2.2 THE CHILD PTSD SYMPTOM SCALE (CPSS)

La CPSS (Foa et al., 2001), es un instrumento que puede ser utilizado como autoinforme o como entrevista clínica estructurada. Está basada en los criterios diagnósticos para el Trastorno por Estrés Postraumático del DSM-IV (APA, 1994) y DSM-IV-TR (APA, 2000), y fue diseñada para evaluar el TEPT y la gravedad de los síntomas en niños de 8 a 18 años que han sufrido algún evento traumático.

La escala consta de 2 preguntas abiertas y 24 ítems. Las dos preguntas se refieren en primer lugar al tipo de acontecimiento estresante ocurrido a lo largo de la vida del menor; y en segundo lugar al tiempo transcurrido desde que éste se produjo.

Se compone de una primera parte que abarca 17 ítems, referidos a la frecuencia de manifestación de síntomas de este trastorno. Presenta formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos (0 = Nada o sólo un momento, 1= Una vez/semana o de vez en cuando, 2 = 2-4 Veces/semana o la mitad del tiempo; 3 = 5 o Más veces/semana o casi siempre), distribuidos en 3 subescalas: Pensamientos Intrusivos (PI) (5 ítems; rango de puntuación de 0 a 15); Evitación (EV) (7 ítems, rango de puntuación de 0 a 21); e Hiperarousal (HI) (5 ítems; rango de puntuación de 0 a 15). Permite, por tanto, obtener una puntuación total de la severidad del TEPT (con rango de puntuación de 0 a 51) y puntuaciones de la severidad para cada uno de los grupos sintomáticos. La segunda parte de la escala está constituida por 7 ítems adicionales, puntuados dicotómicamente (SI = 1; NO = 0; rango de puntuación de 0 a 7), para estimar en qué medida ha interferido la sintomatología en ámbitos específicos del funcionamiento de la vida del menor.

Las propiedades psicométricas de la versión inglesa original de la CPSS se evaluaron en una muestra de 75 niños de edades comprendidas entre 8 y 15 años, supervivientes de un terremoto en California (Estados Unidos). Los menores cumplimentaron la CPSS

en una evaluación inicial, y 65 niños (de los 75 iniciales) volvieron a hacerlo una segunda vez transcurridas entre una y dos semanas. Este instrumento mostró niveles altos de consistencia interna, presentando coeficientes alfa de Cronbach de .89 para la escala total de síntomas; y aceptables .80 para la subescala reexperimentación; .73 para evitación; y .70 para la subescala de hiperarousal. En relación a la estabilidad temporal de la prueba (correlación test-retest), alcanzó también niveles aceptables para la escala completa de síntomas (r = .84) y para las subescalas de reexperimentación (r = .85) e hiperarousal (r = .76). Sin embargo, en la subescala de evitación, la estabilidad temporal alcanzó niveles relativamente bajos (r = .63). La validez convergente (r = .80), se obtuvo al correlacionar las puntuaciones de la CPSS con las de la Escala para Estrés Post-Traumático en Niños (CPTSD), basada en los criterios diagnósticos para TEPT del DSM-III (Foa et al., 2001).

Un estudio reciente llevado a cabo por Nixon et al. (2013) confirma las excelentes propiedades psicométricas de la CPSS, obteniendo resultados similares a los originales. Estos autores examinaron dos grupos: un grupo (grupo 1) estaba constituido por 185 menores de 6 a 17 años de edad que habían sufrido un evento traumático y presentaban diagnóstico de TEPT; y otro grupo (grupo 2) formado por 68 menores de 6 a 17 años, con diagnóstico de TEPT, que asistían a tratamiento. Para analizar la estabilidad temporal de la prueba (correlación test-retest), en el grupo 1 se evaluó a los menores a los 3 y a los 6 meses después del evento traumático, obteniendo una fiabilidad alta de .95 para las puntuaciones totales en la escala de síntomas; siendo moderadamente aceptables para las tres subescalas (.50, reexperimentación; .62, evitación; y .70 para hiperarousal). Con respecto a la consistencia interna en este mismo grupo, para las puntuaciones totales fue también alta, obteniendo un alfa de Cronbach de .90; mientras que para las subescalas fue aceptable (para reexperimentación fue de .84; para Evitación de .78 y para la subescala de hiperarousal de .79). En el segundo grupo, la consistencia interna, fue más baja, pero se mantuvo dentro de límites aceptables (puntuación total .83; reexperimentación .78; evitación .65; e hiperactivación .67). Por último, la subescala de deterioro mostró una consistencia interna aceptable en ambos grupos (grupo 1 = .80; y grupo 2 = .75).

Aunque la escala ha sido traducida a numerosos idiomas, incluyendo el español, son pocos los estudios llevados a cabo específicamente para validar la CPSS en idiomas distintos del inglés que hayan informado de buenas propiedades psicométricas. Cabe destacar la versión Nepalí de la CPSS, realizada sobre una muestra de 162 niños extraídos de población general, de entre 11 y 14 años. Se obtuvieron niveles altos de consistencia interna en la puntuación total de la escala de síntomas (alfa de Cronbach de .86) y en la puntuación total para la estabilidad temporal de la prueba (correlaciones tes-retest de .85) (Kohrt et al., 2011). Además, otro estudio llevó a cabo una validación de la CPSS en lengua hebrea, contando para ello con una muestra de niños israelíes (*N* = 156; edades 8-18), víctimas de un evento traumático y que presentaban sintomatología de TEPT. Los resultados demostraron una consistencia interna alta para la puntuación total de la escala de síntomas (alfa de Cronbach .91), siendo relativamente aceptable para las escalas de reexperimentación .77; e hiperarousal .72; y baja para la subescala de evitación (.67). Respecto a la fiabilidad test-retest, aplicada la escala una segunda vez transcurrida una semana en una submuestra de 45 menores, fue alta (r = .81). En relación a la validez convergente el CPSS se comparó con otras medidas de autoinforme como el Child Posttraumatic Stress Reaction Index (CPTSD-RI, Pynoos et al., 1987), hallando una correlación relativamente alta entre ambos (r =.80) (Rachamim, Helpman, Foa, Aderka y Gilboa-Schechtman, 2011).

Muy recientemente, Meyer, Gold, Beas, Young y Kassam-Adams (2015) han examinado las propiedades psicométricas de las versiones en español e inglés de la CPSS en niños que habían sufrido un evento traumático recientemente y presentaban síntomas de TEPT. La muestra, constituida por 259 menores de entre 8 y 17 años de edad, fue reclutada de los centros de salud y de la comunidad. En ambas versiones examinaron la fiabilidad, obteniendo niveles altos de consistencia interna para ambas versiones en la escala total de síntomas de la CPSS (versión español: alfa de Cronbach .88; versión inglés: alfa de Cronbach .89), siendo de moderada a aceptable para las tres subescalas (reexperimentación, evitación e hiperarousal) en ambas versiones (con un rango que osciló entre .71 y .84). Estos resultados apoyan y confirman investigaciones anteriores acerca de las buenas propiedades psicométricas de la prueba realizadas sobre niños y adolescentes de habla inglesa e hispana con experiencias de diversos traumas

(Gudi˜no y Rindlaub, 2014; Gudin˜o, Nadeem, Kataoka y Lau, 2011; Kassam-Adams, Marsac y Cirilli, 2010; Kassam-Adams et al., 2013).

Si bien en sus inicios, esta prueba se utilizó para evaluar el TEPT en muestras que habían estado expuestas a desastres naturales principalmente, con las limitaciones que esto supone para la generalización de los resultados a otro tipo de poblaciones (American Educational Research Association, American Psychological Association y National Council on Measurement in Education, 1999; Vacha-Haase, Kogan y Thompson, 2000), en la actualidad existe más evidencia con respecto a las propiedades psicométricas de la prueba en otras poblaciones expuestas a algún evento traumático de diversa índole en la comunidad (Boyes, Cluver y Gardner, 2012; Jaycox et al., 2002; Kataoka et al., 2003; Mullet-Hume, Anshel, Guevara y Cloitre, 2008; Stewart, Ebesutani, Drescher y Young, 2015; Ventevogel, Komproe, Jordans, Feo y Jong, 2014).

De acuerdo con lo anterior, resulta pertinente mencionar la investigación realizada por Gillihan, Aderka, Conklin, Capaldi y Foa (2013) sobre las propiedades psicométricas de la CPSS en un grupo de 91 adolescentes de edades comprendidas entre 13 y 18 años, víctimas de agresión sexual (tanto de un solo incidente como de traumas repetidos). Todas las participantes fueron diagnosticadas de TEPT de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV. Se administró el CPSS-I (Child Posttraumatic Symptom Scale-Interview, Foa et al., 2001) para determinar la gravedad de los síntomas TEPT; el K-SADS (Kaufman, Birmaher, Brent y Rao, 1997) con el objetivo de evaluar posibles diagnósticos psicológicos, y la escala Trauma History Interview (THI) para evaluar con precisión la presencia de la exposición al trauma (Criterio A, DSM-IV).

Las participantes cumplimentaron el CPSS-SR (Child Posttraumatic Symptom Scale-Self-Report; Foa et al., 2001), entre otras pruebas, que no son relevantes para el tema que nos ocupa. La CPSS-SR demostró una consistencia interna alta para la puntuación total en la escala de síntomas de .83, mientras que para las subescalas, los coeficientes alfa fueron relativamente más bajos (.74 para reexperimentación; .71 para evitación; y .58 para hiperactivación). El CPSS-I demostró igualmente alta consistencia interna para la puntuación total de la prueba .81, y se obtuvieron resultados similares en las tres subescalas (la consistencia interna fue de .74; .67; y .50, respectivamente). Con respecto a la fiabilidad test-retest, las puntuaciones del CPSS-SR se correlacionaron con la

evaluación en las dos primeras sesiones de tratamiento. Los coeficientes para el total de la escala y las subescalas oscilaron entre elevados y relativamente altos: .86 ($p< .001$) para la escala total de síntomas; .83 ($p < .001$) para reexperimentación; .81 ($p < .001$) para evitación; y .77 ($p < .001$) para hiperactivación. La consistencia interna del CPSS-I no fue analizada ya que se utilizó en evaluaciones posteriores a lo largo del tratamiento. La validez concurrente se examinó con el BDI (Beck Depression Inventory, Beck, Ward, Mendelsohn, Mock y Erbaugh, 1961), hallando correlaciones moderadas entre esta prueba el CPSS-SR y el CPSSI.

Para explorar la validez convergente de las puntuaciones del CPSS, los autores utilizaron los diagnósticos establecidos a través del K-SADS, para 51 participantes a los 3, 6 y 12 de seguimiento, una vez finalizado el tratamiento. De acuerdo con la K-SADS, 20 de 51 adolescentes (39.2%) fueron clasificadas de TEPT en el seguimiento. En relación con el CPSS-SR y el CPSS-I, 21 (41.2%) y 20 (39.2%) adolescentes respectivamente, se diagnosticaron con TEPT en el seguimiento. El acuerdo entre la K-SADS y los diagnósticos CPSS-SR y CPSS-I fue de 74.5% y 76.5%, respectivamente. La concordancia entre el CPSS-SR y el CPSS-I fue del 94.1%.

Las puntuaciones del CPSS mostraron igualmente una buena validez divergente en relación al State-Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2, Spielberger, Sydeman, Owen y Marsh, 1999). Acerca de la escala de deterioro funcional, los autores confirman que a mayor gravedad de los síntomas de TEPT aparece mayor deterioro funcional. Los ítems de la escala de deterioro funcional presentaron una consistencia interna moderada, tanto para el CPSS-SR (.73) como para el CPSS-I (.69).

Por tanto, como confirma esta investigación, las fuertes propiedades psicométricas de la CPSS la hacen un instrumento valioso para el screening de TEPT, así como para evaluar la gravedad de los síntomas, también en poblaciones que han experimentado un trauma interpersonal.

Al comparar estas evidencias, llama la atención la escasez de trabajos que analicen las propiedades psicométricas de la prueba en población que ha sufrido algún tipo de violencia intrafamiliar, marco en el que se inscribe el presente trabajo En este sentido, cabe señalar algunas de ellos fuera y dentro de nuestro País. Por ejemplo, Bustos,

Rincón y Aedo (2009) realizaron la validación preliminar en Chile de la CPSS. La muestra estaba formada por 75 menores chilenos de entre 8 y 18 años que habían sufrido abuso sexual o violación (Intrafamiliar el 62.7%). Los resultados indicaron una alta consistencia interna (alfa de Cronbach de .91) para la escala total de síntomas, así como para las tres subescalas (reexperimentación .84; de .81 para evitación; y de .78 para hiperarousal). Por su parte, Duarte (2007) llevó a cabo un estudio con 67 menores portugueses entre los 8 y 18 años de edad que habían sido testigos de violencia interparental. El objetivo del mismo fue evaluar el Estrés Postraumático a través de la versión portuguesa de la CPSS de Foa (adaptada y validada por Duarte et al. en el año 2006). Los resultados confirmaron una buena consistencia interna, tanto para la escala total (alfa de Cronbach .85), como para las tres subescalas (reexperimentación .81; y de .82 tanto para evitación como para hiperarousal).

En relación a los estudios llevados a cabo en población española, con muestras que han sufrido diversos tipos de maltrato intrafamiliar, encontramos el estudio de Castro (2011), que examina una muestra de 102 menores de entre 8 y 17 años, que habían sufrido violencia en el hogar y presentaban alteraciones psicológicas graves. Los resultados confirman un coeficiente alfa de Cronbach de .89 para la puntuación total de la prueba. Analizando los resultados por grupos sintomáticos, se alcanza un coeficiente de .81 para pensamientos intrusivos; de .73 para evitación; y de .77 para hiperarousal. Resultados análogos se obtuvieron en otro estudio reciente (Fernández, 2014) sobre una muestra de 86 menores de edades comprendidas entre los 6 y 17 años, que habían sufrido maltrato intrafamiliar y se encontraban tutelados por la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Los resultados muestran una consistencia interna alta para la escala total de la CPSS (.88) y moderadamente aceptables para la puntuación total de la primera parte del instrumento y para las tres subescalas, oscilando entre (.69) y (.82).

Por otra parte, en la actualidad, la CPSS todavía no aporta puntos de corte para establecer el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático (Bustos et al., 2009; Foa et al., 2001). Si bien, algunos autores como Kataoka et al. (2003), Stein et al. (2003) y Jaycox et al. (2009), han establecido como punto de corte la puntuación total en la primera parte de la escala de 11 para designar la sintomatología TEPT leve y la puntuación 18 para establecer la sintomatología TEPT grave. El hecho de no disponer

de datos psicométricos en población española limita la comparación de los resultados obtenidos con otros estudios.

El proceso por el cual se decidió la utilización de la CPSS en este trabajo, se describe a continuación: el equipo de investigación de la Dra. Rincón en Chile, la cual solicitó la versión del CPSS en español a los autores originales de la escala, facilitó el cuestionario al grupo GUIIA-PC en 2007. Al año siguiente el mencionado grupo de investigación llevó a cabo un estudio con una muestra de menores tutelados, con el objetivo de examinar las propiedades psicométricas de algunos instrumentos que evalúan síntomas de estrés postraumático: CPSS (Foa et al., 2001); CITES-R (Wolfe, Gentile, Michienzi, Sas y Wolfe, 1991); SCARED-R (Muris, 1997); e IES (Horowitz, Wilner y Álvarez, 1979). Los datos obtenidos reflejaron una baja convergencia en la medida entre los diferentes tests utilizados para evaluar el TEPT. Frente a las demás escalas, el CPSS presentó la consistencia interna más elevada, tanto para la escala total .91 como para las subescalas Evitación (.81) e Hiperarousal (.79). Además, se obtuvo la correlación más significativa entre las subescalas Pensamientos Intrusivos y Evitación (.678) a un nivel de significación del 0.01, así como en la subescala Evitación con la misma subescala del test CITES-R (.567). Por otra parte, su elaboración incorporó los criterios para el diagnóstico de TEPT propuestos en el manual del DSM-IV.

Por tanto, la escala CPSS presenta unas propiedades psicométricas adecuadas. Así mismo, evalúa la presencia o ausencia de sintomatología TEPT, al igual que la severidad de la misma, y su aplicación es rápida y fácil; incluyendo adicionalmente la evaluación de 7 áreas de deterioro funcional.

De las evidencias anteriores, se desprende que esta prueba puede ser la más adecuada para evaluar TEPT en la infancia, también en población expuesta a violencia intrafamiliar, y es por este motivo que se ha decido su utilización en la presente investigación. Si bien, de acuerdo con Gillihan et al. (2013) se hace necesario llevar a cabo más investigaciones sobre las propiedades psicométricas de la escala en diferentes poblaciones víctimas de trauma, tanto en relación a las características sociodemográficas, como al tipo de trauma experimentado.

5.5 ANÁLISIS DE DATOS

Para el tratamiento estadístico de los datos se ha utilizado el paquete estadístico informatizado SPSS, Versión 19.0. Los procedimientos que se han llevado cabo son los siguientes:

- Se ha utilizado el análisis exploratorio de datos y descriptivos básicos de tendencia central (máximo, mínimo, media) y dispersión (desviación típica) para conocer detalladamente los datos de la muestra y las distribuciones de las frecuencias.

- Así mismo, se ha realizado un análisis de frecuencias y tablas de contingencia para hallar la prevalencia de los problemas psicopatológicos generales, y del estrés postraumático (según diferentes criterios de valoración clínica y psicométrica) por sexo y rangos de edad. Se ha analizado la diferencia de medias para relacionar las variables nominales y ordinales/continuas, respectivamente (Prueba *Chi-Cuadrado*).

- Se ha llevado a cabo, además, un análisis de ítems de la CPSS.

- Se han efectuado análisis de varianza (ANOVAs), con el fin de comparar los diferentes grupos. Para las comparaciones post-hoc se utilizó el valor del estadístico Dunn-Bonferroni.

- Finalmente, se ha procedido a hacer un análisis de correlaciones para establecer las relaciones entre variables.

Capítulo 6
RESULTADOS

A lo largo del capítulo se presentan los resultados descriptivos derivados del análisis estadístico realizado.

En primer lugar, se exponen los resultados relativos a las prevalencias referidas a la historia de maltrato de los menores expuestos a violencia de género y de sus madres. A continuación, se describen las prevalencias resultantes de los indicadores clínicos generales y de estrés postraumático, obtenidos a través de los instrumentos de evaluación que se han utilizado en esta investigación con tal fin.

Por último, se examinan los resultados referentes a los datos de comorbilidad encontrados entre indicadores de psicopatología general externalizante e internalizante, estrés postraumático y tipos de maltrato.

6.1 HISTORIA DE VIOLENCIA: ANÁLISIS DE LOS TIPOS DE MALTRATO

En este apartado nos vamos a centrar en el análisis de la historia de violencia que ha ocurrido en el seno familiar, atendiendo a las diferentes tipologías de maltrato declarado: violencia de género contra las mujeres por parte de su pareja o expareja (padre biológico de los menores); testimonio de éstos sobre este tipo de violencia, y tipos de maltrato directo sufridos por éstos ejercido por su progenitor.

6.1.2 MALTRATO HACIA LAS MADRES

En relación al tipo de maltrato sufrido por la madre, evaluado a través del Inventario de Evaluación del Maltrato a la Mujer por su Pareja (Matud, 1998; adaptado por Matud, Caballeira y Marrero, 2001), se ha examinado el Maltrato Emocional y el Físico. Los resultados mostraron que del total de madres que participaron en el estudio (*N* = 120), habían sufrido maltrato emocional de intensidad moderada o grave en el 82.8% de los casos, mientras que en el 36.9% habían experimentado maltrato físico de intensidad moderada o grave, siendo leve en el 59.5% de los casos (véanse Tabla 6.1 y Figura 6.1).

Tabla 6.1

Prevalencias sobre el tipo de maltrato sufrido por la madre

Tipo de Maltrato *N* **= 120**		**Prevalencias**			
		Nulo	**Leve**	**Moderado**	**Grave**
Maltrato Madre	Emocional	0	17.1	37.8	45
	Físico	3.6	59.5	26.1	10.8

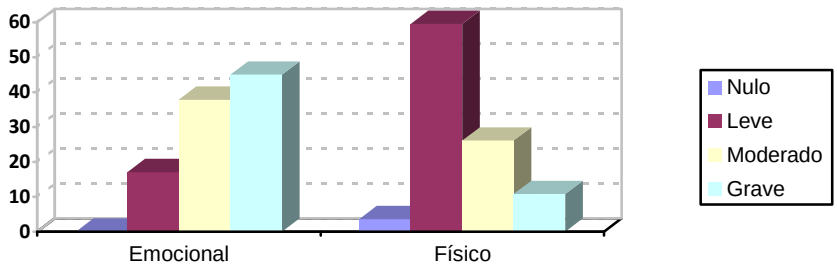


Figura 6.1. Tipo de maltrato sufrido por la madre.

6.1.3 TESTIMONIO DEL MALTRATO A LA MADRE

Con respecto al testimonio de los hijos sobre el maltrato sufrido por las madres, evaluado, así mismo, mediante el Inventario de Evaluación del Maltrato a la Mujer por su Pareja (Matud, 1998; adaptado por Matud, Caballeira y Marrero, 2001), éstas declararon que sus hijos habían sido testigos de maltrato emocional de intensidad leve (77%) en la mayoría de los casos, mientras que en el 23% restante, los menores no habían estado presentes. Por otro lado, el 73.4% de estos menores habían sido testigos de la violencia física ejercida contra sus madres de intensidad moderada o grave; el 21.6% de intensidad leve, y el 5% no habían estado presentes en los episodios de maltrato físico (véanse Tabla 6.2 y Figura 6.2).

Tabla 6.2

Prevalencias sobre la exposición del menor al maltrato sufrido por la madre

Tipo de Maltrato N = 153		**Prevalencias**			
		Nulo	**Leve**	**Moderado**	**Grave**
Maltrato Madre	Emocional	23	77	0	0
	Físico	5	21.6	25.9	47.5

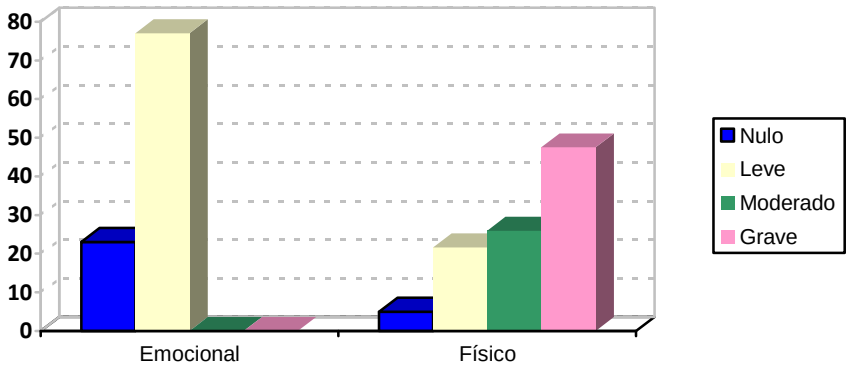


Figura 6.2. Prevalencias sobre la exposición del menor al maltrato sufrido por la madre.

6.1.4 MALTRATO DIRECTO HACIA EL MENOR

En cuanto al maltrato ejercido directamente por el padre contra su hijo/s, se han analizado los tipos siguientes: Negligencia (Física y Emocional), Maltrato Emocional

(Aislamiento, Degradación, Manipulación, Debilidad inducida y Amenazas), Maltrato Físico y Abuso Sexual, evaluados mediante el Inventario de Condiciones del Maltrato a la Infancia (ICMI) (adaptado por el equipo GUIIA-PC, 2009). Los datos más relevantes sobre el tipo de maltrato ejercido hacia los hijos, según la información que proporcionaron las madres, se detallan a continuación: un 31.2% había sufrido negligencia física de intensidad moderada o grave, mientras que la intensidad de negligencia emocional moderada o grave fue ligeramente superior (36.7%). Respecto al maltrato emocional de intensidad moderada o grave, se encontró que un 21.6% eran víctimas de degradación; un 28% de manipulación, y un 12.2% de amenazas; además un 5.1% de los menores había sufrido maltrato físico directo, de intensidad moderada, ejercido por el padre. Por tanto, la mitad de los menores habían sufrido maltrato físico directo de forma al menos leve (50.8%). Finalmente, habían sido víctimas de abuso sexual leve el 2.2% de los menores y grave el 0.7%. (véanse Tabla 6.3 y Figuras de la 6.3 a la 6.5).

Tabla 6.3

Tipo de maltrato directo ejercido por el padre hacia el menor

Tipo de Maltrato *N* **= 153**		**Prevalencias**			
		Nulo	**Leve**	**Moderado**	**Grave**
Negligencia	Física	26.8	42	11.6	19.6
	Emocional	29.5	33.8	24.5	12.2
Maltrato Emocional	Aislamiento	55.4	40.3	4.3	0
	Degradación	31.7	46.8	17.3	4.3
	Manipulación	37.4	34.5	11.5	16.5
	Debilidad	48.9	47.5	3.6	0
	Amenazas	43.9	43.9	11.5	0.7
Maltrato Físico		49.3	45.7	5.1	0
Abuso sexual		97.1	2.2	0	0.7

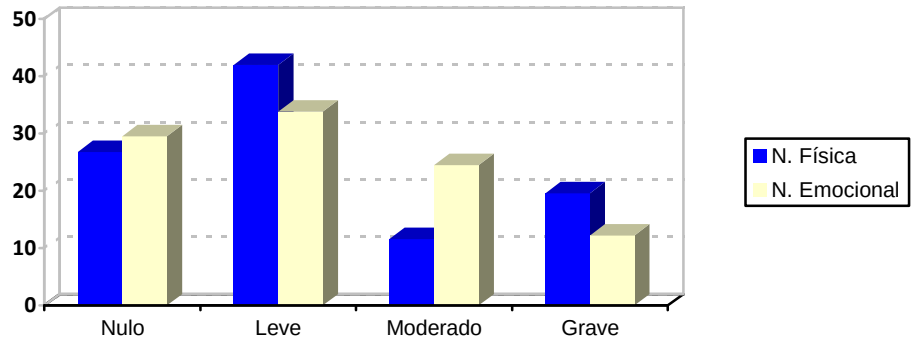


Figura 6.3. Prevalencia de negligencia física y emocional sufrida por el menor.

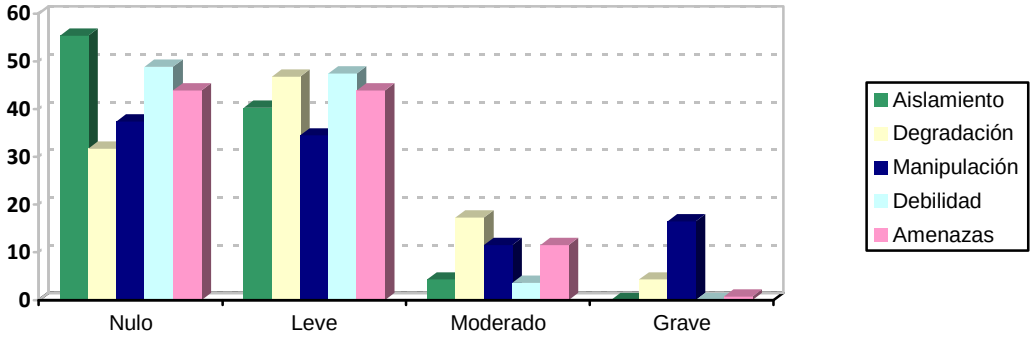


Figura 6.4. Prevalencia de maltrato emocional sufrido por el menor.

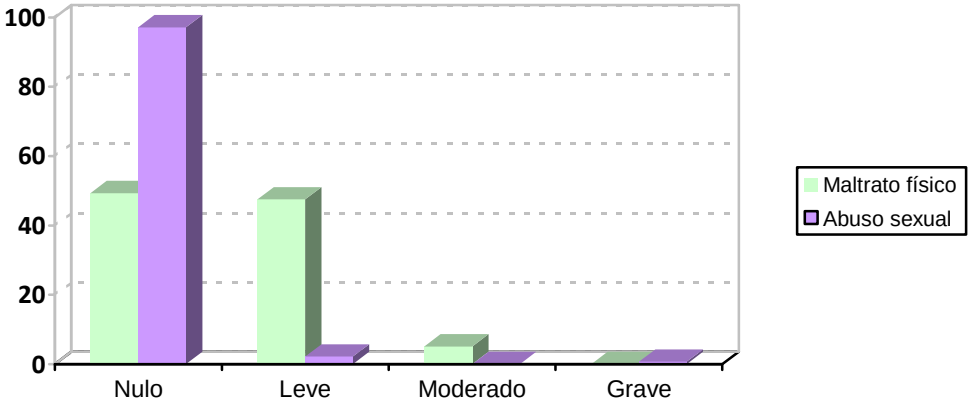


Figura 6.5. Prevalencia de maltrato físico y abuso sexual hacia el menor.

6.2 INDICADORES CLÍNICOS GENERALES: SINTOMATOLOGÍA INTERNALIZANTE Y EXTERNALIZANTE

6.2.1 CHILD BEHAVIOR CHECKLIST (CBCL 6-18 años)

En este apartado se describen, en primer lugar los datos relativos a las prevalencias estimadas a partir del Child Behavior Checklist (aplicable entre 6-18 años) de Achenbach (1991a) y, en segundo lugar, el número de síndromes que presenta cada menor, centrándonos en la segunda parte del Cuestionario que evalúa psicopatología general en población infanto-juvenil. Con el objetivo de examinar las particularidades de la muestra en distintos niveles de edad, y diferenciar entre características psicopatológicas propias de escolares y de adolescentes expuestos a violencia de género ejercida contra la madre por el padre biológico de los menores, se han analizado las prevalencias en la muestra desagregada en dos grupos: *el grupo 1 constituido por niños/as de 8 a 12 años, y el grupo 2 formado por adolescentes de 13 a 17 años.* Los baremos empleados se han obtenido en población general española (Unitat d´Epidemiologia i de Diagnòstic en Psicopatologia del Desenvolupament, 2013).

6.2.1.1 Análisis de prevalencias

Se han considerado dos niveles de gravedad clínica: *sintomatología leve*, puntuaciones situadas entre el percentil 93 y 97 ambos incluidos; y *sintomatología grave*, puntuaciones iguales o superiores al percentil 98. Del mismo modo, se ha analizado la prevalencia en las agrupaciones de síndromes internalizantes y externalizantes. Finalmente, se ha realizado un análisis de medias entre los diferentes grupos de edad y sexo, según las puntuaciones situadas en el percentil 93 o superior. Para concluir, se presentan las puntuaciones totales según el mismo criterio de gravedad clínica.

Como se puede apreciar en la Tabla 6.4 y en las Figuras 6.6 y 6.7, en relación a las diferencias de sexo en ambos grupos de edad, se obtuvieron los siguientes resultados: en el síndrome Ansiedad/Depresión, las niñas presentaron una prevalencia más alta que los niños (40% *vs* 38.3%) en el *grupo 1*, siendo superior la sintomatología grave en niños

(29.8% *vs* 24%), y la sintomatología leve en niñas (16% *vs* 8.5%). En el *grupo 2*, los chicos obtuvieron una prevalencia más elevada que las chicas (27.6% *vs* 18.5%), siendo mayor la prevalencia en sintomatología leve (17.2%) que en grave (10.3%), en tanto que en las chicas fue ligeramente más elevada la sintomatología grave (11.1%) que en los chicos, y más baja la sintomatología leve (7.4%).

En cuanto al síndrome de Retraimiento, las niñas mostraron una prevalencia mayor que los niños (56% *vs* 53.2%) en el *grupo 1*, siendo la sintomatología grave casi similar en niños y en niñas (40.4% *vs* 40%), mientras que la sintomatología leve fue superior en las niñas (16% vs 12.8%). En el *grupo 2*, las chicas obtuvieron una prevalencia prácticamente igual a los chicos (51.8% *vs* 51.7%), pero la prevalencia en la gravedad de la sintomatología fue más alta en las chicas (40.7% *vs* 37.9%), y en los chicos fue más prevalente la sintomatología leve (13.8% *vs* 11.1%).

En el síndrome Quejas Somáticas, los niños del *grupo 1* obtuvieron la prevalencia más alta (38.3% *vs* 36%), siendo más elevada en sintomatología grave en las niñas (32% *vs* 27.7%), y en los niños en sintomatología leve (10.6% *vs* 4%). En el *grupo 2*, las chicas presentaron la prevalencia más elevada (63% *vs* 41.4%), al igual que en sintomatología grave (51.9% *vs* 27.3%), mientras que en sintomatología leve el porcentaje fue mayor en chicos (27.3% *vs* 11.1%).

En relación al síndrome Problemas Sociales, en el *grupo 1*, las niñas mostraron una prevalencia más alta que los niños (52% *vs* 34%), del mismo modo que en sintomatología grave (34% *vs* 31.9%), y leve (18% *vs* 2.1%). En *el grupo 2*, la prevalencia, así mismo, fue mayor en las chicas que en los chicos (14.8% *vs* 10.3%), al igual que en sintomatología grave (7.4% *vs* 6.9%), y leve (7.4% *vs* 3.4%).

En Problemas de Pensamiento, en el *grupo 1*, las niñas obtuvieron una prevalencia más elevada que los niños (38% *vs* 34%), al igual que en sintomatología grave (32% *vs* 25.5%), mientras que en sintomatología leve los porcentajes fueron superiores en niños (8.5% *vs* 6%). Respecto al *grupo 2*, así mismo, las chicas mostraron una prevalencia mayor que los chicos (25.9% *vs* 10.3%), de la misma forma que en sintomatología grave (7.4% *vs* 3.4%) y leve (18.5% *vs* 6.9 %).

Con respecto al síndrome Problemas de Atención, en el *grupo 1*, los niños presentaron una prevalencia más alta (59.5% *vs* 46%), al igual que en sintomatología grave (40.4% *vs* 32%) y leve (19.1% *vs* 14%). En el *grupo 2*, las prevalencias que obtuvieron los chicos eran mayores que en las chicas (41.4% *vs* 25.9%), mientras que la sintomatología grave fue más prevalente en chicas (25.9% *vs* 20.7%), y la sintomatología leve en chicos (20.7% *vs* 0%).

En el síndrome Conducta Antinormativa, en el *grupo 1*, los niños mostraron una prevalencia más alta (31.9% *vs* 18%), al igual que en sintomatología grave (21.3% *vs* 16%), y leve (10.6% *vs* 2%). En el *grupo 2*, la prevalencia para los chicos fue mayor (13.8% *vs* 7.4%), en tanto que la sintomatología grave fue ligeramente más prevalente en chicas (6.9% *vs* 7.4%), y la sintomatología leve en chicos (6.9% *vs* 0%).

En relación al síndrome Conducta Agresiva, en *el grupo 1*, las niñas presentaron una prevalencia ligeramente más elevada (52% *vs* 51%), en tanto que en sintomatología grave fue ligeramente superior en chicos (40.4% *vs* 40%), y en chicas fue mayor la sintomatología leve (12% *vs* 10.6%). En el *grupo 2*, los chicos obtuvieron una prevalencia más elevada que las chicas (27.5% *vs* 18.5%), del mismo modo que en sintomatología grave (24.1% *vs* 14.8%), mientras que en sintomatología leve fue ligeramente superior en chicas (3.7% *vs* 3.4%).

Tabla 6.4

Prevalencias CBCL por sexo y edad

CBCL *N* **= 153**		**8-12 Años**		**13-17 Años**	
		Niños	**Niñas**	**Chicos**	**Chicas**
ANSIEDAD/DEPRESIÓN	Pc 93-97	8.5	16	17.2	7.4
	Pc ≥ 98	29.8	24	10.3	11.1
	Total Pc ≥ 93	38.3	40	27.6	18.5
RETRAIMIENTO	Pc 93-97	12.8	16	13.8	11.1
	Pc ≥ 98	40.4	40	37.9	40.7
	Total Pc ≥ 93	53.2	56	51.7	51.8
QUEJAS SOMÁTICAS	Pc 93-97	10.6	4	20.7	11.1
	Pc ≥ 98	27.7	32	20.7	51.9
	Total Pc ≥ 93	38.3	36	41.4	63
PROBLEMAS SOCIALES	Pc 93-97	2.1	18	3.4	7.4
	Pc ≥ 98	31.9	34	6.9	7.4
	Total Pc ≥ 93	34	52	10.3	14.8

Tabla 6.4

Prevalencias CBCL por sexo y edad (continuación)

CBCL *N* = 153		8-12 Años		13-17 Años	
		Niños	**Niñas**	**Chicos**	**Chicas**
PROBLEMAS DE PENSAMIENTO	Pc 93-97	8.5	6	6.9	18.5
	Pc ≥ 98	25.5	32	3.4	7.4
	Total Pc ≥ 93	34	38	10.3	25.9
CONDUCTA ANTINORMATIVA	Pc 93-97	10.6	2	6.9	0
	Pc ≥ 98	21.3	16	6.9	7.4
	Total Pc ≥ 93	31.9	18	13.8	7.4
CONDUCTA AGRESIVA	Pc 93-97	10.6	12	3.4	3.7
	Pc ≥ 98	40.4	40	24.1	14.8
	Total Pc ≥ 93	51	52	27.5	18.5

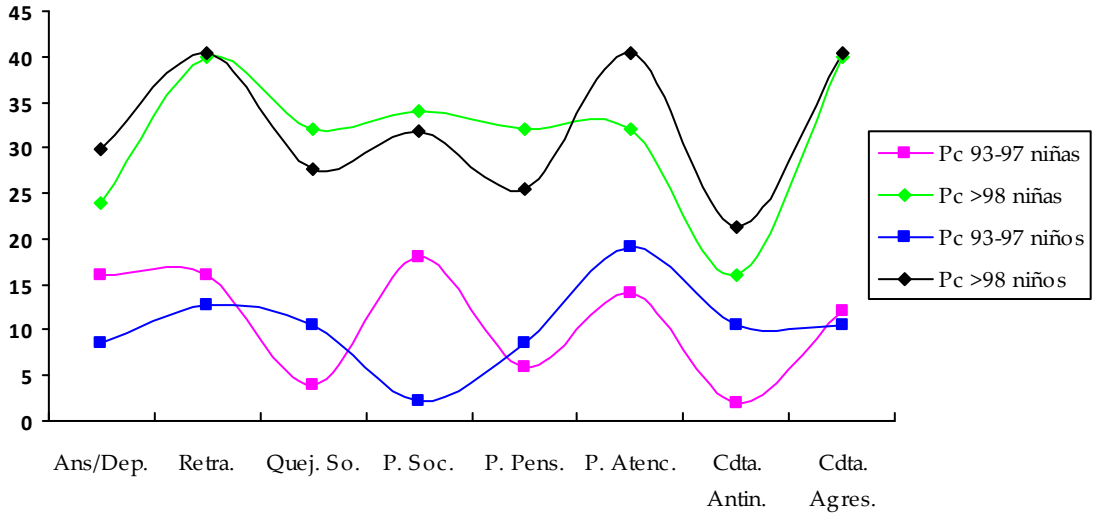


Figura 6.6. Porcentaje de niños/as Pc 93-97/≥98 (CBCL 8 a 12 años).

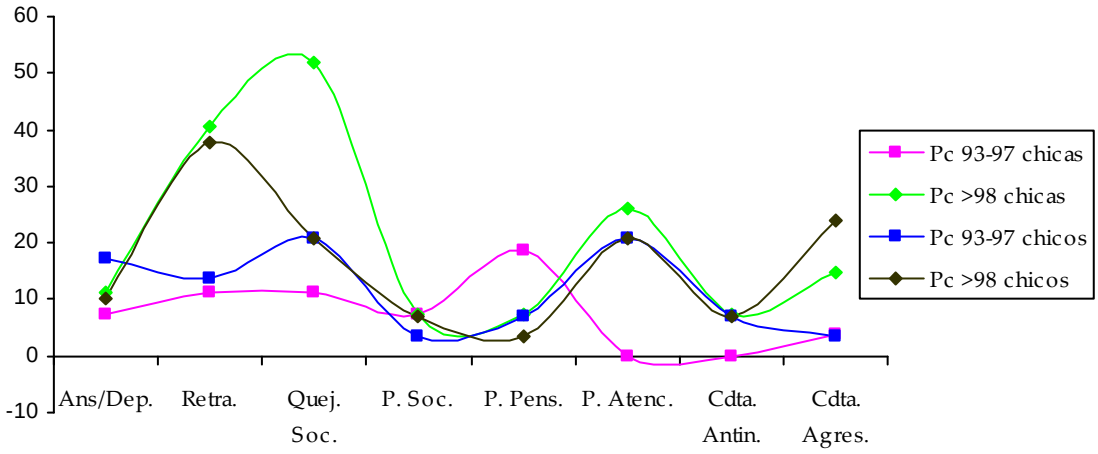


Figura 6.7. Porcentaje de chicos/as Pc 93-97/≥98 (CBCL 13 a 17 años).

Como se observa en la Tabla 6.5 los datos de prevalencia obtenidos por los menores en los síndromes, tanto en agrupaciones internalizantes como externalizantes fueron: para el *grupo 1*, la prevalencia de sintomatología internalizante fue ligeramente superior en niños (51.1% *vs* 50%), mientras que fue mayor en chicas en sintomatología grave (40% *vs* 36.2%), y en sintomatología leve fue nuevamente superior en niños (14.9% *vs* 10%). En el *grupo 2*, la prevalencia fue más elevada en chicos (51.7% *vs* 48.1%), al igual que en sintomatología grave (37.9% *vs* 33.3%), mientras que en sintomatología leve fue mayor en chicas (14.8% *vs* 13.8%). En relación a la sintomatología externalizante, en el *grupo 1*, la prevalencia fue más alta en niños (48.9% *vs* 44%), en el mismo sentido se encontró para la sintomatología grave (40.4% *vs* 32%), en tanto que la sintomatología leve fue superior en niñas (12% *vs* 8.5%). En el *grupo 2*, los chicos obtuvieron una prevalencia mayor que las chicas (27.6% *vs* 18.5%), al igual que en sintomatología grave (24.1% *vs* 11.1%), mientras que en sintomatología leve el porcentaje fue superior en chicas.

Tabla 6.5

Prevalencias CBCL inter/externalizante por sexo y edad

CBCL (*N* = 153)		**8-12 Años**		**13-17 Años**	
		Niños	**Niñas**	**Chicos**	**Chicas**
SINTOMATOLOGÍA INTERNALIZANTE	Pc 93- 97	14.9	10	13.8	14.8
	Pc ≥ 98	36.2	40	37.9	33.3
	Total Pc ≥ 93	51.1	50	51.7	48.1
SINTOMATOLOGÍA EXTERNALIZANTE	Pc 93- 97	8.5	12	3.4	7.4
	Pc ≥ 98	40.4	32	24.1	11.1
	Total Pc ≥ 93	48.9	44	27.6	18.5

Por otro lado, en la Tabla 6.6 y en la Figura 6.8 se reflejan los resultados encontrados en las agrupaciones por sexo en los diferentes niveles de gravedad clínica: en el síndrome *Ansiedad/Depresión*, los niños obtuvieron una prevalencia superior a las niñas (34.2% *vs* 32.5%), al igual que en sintomatología grave (22.4% *vs* 19.5%), mientras que las niñas presentaron una prevalencia más alta en sintomatología leve (13% *vs* 11.8%).

En el síndrome *Retraimiento*, las niñas manifestaron una mayor prevalencia a nivel global (54.6% *vs* 52.7%), en sintomatología grave (40.3% *vs* 39.5%), y en leve (14.3% *vs* 13.2%).

En cuanto al síndrome *Quejas Somáticas*, las niñas presentaron una prevalencia más alta a nivel global (45.5% *vs* 39.5%), y en sintomatología grave (39% *vs* 25%), en tanto que en los niños fue mayor en sintomatología leve (14.5% *vs* 6.5%).

Con respecto al síndrome *Problemas Sociales*, la prevalencia en las niñas fue superior a nivel global (39% *vs* 25%), en sintomatología grave (24.7% *vs* 22.4%), y en leve (14.3% *vs* 2.6%).

En el síndrome *Problemas de Pensamiento*, la prevalencia para las niñas fue más elevada a nivel global (33.8% *vs* 25%), en sintomatología grave (23.4% *vs* 17.1%), y en sintomatología leve (10.4% *vs* 7.9%).

En relación al síndrome *Problemas de Atención*, los niños presentaron una puntuación superior en los porcentajes totales (52.6% *vs* 39%), en sintomatología grave (32.9% *vs* 29.9%), y en sintomatología leve (19.7% *vs* 9.1%).

Respecto al síndrome *Conducta Antinormativa*, los niños obtuvieron una prevalencia más elevada a nivel total (25% *vs* 14.3%), en sintomatología grave (15.8% *vs* 13%), y en sintomatología leve (9.2% *vs* 1.3%).

En el síndrome *Conducta Agresiva*, la prevalencia en niños fue más alta (42.1% *vs* 40.3%), al igual que en sintomatología grave (34.2% *vs* 31.2%), mientras que en sintomatología leve fue superior en las niñas (9.1% *vs* 7.9%).

En relación a la agrupación *Internalizante*, los niños presentaron una prevalencia superior a nivel global (51.3% *vs* 49.4%), mientras que en sintomatología grave fueron las niñas las que obtuvieron un porcentaje ligeramente más alto (37.7% *vs* 36.8%), y en sintomatología leve el resultado fue inverso (14.5% *vs* 11.7%). Finalmente, en la agrupación *Externalizante*, los niños presentaron una prevalencia mayor a nivel global (40.8% *vs* 35.1%), y en sintomatología grave (34.2% *vs* 24.7%), mientras que en sintomatología leve las niñas obtuvieron un porcentaje más alto (10.4% *vs* 6.6%).

Tabla 6.6

Prevalencias CBCL por sexo

CBCL (*N* = 153)		Niños	Niñas
ANSIEDAD/DEPRESIÓN	Pc 93-97	11.8	13
	Pc ≥ 98	22.4	19.5
	Total Pc ≥ 93	34.2	32.5
RETRAIMIENTO	Pc 93-97	13.2	14.3
	Pc ≥ 98	39.5	40.3
	Total Pc ≥ 93	52.7	54.6
QUEJAS SOMÁTICAS	Pc 93-97	14.5	6.5
	Pc ≥ 98	25	39
	Total Pc ≥ 93	39.5	45.5
PROBLEMAS SOCIALES	Pc 93-97	2.6	14.3
	Pc ≥ 98	22.4	24.7
	Total Pc ≥ 93	25	39
PROBLEMAS DE PENSAMIENTO	Pc 93-97	7.9	10.4
	Pc ≥ 98	17.1	23.4
	Total Pc ≥ 93	25	33.8
PROBLEMAS DE ATENCIÓN	Pc 93-97	19.7	9.1
	Pc ≥ 98	32.9	29.9
	Total Pc ≥ 93	52.6	39
CONDUCTA ANTINORMATIVA	Pc 93-97	9.2	1.3
	Pc ≥ 98	15.8	13
	Total Pc ≥ 93	25	14.3
CONDUCTA AGRESIVA	Pc 93-97	7.9	9.1
	Pc ≥ 98	34.2	31.2
	Total Pc ≥ 93	42.1	40.3
SINTOMATOLOGÍA INTERNALIZANTE	Pc 93-97	14.5	11.7
	Pc ≥ 98	36.8	37.7
	Total Pc ≥ 93	51.3	49.4
SINTOMATOLOGÍA EXTERNALIZANTE	Pc 93-97	6.6	10.4
	Pc ≥ 98	34.2	24.7
	Total Pc ≥ 93	40.8	35.1

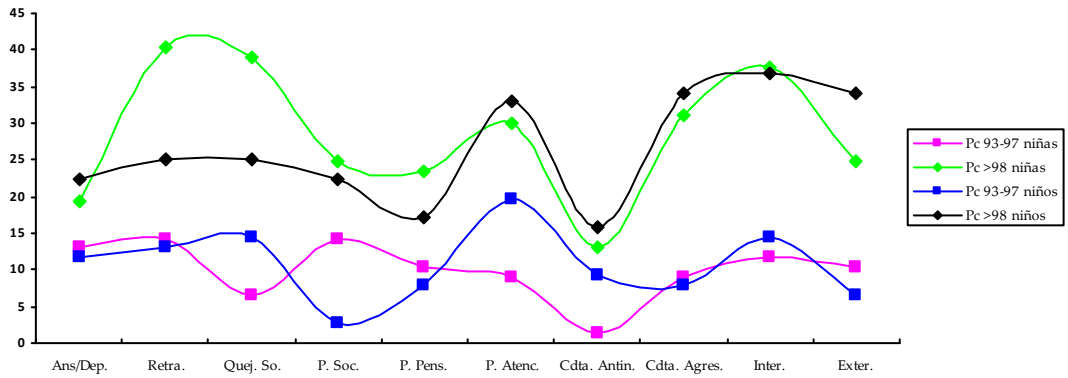


Figura 6.8. Porcentaje de niños/as Pc 93-97/≥98 (CBCL).

Tras la inspección de la tabla de contingencia, comparando estos datos por sexo, mediante la prueba estadística Chi cuadrado (χ^2), se pudo constatar que no existían diferencias estadísticamente significativas en relación al sexo en los diferentes síndromes que evalúa el CBCL en esta muestra de niños y adolescentes que han estado expuestos a violencia de género.

Por otra parte, en la Tabla 6.7 y en la Figura 6.9 se muestran los resultados hallados en las agrupaciones por edad: *grupo 1* (8-12 años) y *grupo 2* (13-17años): en el síndrome *Ansiedad/Depresión,* la prevalencia para el grupo 1 fue superior (39.2% *vs* 23.2%), al igual que en sintomatología grave (26.8% *vs* 10.7%), mientras que en sintomatología leve fue prácticamente igual para ambos grupos (12.5% *vs* 12.4%).

En el síndrome *Retraimiento*, la prevalencia para el *grupo 1* fue más alta que para el *grupo 2*, tanto en los porcentajes totales (54.6% *vs* 51.8%), como en sintomatología grave (40.2% *vs* 39.3%), y leve (14.4% *vs* 12.5%).

Respecto al síndrome *Quejas Somáticas*, la prevalencia en el *grupo 2* fue más elevada a nivel global (51.8% *vs* 37.1%%), en sintomatología grave (35.7% *vs* 29.9%), y en sintomatología leve (16.1% *vs* 7.2%).

En relación al síndrome *Problemas Sociales*, la prevalencia en el *grupo 1* fue superior, tanto en los porcentajes totales (43.3% *vs* 12.5%), como en sintomatología grave (33% *vs* 7.1%), y leve (10.3% *vs* 5.4%).

En el síndrome *Problemas de Pensamiento,* la prevalencia para el *grupo 1* fue superior (36.1% *vs* 17.9%), al igual que en sintomatología grave (28.9% *vs* 5.4%), mientras que en sintomatología leve resultó más alta para el *grupo 2* (12.5% *vs* 7.2%).

En cuanto al síndrome *Problemas de Atención*, la prevalencia fue superior en sintomatología grave (36.1% *vs* 23.2%), y en sintomatología leve (16.5% *vs* 10.7%).

En el síndrome *Conducta Antinormativa*, la prevalencia para el *grupo 1* fue superior a nivel global (24.8% *vs* 10.7%), al igual que en sintomatología grave (18.6% *vs* 7.1%), y en sintomatología leve (6.2% *vs* 3.6%).

Respecto al síndrome *Conducta Agresiva*, la prevalencia para el *grupo 1* fue mayor, tanto a nivel global (51.5% *vs* 23.2%), como en sintomatología grave (40.2% *vs* 19.6%), y leve (11.3% *vs* 3.6%).

En la agrupación *Internalizante*, la prevalencia para el *grupo 1* fue ligeramente superior en el porcentaje total (50.5% *vs* 50%) y más elevada en sintomatología grave (38.1% *vs* 35.7%), mientras que en sintomatología leve fue más alta para el *grupo 2* (14.3% *vs* 12.4%). Finalmente, en la agrupación *Externalizante*, la prevalencia para el *grupo 1* fue más alta, tanto a nivel global (46.4% *vs* 23.3%), como en sintomatología grave (36.1% *vs*17.9%), y leve (10.3% *vs* 5.4%).

Tabla 6.7

Prevalencias CBCL por edad

CBCL (*N* = 153)		**8-12 Años**	**13-17 Años**
ANSIEDAD/DEPRESIÓN	Pc 93-97	12.4	12.5
	Pc ≥ 98	26.8	10.7
	Total Pc ≥ 93	39.2	23.2
RETRAIMIENTO	Pc 93- 97	14.4	12.5
	Pc ≥ 98	40.2	39.3
	Total Pc ≥ 93	54.6	51.8
QUEJAS SOMÁTICAS	Pc 93-97	7.2	16.1
	Pc ≥ 98	29.9	35.7
	Total Pc ≥ 93	37.1	51.8
PROBLEMAS SOCIALES	Pc 93-97	10.3	5.4
	Pc ≥ 98	33	7.1
	Total Pc ≥ 93	43.3	12.5
PROBLEMAS DE PENSAMIENTO	Pc 93-97	7.2	12.5
	Pc ≥ 98	28.9	5.4
	Total Pc ≥ 93	36.1	17.9
PROBLEMAS DE ATENCIÓN	Pc 93- 97	16.5	10.7
	Pc ≥ 98	36.1	23.2
	Total Pc ≥ 93	52.6	33.9
CONDUCTA ANTINORMATIVA	Pc 93-97	6.2	3.6
	Pc ≥ 98	18.6	7.1
	Total Pc ≥ 93	24.8	10.7
CONDUCTA AGRESIVA	Pc 93-97	11.3	3.6
	Pc ≥ 98	40.2	19.6
	Total Pc ≥ 93	51.5	23.2
SINTOMATOLOGÍA INTERNALIZANTE	Pc 93-97	12.4	14.3
	Pc ≥ 98	38.1	35.7
	Total Pc ≥ 93	50.5	50
SINTOMATOLOGÍA EXTERNALIZANTE	Pc 93-97	10.3	5.4
	Pc ≥ 98	36.1	17.9
	Total Pc ≥ 93	46.4	23.3

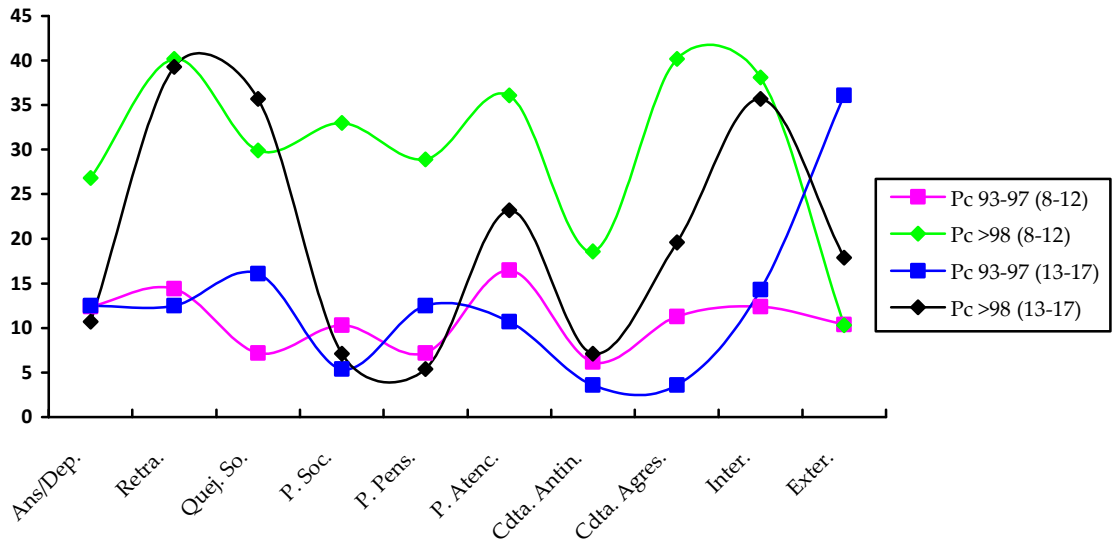


Figura 6.9. Prevalencia por grupos de edad Pc 93-97/≥98 (CBCL).

Al inspeccionar la tabla de contingencia, comparando estos datos por grupos de edad, se ha podido constatar que el grupo de edad de escolares (8-12 años) frente al grupo de adolescentes (13-17) presentó tasas de prevalencia superiores, estadísticamente significativas, en los siguientes síndromes: A*nsiedad/Depresión* (χ^2_1 = 4.070; p = .044); *Problemas Sociales* (χ^2_1 = 15.470; p ≤ .001); *Problemas de Pensamiento* (χ^2_1 = 5.680; p = .017); *Problemas de Atención* (χ^2_1 = 4.975; p = .026); *Conducta Antinormativa* (χ^2_1 = 4.432; p = .035); *Conducta Agresiva* (χ^2_1 = 11.766; p = .001); y, finalmente, Sintomatología externalizante (χ^2_1 = 8.103; p = .004). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la edad de los menores y el resto de síndromes analizados.

Para concluir, en la Tabla 6.8 aparecen las puntuaciones globales encontradas en el grupo de menores expuestos a violencia de género, de edades comprendidas entre los 8 y 17 años, a través de la valoración materna, según los diferentes puntos de corte. Los resultados han puesto de manifiesto que para el Pc ≥ 93, la mayor prevalencia se obtuvo en el síndrome *Retraimiento* (53.6%), seguido de *Problemas de Atención* (45.8%), *Quejas Somáticas* (42.5%), *Conducta Agresiva* (41.2%), *Ansiedad/Depresión* (33.3%), *Problemas Sociales* (32%), *Problemas de Pensamiento* (29.5%) y, en último lugar, *Conducta Antinormativa* (19.6%). Las prevalencias para las agrupaciones de los

síndromes en sintomatología internalizante fueron más elevadas que en externalizante (50.4% *vs* 37.9%).

Respecto a la intensidad de la sintomatología, en todos los casos, las prevalencias fueron muy superiores en sintomatología grave (Pc ≥ 98) frente a leve (Pc 93-97), por lo que comentaremos sólo la gravedad clínica. Así, en primer lugar la prevalencia más alta en sintomatología grave se obtuvo en *Retraimiento* (39.9%), seguida de *Conducta Agresiva* (32.7%), *Quejas Somáticas* (32%), *Problemas de Atención* (31.4%), *Problemas Sociales* (23.5%), *Ansiedad/Depresión* (20.9%), *Problemas de Pensamiento* (20.3%), y, en último lugar, *Conducta Antinormativa* (14.4%). Las prevalencias para las agrupaciones de los síndromes en sintomatología internalizante de gravedad clínica fueron más altas que en sintomatología externalizante (37.3% *vs* 29.4%).

Tabla 6.8

Prevalencias globales en los Pc 93-97/ ≥ 98 y Pc ≥ 93

CBCL (*N* = 153)		**TOTAL Pc 93-97/Pc ≥ 98**	**TOTAL Pc ≥ 93**
ANSIEDAD/DEPRESIÓN	Pc 93-97 Pc ≥ 98	12.4 20.9	**33.3**
RETRAIMIENTO	Pc 93-97 Pc ≥ 98	13.7 39.9	**53.6**
QUEJAS SOMÁTICAS	Pc 93-97 Pc ≥ 98	10.5 32	**42.5**
PROBLEMAS SOCIALES	Pc 93-97 Pc ≥ 98	8.5 23.5	**32**
PROBLEMAS DE PENSAMIENTO	Pc 93-97 Pc ≥ 98	9.2 20.3	**29.5**
PROBLEMAS DE ATENCIÓN	Pc 93-97 Pc ≥ 98	14.4 31.4	**45.8**
CONDUCTA ANTINORMATIVA	Pc 93-97 Pc ≥ 98	5.2 14.4	**19.6**
CONDUCTA AGRESIVA	Pc 93-97 Pc ≥ 98	8.5 32.7	**41.2**
INTERNALIZANTES	Pc 93-97 Pc ≥ 98	13,1 37,3	**50.4**
EXTERNALIZANTES	Pc 93-97 Pc ≥ 98	8.5 29.4	**37.9**

6.2.1.2 Número de síndromes en el CBCL

Se ha calculado el número de síndromes en cada menor identificados por el Cuestionario CBCL. El criterio elegido para considerar que hay presencia de una alteración es que ésta se manifieste en una intensidad de leve a grave (percentil mayor o igual a 93). Igualmente, se ha realizado un análisis de medias entre los diferentes grupos de edad y sexo con el fin de determinar si existen diferencias estadísticamente significativas.

Como se puede observar en la Tabla 6.9, en relación a las diferencias de sexo en ambos grupos de edad, se han hallado los siguientes resultados: En el *grupo 1* (8-12 años), los niños alcanzaron un porcentaje superior a las niñas en la presencia de alteraciones psicopatológica de intensidad leve a grave en una alteración (17% *vs* 12%); 2 alteraciones (19.1% *vs* 14%); 4 alteraciones (14.9% *vs* 10%); 5 alteraciones (10.6% *vs* 10%); y en 8 alteraciones (10.6% *vs* 4%), en tanto que las niñas obtuvieron prevalencias más elevadas en la presencia de 3 alteraciones (8% *vs* 6.4%); 6 alteraciones (16% *vs* 6.4%); y en 7 alteraciones (8% *vs* 4.3%), no presentando ninguna alteración de leve a grave el 18% de las niñas y el 10.6% de los niños.

En el *grupo 2* (13-17 años) los chicos obtuvieron una tasa de prevalencia mayor que las chicas en la presencia de alteraciones de intensidad leve a grave en 1 síndrome clínico (27.6% *vs* 14.8%); 3 síndromes (20.7% vs 11.1%); y en 5 síndromes (17.2% *vs* 3.7%), mientras que las chicas mostraron porcentajes más altos en la presencia de 2 síndromes (18.5% *vs* 13.8%); 4 síndromes (7.4% *vs* 0%); 6 síndromes (11.1% *vs* 3.4%); y en 7 síndromes (3.7% *vs* 0%). Ni chicos ni chicas presentaron 8 alteraciones, además el 29.6% de las chicas y el 17.2% de los chicos no manifestaron ninguna alteración psicopatológica de leve a grave.

Tabla 6.9

Prevalencia según número de síndromes por sexo y edad (Pc ≥ 93)

CBCL (*N* = 153)		8-12 Años		13-17 Años	
		Niños (*n* = 47)	**Niñas (*n* = 50)**	**Niños (*n* = 29)**	**Niñas (*n* = 27)**
NÚMERO DE SÍNDROMES	**0**	10.6	18	17.2	29.6
	1	17	12	27.6	14.8
	2	19.1	14	13.8	18.5
	3	6.4	8	20.7	11.1
	4	14.9	10	0	7.4
	5	10.6	10	17.2	3.7
	6	6.4	16	3.4	11.1
	7	4.3	8	0	3.7
	8	10.6	4	0	0

En la Tabla 6.10 y en la Figura 6.10 se muestra el número de alteraciones psicopatológicas en los menores, según niveles de intensidad de leve a grave (Pc ≥93), en la agrupación por sexo. Así, los niños obtuvieron porcentajes más altos que las niñas en la presencia de 1 síndrome clínico (21.1% *vs* 13%); 2 síndromes (17.1% *vs* 15.6%); 3 síndromes (11.8% *vs* 9.1%); 5 síndromes (13.2% *vs* 7.8%); y en 8 síndromes (6.6% vs 2.6%). Presentaron una prevalencia prácticamente igual a las niñas en 4 síndromes (9.2% *vs* 9.1%), mientras que en las niñas predominó más la presentación de 6 (14.3% *vs* 5.3%) y 7 síndromes (6.5% *vs* 2.6%). Así mismo, el 22.1% de niñas y el 13.2% de niños no mostró alteraciones psicopatológicas.

En la Tabla 6.10 y en la Figura 6.11 se puede observar que, cuando se agrupa la muestra por intervalos de edad, en el *grupo 1* (8-12 años), se encontraron mayores porcentajes en la presencia de 4 alteraciones psicopatológicas (12.4% *vs* 3.6%); 6 alteraciones (11.3% *vs* 7.1%); 7 alteraciones (6.2% *vs* 1.8%); y en 8 alteraciones (7.2% *vs* 0%); y ligeramente superiores en 2 alteraciones (16.5% *vs* 16.1). En el *grupo 2* (13-17 años), se obtuvieron prevalencias más elevadas en la presencia de 1 alteración (21.4% *vs* 14.4%); 3 alteraciones (16.1% *vs* 7.1%); y ligeramente más altas en 5 alteraciones (10.7% *vs* 10.3%). Del mismo modo, el 23.2% de adolescentes y el 14.4% de escolares no presentó ningún síndrome clínico.

Tabla 6.10

Prevalencia número de síndromes según sexo y grupos de edad (Pc ≥ 93)

CBCL (*N* = 153)		Niños	Niñas	8-12 Años	13-17 Años	TOTALES
NÚMERO DE SÍNDROMES	**0**	13.2	22.1	14.4	23.2	17.6
	1	21,1	13	14.4	21.4	17
	2	17.1	15.6	16.5	16.1	16.3
	3	11.8	9.1	7.2	16.1	10.5
	4	9.2	9.1	12.4	3.6	9.2
	5	13.2	7,8	10.3	10.7	10.5
	6	5.3	14.3	11.3	7.1	9.8
	7	2.6	6.5	6.2	1.8	4.6
	8	6.6	2.6	7.2	0	4.6

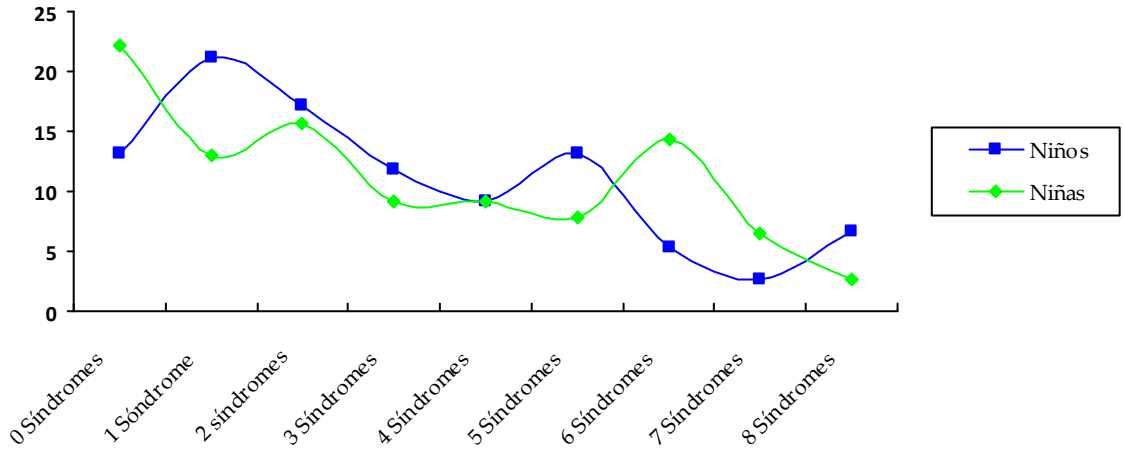


Figura 6.10. Prevalencia por sexo en número de síndromes CBCL *(Pc ≥ 93).*

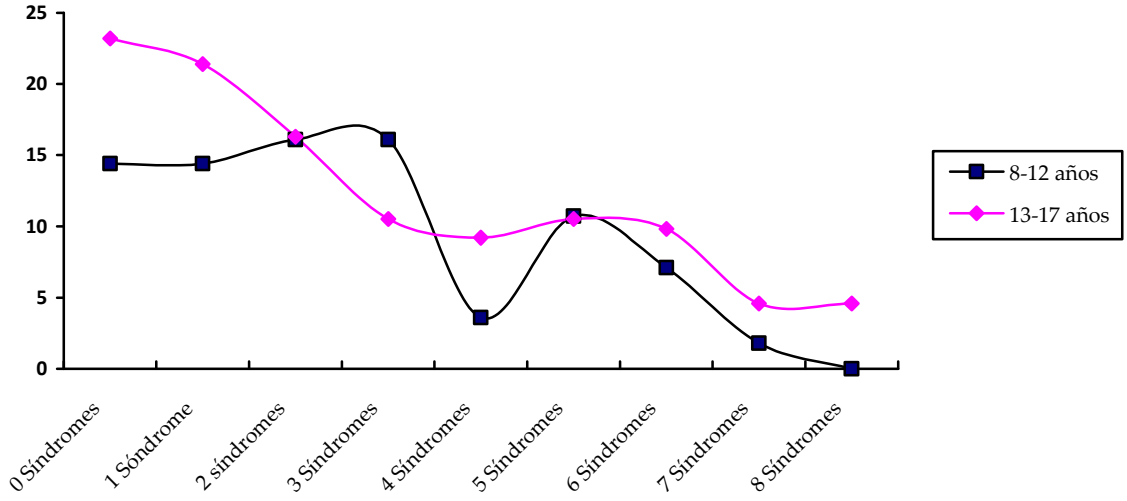


Figura 6.11. Prevalencia por grupos de edad en número de síndromes CBCL *(Pc ≥ 93).*

Finalmente, cabe destacar que el 17.6% del total de menores no manifestó ningún síndrome clínico; el 17% uno; el 16.3% dos; y el 49.2% presentó tres o más síndromes.

Como se refleja en la Tabla 6.11, los resultados encontrados en las agrupaciones por edad en niños y niñas que presentaron más de 3 síndromes clínicos de intensidad leve a grave (Pc ≥ 93), indican que el 38.6% de la muestra presentó más de 3 síndromes clínicos y, por tanto, el 61.4% manifestó 3 o menos. El 36.8% de los niños y el 40.3% de las niñas mostraron más de tres alteraciones psicopatológicas. Así mismo, en el *grupo 1* presentaron más de 3 síndromes clínicos el 47.4% de los menores, y en el *grupo 2* el 23.2%. En el *grupo 1* fueron superiores los porcentajes en la presencia de más de tres alteraciones psicopatológicas que en el *grupo 2* (46.8% *vs* 20.7%). Se obtuvo en el mismo sentido en niñas (48% *vs* 25.9%).

Tabla 6.11

Prevalencia más de 3 síndromes según grupos de edad y sexo (Pc ≥ 93)

CBCL	**Más de 3 Síndromes**		
(*N* = 153)	**8-12 Años**	**13-17 Años**	**Total**
Niños	46.8	20.7	36.8
Niñas	48	25.9	40.3
Total	**47.4**	**23.2**	**38.6**

Al analizar la manifestación de más de tres alteraciones psicopatológicas sólo por sexo, encontramos que presentaron más de tres síndromes un porcentaje superior de niñas que de niños (52.5% *vs* 47.5%), diferencia que no resulta estadísticamente significativa, mediante la aplicación de la prueba estadística Chi Cuadrado (χ^2).

En esta misma línea, cuando se examina por grupos de edad, se evidencia que los menores de entre 8 y 12 años mostraron porcentajes superiores en la presencia de más de tres alteraciones psicopatológicas que los de 13 a 17 años (78% *vs* 22%). Además, al comparar estos datos, podemos constatar que el grupo de edad de escolares frente al grupo de adolescentes presentó tasas de prevalencia superiores, estadísticamente significativas ($\chi^2_1 = 8.782$; p = .003).

En la Tabla 6.12 se presentan los resultados acerca de las prevalencias que obtuvieron los menores en la presencia de más de 3 tres alteraciones psicopatológicas de intensidad leve a grave (Pc ≥ 93), según sexo y grupos de edad.

Tabla 6.12

Prevalencia presencia/ ausencia más de 3 síndromes según sexo y edad (Pc ≥ 93)

CBCL (*N* = 153)		**Más de 3 Síndromes**	
		No	**Sí**
SEXO	Niños	51.1	**47.5**
	Niñas	48.9	**52.5**
EDAD	8-12 Años	54.3	**78**
	13-17 Años	45.7	**22**

6.3 ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

6.3.1 CHILD PTSD SYMPTOM SCALE (CPSS)

Se analizan los resultados encontrados en la escala CPSS (Foa et al., 2001) para TEPT en la muestra total, formada por 153 menores que han estado expuestos a violencia contra su madre por parte de su pareja o expareja.

La descripción de los síntomas de estrés postraumático, se centran en primer lugar en la primera parte de la escala, que está compuesta por 17 ítems y comprende 3 subescalas: Pensamientos Intrusivos, Evitación e Hiperarousal; y posteriormente, en la segunda parte, constituida por 7 ítems que evalúan el nivel de afectación que el estrés postraumático provoca en la vida de los menores en las últimas semanas, previas al inicio del proceso de evaluación.

A continuación se presentan los diferentes apartados con los criterios que se han utilizado para la descripción de los resultados:

6.3.1.1 Puntuaciones medias y desviaciones típicas en las subescalas y total de la CPSS, en la muestra total, por sexo y por edad

En la muestra total se obtuvo una puntuación media de 13.50 en la CPSS (*DT* = 10.20). En los grupos sintomáticos se encontró para Pensamientos Intrusivos una media

de 4.55 (*DT* = 3.96); en Evitación la media fue ligeramente más elevada, 4.88 (*DT* = 4.11); y para Hiperarousal, la media fue ligeramente más baja, 4.06 (*DT* = 3.69) (véase Tabla 6.13).

Tabla 6.13

Puntuaciones medias y desviaciones típicas en las subescalas y total de la escala

Subescalas	Número Ítems	Punt. Minima/ Máxima	Media	Desviación Típica
PI	5	0-15	4.55	3.69
EV	7	0-21	4.88	4.11
HI	5	0-15	4.06	3.75
Total	17	0-51	13.50	10.20

En la Tabla 6.14 se muestran las medias según la variable sexo. Para el total de la escala se halló una puntuación media de 11.98 (*DT* = 9.65) para niños, y de 15.01 (*DT* = 10.57) para niñas. Con respecto a los grupos sintomáticos, en Pensamientos Intrusivos los niños obtuvieron una media de 3.71 (*DT* = 3.20), y las niñas de 5.38 (*DT* = 3.97); en Evitación se encontró una puntuación media para niños de 4.53 (*DT* = 4.08), y para niñas de 5.23 (*DT* = 4.15); y en Hiperarousal, una media de 3.73 (*DT* = 3.81) en niños, y en niñas de 4.38 (*DT* = 3.96). En general, se evidenció que las puntuaciones medias de los niños fueron ligeramente inferiores a las obtenidas por las niñas.

Tabla 6.14

Puntuaciones medias y desviaciones típicas por sexo en las subescalas y total de la escala

Subescalas	Media (Desviación Típica)	
	Niños	Niñas
PI	3.71 (3.20)	5.38 (3.97)
EV	4.53 (4.08)	5.23 (4.15)
HI	3.73 (3.81)	4.38 (3.96)
Total	11.98 (9.65)	15.01 (10.57)

Los resultados hallados mediante la aplicación del análisis de varianza ANOVA de un factor, que nos permite conocer si existen diferencias con respecto a la variable sexo, indicaron que sólo hubo diferencias estadísticamente significativas en la puntuación

total de Pensamientos Intrusivos, que fue superior en niñas frente a niños ($F_{1, 151}$ = 8.257; p = .005).

Tal y como se expone en la Tabla 6.15, la variable edad se ha dividido en dos grupos, *grupo 1* (de 8 a 12 años) y *grupo 2* (de 13 a 17 años). Para el primer grupo, la media en el total de la escala fue de 12.60 (*DT* = 9.33); en la subescala Pensamientos Intrusivos de 4.37 (*DT* = 3.40); de 4.51 (*DT* = 3.64) en Evitación; y de 3.72 (*DT* = 3.62) en Hiperarousal. Para el segundo grupo, la media total fue de 15.07 (*DT* = 11.49); en la subescala de Pensamientos Intrusivos de 4.87 (*DT* = 4.17); de 5.53 (*DT* = 4.79) en Evitación; y de 4.66 (*DT* = 3.93) en Hiperarousal (véase Tabla 6.15). Se observa que las puntuaciones medias en el grupo de adolescentes fueron ligeramente superiores que en el de escolares.

Tabla 6.15

Puntuaciones medias y desviaciones típicas por grupos de edad en las subescalas y total de la escala

Subescalas	**Media (Desviación Típica)**	
	8-12 Años	**13-17 Años**
PI	4.37 (3.40)	4.87 (4.17)
EV	4.51 (3.64)	5.53 (4.79)
HI	3.72 (3.62)	4.66 (3.93)
Total	12.60 (9.33)	15.07 (11.49)

Los resultados obtenidos mediante el análisis de varianza ANOVA de un factor, confirmó que no existían diferencias estadísticamente significativas con respecto a la variable grupos de edad en las subescalas de la CPSS.

6.3.1.2 Análisis de la frecuencia y porcentaje de cada uno de los ítems de la CPSS

Para la primera parte, se calculó según los valores de la escala siguientes: *0* (Nada o sólo un momento); *1* (Una vez a la semana o menos/ de vez en cuando); *2* (2 a 4 veces a la semana/mitad del tiempo), y *3* (5 o más veces por semana/casi siempre). El resultado de la suma de los valores 2 y 3 determina el porcentaje de menores que presenta con frecuencia cada ítem. Para la segunda parte, que evalúa deterioro, según las categorías: presencia (1) o ausencia del mismo (0). En base a lo cual, en la primera parte de la escala se encontró, que los ítems más frecuentes fueron: el ítem 6 (43.1%), evitar

pensar, sentir…, que pertenece a la escala de Evitación; y el ítem 4 (36.6%), malestar psicológico, que forma parte de la escala de Pensamientos Intrusivos; mientras que los ítems menos frecuentes fueron el ítem 8 (11.1%) amnesia; y el ítem 10 (11.7%), sensación de desapego o enajenación, ambos incluídos en la escala de Evitación (véase Tabla 6.16).

Tabla 6.16

Frecuencias y porcentajes por categorías para cada ítem de la primera parte de la escala CPSS

	Ítems		**0**	**1**	**2**	**3**	**% Ítems frecuentes (Valores 2+3)**
1(PI)	Recuerdos intrusivos	Frecuencia	68	47	19	19	
		% Válido	44.4	30.7	12.4	12.4	**24.8**
2(PI)	Sueños intrusivos	Frecuencia	103	23	13	14	
		% Válido	67.3	15	8.5	9.2	**17.7**
3(PI)	Flashbacks	Frecuencia	84	39	13	17	
		% Válido	54.9	25.5	8.5	11.1	**19.6**
4(PI)	Malestar psicológico	Frecuencia	33	64	27	29	
		% Válido	21.6	41.8	17.6	19	**36.6**
5(PI)	Malestar fisiológico	Frecuencia	75	34	23	21	
		% Válido	49	22.2	15	13.7	**28.7**
6(EV)	Evitar pensar, sentir…	Frecuencia	46	41	23	43	
		% Válido	30.1	26.8	15	28.1	**43.1**
7(EV)	Evitar actividades, lugares…	Frecuencia	87	24	22	20	
		% Válido	56.9	15.7	14.4	13.1	**27.5**
8(EV)	Amnesia	Frecuencia	96	40	13	4	
		% Válido	62.7	26.1	8.5	2.6	**11.1**
9(EV)	Pérdida de interés en actividades	Frecuencia	96	29	14	14	
		% Válido	62.7	19	9.2	9.2	**18.4**
10(EV)	Sensación de desapego o enajenación	Frecuencia	112	23	10	8	
		% Válido	73.2	15	6.5	5.2	**11.7**
11(EV)	Restricción de la vida afectiva	Frecuencia	102	26	12	13	
		% Válido	66.7	17	7.8	8.5	**16.3**
12(EV)	Sensación de futuro desolador	Frecuencia	108	25	14	6	
		% Válido	70.6	16.3	9.2	3.9	**13.1**
13(HI)	Insomnio	Frecuencia	97	27	11	18	
		% Válido	63.4	17.6	7.2	11.8	**19**
14(HI)	Irritabilidad	Frecuencia	86	32	21	14	
		% Válido	56.2	20.9	13.7	9.2	**22.9**
15(HI)	Dificultad concentrarse	Frecuencia	72	44	19	18	
		% Válido	47.1	28.8	12.4	11.8	**24.2**
16(HI)	Hipervigilancia	Frecuencia	67	42	16	28	
		% Válido	43.8	27.5	10.5	18.3	**28.8**
17(HI)	Respuesta sobresalto	Frecuencia	91	30	17	15	
		% Válido	59.5	19.6	11.1	9.8	**20.9**

Nota. (0) Nada; (1) 1 vez/semana; (2) 2-4 veces/semana; (3) 5 ó más veces/semana.

En la Tabla 6.17 se pueden observar los ítems más frecuentes en la segunda parte de la escala. Los porcentajes más elevados correspondieron a los ítems: 24 (56.8%), lo que supone que los menores percibían que la situación traumática les afectaba en su felicidad general; ítem 23 (41.6%), en las relaciones familiares; e ítem 22 (36.2%), en las tareas escolares; mientras que los ítems con menor porcentaje fueron el 18 (14.5%) y el 19 (20%), les afectaba al hacer oraciones y rezos, así como en la realización de las tareas de casa, respectivamente.

Tabla 6.17

Frecuencias y porcentajes por categorías para cada ítem de la segunda parte de la escala CPSS

	Ítems		**0**	**1**
18(DE)	Al hacer oraciones y rezos	Frecuencia	100	17
		% Válido	85.5	**14.5**
19(DE)	Al hacer tareas de casa	Frecuencia	120	30
		% Válido	80	**20**
20(DE)	En relaciones de amistad	Frecuencia	118	31
		% Válido	79.2	**20.8**
21(DE)	En Actividades lúdicas	Frecuencia	112	36
		% Válido	75.7	**24.3**
22(DE)	Al hacer tareas escolares	Frecuencia	95	54
		% Válido	63.8	**36.2**
23(DE)	En relaciones familiares	Frecuencia	87	62
		% Válido	58.4	**41.6**
24(DE)	En tu felicidad general con tu vida	Frecuencia	64	84
		% Válido	43.2	**56.8**

Nota. (0) Nada ; (1) durante 2 últimas semanas.

6.3.1.3 Prevalencia de TEPT en la Escala CPSS

Se analizan las prevalencias según los criterios psicométricos siguientes: puntuación de 11 a 17 en la escala total, considerándola como sintomatología leve; puntuación mayor o igual a 18 en la escala total, como sintomatología grave (Jaycox et al., 2009).

En la Tabla 6.18 y en las Figuras 6.12 y 6.13 se puede apreciar que un 52.3% de los menores presentó sintomatología de TEPT entre leve y grave, mientras que un 47.7% no la presentó. En base al sexo, las niñas mostraron tasas de prevalencia totales más altas

que los niños (59.7% *vs* 44.7%), al igual que en sintomatología TEPT grave (32.4% vs 25%), y en leve (27.3% *vs* 19.7%). En relación a los grupos de edad, el *grupo 2* (13 y 17 años) obtuvo prevalencias totales más altas (57% *vs* 49.5%), del mismo modo que en sintomatología grave (32.1% *vs* 26.8), y en leve (25% *vs* 22.7%).

Tabla 6.18

Prevalencias según niveles de gravedad, sexo y edad, tomando como criterio la puntuación total de la escala CPSS

CPSS (*N* = 153)		Niños	Niñas	8-12 Años	13-17 Años	TOTALES
Intensidad TEPT	No TEPT PT = 0-10	55.3	40.3	50.5	42.9	**47.7**
	TEPT leve PT = 11-17	19.7	27.3	22.7	25	**23.5**
	TEPT grave PT ≥ 18	25	32.4	26.8	32.1	**28.8**

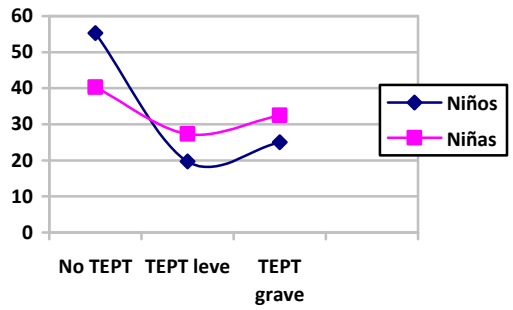


Figura 6.12. Prevalencias por sexo CPSS.

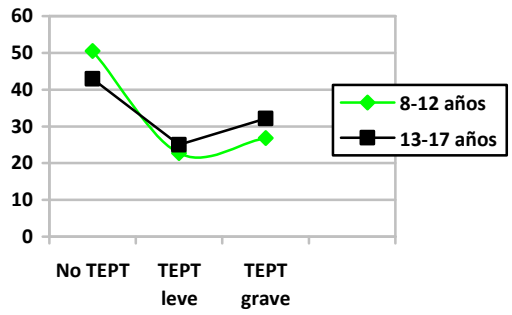


Figura 6.13. Prevalencias por edad CPPS.

Comparando estos datos por sexo y edad, mediante la prueba estadística Chi cuadrado (χ^2), se pudo evidenciar que no existían diferencias estadísticamente significativas entre niños y niñas en sintomatología TEPT, ni tampoco entre grupos de edad.

6.3.1.4 Deterioro Funcional en menores expuestos a violencia de género

En este apartado se describen los resultados encontrados en relación a la segunda parte de la escala CPSS, que evalúa la afectación que el estrés postraumático provoca en la vida de los menores. Se ha llevado a cabo un análisis descriptivo y de prevalencias.

En la Tabla 6.19 se puede observar que, del total de la muestra, presentaron Deterioro Funcional 113 menores, que obtuvieron una puntuación media de 2.05 (*DT* = 1.79).

Tabla 6.19

Puntuaciones medias y desviaciones típicas en la escala de Deterioro Funcional

***N* = 113**	**Punt. Minima/Máxima**	**Media**	**Desviación Típica**
	0-7	2.05	1.79

En cuanto a la interferencia que provoca la sintomatología TEPT en la vida de estos menores, se tomó como criterio contestar de manera afirmativa a los ítems de la segunda parte de la escala. En este sentido, se destaca que el 76.1% de la muestra mostró deterioro al menos en un área de su vida cotidiana. El porcentaje mayor de menores presentó 2 ítems (21.2%); seguido del 20.4% de los menores que respondieron afirmativamente al 1 ítem en la segunda parte de la escala CPSS. El 24.8% presentó 3 y 4 ítems; el 4.4% puntuó en 5 y el 5.3% presentó interferencias en 6 y 7 áreas de su vida. Por otro lado, el 23.9% no percibió deterioro funcional en su vida (veánse Tabla 6.20 y Figura 6.14).

Tabla 6.20

Tasas de prevalencia para el Deterioro Funcional

Áreas Deterioro	**Frecuencia**	**Porcentaje (%)**
0	27	23.9
1	23	20.4
2	24	21.2
3	14	12.4
4	14	12.4
5	5	4.4
6	4	3.5
7	2	1.8

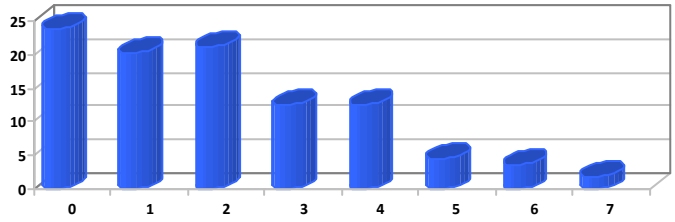
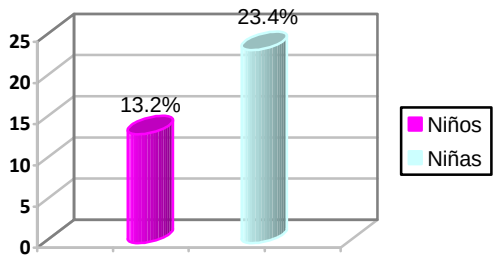


Figura 6.14. Tasas de prevalencia para el Deterioro Funcional.

6.3.1.5 Diagnóstico TEPT en DSM-IV-TR

Se estudia el Diagnóstico de TEPT Completo según criterios clínicos del manual diagnóstico DSM-IV (APA, 1994) y DSM-IV-TR (APA, 2000), que requiere sintomatología de al menos 1 síntoma de Pensamientos Intrusivos, 3 de Evitación y 2 de Hiperarousal. Puntuación 2 o superior en la escala (mínimo 2 veces a la semana).

La prevalencia para el diagnóstico de TEPT en el total de la muestra fue del 18.3%. Las niñas mostraron tasas de prevalencia más altas que los niños (23.4% *vs* 13.2%); y por grupos de edad, los menores del *grupo 2* presentaron tasas de prevalencia más elevadas que los del *grupo 1* (21.4% *vs* 16.5%) (véanse Figuras 6.15 y 6.16).



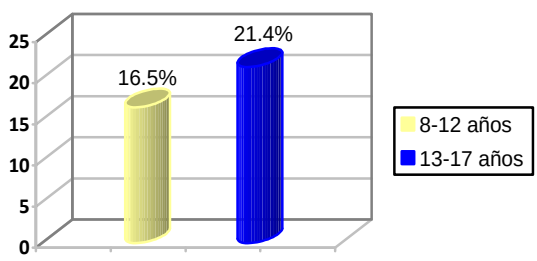


Figura 6.15. Prevalencias por sexo DSM-IV-TR. *Figura 6.16.* Prevalencias por edad DSM-IV-TR.

Si consideramos, la prevalencia de TEPT en la muestra total, sólo en los casos que presentaron al menos un indicador de deterioro funcional, se situó en un 16.3%.

Tras la inspección de la tabla de contingencia, comparando estos datos según las variables sexo y edad, mediante la prueba estadística Chi cuadrado (χ^2), se pudo constatar que no existían diferencias estadísticamente significativas entre niños y niñas en sintomatología TEPT, ni entre grupos de edad.

6.3.1.6 Diagnóstico TEPT en DSM-5

Atendiendo a los criterios clínicos que propone el manual diagnóstico DSM-5 (APA, 2013), que requiere sintomatología persistente de al menos 1 síntoma de Pensamientos Intrusivos, 1 de Evitación, 2 de Alteraciones negativas en la cognición y el humor y 2 de Hiperarousal, la prevalencia para el total de la muestra fue del 15%. En base al sexo, las niñas mostraron tasas de prevalencia más elevadas que los niños (19.5% *vs* 10.7%). Por grupos de edad, *el grupo 2* (13-17 años) obtuvo prevalencias más elevadas que el *grupo 1* (8 y 12 años) (16.1% vs 14.4%) (véanse Figuras 6.17 y 6.18).

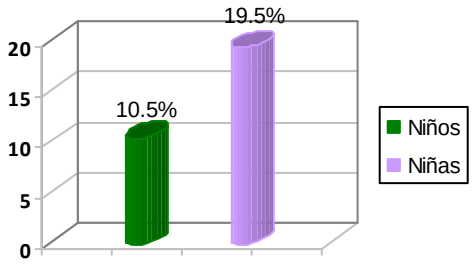


Figura 6.17. Prevalencias por sexo DSM-5.

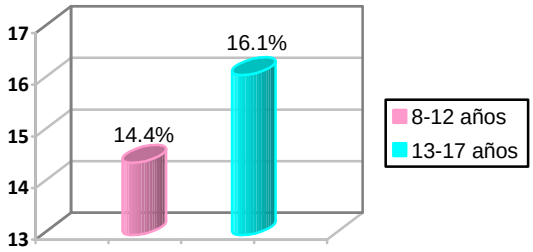


Figura 6.18. Prevalencias por edad DSM-5.

La prevalencia de TEPT en la muestra total, sólo en los casos que presentaron al menos un indicador de deterioro funcional, alcanzó un 13.1%.

Al comparar estos datos según las variables sexo y edad, mediante la prueba estadística Chi cuadrado (χ^2), se pudo observar que no existían diferencias estadísticamente significativas entre niños y niñas en sintomatología TEPT, ni entre grupos de edad.

6.3.1.7 Diagnóstico TEPT Parcial

En este apartado se describen las prevalencias obtenidas en TEPT Parcial según los criterios propuestos por diferentes autores.

En primer lugar, según los criterios de Scheeringa et al. (2003, 2010), para Diagnóstico TEPT Parcial, se requiere cumplir 1 síntoma de Pensamientos Intrusivos, 1

de Evitación y 2 de Hiperarousal. En este caso, la prevalencia total para el diagnóstico TEPT Parcial en la muestra total fue del 28.8%. En cuanto al sexo, la tasa de prevalencia fue superior en las niñas (33.8% *vs* 23.7%). En relación a los grupos de edad prácticamente no hubo diferencias, si bien la prevalencia fue ligeramente superior en el *grupo 1* (28.9% *vs* 28.6%) (véanse Figuras 6.19 y 6.20).

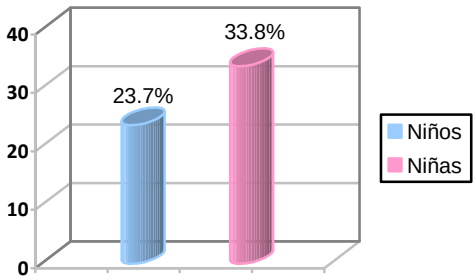


Figura 6.19. Prevalencias por sexoTEPT Parcial criterios Scheeringa et al.

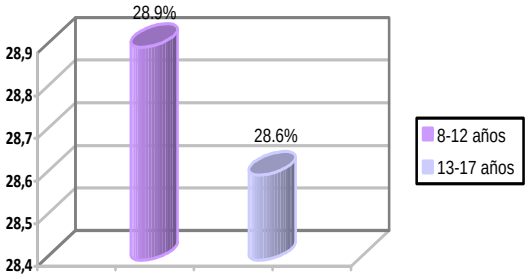


Figura 6.20. Prevalencias por edad TEPT Parcial criterios Scheeringa et al.

Por otra parte, la prevalencia de TEPT en la muestra total, sólo en los casos que presentaron al menos un indicador de deterioro funcional, supuso un 26.8%.

Partiendo de los criterios que proponen Stein, Walker, Hazen y Forde (1997), para el diagnóstico de TEPT Parcial, que precisa al menos 1 síntoma de Pensamientos Intrusivos, 1 de Evitación y 1 de Hiperarousal, la prevalencia en la muestra total de menores fue del 35.3%. Por sexo, las niñas obtuvieron tasas de prevalencia más elevadas que los niños (41.6% *vs* 28.9%). Por edad, el *grupo 2* presentó tasas de prevalencia superiores al *grupo 1* (39.3% *vs* 33%) (como se muestra en las Figuras 6.21 y 6.22).

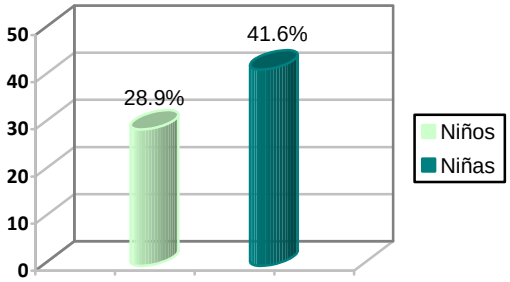


Figura 6.21. Prevalencias por sexoTEPT Parcial criterios de Stein et al.

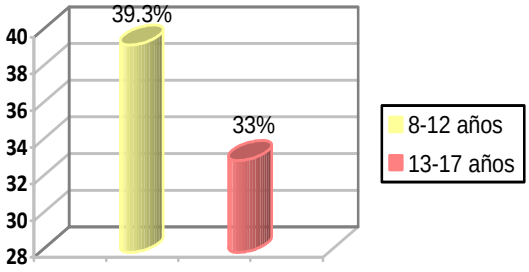


Figura 6.22. Prevalencias por edad TEPT Parcial criterios de Stein et al.

Si consideramos, la prevalencia de TEPT en la muestra total, sólo en los casos que presentaron al menos un indicador de deterioro funcional, alcanzó un 32%.

Según los criterios propuestos por Hickling y Blanchard (1992) para el diagnóstico de TEPT Parcial, que requieren 1 síntoma de Pensamientos Intrusivos, y 1 de Evitación o de Hiperarousal, la prevalencia para el total de la muestra fue del 34.6%. Con respecto al sexo, las niñas presentaron tasas de prevalencia de TEPT superiores a los niños (40.3% *vs* 28.9%), y según la edad el *grupo 2* obtuvo un porcentaje más elevado que el *grupo 1* (37.5% *vs* 33%) (como se aprecia en las Figuras 6.23 y 6.24).

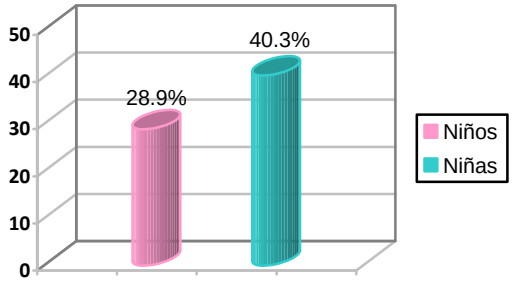


Figura 6.23. Prevalencias por sexoTEPT Parcial criterios Hickling et al.

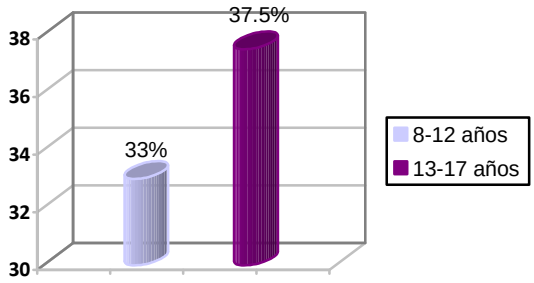


Figura 6.24. Prevalencias por edad TEPT Parcial criterios Hickling et al.

Por otra parte, la prevalencia de TEPT en la muestra total, sólo en los casos que presentaron al menos un indicador de deterioro funcional, se situó en un 32%.

Por último, partiendo de los criterios que proponen Asmundson, Norton, Allerdings, Norton y Larsen (1998) para el diagnóstico de TEPT Parcial, que requiere 1 síntoma de Pensamientos Intrusivos y 1 de Evitación; o bien 1 síntoma de Pensamientos Intrusivos y 1 de Hiperarousal; o bien 1 síntoma de Evitación y 1 de Hiperarousal, la prevalencia total que se encontró en la muestra total fue de un 34.6%. Por sexo, las niñas mostraron porcentajes superiores a los niños (40.3% *vs* 28.9%), y con respecto a los grupos de edad, obtuvieron prevalencias más elevadas los menores del *grupo 2* frente a los del *grupo 1* (37.5% *vs* 33%). Resultados que han sido idénticos a los comentados según los criterios propuestos por Hickling y Blanchard (1992), por lo que nos remitimos a las Figuras presentadas anteriormente (Figuras 6.22 y 6.23).

Si obtenemos la prevalencia de TEPT en la muestra total, sólo en los casos que presentaron al menos un indicador de deterioro funcional, supuso un 32%.

Cabe señalar que los resultados relativos a las tasas de prevalencia son muy similares o, en su caso, iguales entre los distintos criterios propuestos por Stein et al. (1997); Hickling y Blanchard (1992); y Asmundson et al (1998), y difieren ligeramente con respecto a los propuestos por Scheeringa et al. (2003, 2010), los cuales resultan algo más bajos. Con cualquiera de estos criterios alternativos, el número de menores expuestos a violencia de género que presentan TEPT es bastante más amplio que si consideramos los criterios establecidos para adultos en los manuales DSM-IV-TR y DSM-5.

Para concluir este apartado, es preciso señalar que al comparar todos estos datos resultantes, según los criterios de los autores mencionados sobre Diagnóstico de TEPT Parcial, en base a las variables sexo y edad, mediante la aplicación de la prueba estadística Chi Cuadrado (χ^2), se pudo constatar que no existían diferencias estadísticamente significativas entre niños y niñas, ni entre grupos de edad en sintomatología TEPT.

En la Tabla 6.21 se resumen las prevalencia por sexo y edad para cada uno de los criterios TEPT anteriormente expuestos.

Tabla 6.21

Prevalencia TEPT según distintos criterios por sexo y edad

CRITERIOS TEPT	Niños	Niñas	8-12 años	13-17 años	Total
DSM-IV-TR (APA, 2000)	13.2	23.4	16.5	21.4	**18.3**
DSM-5 (APA, 2013)	10.5	19.5	14.4	16.1	**15**
TEPT Parcial (Scheeringa et al., 2003, 2010)	23.7	33.8	28.9	28.6	**28.8**
TEPT Parcial (Stein et al., 1997)	28.9	41.6	33	39.3	**35.3**
TEPT Parcial (Hickling et al., 1992)	28.9	40.3	33	37.5	**34.6**
TEPT Parcial (Asmundson et al., 1998)	28.9	40.3	33	37.5	**34.6**

6.3.1.8 Diagnóstico TEPT en DSM-IV-TR en la muestra total y en población general

En las Tablas 6.22 y 6.23 se observan los resultados de la comparación de la muestra de menores expuestos a violencia de género con una muestra extraída de población general, según los criterios clínicos propuestos en el manual diagnóstico DSM-IV-TR. Los resultados indican que el 18.3% de los casos de la muestra total de menores expuestos a violencia de género presentó TEPT siguiendo criterios DSMIV-TR. En el grupo control de población general (Grupo Control, *N* = 109) se observó sólo en el 1.8% de los menores que presentaron este problema (López Soler et al., en prensa).

Por grupos de edad y sexo, de los niños del *grupo 1* (8-12 años) expuestos a violencia de género, el 8.5% presentaron TEPT según criterios DSM-IV-TR, mientras que no lo mostró ningún niño del grupo control. En la muestra de niñas expuestas a este tipo de violencia, en el *grupo 1* lo presentó el 24%, mientras que del grupo control sólo presentó TEPT el 3.3% de las menores. En el *grupo 2* (13 a 17 años), de los niños expuestos a violencia de género, el 20.7% manifestó TEPT, mientras que en el grupo control sólo lo presentó el 4%. En cuanto a las niñas expuestas a violencia de género, mostró TEPT el 22.2% de las mismas, en tanto que las niñas incluidas en el grupo control no presentaron esta alteración.

Respecto a la variable sexo, los niños expuestos a violencia de género que presentaron TEPT suponen el 13.2%, mientras que en el grupo control sólo se observó esta alteración en el 2.1%. Del total de niñas expuestas se detectó TEPT en el 23.4%, y en el grupo control el 1.6%. En cuanto a los grupos de edad, en el *grupo 1* el total de menores expuestos que presentaron TEPT fue del 16.5%, mientras que en el grupo control sólo fue del 1.9%. El total de menores expuestos que mostraron TEPT en el *grupo 2* fue del 21.4%, en tanto que en el grupo control sólo lo presentaron el 1.8%.

Tabla 6.22

Prevalencias TEPT según criterios DSM-IV-TR en menores expuestos a violencia de género y en grupo control, por sexo y edad

SEXO	EDAD	M-EX/VG (*N* = 153) M-GC (*N* = 109)	DSM IV-TR	
			NO	SÍ
Niños	8-12 años	Expuestos VG	91.5	8.5
		Grupo Control	100	0
	13-17 años	Expuestos VG	79.3	20.7
		Grupo Control	96.0	4
Niñas	8-12 años	Expuestos VG	76	24
		Grupo Control	96.7	3.3
	13-17 años	Expuestos VG	77.8	22.2
		Grupo Control	100	0

Tabla 6.23

Prevalencias TEPT totales según criterios DSM-IV-TR en menores expuestos a violencia de género y en grupo control, por sexo y edad

TEPT según DSM-IV-TR			TOTALES
SEXO	Niños	Expuestos VG	13.2
		Grupo Control	2.1
	Niñas	Expuestos VG	23.4
		Grupo Control	1.6
GRUPOS EDAD	8-12 años	Expuestos VG	16.5
		Grupo Control	1.9
	13-17 años	Expuestos VG	21.4
		Grupo Control	1.8
TOTAL MUESTRA		Expuestos VG	18.3
		Grupo Control	1.8

Al comparar estos datos, podemos constatar que el grupo de menores expuestos a violencia de género presentó tasas de prevalencia estadísticamente significativas (χ^2_1 = 17.021; $p \leq .001$) en sintomatología TEPT, según criterios DSM-IV-TR, superiores al grupo control.

6.4 RELACIÓN ENTRE ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS

En este apartado, se analiza la relación entre los indicadores de psicopatología general, evaluados a través del Cuestionario CBCL de Achenbach (1991a) y los resultados hallados en la escala CPSS (Foa et al., 2001) para TEPT, primera y segunda parte de la escala.

A continuación se presentan los diferentes apartados con los criterios que se han utilizado para la descripción de los resultados:

6.4.1 Relación entre síndromes del CBCL y Diagnóstico TEPT DSM-IV-TR

Se examina la relación entre los síndromes clínicos en el CBCL, según los niveles de intensidad leve (Pc 93-97) y grave (Pc $\geq$ 98); y Diagnóstico TEPT Completo según criterios DSM-IV-TR, que requiere sintomatología de al menos 1 síntoma de Pensamientos Intrusivos, 3 de Evitación y 2 de Hiperarousal. Puntuación 2 o superior en la escala (mínimo 2 veces a la semana) en la muestra total de menores expuestos a violencia de género.

En la tabla 6.24 se pueden observar los resultados encontrados, que indican en el total de la muestra de menores, que el 83.5% no presentó sintomatología clínica de *Ansiedad/Depresión*, ni de TEPT; y el 16.5% no mostró sintomatología clínica de ansiedad/depresión, pero sí de TEPT. El 15% de menores presentó sintomatología leve de ansiedad/depresión y el 26.7% grave, y TEPT en ambos niveles de gravedad clínica.

En el síndrome *Retraimiento*, en el 84.4% de la muestra no se detectó sintomatología clínica, ni de TEPT. El 15.6% no mostró sintomatología clínica de retraimiento, pero sí de TEPT. El 30% presentó sintomatología leve de retraimiento y el 17.9% grave, además de TEPT en ambos niveles de gravedad clínica.

Respecto al síndrome *Quejas Somáticas*, el 86% de la muestra no presentó sintomatología clínica, ni tampoco TEPT. En el 14% no se observó sintomatología en quejas somáticas, pero sí en TEPT. En el 15.4% se detectó sintomatología leve en quejas somáticas y en el 25.9% grave, más TEPT.

En relación al síndrome *Problemas Sociales*, el 81.9% de la muestra no presentó sintomatología clínica, ni TEPT. El 18.1% no mostró sintomatología en problemas sociales, pero sí en TEPT. Ningún menor presentó sintomatología clínica leve en problemas sociales, pero si en TEPT; y el 26.5% manifestó sintomatología grave en problemas sociales y TEPT.

En el síndrome *Problemas de Pensamiento*, el 81.2% de la muestra no presentó sintomatología clínica, ni TEPT. En el 18.8% no se detectó sintomatología en problemas de pensamiento, pero sí en TEPT. En el 23.1% se observó sintomatología leve y en el 14.3% grave en problemas de pensamiento, además de TEPT.

En cuanto al síndrome *Problemas de Atención*, el 83.1% de la muestra no presentó sintomatología clínica, ni TEPT. El 16.9% no manifestó sintomatología en problemas de atención, pero sí en TEPT. En el 16.7% de los menores se detectó sintomatología leve, y en el 22.5% grave en problemas de atención, más TEPT.

En el síndrome *Conducta Antinormativa*, en el 82% de la muestra no se constató sintomatología clínica, ni TEPT. El 18% no presentó sintomatología clínica, pero sí TEPT. El 11.1% de los menores mostró sintomatología leve y el 25% grave en problemas de atención, además de TEPT.

Respecto al síndrome *Conducta Agresiva*, el 83% de la muestra no presentó sintomatología clínica, ni TEPT. El 17% no mostró sintomatología clínica, pero sí TEPT. En el 9.1% de los menores se detectó sintomatología leve y en el 22.9% grave en problemas de conducta agresiva, y TEPT.

En la agrupación *Internalizante*, en el 84.2% de la muestra no se observó sintomatología clínica, ni TEPT. El 15.8% no presentó sintomatología clínica, pero sí TEPT. El 20% de los menores manifestó sintomatología internalizante leve y el 21.1% grave, además de TEPT. Finalmente, en la agrupación *Externalizante*, en el 82.1% de la muestra no se detectó sintomatología clínica, ni TEPT. El 17.9% no presentó sintomatología clínica, pero sí TEPT. El 15.4% de los menores mostró sintomatología externalizante leve y el 20% grave, además de TEPT.

Tabla 6.24

Prevalencias entre sintomatología en el CBCL y Diagnóstico TEPT DSM-IV-TR Completo

(*N* = 153) CBCL		**TEPT-DSM-IV-TR**	
		NO	**SÍ**
ANSIEDAD/DEPRESIÓN	No Sint. Clínica	83.5	16.5
	Pc 93-97	85	15
	Pc ≥ 98	73.3	26.7
RETRAIMIENTO	No Sint. Clínica	84.4	15.6
	Pc 93-97	70	30
	Pc ≥ 98	82	17.9
QUEJAS SOMÁTICAS	No Sint. Clínica	86	14
	Pc 93-97	84.8	15.4
	Pc ≥ 98	74.1	25.9
PROBLEMAS SOCIALES	No Sint. Clínica	81.9	18.1
	Pc 93-97	100	0
	Pc ≥ 98	73.5	26.5
PROBLEMAS DE PENSAMIENTO	No Sint. Clínica	81.2	18.8
	Pc 93-97	76.9	23.1
	Pc ≥ 98	85.7	14.3
PROBLEMAS DE ATENCIÓN	No Sint. Clínica	83.1	16.9
	Pc 93-97	83.3	16.7
	Pc ≥ 98	77.5	22.5
CONDUCTA ANTINORMATIVA	No Sint. Clínica	82	18
	Pc 93-97	88.9	11.1
	Pc ≥ 98	75	25
CONDUCTA AGRESIVA	No Sint. Clínica	83	17
	Pc 93-97	90.9	9.1
	Pc ≥ 98	77.1	22.9
SINTOMATOLOGÍA INTERNALIZANTE	No Sint. Clínica	84.2	15.8
	Pc 93-97	80	20
	Total Pc ≥98	78.9	21.1
SINTOMATOLOGÍA EXTERNALIZANTE	No Sint. Clínica	82.1	17.9
	Pc 93-97	84.6	15.4
	Total Pc ≥98	80	20

Mediante la aplicación de la prueba estadística Chi cuadrado (χ^2), se pudo constatar que no existía relación estadísticamente significativa entre ninguna de las alteraciones psicopatológicas, según niveles de intensidad leve y grave, del CBCL y sintomatología TEPT.

6.4.2 Relación entre síndromes del CBCL y Diagnóstico TEPT Parcial

En este apartado, se analiza la relación entre los síndromes clínicos en el CBCL (Achenbach, 1991a), según los niveles de intensidad leve (Pc 93-97) y grave (Pc ≥ 98); y distintos criterios de TEPT Parcial, según los siguientes autores: (1) los criterios de Scheeringa et al. (2003, 2010), para Diagnóstico TEPT Parcial, que requiere cumplir 1 síntoma de Pensamientos Intrusivos, 1 de Evitación y 2 de Hiperarousal; (2) los criterios de Stein et al. (1997) que precisan de al menos 1 síntoma de Pensamientos Intrusivos, 1 de Evitación y 1 de Hiperarousal; (3) los criterios de Hickling y Blanchard (1992), que requieren 1 síntoma de Pensamientos Intrusivos, y 1 de Evitación o de Hiperarousal; y (4) los criterios de Asmundson et al. (1998), que precisan de 1 síntoma de Pensamientos Intrusivos y 1 de Evitación; o bien 1 síntoma de Pensamientos Intrusivos y 1 de Hiperarousal; o bien 1 síntoma de Evitación y 1 de Hiperarousal.

Con el fin de no resultar reiterativos, se han agrupado los resultados obtenidos según los criterios propuestos para TEPT Parcial por los autores señalados anteriormente, en relación con los dos niveles de gravedad obtenidos en los distintos síndromes del CBCL. Así mismo, no se hará referencia al año de publicación de los criterios según cada autor. A continuación se procede a la descripción de los resultados en base a este planteamiento.

En la Tabla 6.25 se pueden observar los resultados obtenidos, que ponen de manifiesto que del total de la muestra, presentaron TEPT Parcial el 27.2%, según criterios de Scheeringa et al.; y el 33%, según criterios de Stein et al.; Hickling y Blanchard; y Asmundson et al.; pero no sintomatología clínica de ansiedad/depresión. Manifestaron sintomatología leve en este síndrome y TEPT Parcial el 20% (Scheeringa et al.); el 35% (Stein et al.); y el 25% (Hickling y Blanchard; y Asmundson et al.); y sintomatología grave, además de TEPT Parcial, el 40% (Scheeringa et al.); el 43.3% (Stein et al.); y el 46.7% de menores (Hickling y Blanchard; y Asmundson et al.).

En el síndrome *Retraimiento*, del total de la muestra, obtuvieron TEPT Parcial el 23.4%, según criterios de Scheeringa et al.; el 29.9%, según criterios de Stein et al.; y el 28.6%, según criterios de Hickling y Blanchard; y Asmundson et al.; aunque no sintomatología clínica de retraimiento. Mostraron sintomatología leve en esta alteración

y TEPT Parcial el 45% (Scheeringa et al.; y Stein et al.); y el 50% (Hickling y Blanchard; y Asmundson et al.); y grave, más TEPT Parcial, el 30.4% (Scheeringa et al.); el 39.3% (Stein et al.); y el 37.5% (Hickling y Blanchard; y Asmundson et al.).

Respecto al síndrome *Quejas Somáticas*, del total de la muestra, presentaron TEPT Parcial el 22.1%, según criterios de Scheeringa et al.; y el 26.7%, según criterios de Stein et al.; Hickling y Blanchard; y Asmundson et al.; pero no obtuvieron sintomatología clínica en quejas somáticas. Se detectó sintomatología leve en este síndrome y TEPT Parcial en el 23.1% (Scheeringa et al.); y en el 38.5% (Stein et al.; Hickling y Blanchard; y Asmundson et al.); y grave, además de TEPT Parcial, en el 40.7% (Scheeringa et al.); en el 48.1% (Stein et al.); y en el 46.3% (Hickling y Blanchard; y Asmundson et al.).

En relación al síndrome *Problemas Sociales*, del total de la muestra, manifestaron TEPT Parcial el 28.6%, según criterios de Scheeringa et al.; el 36.2%, según criterios de Stein et al.; y el 35.2%, según criterios de Hickling y Blanchard; y Asmundson et al.; si bien, no presentaron sintomatología clínica en problemas sociales. Los menores no mostraron sintomatología leve en problemas sociales ni TEPT Parcial, según criterios de Scheeringa et al.; mientras que el 7.1% sí la presentó, además de TEPT Parcial, según criterios de Stein et al.; Hickling y Blanchard; y Asmundson et al., así mismo, manifestaron sintomatología grave y TEPT Parcial el 41.2% (Scheeringa et al.); y el 44.1% (Stein et al.; Hickling y Blanchard; y Asmundson et al.).

En el síndrome *Problemas de Pensamiento*, del total de la muestra, se observó TEPT Parcial en el 28.6%, según criterios de Scheeringa et al.; en el 35.7%, según criterios de Stein et al.; y en el 34.8%, según criterios de Hickling y Blanchard; y Asmundson et al.; pero no sintomatología clínica en problemas de pensamiento. Mostraron sintomatología leve en esta alteración y TEPT Parcial en el 38.5% (Scheeringa et al.); en el 53.8% (Stein et al.); y en el 46.2% (Hickling y Blanchard; y Asmundson et al.); y grave, más TEPT Parcial, en el 25% (Scheeringa et al.; y Stein et al.); y en el 28.6% (Hickling y Blanchard; y Asmundson et al.).

En cuanto al síndrome *Problemas de Atención*, del total de la muestra, manifestaron TEPT Parcial el 25.8%, según criterios de Scheeringa et al.; el 33.7%, según criterios de

Stein et al.; y el 32.6%, según criterios de Hickling y Blanchard; y Asmundson et al.; aunque no sintomatología clínica en problemas de atención. Obtuvieron sintomatología leve en este síndrome y TEPT Parcial el 33.3% (Stein et al.; Hickling y Blanchard; y Asmundson et al.); y grave, además de TEPT Parcial, el 37.5% (Scheeringa et al.); y el 40% (Stein et al.; Hickling y Blanchard; y Asmundson et al.).

En el síndrome *Conducta Antinormativa*, del total de la muestra, presentaron TEPT Parcial el 26.6%, según criterios de Scheeringa et al.; el 34.4%, según criterios de Stein et al.; y el 33.6%, según criterios de Hickling y Blanchard; y Asmundson et al.; pero no sintomatología clínica en conducta antinormativa. Obtuvieron sintomatología leve en esta alteración y TEPT Parcial el 33% (Scheeringa et al.; Stein et al.; Hickling y Blanchard; y Asmundson et al.); y grave, además de TEPT Parcial, el 43.8% (Scheeringa et al.; Stein et al.; Hickling y Blanchard; y Asmundson et al.).

Respecto al síndrome *Conducta Agresiva*, del total de la muestra, se detectó TEPT Parcial en el 24.5%, según criterios de Scheeringa et al.; y en el 31.9%, según criterios de Stein et al.; Hickling y Blanchard; y Asmundson et al.; si bien, no presentaron sintomatología clínica en conducta agresiva. Así mismo, se observó sintomatología leve en este síndrome y TEPT Parcial en el 45.5% (Scheeringa et al.; y Stein et al.); y en el 54.5% (Hickling y Blanchard; y Asmundson et al.); y grave, más TEPT Parcial en el 33.3% (Scheeringa et al.); en el 39.6% (Stein et al.); y en el 35.4% (Hickling y Blanchard; y Asmundson et al.).

En la agrupación *Internalizante*, el 23.7%, del total de la muestra, presentó TEPT Parcial según criterios de Scheeringa et al.; el 31.6%, según criterios de Stein et al.; y el 28.9%, según criterios de Hickling y Blanchard; y Asmundson et al.; pero no sintomatología clínica en problemas internalizantes. Mostraron sintomatología leve en esta alteración y TEPT Parcial el 35% (Scheeringa et al.; y Stein et al.); y el 40% (Hickling y Blanchard; y Asmundson et al.); y grave, además de TEPT Parcial el 33.3% (Scheeringa et al.); y el 40.4% (Stein et al.; Hickling y Blanchard; y Asmundson et al.). Finalmente, en la agrupación *Externalizante*, el 27.4%, presentaron TEPT Parcial según criterios de Scheeringa et al.; y el 34.7%, según criterios de Stein et al.; Hickling y Blanchard; y Asmundson et al.; aunque no sintomatología clínica en problemas externalizantes. Mostraron sintomatología leve en esta alteración y TEPT Parcial el

23.1% (Scheeringa et al.); y el 30.8% (Stein et al.; Hickling y Blanchard; y Asmundson et al.); y grave, además de TEPT Parcial, el 33.3% (Scheeringa et al.); el 37.8% (Stein et al.); y el 35.6% (Hickling y Blanchard; y Asmundson et al.).

Tabla 6.25

Prevalencias CBCL y Diagnóstico TEPT Parcial según criterios de distintos autores

(N = 153) CBCL		**TEPT PARCIAL**			
		Scheeringa et al. (2003,2010)	**Stein et al. (1997)**	**Hickling y Blanchard (1992)**	**Asmundson et al. (1998)**
ANSIEDAD/DEPRESIÓN	No Sint. Clínica	27.2	33	33	33
	Pc 93-97	20	35	25	25
	Pc ≥ 98	40	43.3	46.7	46.7
RETRAIMIENTO	No Sint. Clínica	23.4	29.9	28.6	28.6
	Pc 93-97	45	45	50	50
	Pc ≥ 98	30.4	39.3	37.5	37.5
QUEJAS SOMÁTICAS	No Sint. Clínica	22.1	26.7	26.7	26.7
	Pc 93-97	23.1	38.5	38.5	38.5
	Pc ≥ 98	40.7	48.1	46.3	46.3
PROBLEMAS SOCIALES	No Sint. Clínica	28.6	36.2	35.2	35.2
	Pc 93-97	0	7.1	7.1	7.1
	Pc ≥ 98	41.2	44.1	44.1	44.1
PROBLEMAS DE PENSAMIENTO	No Sint. Clínica	28.6	35.7	34.8	34.8
	Pc 93-97	38.5	53.8	46.2	46.2
	Pc ≥ 98	25	25	28.6	28.6
PROBLEMAS DE ATENCIÓN	No Sint. Clínica	25.8	33.7	32.6	32.6
	Pc 93-97	25	33.3	33.3	33.3
	Pc ≥ 98	37.5	40	40	40
CONDUCTA ANTINORMATIVA	No Sint. Clínica	26.6	34.4	33.6	33.6
	Pc 93-97	33.3	33.3	33.3	33.3
	Pc ≥ 98	43.8	43.8	43.8	43.8
CONDUCTA AGRESIVA	No Sint. Clínica	24.5	31.9	31.9	31.9
	Pc 93-97	45.5	45.5	54.5	54.5
	Pc ≥ 98	33.3	39.6	35.4	35.4
SINTOMATOLOGÍA INTERNALIZANTE	No Sint. Clínica	23.7	31.6	28.9	28.9
	Pc 93-97	35	35	40	40
	Pc ≥ 98	33.3	40.4	40.4	40.4
SINTOMATOLOGÍA EXTERNALIZANTE	No Sint. Clínica	27.4	34.7	34.7	34.7
	Pc 93-97	23.1	30.8	30.8	30.8
	Pc ≥ 98	33.3	37.8	35.6	35.6

Al comparar los datos, mediante la prueba estadística Chi cuadrado (χ^2), por niveles de gravedad en sintomatología clínica en el CBCL con presencia de TEPT Parcial, según los criterios propuestos por los diferentes autores, se encontró que las tasas de prevalencia en sintomatología grave fueron más elevadas que en sintomatología leve en

aquellos menores que presentaron TEPT Parcial, resultando estadísticamente significativas, en los mismos síndromes: *Quejas Somáticos y Problemas Sociales* (véase Tabla 6.26).

Tabla 6.26

Significación estadística entre sintomatología en el CBCL y Diagnóstico TEPT Parcial según criterios de distintos autores

Criterios TEPT Parcial	Síndromes	Significación estadística
Scheeringa et al. (2003, 2010)	Quejas Somáticas	χ^2_2 = 5.854; p = .054*
	Problemas Sociales	χ^2_2 = 8.212; p = .016
Stein et al. (1997)	Quejas Somáticas	χ^2_2 = 6.717; p = .035
	Problemas Sociales	χ^2_2 = 6.054; p = .048
Hickling y Blanchard (1992); Asmundson et al. (1998)	Quejas Somáticas	χ^2_2 = 5.693; p = .058*
	Problemas Sociales	χ^2_2 = 6.041; p = .049

Nota: * Marginalmente significativa.

6.4.3 Relación entre síndromes en el CBCL y Deterioro Funcional en la CPSS

Se describe la relación entre síndromes del CBCL y la presencia de Deterioro Funcional en los 67 menores, como se puede apreciar en la Tabla 6.27. Encontramos que en los siguientes síndromes las prevalencias fueron ligeramente superiores en los menores que no presentaron Deterioro Funcional frente a los que sí lo presentaron: *Ansiedad/Depresión* (39.5% *vs* 34.5%); *Retraimiento* (55.3% *vs* 51.7%); y en el síndrome *Problemas Sociales* (36.8% *vs* 34.5%). Así mismo, obtuvieron tasas más prevalentes en los síndromes que se describen a continuación, los menores que sí presentaron Deterioro Funcional frente a los que no lo presentaron: *Quejas Somáticas* (37.9% *vs* 34.2%); *Problemas de Pensamiento* (37.9% *vs* 34.2%); *Problemas de Atención* (48.3% *vs* 36.8%); *Conducta Antinormativa* (20.7% *vs* 13.2%); *Conducta Agresiva* (44.8% *vs* 42.1%); *Sintomatología Internalizante* (51.7% vs 50%); y *Sintomatología Externalizante* (41.4% *vs* 39.5%).

Al comparar los datos, mediante la prueba estadística Chi cuadrado (χ^2), se pudo concluir que no existía una relación significativa estadísticamente entre presencia de Deterioro Funcional y sintomatología clínica en el CBCL.

Tabla 6.27

Tasas de prevalencia de síndromes CBCL según presencia/ausencia Deterioro Funcional

***n* = 67**	**Deterioro Funcional**	
Síndromes CBCL	**Si**	**No**
ANSIEDAD/DEPRESIÓN	34.5	39.5
RETRAIMIENTO	51.7	55.3
QUEJAS SOMÁTICAS	37.9	34.2
PROBLEMAS SOCIALES	34.5	36.8
PROBLEMAS PENSAMIENTO	37.9	34.2
PROBLEMAS DE ATENCIÓN	48.3	36.8
CONDUCTA ANTINORMATIVA	20.7	13.2
CONDUCTA AGRESIVA	44.8	42.1
SINTOMATOLOGÍA INTERNALIZANTE	51.7	50
SINTOMATOLOGÍA EXTERNALIZANTE	41.4	39.5

6.4.4 Relación entre número de síndromes en el CBCL y la CPSS

En este apartado se describen los resultados a partir del CBCL, según las puntuaciones obtenidas en el Pc $\geq$ 93, y los criterios psicométricos en la CPSS de sintomatología leve, puntuación de 11 a 17 en la escala total; y grave, puntuación mayor o igual a 18 en la escala total (Jaycox et al., 2009).

En la Tabla 6.28 se puede observar que un 20.5 % de menores no presentó sintomatología de TEPT ni sintomatología clínica en el CBCL. Así mismo, el 34.2% de éstos manifestaron dos síndromes; y el 45.2% tres o más; aunque no mostraron sintomatología de TEPT. El 19.4% no presentó sintomatología clínica en el CBCL, pero sí cumplía criterios psicométricos de sintomatología leve en TEPT. Además, un 36.1% presentó dos, y un 44.5% tres o más síndromes; y sintomatología leve de TEPT. Finalmente, en el 11.4% no se detectó sintomatología clínica en el CBCL, aunque cumplía criterios psicométricos de sintomatología grave en TEPT. Así mismo, el 29.5%

de menores presentó dos síndromes clínicos; y el 59 % tres o más; y sintomatología grave de TEPT.

Tabla 6.28

Prevalencias entre sintomatología en el CBCL y la CPSS

(*N* = 153)		Número de Síndromes en CBCL								
Intensidad TEPT		**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**
CPSS	**No TEPT**	20.5	17.8	16.4	8.2	6.8	9.6	11	4.1	5.5
	TEPT Leve	19.4	19.4	16.7	11.1	16.7	13.9	2.8	0	0
	TEPT Grave	11.4	13.6	15.9	13.6	6.8	9.1	13.6	9.1	6.8

Por otra parte, mediante la aplicación del coeficiente de correlación de Pearson, se obtuvo una correlación marginalmente significativa de signo positivo entre el número de síndromes en el CBCL ($p < .05$) y la puntuación total de la CPSS (.153).

6.4.5 Relación entre número de síndromes en el CBCL, Diagnóstico TEPT DSM-IV-TR y Diagnóstico TEPT Parcial

Se examina la relación que existe entre el número de síndromes en el CBCL, según las puntuaciones obtenidas en el Pc ≥ 93; Diagnóstico TEPT Completo, según criterios DSM-IV-TR, que requiere sintomatología de al menos 1 síntoma de Pensamientos Intrusivos, 3 de Evitación y 2 de Hiperarousal. Puntuación 2 o superior en la escala (mínimo 2 veces a la semana); y según los criterios para Diagnóstico TEPT Parcial (Scheeringa et al., 2003, 2010) que precisa cumplir 1 síntoma de Pensamientos Intrusivos, 1 de Evitación y 2 de Hiperarousal.

En la Tabla 6.29 se muestra que un 20.2 % de menores no presentó sintomatología de TEPT Completo, ni de TEPT Parcial, ni sintomatología clínica en el CBCL. Así mismo, el 33% de éstos manifestaron dos síndromes; y el 46.9% tres o más; aunque no mostraron sintomatología TEPT de ningún tipo. El 6.2% no presentó sintomatología clínica en el CBCL, pero sí sintomatología de TEPT Parcial. Además, un 43.8% presentó dos; y un 49.9% tres o más síndromes; y sintomatología de TEPT Parcial. Por otro lado, el 14.3% no manifestó sintomatología clínica en el CBCL, pero si de TEPT

Completo. Así mismo, el 28.6% de menores obtuvo dos síndromes clínicos; y el 57.2 % tres o más; y sintomatología de TEPT Completo. Finalmente, en el 11.4% de menores se detectó TEPT Completo y Parcial, pero no sintomatología clínica en el CBCL. Igualmente, un 34.1% mostró dos; y el 54.6% tres o más síndromes, además de sintomatología de TEPT Completo y Parcial.

Tabla 6.29

Prevalencias entre sintomatología en el CBCL, TEPT Completo DSM-IV-TR y TEPT Parcial (Scheeringa et al., 2003, 2010)

(*N* = 153)	**Número de Síndromes en CBCL**								
TEPT	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**
No TEPT	20.2	17.4	15.6	10.1	9.2	11	9.2	3.7	3.7
TEPT Parcial	6.2	18.8	25	6.2	6.2	12.5	0	12.5	12.5
TEPT DSM-IV-TR	14.3	14.3	14.3	14.3	10.7	7.1	17.9	3.6	3.6
TEPT DSM-IV-TR y TEPT Parcial	11.4	15.9	18.2	11.4	9.1	9.1	11.4	6.8	6.8

6.4.6 Relación entre diagnóstico TEPT DSM-IV-TR Completo, Diagnóstico TEPT Parcial y Deterioro Funcional

Se estudia la relación que existe entre el Diagnóstico TEPT Completo según criterios DSM-IV-TR, que requiere sintomatología de al menos 1 síntoma de Pensamientos Intrusivos, 3 de Evitación y 2 de Hiperarousal. Puntuación 2 o superior en la escala (mínimo 2 veces a la semana); según los criterios para Diagnóstico TEPT Parcial (Scheeringa et al., 2003, 2010), que requiere cumplir 1 síntoma de Pensamientos Intrusivos, 1 de Evitación y 2 en Hiperarousal; y presencia de Deterioro Funcional (segunda parte de la escala CPSS) en la muestra total de menores expuestos a violencia de género.

En la Tabla 6.30 se aprecia que, del total de la muestra, el 24.8% de los menores no presentó ningún síntoma de Deterioro Funcional, mientras que el 75.2% presentó alguno. Así mismo, en el 32.1% no se detectó ni Deterioro Funcional, ni TEPT Completo, ni TEPT Parcial, mientras que el 67.9% restante presentó algún síntoma de

deterioro. Por otra parte, de los menores que mostraron TEPT Parcial, todos tenían algún síntoma de deterioro, de tal forma que el 56.3% manifestó dos síntomas y el 43.6 % tres o más. En el 10.7% de los casos no se observó Deterioro Funcional, pero sí TEPT Completo, mientras que el 17.8% presentó dos síntomas de deterioro; y el 71.4% tres o más síntomas de deterioro, además de TEPT Completo. El 6.8% de los menores no presentó síntomas de Deterioro Funcional, pero sí TEP Parcial y Completo, mientras que el 31.8% mostró dos síntomas; y el 61.4% tres o más, además de TEPT Completo y Parcial.

Tabla 6.30

Prevalencias entre TEPT Completo DSM-IV-TR, TEPT Parcial Scheeringa et al. (2003, 2010), y Deterioro Funcional

(*N* = 153)	**Síntomas de Deterioro Funcional**							
TEPT	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
No TEPT	32.1	22.9	20.2	11.9	6.4	2.8	2.8	0.9
TEPT Parcial	0	12.5	43.8	25	6.2	6.2	6.2	0
TEPT DSM-IV-TR	10.7	7.1	10.7	10.7	39.3	10.7	7.1	3.6
TEPT DSM-IV-TR y TEPT Parcial	6.8	9.1	22.7	15.9	27.3	9.1	6.8	2.3
Total	24.8	19	20.9	13.1	12.4	4.6	3.9	1.3

6.4.7 Relación entre síndromes del CBCL y la CPSS

En este apartado se analiza la relación entre los indicadores de psicopatología general, evaluados mediante el CBCL, y la puntuación total en la CPSS, en la muestra total de menores expuestos a violencia de género. El estadístico utilizado ha sido el coeficiente de correlación de Pearson.

Como se puede observar en la Tabla 6.31 se encontraron correlaciones positivas y significativas entre sintomatología TEPT (CPSS) y síndromes CBCL: A*nsiedad/Depresión* ($r = .165$; $p < .05$); *Quejas Somática*s ($r = .238$; $p < .01$); y *Sintomatología Internalizante* ($r = .196$; $p < .05$). Es decir, a mayor sintomatología depresivo/ansiosa, quejas somáticas y sintomatología internalizante, mayor sintomatología de TEPT.

Tabla 6.31

Correlaciones CBCL y CPSS

Subescalas CBCL	CPSS
Ansiedad/Depresión	.165(*)
Retraimiento	.071
Quejas Somáticas	.238(**)
Problemas Sociales	.113
Problemas Pensamiento	.044
Problemas Atención	.078
Conducta Antinormativa	.097
Conducta Agresiva	.074
Sintomatología Internalizante	.196(*)
Sintomatología Externalizante	.089

Nota: * La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral).
** La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

6.5 RELACIÓN ENTRE INDICADORES DE PSICOPATOLOGÍA GENERAL, ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y MALTRATO

En este apartado se analizan las relaciones existentes entre los distintos tipos de maltrato y la presencia de determinadas alteraciones psicopatológicas en los niños. Se han evaluado a través de distintas pruebas estadísticas como el ANOVA o el coeficiente de correlación de Pearson.

A continuación se presentan los diferentes apartados con los criterios que se han utilizado para la descripción de los resultados:

6.5.1 Relación entre maltrato hacia la madre, número de síndromes en el CBCL y CPSS

Se examinan las relaciones existentes entre el tipo de maltrato sufrido por la madre (emocional y físico), la exposición de los menores al mismo, el número de síndromes en el CBCL y la puntuación total en la CPSS. Se ha utilizado el coeficiente de correlación de Pearson.

En la Tabla 6.32 se reflejan los resultados del análisis de correlaciones realizado que indican que hubo correlaciones significativas positivas entre el número de síndromes en el CBCL y los cuatro tipos de maltrato: Maltrato emocional a la madre ($r = .308$; $p < .01$); Maltrato físico a la madre ($r = 330$; $p < .01$); Exposición del menor al maltrato emocional de la madre ($r = .269$; $p < .01$); y Exposición del menor al maltrato físico de la madre ($r = .179$; $p < .05$).

Tabla 6.32

Correlaciones entre tipo de maltrato, número de síndromes en el CBCL y CPSS

TIPO DE MALTRATO	Número de Síndromes CBCL	CPSS
Maltrato Emocional (directo a madre)	.308(**)	.100
Maltrato Físico (directo a madre)	.330(**)	.074
Maltrato Emocional (testimonio menor)	.269(**)	.018
Maltrato Físico (testimonio menor)	.179(*)	.144

Nota: * La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral).
** La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

6.5.2 Relación entre tipos de maltrato y estrés postraumático (CPSS)

En este apartado se analiza la relación entre los distintos tipos de maltrato directo a la madre (maltrato emocional y físico), la exposición de los menores a los mismos, y el maltrato directo al menor (maltrato emocional, físico y negligencia) ejercido por su padre biológico (pareja o expareja de la madre).

Para ello, se ha realizado un análisis de varianza unifactorial, tomando como variable dependiente la puntuación total en la CPSS, y como independiente el tipo de maltrato, comentado anteriormente.

La Tabla 6.33 muestra que la sintomatología de TEPT sólo se relacionó de forma marginalmente significativa con el maltrato emocional directo sufrido por el menor por parte de su progenitor ($F_{2, 136} = 2.59$; $p = .079$).

Tabla 6.33

ANOVA entre tipos de maltrato y CPSS

VARIABLES		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Maltrato emocional (directo a la madre)	Inter-grupos	4067.281	2	2033.640	1.793	.170
	Intra-grupos	155359.941	137	1134.014		
	Total	159427.221	139			
Maltrato físico (directo a la madre)	Inter-grupos	404.147	2	202.074	.486	.616
	Intra-grupos	56996.788	137	416.035		
	Total	57400.936	139			
Maltrato emocional (testimonio menor)	Inter-grupos	.186	2	.093	.367	.694
	Intra-grupos	17.786	70	.254		
	Total	17.973	72			
Maltrato físico (testimonio menor)	Inter-grupos	.899	2	.450	1.969	.152
	Intra-grupos	9.818	43	.228		
	Total	10.717	45			
Maltrato Emocional (directo al menor)	Inter-grupos	906.163	2	453.081	2.591	**.079(*)**
	Intra-grupos	23782.959	136	174,875		
	Total	24689.122	138			
Negligencia (directo al menor)	Inter-grupos	691.577	2	345.789	1.623	.201
	Intra-grupos	28552.890	134	213.081		
	Total	29244.467	136			
Maltrato físico (directo al menor)	Inter-grupos	141.015	2	70.508	2.209	.114
	Intra-grupos	4309.456	135	31.922		
	Total	4450.471	137			

Nota: * $p < .05$, marginalmente significativa.

6.5.3 Relación entre tipos de maltrato e indicadores de psicopatología general (CBCL)

En este apartado, se estudia la relación entre los síndromes del CBCL, y los tipos de maltrato sufridos por la madre y por el menor.

Con tal fin, se ha llevado a cabo un análisis de varianza unifactorial, tomando como variables independientes: no sintomatología en el CBCL, sintomatología leve (Pc 93-97), y sintomatología grave (Pc ≥ 98); y como dependientes los tipos de maltrato hacia la madre y hacia el menor.

A continuación se exponen los resultados en los que se obtuvo una relación significativa entre las variables estudiadas.

Como puede observarse en Tabla 6.34, en relación a la sintomatología asociada a patrones *Externalizantes*, se encontró que sólo se relacionaba de forma estadísticamente significativa con el maltrato físico ejercido contra la madre por parte de la pareja o expareja ($F_{2, 137} = 9.069$; $p \leq .001$; $\eta^2 = .117$; $\Pi = .973$). Según las comparaciones post-hoc realizadas, los casos con sintomatología clínica grave difirieron significativamente en la variable maltrato físico a la madre de los casos que no presentaron sintomatología clínica ($d = 15.46$; $p \leq .001$).

Tabla 6.34

ANOVA sintomatología externalizante y maltrato físico a la madre

V.D.	FUENTE	S.C.	g.l.	M.C.	F	p
Maltrato	**S. Externalizante**	6710.796	2	3355.398	9.069	.000
Físico	Error	50690.140	137	370.001		
madre	Total	57400.936	139			

Nota. V.D.: variable dependiente; S.C.: suma de cuadrados; g.l.: grados de libertad; M.C.: media cuadrática; F.: de Fisher-Snedecor; p.: probabilidad.

En la Tabla 6.35 se puede apreciar que la sintomatología asociada a patrones *Internalizantes* se relacionó de forma estadísticamente significativa con el maltrato físico a la madre ($F_{2, 137} = 3.921$; $p \leq .022$; $\eta^2 = .054$; $\Pi = .698$). En base a las comparaciones post-hoc llevadas a cabo, los casos con sintomatología clínica grave difirieron significativamente en la variable maltrato físico a la madre de los casos que no mostraron sintomatología clínica ($d = 9.47$; $p \leq .032$).

Así mismo, la sintomatología asociada a patrones *Internalizantes* se relacionó de forma estadísticamente significativa con el maltrato emocional a la madre ($F_{2, 137} = 7.056$; $p \leq .001$; $\eta^2 = .093$; $\Pi = .924$). Según las comparaciones post-hoc realizadas, los casos con sintomatología clínica grave difirieron significativamente en el maltrato emocional a la madre de los que no presentaron sintomatología clínica ($d = 22.22$; $p \leq .001$).

De igual modo, la sintomatología asociada a patrones *Internalizantes* se relacionó de forma estadísticamente significativa con la variable testimonio del menor acerca del maltrato emocional ejercido contra la madre ($F_{2, 136} = 4.700$; $p \leq .011$; $\eta^2 = .065$; $\Pi = .780$). Partiendo de las comparaciones post-hoc efectuadas, los casos con sintomatología clínica grave difirieron significativamente en el testimonio del menor acerca del

maltrato emocional a la madre de los casos que no exhibieron sintomatología clínica (d = 2.52; $p \leq .013$).

Finalmente, la sintomatología asociada a patrones *Internalizantes* se relacionó de forma estadísticamente significativa con maltrato emocional directo hacia el menor ($F_{2, 136} = 3.426$; $p \leq .035$; $\eta^2 = .048$; $\Pi = .635$). Según las comparaciones post-hoc llevadas a cabo, los casos con sintomatología clínica grave difirieron significativamente en la variable maltrato emocional al menor de los que no manifestaron sintomatología clínica (d = 6.3546; $p \leq .030$).

Tabla 6.35

ANOVA sintomatología internalizante y tipos de maltrato

V.D.	FUENTE	S.C.	g.l.	M.C.	F	p
Maltrato físico madre	**S. Internalizante**	3107.611	2	1553.806	3.921	.022
	Error	54293.325	137	396.302		
	Total	57400.936	139			
Maltrato emocional madre	**S. Internalizante**	14889.362	2	7444.681	7.056	.001
	Error	14889.362	137	1055.021		
	Total	159427.221	139			
Testimonio menor maltrato emocional madre	**S. Internalizante**	209.745	2	104.872	4.700	.011
	Error	3034.889	136	22,315		
	Total	3244.633	138			
Maltrato emocional menor	**S. Internalizante**	1184.221	2	592.111	3.426	.035
	Error	23504.901	136	172.830		
	Total	24689.122	138			

Nota. V.D.: variable dependiente; S.C.: suma de cuadrados; g.l.: grados de libertad; M.C.: media cuadrática; F.: de Fisher-Snedecor; p.: probabilidad.

La Tabla 6.36 muestra que la sintomatología de *Ansiedad/Depresión* guardó relación estadísticamente significativa con maltrato emocional a la madre ($F_{2, 137} = 7.709$; $p \leq .001$; $\eta^2 = .101$; $\Pi = .945$). En base a las comparaciones post-hoc realizadas, los casos con sintomatología clínica grave difirieron significativamente en la variable testimonio del menor acerca del maltrato emocional a la madre de los casos que no presentaron sintomatología clínica (d = 24.70; $p \leq .001$).

Así mismo, la sintomatología de *Ansiedad/Depresión* se relacionó de forma estadísticamente significativa con maltrato emocional directo hacia el menor ($F_{2, 136} = 4.980$; $p \leq .008$; $\eta^2 = .068$; $\Pi = .805$). Según las comparaciones post-hoc obtenidas, los casos con sintomatología clínica grave difirieron significativamente en maltrato emocional hacia el menor de los casos que no mostraron sintomatología clínica (d = 8.6029; $p \leq .006$).

Tabla 6.36

ANOVA sintomatología de Ansiedad/Depresión y tipos de maltrato

V.D.	FUENTE	S.C.	g.l.	M.C.	F	p
Maltrato emocional madre	**Ansiedad/Depresión**	16126.677	2	8063.338	7.709	.001
	Error	143300.545	137	1045.989		
	Total	159427.221	139			
Maltrato emocional menor	**Ansiedad/Depresión**	1684.703	2	842.352	4.980	.008
	Error	23004.419	136	169.150		
	Total	24689.122	138			

Nota. V.D.: variable dependiente; S.C.: suma de cuadrados; g.l.: grados de libertad; M.C.: media cuadrática; F.: de Fisher-Snedecor; p.: probabilidad.

La Tabla 6.37 evidencia que la sintomatología de *Retraimiento*, se relacionó de forma estadísticamente significativa con maltrato físico hacia la madre ($F_{2, 137} = 4.922$; $p \leq .009$; $\eta^2 = .066$; $\Pi = .791$). Con respecto a las comparaciones post-hoc resultantes, los casos con sintomatología clínica grave difirieron significativamente en la variable maltrato físico a la madre de los casos que no exhibieron sintomatología clínica (d = 9.48; $p \leq .022$); y de los que presentaron sintomatología clínica leve (d = 12.53; $p \leq .05$).

Así mismo, la sintomatología de *Retraimiento*, guardó relación estadísticamente significativa con maltrato emocional hacia la madre ($F_{2, 137} = 8.861$; $p \leq .001$; $\eta^2 = .115$; $\Pi = .970$). Según las comparaciones post-hoc llevadas a cabo, los casos con sintomatología clínica grave difirieron significativamente en la variable maltrato físico a la madre de los casos que no mostraron sintomatología clínica (d = 24.00; $p \leq .001$); y de los que manifestaron sintomatología clínica leve (d = 21.01; $p \leq .04$).

De igual modo, la sintomatología de *Retraimiento*, presentó una relación estadísticamente significativa con testimonio del menor del maltrato emocional hacia la madre ($F_{2, 136} = 3.728$; $p \leq .027$; $\eta^2 = .052$; $\Pi = .675$). En base a las comparaciones post-hoc llevadas a cabo, los casos que manifestaron sintomatología clínica grave difirieron significativamente en la variable testimonio del menor del maltrato emocional hacia la madre de aquellos que no exhibieron sintomatología clínica ($d = 2.29$; $p \leq .030$).

Por último, la sintomatología de *Retraimiento*, se relacionó de forma estadísticamente significativa con maltrato emocional directo hacia el menor ($F_{2, 136} = 4.412$; $p \leq .014$; $\eta^2 = .061$; $\Pi = .752$). En relación a las comparaciones post-hoc obtenidas, los casos que presentaron sintomatología clínica grave difirieron significativamente en la variable maltrato emocional directo hacia el menor de los casos que no mostraron sintomatología clínica ($d = 6.2191$; $p \leq .032$).

Tabla 6.37

ANOVA sintomatología de Retraimiento y tipos de maltrato

V.D.	FUENTE	S.C.	g.l.	M.C.	F	p
Maltrato Físico madre	**Retraimiento**	3775.250	2	1887.625	4.822	.009
	Error	53625.686	137	391.428		
	Total	57400.936	139			
Maltrato Emocional madre	**Retraimiento**	18261.430	2	9130.715	8.861	.000
	Error	141165.792	137	1030.407		
	Total	159427.221	139			
Testimonio menor maltrato emocional madre	**Retraimiento**	168.634	2	84.317	3.728	.027
	Error	3075.999	136	22.618		
	Total	3244.633	138			
Maltrato emocional menor	**Retraimiento**	1504.178	2	752.089	4.412	.014
	Error	23184.944	136	170.478		
	Total	24689.122	138			

Nota. V.D.: variable dependiente; S.C.: suma de cuadrados; g.l.: grados de libertad; M.C.: media cuadrática; F.: de Fisher-Snedecor; p.: probabilidad.

Como se refleja en la Tabla 6.38, la sintomatología de *Problemas Sociales* guardó relación estadísticamente significativa con maltrato físico hacia la madre ($F_{2, 137} = 9.332$; $p \leq .001$; $\eta^2 = .120$; $\Pi = .976$). En base a las comparaciones post-hoc halladas, los casos

que presentaron sintomatología clínica grave difirieron significativamente en la variable maltrato físico hacia la madre de los casos que no mostraron sintomatología clínica (d = 16.79; $p \leq .001$).

Así mismo, la sintomatología de *Problemas Sociales* se relacionó de forma estadísticamente significativa con maltrato emocional hacia la madre ($F_{2, 137} = 5.172$; $p \leq .007$; $\eta^2 = .070$; $\Pi = .820$). A partir de las comparaciones post-hoc realizadas, los casos que presentaron sintomatología clínica grave difirieron significativamente en la variable maltrato emocional hacia la madre de los casos que no exhibieron sintomatología clínica (d = 21.40; $p \leq .005$).

Del mismo modo, la sintomatología de *Problemas Sociales* presentó una relación estadísticamente significativa con testimonio del menor del maltrato emocional a la madre ($F_{2, 136} = 5.885$; $p \leq .004$; $\eta^2 = .080$; $\Pi = .869$). Según las comparaciones post-hoc obtenidas, los casos con sintomatología clínica grave difirieron significativamente en la variable testimonio del menor del maltrato emocional a la madre de los casos que no manifestaron sintomatología clínica (d = 3.20; $p \leq .003$).

Igualmente, la sintomatología de *Problemas Sociales* guardó relación estadísticamente significativa con maltrato emocional directo hacia el menor ($F_{2, 136} = 5.234$; $p \leq .006$; $\eta^2 = .071$; $\Pi = .825$). En base a las comparaciones post-hoc llevadas a cabo, los casos que presentaron sintomatología clínica grave difirieron significativamente en la variable maltrato emocional hacia el menor de aquellos que no mostraron sintomatología clínica (d = 8.4956; $p \leq .005$).

Finalmente, la sintomatología de *Problemas Sociales* presentó relación estadísticamente significativa con negligencia hacia el menor ($F_{2, 134} = 3.756$; $p \leq .026$; $\eta^2 = .053$; $\Pi = .678$). Según las comparaciones post-hoc realizadas, los casos que mostraron sintomatología clínica grave difirieron significativamente en la variable negligencia hacia el menor de aquellos que no exhibieron sintomatología clínica (d = 7.9920; $p \leq .021$).

Tabla 6.38

ANOVA sintomatología de Problemas Sociales y tipos de maltrato

V.D.	FUENTE	S.C.	g.l.	M.C.	F	p
Maltrato Físico madre	**Problemas Sociales**	6882.286	2	3441.143	9.332	.000
	Error	50518.650	137	368.749		
	Total	57400.936	139			
Maltrato Emocional madre	**Problemas Sociales**	11191.845	2	5595.922	5.172	.007
	Error	148235.377	137	1082.010		
	Total	159427.221	139			
Testimonio menor maltrato emocional madre	**Problemas Sociales**	258.434	2	129.217	5.885	.004
	Error	2986.199	136	21.957		
	Total	3244.633	138			
Maltrato emocional menor	**Problemas Sociales**	1764.660	2	882.330	5.234	.006
	Error	22924.462	136	168.562		
	Total	24689.122	138			
Negligencia menor	**Problemas Sociales**	1552.399	2	776.200	3.756	.026
	Error	27692.068	134	206.657		
	Total	29244.467	136			

Nota. V.D.: variable dependiente; S.C.: suma de cuadrados; g.l.: grados de libertad; M.C.: media cuadrática; F.: de Fisher-Snedecor; p.: probabilidad.

En la Tabla 6.39 se observa que en la sintomatología de *Problemas de Pensamiento* se encontró una relación estadísticamente significativa con maltrato físico hacia la madre ($F_{2, 137} = 5.594$; $p \leq .005$; $\eta^2 = .075$; $\Pi = .851$). En base a las comparaciones post-hoc resultantes, los casos con sintomatología clínica grave difirieron significativamente en la variable maltrato físico a la madre de los casos que no mostraron sintomatología clínica ($d = 12.43$; $p \leq .010$); y de los que manifestaron sintomatología clínica leve ($d = 18.50$; $p \leq .021$).

Así mismo, la sintomatología de *Problemas de Pensamiento* guardó relación estadísticamente significativa con testimonio del menor del maltrato emocional hacia la madre ($F_{2, 136} = 3.889$; $p \leq .023$; $\eta^2 = .054$; $\Pi = .694$). Según las comparaciones post-hoc

resultantes, los casos con sintomatología clínica grave difirieron significativamente en la variable testimonio del menor del maltrato emocional hacia la madre de los casos que no presentaron sintomatología clínica (d = 2.79; p ≤ .019).

Tabla 6.39

ANOVA sintomatología de Problemas de Pensamiento y tipos de maltrato

V.D.	FUENTE	S.C.	g.l.	M.C.	F	p
Maltrato Físico madre	**Problemas Pensamiento**	4333.612	2	2166.806	5.594	.005
	Error	53067.323	137	387.353		
	Total	57400.936	139			
Testimonio menor maltrato emocional madre	**Problemas Pensamiento**	175.518	2	87.759	3.889	.023
	Error	3069.115	136	22.567		
	Total	3244.633	138			

Nota. V.D.: variable dependiente; S.C.: suma de cuadrados; g.l.: grados de libertad; M.C.: media cuadrática; F.: de Fisher-Snedecor; p.: probabilidad.

La Tabla 6.40 muestra cómo la sintomatología de *Problemas de Atención* guardó relación estadísticamente significativa con maltrato físico hacia la madre ($F_{2, 137} = 3.950$; $p \leq .021$; $\eta^2 = .055$; $\Pi = .702$). En relación a las comparaciones post-hoc resultantes, los casos con sintomatología clínica grave difirieron significativamente en la variable maltrato físico a la madre de los casos que no exhibieron sintomatología clínica (d = 9.83; p ≤ .030).

Tabla 6.40

Relación entre sintomatología de Problemas de Atención y tipos de maltrato

V.D.	FUENTE	S.C.	g.l.	M.C.	F	p
Maltrato Físico madre	**Problemas Atención**	3129.349	2	1564.674	3.950	.021
	Error	54271.587	137	396.143		
	Total	57400.936	139			

Nota. V.D.: variable dependiente; S.C.: suma de cuadrados; g.l.: grados de libertad; M.C.: media cuadrática; F.: de Fisher-Snedecor; p.: probabilidad.

Como se aprecia en la Tabla 6.41, en relación a la sintomatología de *Conducta Antinormativa,* se encontró una relación estadísticamente significativa con maltrato

físico hacia la madre ($F_{2, 137} = 10.190$; $p \leq .001$; $\eta^2 = .129$; $\Pi = .985$). Según las comparaciones post-hoc obtenidas, los casos con sintomatología clínica grave difirieron significativamente en la variable maltrato físico a la madre de los casos que no presentaron sintomatología clínica (d = 20.85; $p \leq .001$).

De igual forma, la sintomatología de *Conducta Antinormativa* guardó relación estadísticamente significativa con negligencia hacia el menor ($F_{2, 134} = 5.428$; $p \leq .005$; $\eta^2 = .075$; $\Pi = .839$). A partir de las comparaciones post-hoc halladas, los casos con sintomatología clínica grave difirieron significativamente en la variable negligencia hacia el menor de los casos que no mostraron sintomatología clínica (d = 10.9752; $p \leq .006$).

Por último, la sintomatología de *Conducta Antinormativa* presentó una relación estadísticamente significativa con maltrato físico hacia el menor ($F_{2, 135} = 4.025$; $p \leq .020$; $\eta^2 = .056$; $\Pi = .710$). A partir de las comparaciones post-hoc halladas, los casos con sintomatología clínica grave difirieron significativamente en la variable negligencia hacia el menor de los casos que no manifestaron sintomatología clínica (d = 3.84; $p \leq .016$).

Tabla 6.41

ANOVA sintomatología de Conducta Antinormativa y tipos de maltrato

V.D.	FUENTE	S.C.	g.l.	M.C.	F	p
Maltrato Físico madre	**Conducta Antinormativa**	7433.207	2	3716.604	10.190	.000
	Error	49967.729	137	364.728		
	Total	57400.936	139			
Negligencia menor	**Conducta Antinormativa**	2191.649	2	1095.825	5.428	.005
	Error	27052.818	134	201.887		
	Total	29244.467	136			
Maltrato Físico menor	**Conducta Antinormativa**	250.455	2	125.228	4.025	.020
	Error	4200.016	135	31.111		
	Total	4450.471	137			

Nota. V.D.: variable dependiente; S.C.: suma de cuadrados; g.l.: grados de libertad; M.C.: media cudrática; F.: de Fisher-Snedecor; p.: probabilidad.

En la Tabla 6.42 se puede evidenciar que, en relación a la sintomatología de *Conducta Agresiva*, sólo se obtuvo una relación estadísticamente significativa con maltrato físico hacia la madre ($F_{2, 137} = 9.533$; $p \leq .001$; $\eta^2 = .122$; $\Pi = .979$). Según las comparaciones post-hoc obtenidas, los casos con sintomatología clínica grave difirieron significativamente en la variable maltrato físico hacia la madre de los casos que no exhibieron sintomatología clínica ($d = 15.34$; $p \leq .001$).

Tabla 6.42

Relación entre sintomatología de Conducta Agresiva y tipos de maltrato

V.D.	FUENTE	S.C.	g.l.	M.C.	F	p
Maltrato Físico madre	**Conducta Agresiva**	7012.467	2	3506.234	9.533	.000
	Error	50388.468	137	367.799		
	Total	57400.936	139			

Nota. V.D.: variable dependiente; S.C.: suma de cuadrados; g.l.: grados de libertad; M.C.: media cudrática; F.: de Fisher-Snedecor; p.: probabilidad.

Para concluir este apartado cabe señalar que parece confirmarse que la gravedad clínica de la sintomatología de tipo *Externalizante*, en comparación con los menores que no manifestaron sintomatología clínica, se relaciona significativamente con un mayor promedio de maltrato físico a la madre; y con negligencia hacia el menor en el caso de la *Conducta Antinormativa* de gravedad clínica. De igual modo, la gravedad clínica de la sintomatología de tipo *Internalizante*, en comparación con los niños y adolescentes que no mostraron sintomatología clínica, parece relacionarse con una intensidad mayor de maltrato físico y emocional a la madre, mayor exposición del menor a este tipo de maltrato, y mayor intensidad en el maltrato emocional ejercido contra el menor.

6.5.4 Relación entre alteraciones psicopatológicas y maltrato hacia la madre

Se examinan las relaciones entre las subescalas de la CPSS, la puntuación total en la CPSS, síndromes del CBCL, número de síndromes en el CBCL, los tipos de maltrato hacia la madre y la exposición del menor a los mismos. El estadístico utilizado ha sido el coeficiente de correlación de Pearson.

Como se observa en la Tabla 6.43, en la muestra total, la subescala de la CPSS, *Pensamientos Intrusivos*, presentó correlaciones significativas de signo positivo con las siguientes variables: *Quejas Somáticas* (r = .270; p < .01); *Sintomatología Internalizante* (r = .215; p < .01); *número de Síndromes* (r = .210; p < .01); y *Ansiedad/Depresión* (.174; p < .05). Es decir, a mayor intensidad de los pensamientos intrusivos, mayor sintomatología de tipo internalizante y más número de alteraciones psicológicas.

La subescala *Hiperarousal*, presentó correlaciones significativas de signo positivo con las siguientes variables: *Quejas Somáticas* (r = .218; p < .01); *Testimonio del menor del maltrato físico a la madre* (r = .176; p < .05), y *Sintomatología Internalizante* (r = .175; p < .05). Por tanto, a mayor hiperactivación mayor sintomatología de tipo internalizante y mayor percepción de maltrato físico a la madre.

Finalmente, la *Escala CPSS*, correlacionó positivamente con las variables siguientes: *Quejas Somáticas* (r = .283; p < .01*); Sintomatología Internalizante* (r = .196; p < .05); *Ansiedad/Depresión* (r = .165; p < .05); y, de forma marginal, con número de *Síndromes* (r = .153; p < .05). De tal forma que, a mayor sintomatología TEPT, más sintomatología internalizante y mayor número de alteraciones psicológicas.

Tabla 6.43

Relación entre alteraciones psicopatológicas y maltrato a la madre

VARIABLES	SUBESCALAS CPSS			CPSS
	PI	EV	HI	
Pensamientos Intrusivos (PI)		.655 (**)	.723(**)	.893 (**)
Evitación (EV)	.655(**)		.628(**)	.872(**)
Hiperarousal (HI)	.723(**)	.628(**)		.883(**)
CPSS	.893(**)	.872(**)	.883(**)	
Número Síndromes	.210(**)	.091	.109	.153(*)
Ansiedad/Depresión	.174(*)	.125	.140	.165(*)
Retraimiento	.082	.040	.070	.071
Quejas Somáticas	.270(**)	.148	.218(**)	.238(**)
Problemas Sociales	.128	.094	.078	.113
Problemas Pensamiento	.080	-.006	.049	.044
Problemas Atención	.114	.014	.085	.078
Conducta Antinormativa	.115	.087	.056	.097
Conducta Agresiva	.119	.028	.055	.074
Sintomatología Internalizante	.215(**)	.132	.175(*)	.196(*)
Sintomatología Externalizante	.127	.051	.060	.089
Maltrato Emocional (directo a madre)	.095	.053	.120.	.100
Maltrato Físico (directo a madre)	.039	.034	.214	.074
Maltrato Emocional (testimonio menor)	-.017	.052	.010	.018
Maltrato Físico (testimonio menor)	.107	.098	.176(*)	.144

Nota. * La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral).
** La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).
(*) Marginalmente significativa.

Capítulo 7
DISCUSIÓN

Los estudios sobre las consecuencias del maltrato en menores expuestos a violencia de género se han incrementado durante los últimos 5 años en nuestro país, aunque todavía son escasos, permiten la comparación de los resultados de la presente investigación. Sin embargo, apenas existe evidencia sobre la comorbilidad de alteraciones psicopatológicas en esta población. A nivel internacional existen numerosas investigaciones sobre este último punto, si bien no se centran específicamente en menores expuestos a violencia de género en la pareja, con lo cual resulta más difícil comparar los resultados obtenidos en el presente trabajo.

A lo largo de este capítulo, se describen los resultados generales encontrados en el estudio, asi como la discusión de cada una de las hipótesis planteadas en la investigación en base a la literatura científica sobre el tema.

El objetivo general de la presente investigación residía en conocer la afectación psicopatológica en niños/as expuestos a violencia de género en tres áreas específicas: Trastorno de Estrés Postraumático, Problemas Internalizantes y Externalizantes, así como determinar las características de comorbilidad entre los problemas detectados, y su relación con el tipo de exposición a la violencia y/o maltrato directo.

Con el propósito de alcanzar dicho objetivo se plantearon una serie de objetivos específicos, y unas hipótesis, que se pasan a discutir a continuación:

Hipótesis 1: *A menor edad, mayor prevalencia de alteraciones psicopatológicas.*

Para los análisis relacionados con la psicopatología general, se consideró como indicador de afectación psicopatológica el número de síndromes clínicamente significativos obtenidos en el CBCL, tanto en el intervalo de edad de 8 a 12 años, como en el de 13 a 17 años. El criterio de significación clínica se estableció a partir del percentil igual o superior a 93.

Los análisis de prevalencia muestran que en la mayoría de los síndromes, los menores incluidos en la franja de edad comprendida entre los 8-12 años presentaron una prevalencia mayor que los de 13 a 17 años, a excepción del síndrome *Quejas Somáticas* que obtuvo un porcentaje más elevado en el grupo de mayor edad. Además, el grupo de escolares (8-12 años) mostró tasas de prevalencia más altas que el grupo de adolescentes (13-17), resultando estadísticamente significativas en los siguientes síndromes: A*nsiedad/Depresión*; *Problemas Sociales*; *Problemas de Pensamiento*; *Problemas de Atención*; *Conducta Antinormativa*; *Conducta Agresiva;* y, *Sintomatología externalizante*.

Cuando se examinan las tasas de prevalencia en función de la edad por sexo, los menores de entre 8 y 12 años, obtuvieron prevalencias más altas en casi todos los síndromes, a excepción del síndrome *Quejas Somáticas* que fue más prevalente en las chicas mayores; y en los chicos el patrón *Internalizante*. No obstante, se observa cómo la variable sexo no modificó los resultados.

En esta misma línea, se evidencia que los menores de entre 8 y 12 años mostraron porcentajes superiores en la presencia de más de tres alteraciones psicopatológicas que los de 13 a 17 años (78% *vs* 22%), y fueron estadísticamente significativas.

Con respecto a los resultados de prevalencia obtenidos en TEPT, los adolescentes (13-17 años) presentaron tasas más elevadas que los escolares (8-12 años), independientemente del criterio que se utilizó: DMS-IV-TR (21.4% *vs* 16.5%); DSM-5 (16.1% *vs* 14.4%) TEPT Parcial (Stein et al., 1997 (39.3% vs 33); Hickling et al., 1992; Asmundson et al., 1998 [37.5% vs 33%]), a excepción de los criterios de Scheeringa et al., (2003, 2010) en el que los escolares obtuvieron una prevalencia ligeramente superior (28.9% vs 28.6%), si bien no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de edad.

Por tanto la hipótesis sobre la edad se confirma parcialmente, por lo que se concluye que la afectación psicopatológica difiere entre el grupo de escolares y adolescentes, presentando mayor afectación los primeros en los patrones de problemas externalizantes e internalizantes y en el número de alteraciones psicopatológicas, pero no en el caso del trastorno de estrés postraumático en en el que mostraron mayor prevalencia los adolescentes.

En relación a los patrones de problemas externalizantes e internalizantes, los datos coinciden con los que informan otros estudios en menores expuestos a violencia doméstica (Bogat et al., 2006; Dejonghe et al., 2005; Eth y Pynoos, 1985; Hughes y Barad, 1983) que hallaron que los niños/as de menor edad mostraban más problemas que los de otros grupos de edad. Sin embargo, difieren de los que plantean que el TEPT también se presenta con mayor frecuencia en niños/as que en adolescentes (Stoppelbein y Greening, 2000), aproximándose, este estudio, a los que obtienen tasas más elevadas en adolescentes (Castro, 2011; Fernández, 2014), o no hallaron diferencias estadísticamente significativas (Copeland et al., 2007; Kilpatrick et al. 2003).

Hipótesis 2: *No se encontrarán diferencias de sexo significativas con respecto a las alteraciones psicopatológicas evaluadas.*

Los resultados obtenidos en el CBCL ponen de manifiesto que las niñas obtuvieron tasas de prevalencia más elevadas en los síndromes de *Retraimiento* (54.6% *vs* 52.7%); *Quejas Somáticas* (45.5% *vs* 39.5%); *Problemas Sociales* (39% *vs* 25%); y *Problemas de Pensamiento* (33.8% *vs* 25%). Mientras que los niños mostraron porcentajes más elevados en los síndromes de *Ansiedad/Depresión* (34.2% *vs* 32.5%); *Problemas de Atención* (52.6% *vs* 39%); *Conducta Antinormativa* (25% *vs* 14.3%); *Conducta agresiva* (42.1% *vs* 40.3%); *Sintomatología Internalizantes* (51.3% *vs* 49.4%); y *Externalizante* (40.8% *vs* 35.1%). Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos.

Por otra parte, al analizar la manifestación de más de tres alteraciones psicopatológicas por sexo, presentaron más de tres síndromes un porcentaje superior de niñas que de niños (52.5% *vs* 47.5%), pero no fue significativo estadísticamente.

Con respecto a los resultados de prevalencia obtenidos en TEPT, las niñas mostraron prevalencias más elevadas que los niños, independientemente del criterio que se utilizó: DMS-IV-TR (23.4 % *vs* 13.2); DSM-5 (19.5% *vs* 10.5%); TEPT Parcial (Scheeringa et al., 2003, 2010 [33.8% *vs* 23.7%]; Asmundson et al., 1998; Hickling et al., 1992; [40.3% *vs* 28.9%]; y Stein et al., 1997 [41.6% *vs* 28.9 %]); no resultando estadísticamente significativas.

Por tanto, la hipótesis se confirma, ya que no se han obtenido diferencias estadísticamente significativas en las alteraciones psicopatológicas analizadas entre ambos sexos.

Los resultados son consistentes con otros trabajos que no han encontrado diferencias significativas entre niñas y niños en relación a problemas internalizantes y externalizantes (Matud, 2007; Sternberg et al., 2006). Del mismo modo, otros estudios no han obtenido diferencias significativas en alteraciones psicopatológicas entre niños y niñas expuestos a violencia de género (Alcántara et al., 2013; Chan y Yeung, 2009).

La tendencia evidenciada de mayor afectación en las niñas coincide con los hallazgos informados por otros autores en relación al TEPT. Varios estudios con menores expuestos a diversos traumas, entre los que se incluyen traumas interpersonales, tanto en muestras clínicas (Castro, 2011; Fernández, 2014; Fernández et al., 2010) como de población general (Alisic et al., 2014; Carmassi et al., 2014; Díaz, et al., 2012; Kilpatrick et al., 2003) ponen de manifiesto que las niñas obtienen tasas más altas de prevalencia de TEPT que los niños. No obstante, en estos trabajos tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Hipótesis 3: *Se obtendrá mayor prevalencia clínica en problemas externalizantes que en internalizantes.*

En relación a las puntuaciones globales, la prevalencia de alteraciones psicopatológicas internalizantes fue más elevada que las externalizantes (50.4 *vs* 37.9), para el percentil 93, siguiendo la misma tendencia en función de la gravedad de la sintomatología.

Tanto en el grupo de escolares como en el de adolescentes la prevalencia resultó más alta para la sintomatología internalizante que para la externalizante (50.5% *vs* 46.4%; 50% *vs* 23.3%, respectivamente). Así mismo, los niños de ambos grupos de edad presentaron prevalencias más elevadas en sintomatología internalizante que las niñas, siendo más alta la sintomatología internalizante en el grupo de adolescentes que en el de escolares.

Por tanto, la hipótesis no se confirma, puesto que la sintomatología externalizante ha resultado menos prevalente que la internalizante.

Estos resultados son similares a los encontrados por Graham-Bermann et al. (2009) en una muestra de menores expuestos a violencia de género en la pareja, de entre 6 y 12 años. Los autores informaron de una prevalencia de problemas internalizantes en niños del 39%, y en niñas del 36%; respecto a los problemas externalizantes fue del 26% en niños, y del 21% en niñas, si bien los porcentajes son más elevados en el presente estudio. Así mismo, otros trabajos confirman tasas mayores en problemas internalizantes que en externalizantes, en menores expuestos a violencia de género

(Alcántara et al., 2013; Corbalán y Patró, 2003; Rosser et al., 2013; Sternberg et al., 2006).

Hipótesis 4: *Se encontrará mayor prevalencia de TEPT utilizando criterios de TEPT Parcial, que utilizando los criterios establecidos por el DSM-IV-TR y por el DSM-5. Igualmente se obtendrá mayor prevalencia de TEPT, según criterios DSM-IV-TR, que en población general.*

Con respecto a los criterios diagnósticos de TEPT utilizados, los resultados demostraron que bajar el umbral de síntomas facilitó un diagnóstico más adecuado y preciso de TEPT en menores y adolescentes (Scheeringa et al. 2003, 2010), obteniendo prevalencias más elevadas que con criterios DSM: en la presente investigación, empleando criterios DSM-IV-TR, la prevalencia en la muestra total fue de un 18.3%.; según criterios DSM-5 la prevalencia fue del 15%; y en base a criterios de TEPT Parcial en función de la propuesta de diferentes autores fue: Scheeringa et al., 2003, 2010 (28.8%); Stein et al., 1997 (35.3%); Hickling et al., 1992; y Asmundson et al., 1998 (34.6%).

Por tanto, se confirma la hipótesis, ya que se han obtenido prevalencias más elevadas según criterios de TEPT Parcial frente a los criterios DSM.

Estos datos están en sintonía con los obtenidos en algunas investigaciones, por ejemplo, Castro (2011) obtuvo una prevalencia del 17.2%, en menores expuestos a violencia de género, según criterios DSM-IV-TR; según criterios DSM-5 del 21.9% y en base a criterios TEPT Parcial la prevalencia fue del 25.8%. Así mismo, Castor (2010), en una muestra de preescolares, los resultados confirmaron que las madres habían informado de TEPT en 71 menores, de los cuales el 17% cumplía criterios DSM-IV, y el 48% según la propuesta de TEPT Parcial de Scheeringa et al. (2003, 2010), para ser incluída en el DSM-5.

Otros autores han obtenido resultados análogos (Fernández, 2014; Graham-Bermann et al., 2012; Levendosky et al., 2002; Rincón et al., 2010; Scheeringa et al., 2006, 2010) que apoyan la adecuación de los criterios de TEPT Parcial formulados por Scheeringa et

al. (2003), para el diagnóstico de TEPT en infancia y adolescencia, frente a los criterios DSM-IV-TR, o DSM-5 (APA, 2013).

Por otra parte, se encontraron tasas más elevadas de prevalencia de TEPT según criterios DSM-IV-TR en la muestra de menores expuestos a violencia de género frente a la muestra extraída de población general (18.3% *vs* 1.8%), que fueron estadísticamente significativas. Por tanto también se confirma la hipótesis planteada en este caso.

Otros trabajos han puesto de relieve resultados similares (p. ej., Copeland et al., 2007; Davidson, 2000; Ford et al., 2003; Furtado et al., 2009; López-Soler et al., en prensa).

Hipótesis 5: *Los menores que presenten Deterioro Funcional mostrarán mayor prevalencia en alteraciones psicopatológicas que los que no lo presenten.*

Respecto a la sintomatología en el CBCL, se encontraron prevalencias ligeramente superiores en los menores que no presentaron Deterioro Funcional frente a los que sí lo presentaron en los síndromes: *Ansiedad/Depresión* (39.5% *vs* 34.5%); *Retraimiento* (55.3% *vs* 51.7%); y en el síndrome *Problemas Sociales* (36.8% *vs* 34.5%). Mientras que los menores que sí presentaron Deterioro Funcional frente a los que no lo presentaron, obtuvieron un mayor porcentaje en los síndromes: *Quejas Somáticas* (37.9% *vs* 34.2%); *Problemas de Pensamiento* (37.9% *vs* 34.2%); *Problemas de Atención* (48.3% *vs* 36.8%); *Conducta Antinormativa* (20.7% *vs* 13.2%); *Conducta Agresiva* (44.8% *vs* 42.1%); *Sintomatología Internalizante* (51.7% vs 50%); y *Sintomatología Externalizante* (41.4% *vs* 39.5%). Como se puede observar, se aprecia un patrón mixto de problemas externalizantes e internalizantes en el grupo de menores que presenta deterioro funcional, además el número de síndromes prevalentes es superior en este grupo, si bien no resulta estadísticamente significativo.

En relación al TEPT según criterios DSM-IV-TR y Diagnóstico TEPT Parcial (Scheeringa et al., 2003, 2010), de los menores que mostraron TEPT Parcial, todos tenían algún síntoma de deterioro, de tal forma que el 56.3% manifestó dos síntomas y el 43.6 % tres o más; de aquellos que cumplían criterios DSM-IV-TR, el 17.8%

presentó dos síntomas de deterioro y el 71.4% presentó tres o más síntomas de deterioro; y de aquellos que presentaban ambos tipos de TEPT, el 31.8% mostró dos síntomas; y el 61.4% tres o más. De los menores que no presentaron Deterioro Funcional el 10.7% mostró TEPT según criterios DSM-IV-TR; y el 6.8% ambos tipos.

En este caso no se han obtenido diferencias estadísticamente significativas entre los menores que presentaron deterioro funcional y los que no lo presentaron en relación a la sintomatología clínica hallada en el CBCL. Respecto a la sintomatología TEPT los menores que presentaron mayor prevalencia de deterioro funcional, también obtuvieron tasas más elevadas en TEPT de ambos tipos, que los que no presentaron Deterioro Funcional, por lo que se confirma parcialmente la hipótesis planteada.

Estos resultados van en la línea de los obtenidos por algunos estudios llevados a cabo con niños y adolescentes expuestos a violencia de género en la pareja, que han hallado relación entre la psicopatología y el deterioro funcional. Por ejemplo Olaya et al. (2010) encontraron que los menores que presentaron mayor psicopatología general, también mostraron mayor deterioro funcional. Igualmente, Castro (2011), informó de tasas elevadas de TEPT, relacionadas con mayor deterioro funcional en los menores.

Hipótesis 6: *Los menores que muestren sintomatología más grave del trastorno por estrés postraumático, son los que presentarán más número de alteraciones psicopatológicas y de mayor gravedad en el CBCL.*

Por una parte, no se encontró relación estadísticamente significativa entre ninguna de las alteraciones psicopatológicas, según niveles de intensidad leve y grave, del CBCL y sintomatología TEPT, en base a criterios DSM-IV-TR. Sin embargo, atendiendo a criterios de TEPT Parcial, según los propuestos por diferentes autores (Asmundson et al., 1998; Hickling y Blanchard, 1992; Scheeringa et al., 2003, 2010; y Stein et al., 1997), se constató que las tasas de prevalencia en sintomatología grave fueron más elevadas que en sintomatología leve en aquellos menores que presentaron TEPT Parcial, resultando estadísticamente significativas, en los mismos síndromes, independientemente de los criterios por autor: *Quejas Somáticos y Problemas Sociales*.

De igual modo, los resultados mostraron correlaciones significativas de signo positivo entre los siguientes síndromes del CBCL y la CPSS: *Ansiedad/Depresión* ($r = .165$; $p < .05$); *Quejas Somática*s ($r = .238$; $p < .01$) y *Sintomatología Internalizante* ($r = .196$; $p < .05$). Es decir, que a mayor sintomatología depresivo/ansiosa, quejas somáticas y sintomatología internalizante, mayor sintomatología de TEPT.

En cuanto a la relación entre el diagnóstico de TEPT y el número de síndromes clínicos que presentaron los menores de la muestra. En el presente estudio, un 36.1% de éstos manifestó dos, y un 44.5% tres o más síndromes; y sintomatología leve de TEPT; mientras que el 29.5% de niños y adolescentes mostró dos síndromes clínicos; y el 59 % tres o más; y sintomatología grave de TEPT. No presentaron ningún síndrome clínico además de TEPT entre leve y grave el 30.8% de los menores, obteniéndose una correlación marginalmente significativa de signo positivo entre el número de síndromes en el CBCL y la puntuación total de la CPSS ($r = .153$; $p < .05$).

Al considerar los criterios DSM-IV-TR y de TEPT parcial, los resultados indicaron que un 43.8% de los menores presentó dos; y un 49.9% tres o más síndromes; y sintomatología de TEPT Parcial. Así mismo, el 28.6% de menores obtuvo dos síndromes clínicos; y el 57.2 % tres o más; y sintomatología de TEPT Completo. Igualmente, un 34.1% mostró dos; y el 54.6% tres o más síndromes, además de sintomatología de TEPT Completo y Parcial. No presentaron ningún síndrome clínico además de TEPT Completo el 14.3% de menores; en relación al TEPT Parcial fue del 6.2%; y con respecto a ambos el 11.4%.

Por tanto, se confirma la hipótesis propuesta, ya que existe una alta comorbilidad entre TEPT y otras alteraciones psicológicas, relacionadas con la gravedad clínica en el presente estudio.

Estos resultados están en consonancia con diversos autores que han documentado altas tasas de comorbilidad de TEPT con otras alteraciones psicopatológicas, en infancia y adolescencia, si bien hay pocos que se hayan realizado en muestras expuestas a violencia de género, sí se han llevado a cabo más frecuentemente en muestras expuestas a diferentes eventos traumáticos y, en algunas de ellos, se incluye el trauma

interpersonal (Cloitre et al., 2009; Fan et al., 2011; Hodges et al., 2013; Jonkman et al., 2013; Margolin y Vickerman, 2011; Scheeringa, 2015).

La mayoría de estas investigaciones han establecido relaciones, más frecuentemente entre sintomatología internalizante y TEPT, coincidiendo con este trabajo. En este sentido podemos destacar el estudio de Díaz et al. (2012), cuyos resultados corroboran el aumento en la prevalencia de síntomas de depresión (13.5%), ansiedad (29.6%) y TEPT (20.4%) junto a la estrecha relación entre ellos. De igual modo, Pan et al. (2013), hallaron que la depresión y la ansiedad tendían a una mayor comorbilidad (28.7%), seguida de la asociación entre trastorno de estrés postraumático y depresión (23.2%), y de trastorno de estrés postraumático y ansiedad (20.4%).

En cuanto a los menores que han estado expuestos a diferentes tipos de maltrato, Oswald et al. (2010) informaron de sintomatología comórbida, algo más baja que la obtenida en este estudio, en dos grupos (los que se encontraban en centros de acogida y los que permanecieron con su familia biológica). En el grupo de comparación (menores en centros de acogida) el 25% presentaba adicionalmente tres trastornos psicopatológicos; un 20% exhibió dos; y un 50% sólo uno; mientras que el 5% no presentaba otro trastorno comórbido. En relación al grupo que convivía con su familia biológica, además de sintomatología TEPT, manifestaron otras tres alteraciones psicológicas el 25%; dos el 25%; y uno el 50%, mostrando prácticamente unas tasas de prevalencia equivalentes en ambos grupos.

Hipótesis 7: *A mayor número y gravedad de los tipos de maltrato mayor comorbilidad entre alteraciones psicopatológicas.*

En primer lugar, se encontraron correlaciones significativas positivas entre el número de síndromes en el CBCL y los cuatro tipos de maltrato: Maltrato emocional a la madre ($r = .308$; $p < .01$); Maltrato físico a la madre ($r = .330$; $p < .01$); Exposición del menor al maltrato emocional de la madre ($r = .269$; $p < .01$); y Exposición del menor al maltrato físico de la madre ($r = .179$; $p < .05$). Es decir, a mayor número de síndromes más intensidad en cada uno de los tipos de maltrato.

Estos resultados coinciden con diferentes estudios que han documentado que el número de tipos de maltrato y la intensidad de la violencia se encuentra estrechamente relacionado con la gravedad de las manifestaciones de estrés postraumático y problemas psicológicos generales, así como de su frecuente asociación (Alcántara, 2010; Cerdá et al., 2011; Díaz et al., 2012; Holt et al., 2008; Jouriles et al., 2008; Liu y Chen, 2015; Mauritz et al., 2013; Spilbury et al., 2007). En este sentido, Grip et al. (2013) confirmaron que, a mayor cantidad de violencia experimentada, más gravedad se apreció en la manifestación de los síntomas de trastorno de estrés postraumático y problemas psicológicos generales en una muestra de menores expuestos a violencia de género. Lo cual viene a demostrar las altas tasas de síntomas TEPT, y los altos niveles de problemas psicopatológicos constatados en estudios previos realizados con menores expuestos a violencia de género en la pareja (Holt et al., 2008; Spilsbury et al., 2007).

En la misma dirección, Moylan et al. (2010) señalan que la combinación de maltrato infantil y exposición a violencia de género en la pareja, aumenta el riesgo de presentar problemas internalizantes y externalizantes, y que se agrave la sintomatología (Sousa et al., 2011), hecho que se observa repetidamente en estudios realizados en esta población, muy frecuentemente en muestras clínicas.

Así mismo, los análisis de varianza confirmaron que la gravedad clínica de la sintomatología de tipo *Externalizante* (*Conducta Agresiva*) en comparación con los menores que no manifestaron sintomatología clínica, estaba relacionada significativamente con un mayor promedio de maltrato físico a la madre. Además, la *Conducta Antinormativa* de gravedad clínica se relacionó también con trato negligente hacia el menor. En esta línea, Miranda et al. (2011) en una investigación, señalan que los menores cuyas madres habían experimentado maltrato en la infancia y aquellos cuyas madres sufrieron maltrato físico en la pareja, mostraron más trastornos disruptivos y problemas de comportamiento externalizante, respectivamente.

De igual modo, la gravedad clínica de la sintomatología de tipo *Internalizante (Retramiento)*, en comparación con los niños y adolescentes que no mostraron sintomatología clínica, estaba relacionada con una intensidad mayor de maltrato físico y emocional a la madre, mayor exposición del menor a este tipo de maltrato, y mayor intensidad en el maltrato emocional ejercido contra el menor. La gravedad clínica en

Problemas Sociales se relacionó, además de con todo los tipos de maltrato anteriores, con conducta negligente hacia el menor; mientras que la sintomatología de *Ansiedad/Depresión* de gravedad clínica, sólo se relacionó con maltrato emocional a la madre y maltrato emocional directo hacia el menor.

Estos datos coinciden parcialmente con los obtenidos por Campbell et al. (2013) en una muestra de menores expuestos a violencia intrafamiliar, que permitió establecer la relación entre la gravedad de la exposición a la violencia, al inicio del estudio, con mayor prevalencia de problemas internalizantes. Así mismo, en el estudio de Miranda et al. (2011), mencionado anteriormente, también se encontró que los menores que fueron testigos directos del maltrato físico hacia la madre, y, además, también sufrieron castigo físico ejercido por el padre, manifestaron un aumento de problemas internalizantes.

Por otra parte, en el presente estudio se encontró que a mayor sintomatología TEPT de pensamientos intrusivos mayor sintomatología de tipo internalizante y número de alteraciones psicológicas. A si mismo, a mayor hiperactivación mayor sintomatología de tipo internalizante y más intensidad en el maltrato sufrido por la madre. Estos datos coinciden parcialmente con los obtenidos por Liu y Chen (2015) en una muestra de menores que habían estado expuestos a diversos traumas, entre los que se incluía el trauma interpersonal, y confirmaron que las cogniciones postraumáticas negativas se asociaron con problemas internalizantes y externalizantes.

Por tanto, la hipótesis se confirma, al encontrar relación entre el número y la gravedad de los tipos de maltrato y la comorbilidad entre alteraciones psicopatológicas.

Capítulo 8
CONCLUSIONES

El presente trabajo tenía como finalidad examinar las alteraciones psicopatológicas y el estrés postraumático en una muestra clínica de menores expuestos a diferentes tipos de violencia en el ámbito familiar. La exploración mediante diferentes instrumentos administrados a las madres y a los menores ha permitido conocer el grado de afectación de las diversas alteraciones tanto externalizantes como internalizantes. A continuación se exponen las conclusiones obtenidas en base a los resultados que se han derivado de la investigación.

Los menores que formaron parte de este estudio han estado expuestos a la violencia de género que han sufrido sus madres ejercida por su pareja o expareja, así como al maltrato directo por parte de su progenitor. Como ya se ha comentado, suele existir frecuentemente co-ocurrencia de maltrato directo hacia el menor y de otros factores de riesgo familiares asociados, que actúan como factores estresantes y que pueden tener un efecto acumulativo a largo plazo. Esta situación se asocia, al desarrollo de graves alteraciones conductuales y emocionales y predice un mayor deterioro funcional, según el tipo de alteración, subrayando la evolución clínica de las mismas en función del curso de los diferentes tipos de maltrato y de las adversidades concurrentes asociadas (Finkelhor et al., 2007; Hamby et al., 2010; Holt et al., 2008; McLaughlin et al., 2010b).

Por tanto, la familia que debería ser un entorno de protección y bienestar para los menores, se convierte en un lugar donde se pueden generar las situaciones más violentas (Gelles y Strauss, 1979, 1986). En este sentido, en el presente trabajo el maltrato sufrido por la madre fue de moderado a grave y de diferentes tipos: emocional (82.8%) y físico (36.9%). Los menores fueron testigos de la violencia emocional hacia la madre (leve 77%) y física (de moderada a grave 73.4%). Además, sufrieron maltrato directo por parte del padre de diversos tipos, predominando: negligencia emocional (36.7%) y física (31.2%); maltrato emocional (más prevalente la manipulación, 28%); y maltrato físico (5.1%).

Los efectos derivados de la exposición a los diversos tipos de maltrato constatados, se pueden concretar en los siguientes:

- La prevalencia de alteraciones psicopatológicas internalizantes (retraimiento, quejas somáticas, ansiedad/depresión y problemas sociales) fue más elevada que las externalizantes (conducta agresiva y conducta antinormativa), siguiendo la misma tendencia en función de la gravedad clínica. Como señalan algunos autores los menores expuestos a violencia de género que, adicionalmente sufren maltrato directo, presentan mayor riesgo de exhibir problemas internalizantes y externalizantes con rango clínico (Sternberg et al., 2006).

- Respecto al trastorno de Estrés Postraumático, si bien la última versión del manual (DSM-5, 2013) incorpora modificaciones y se han añadido nuevos criterios,

específicamente para el diagnóstico en la infancia, con el fin de diagnosticar todos los casos reales que presenten sintomatología postraumática, los resultados obtenidos en este trabajo no confirman este hecho. Al tomar como criterio los requisitos para el diagnóstico TEPT exigidos por el DSM-IV (1 síntoma de pensamientos intrusivos, 3 de evitación y 2 de hiperarousal) la tasa de prevalencia de menores que cumplió los criterios se situó en el 18.3%. Utilizando los criterios actuales DSM-5 fue del 15%. Por tanto, aunque estos porcentajes son más elevados que los encontradas en población general (Copeland et al., 2007; Ford et al., 2003; Furtado et al., 2009; Hidalgo y Davidson, 2000), van más en la línea de que los criterios DSM no son lo suficientemente sensibles para detectar la presencia de estrés postraumático en esta población, dejando sin diagnosticar a niños y adolescentes que presentan sintomatología subclínica (Zeanah, 2010). En esta dirección, la propuesta alternativa de TEP Parcial (Scheeringa et al., 2003, 2010) parece que sigue siendo la más adecuada para escolares y adolescentes, mientras que los criterios para preescolares del actual DSM-5, también resultarían apropiados en estas edades. En este sentido, las prevalencias obtenidas siguiendo el criterio de diferentes autores para TEPT Parcial (Asmundson et al., 1998; Hickling y Blanchard, 1992; Scheeringa et al., 2003, 2010; y Stein et al., 1997), fueron más elevadas oscilando entre un 35.3% y un 28.8%.

- Se encontró mayor deterioro funcional en los menores que presentaban mayor prevalencia de alteraciones psicopatológicas, como en otros trabajos que relacionan deterioro funcional y psicopatología (Castro, 2011; Olaya et al., 2010). Aspecto que nos parece relevante, por las implicaciones clínicas que conlleva. Es decir, se debería iniciar el tratamiento, siempre que aparezca deterioro en las actividades de la vida cotidiana en estos menores, independientemente de que se haya establecido o no un diagnóstico clínico de TEPT.

- En cuanto a la comorbilidad estimada entre el TEPT y otras alteraciones, se observó que un elevado porcentaje de menores presentó tres o más alteraciones psicológicas asociadas, tanto de intensidad leve como grave, según criterios DSM-IV-TR (57.2%) y TEPT Parcial (49.9%). También se halló que, a mayor sintomatología depresivo/ansiosa, quejas somáticas y sintomatología internalizante, mayor

sintomatología de TEPT, resultados que son concordantes con otros estudios (Cloitre et al., 2009; Fan et al., 2011; Hodges et al., 2013; Jonkman et al., 2013; Margolin y Vickerman, 2011; Scheeringa, 2015). Lo cual nos hace reflexionar no sólo acerca de la dificultad del diagnóstico cuando los síntomas se hacen más complejos, sino de las implicaciones prácticas que se derivan para un tratamiento más eficaz.

- Este trabajo también confirma, en sintonía con otros estudios (Alcántara, 2010; Cerdá et al., 2011; Díaz et al., 2012; Holt et al., 2008; Jouriles et al., 2008; Liu y Chen, 2015; Mauritz et al., 2013; Spilbury et al., 2007), que el número de tipos de maltrato y la intensidad de la violencia se encuentran estrechamente relacionados con la gravedad de las manifestaciones de estrés postraumático y problemas psicológicos generales, así como de su frecuente asociación. De esta forma, se obtuvieron relaciones significativas entre el número de síndromes de la CBCL y cuatro tipos de maltrato (maltrato emocional y físico a la madre; exposición del menor al maltrato emocional de la madre; y exposición del menor al maltrato físico de la madre). Del mismo modo, se encontró relación entre sintomatología externalizante grave y maltrato físico a la madre; y sintomatología internalizante y los cuatro tipos de maltrato mencionados anteriormente. Finalmente, se puso de relieve que a mayor sintomatología TEPT de pensamientos intrusivos mayor sintomatología de tipo internalizante y número de alteraciones psicológicas. Así mismo, a mayor hiperactivación mayor sintomatología de tipo internalizante y más intensidad en el maltrato sufrido por la madre. Por tanto, si cesan los tipos de maltrato sería esperable una reducción en la sintomatología que experimentan los menores, aunque esto va a depender de muchas otras variables cuando los síntomas son más complejos, como ya se ha comentado en el marco teórico.

- En este estudio, también se consideró el papel de las variables edad y sexo. En lo relativo a la edad los niños más pequeños (8-12 años) presentaron mayor prevalencia de alteraciones generales, así como un mayor número de las mismas. Sin embargo, en TEPT fueron los adolescentes los que obtuvieron mayor prevalencia, aunque no fue significativa estadísticamente. Respecto al sexo, no se

encontraron diferencias estadísticamente significativas en las diferentes alteraciones en relación a esta variable, coincidiendo con otros estudios (Matud, 2007).

Para concluir, cabe señalar que los resultados obtenidos tienen implicaciones importantes para la intervención, la prevención y la investigación futura en esta materia, y ponen de relieve la necesidad de avanzar en el diagnóstico de las reacciones postraumáticas, ya que el etiquetado de un menor con múltiples trastornos psicológicos aumenta el riesgo de ser estigmatizado, aspecto que ya sucede en esta población expuesta a tantas variables de adversidad familiar y también social. Además, la presencia de múltiples diagnósticos puede conducir a la complejidad en la planificación del tratamiento, y en el establecimiento de un consenso entre los diferentes profesionales que trabajan con estos niños y adolescentes, aspecto necesario para facilitar una intervención eficaz.

No obstante, estamos convencidos de que la mejor intervención es una prevención eficaz. Por tanto, es preciso dar prioridad a la prevención y a la intervención temprana, incorporando a todas las instituciones que tienen contacto con los menores de edad. Creemos firmemente que este tipo de actuaciones favorecerán que no se repitan estos patrones de violencia intergeneracionalmente.

8.1 LIMITACIONES

El trabajo llevado a cabo presenta limitaciones y diversos aspectos que se pueden mejorar para futuras investigaciones:

- El tamaño de la muestra no es tan amplio como hubiera sido deseable, pero al ser una muestra clínica resulta limitante, lo que hace que los resultados deban entenderse desde la reflexión y no extrapolarse a otros contextos, aunque puedan resultar útiles.

- No se ha llevado a cabo una comparación con un grupo control de población general en todos los análisis realizados, lo cual hubiese sido deseable.

- Los datos sobre la exposición de los menores a la violencia sufrida por las madres, así como los relativos al maltrato sufrido por los menores, y los indicadores de psicopatología general, sólo han sido informados por las madres, y no por los menores. En consecuencia, los resultados de la evaluación dependen de la percepción de las madres acerca de la violencia y sus efectos en los menores. Por lo que la la subjetividad y los sesgos de memoria no se pueden descartar. Además, la información, o bien se puede haber sobredimensionado, o justo lo contrario, concretamente cuando se informa sobre síntomas de carácter internalizante más difíciles de observar directamente. Esta cuestión todavía está en debate en la actualidad (Espinar-Ruiz y López-Monsalve, 2014; Levendosky et al, 2002; Menéndez et al., 2013; Scheeringa et al., 2001).

- Del mismo modo, el estrés postraumático se ha medido con una escala de autoinforme (CPSS) cumplimentada por el menor, por lo que presenta los mismos posibles sesgos de subjetividad y de memoria. La investigación futura podría mejorar esta deficiencia mediante la inclusión de una entrevista de diagnóstico más completa.

- El presente estudio no examinó la psicopatología antes del trauma, por lo que es difícil distinguir la psicopatología postraumática de los problemas previos. Además, al ser un estudio transversal, la comorbilidad entre los trastornos hallada puede haberse iniciado en tiempos distintos.

- No se han incluido otras adversidades asociadas que pudieran estar influyendo en la psicopatología hallada y la intensidad y gravedad de la misma. Además, es importante considerar que la frecuencia de los tipos de trauma que se encuentran en esta muestra no es representativa del maltrato informado en población general.

8.2 APORTACIONES DE ESTE ESTUDIO

Pese a las limitaciones evidenciadas en este trabajo, se ha pretendido ofrecer una visión amplia del impacto que supone para estos menores la exposición a violencia de género en tres áreas psicopatológicas concretas, además de ofrecer datos sobre las

comorbilidades entre estrés postraumático y otros trastornos, ya que en nuestro país existen pocos estudios que lo aborden de forma amplia.

Igualmente, se aportan nuevos datos sobre prevalencia de estrés postraumático, considerando, los nuevos criterios propuestos en el DSM-5, lo cual resulta significativo dado que aún no existe casi evidencia sobre esta materia.

8.3 LÍNEAS FUTURAS

La mayoría de estudios publicados sobre menores expuestos a la violencia que sufren sus madres a manos de su pareja o expareja se llevan a cabo sobre muestras clínicas. Por lo tanto, todavía hay una necesidad de examinar los efectos de este tipo de violencia en el comportamiento infantil en población general. Sólo de esta manera se podrán realizar comparaciones entre diversos estudios de manera confiable, tanto a nivel nacional como internacional.

A medida que la investigación avanza muestra que el estudio de la intersección entre exposición a violencia de pareja y otros tipos de maltrato es un comienzo importante y una contribución relevante, pero no suficiente. Se debe ampliar nuestro enfoque para examinar otras formas de victimización también, ya que, tal y como la evidencia empírica sugiere, pueden influir en la gravedad y prevalencia del problema, y, por tanto, conlleva implicaciones para la prevención e intervención (Finkelhor, 2014; Finkelhor et al., 2009; Herrenkohl et al., 2008).

Todavía es escasa la literatura científica sobre las consecuencias de la co-ocurrencia entre exposición a violencia de pareja y otros tipos de maltrato, así como de las adversidades concurrentes (p.ej., Lamers-Winkelman et al., 2012), y del grado de afectación de los hermanos también expuestos y que no están recibiendo tratamiento. Prácticamente no existen estudios que analicen las consecuencias a largo plazo en las víctimas adultas. Como señalan Guedes y Mikton (2013), una pregunta clave es si los niños que experimentan maltrato y exposición a violencia de pareja sufrirán peores resultados que los que tienen un menor número de tipos de victimizaciones (Chan, 2011; Moylan et al., 2010).

Si bien, el maltrato se puede abordar con éxito en el contexto de violencia de pareja, existen pocos programas rigurosamente evaluados dirigidos específicamente a la co-ocurrencia de exposición a violencia de pareja y otros tipos de maltrato, así como circunstancias adversas aditivas (Guedes y Mikton, 2013), por lo que avanzar en el conocimiento de la prevalencia de la co-ocurrencia, de las consecuencias que supone y de los factores que median, podría incidir significativamente en la mejora de la prevención, evaluación y tratamiento a las víctimas de estos tipos de violencia.

REFERENCIAS

A

AACAP Official Action (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 49*(4), 414-430.

Aaron, J., Zaglul, H. y Emery, R. E. (1999). Posttraumatic stress in children following acute physical injury. *Journal of Pediatric Psychology*, *24*, 335-343.

Aberle, N., Ratković-Blažević, V., Mitrović-Dittrich, D., Coha, R., Stoić, A., Bublić, J. y Boranić, M. (2007). Emotional and physical abuse in family: Survey among high school adolescents. *Croatian Medical Journal, 48*, 240-248. Recuperado de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2080522/pdf/CroatMedJ_48_0240.pdf

Abram, K. M., Teplin, L. A., Charles, D. R., Longworth, S. L., McClellan, G. M. y Dulcan, M. K. (2004). Posttraumatic stress disorder and trauma in youth in juvenile detention. *Archives of General Psychiatry, 61*(4), 403-410. doi: 10.1001/archpsyc.61.4.403

Achenbach, T. M. (1991a). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile.* Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M. (1991c). *Manual for the Youth Self-Report*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M. (1992). *Manual for the Child Behavior Checklist/2-3 and profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. (1983). *Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M. y Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.

Achenbach, T. M. y Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms y Profiles.* Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.

Achenbach, T. M. y Rescorla, L. A. (2007). *Multicultural Supplement to the Manual for the ASEBA School-Age Forms y Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.

Ackard, D. M., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J., French, S. y Story, M. (2001). Binge and purge behavior among adolescents: Associations with sexual and physical abuse in a nationally representative sample: The Commonwealth Fund survey. *Child Abuse & Neglect, 25*(6), 771-785. doi: 10.1016/S0145-2134(01)00238-1

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. doi: 10.1177/1066480706290342

Administration for Children and Families, C. B. (2006).*Child maltreatment 2006: Reports from the states to the national child abuse and neglect data systems-national statistics on child abuse and neglect*. Recuperado de http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/stats research/index.htm#can

Afifi, T. O., Enns, M. W., Cox, B. J., Asmundson, G. J., Stein, M. B. y Sareen, J. (2008). Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *The American Journal of Public Health, 98*(5), 946-52. doi: 10.2105/AJPH.2007.120253

Aguilar-Redorta, M. D., Noguerol, V., Fernández-Doyague, A. y Cerro-Alonso, E. (2011). *Informe del grupo de trabajo de investigación sobre la infancia víctima de la violencia de género*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de Publicaciones.

Agustina, J. R. (2010). Conceptos clave, fenomenología, factores y estrategias en el marco de la violencia intrafamiliar. En J. R. Agustina (Dir.), *Violencia intrafamiliar. Raíces, factores y formas de violencia en el hogar* (pp. 61-132). Madrid: Edisofer.

Agustina, J. R., de Borafull, I., Gas, M., Echeburúa, E., de Corral, P., de Paul, J., … Cuadros, D. (2010). *Violencia intrafamiliar. Raíces, factores y formas de violencia en el hogar*. Madrid: Edisofer.

Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A study*. Buenos Aires: Paidós.

Ainsworth, M. y Wittig, B. (1969). Attachment and exploratory behavior of 1-year-olds in a strange situation. En B. M. Foss (Ed.), *Determinants of Infant Behavior, IV* (pp. 111-136). London: Methuen.

Alberdi, I. y Matas, N. (2002). *La violencia doméstica*. Barcelona: Fundación la Caixa.

Alcántara, M. V. (2010). *Las víctimas invisibles. Afectación psicológica en menores expuestos a violencia de género.* Tesis Doctoral, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia.

Alcántara, M. V., López-Soler, C., Castro, M. y López, J. J. (2013). Alteraciones psicológicas en menores expuestos a violencia de género: Prevalencia y diferencias de género y edad. *Anales de Psicología, 29*(3), 741-747. doi: http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.171481

Alcázar-Córcoles, 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. Recuperado de http://www.masterforense.com/pdf/2001/2001art10.pdf

Alink, L., van Ijzendoorn, R., Bakermans-Kranenburg, M., Pannebakker, F., Vogels, T. y Euser, S. (2011). *Childhood maltreatment in the Netherlands 2010*. Casimir Publishers, Leiden.

Alisic, E., Groot, A., Snetselaar, H., Stroeken, S. y van de Putte, E. (2015). Parental intimate partner homicide and its consequences for children: Protocol for a population-based study. *BMC Psychiatry, 15*(177), 1-7. doi: 10.1186/s12888-015-0565-z

Alisic, E., Zalta, A. K., van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K. y Smid, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 204*, 335-340. doi: 10.1192/bjp.bp.113.131227

Alonso, E. y Labrador, F. J. (2008). Características sociodemográficas y de la violencia de pareja en mujeres maltratadas con trastorno de estrés postraumático: Un estudio comparativo de víctimas de diferente nacionalidad. *Revista Mexicana de Psicología, 25*, 271-282. Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/2430/243016308007.pdf

Alonso, J. M. y Castellanos, J. L. (2006). Por un enfoque integral de la violencia familiar. *Intervención Psicosocial, 15*(3), 253-274. doi: http://dx.doi.org/10.4321/S1132-05592006000300002

Alonso, M. J., Bedoya, J. M., Cayuela, A., Dorado, M. I., Gómez, M. C. e Hidalgo, D. (2004). Violencia contra la mujer. Resultados de una encuesta hospitalaria. *Progresos de Obstetricia y Ginecología, 47*(11), 511-520. doi: 10.1016/S0304-5013(04)76045-8

Alteimeier, W. A., O'Connor, S., Sherrod, K. B. y Tucker, D. (1986). Outcome of abuse during childhood among pregnant low income women. *Child Abuse & Neglect, 10,* 319-330. doi: 10.1016/0145-2134(86)90007-4

Allen, B. (2008). An analysis of the impact of diverse forms of childhood psychological maltreatment on emotional adjustment in early adulthood. *Child Maltreatment, 13*, 307-312. doi: 10.1177/1077559508318394.

Allwood, M. A., Dyl, J., Hunt, J. I. y Spirito, A. (2008). Comorbidity and service utilization among psychiatrically hospitalized adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychological Trauma, 7*(2), 104-121. doi: 10.1080/19322880802231791

Amato, P. R. y Afifi, T. D. (2006). Feeling caught between parents: Adult children´s relations with parents and subjective well-being. *Journal of Marriage and Family, 68*, 222-235. doi: 10.1111/j.1741-3737.2006.00243.x

American Educational Research Association. American Psychological Association y National Council on Measurement in Education (1999). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: American Educational Research Association.

American Professional Society on the Abuse of Children (1995). *Psychosocial evaluation of suspected psychological maltreatment in children and adolescents.* Practice Guidelines. Chicago: APSAC.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th Ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association (2000). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Texto Revisado (DSM-IV-TR).* Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association (2010). *DSM-5 Development*. Recuperado de: www.dsm5.org.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-5).* Washington, DC. London, England.

American Psychological Association (2002). *Violence and the family: Report of the APA presidential task force on violence and the family-executive summary*. Recuperado de http://www.apa.org/pi/pii/viol&fam.html

Amor, P. J., Echeburúa, E., de Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (2001a). 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. doi: http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.6.num.3.2001.3913

Amor, P. J., Echeburúa, E., de Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2001b). Perfil psicopatológico diferencial en víctimas de maltrato doméstico y de agresiones sexuales. *Análisis y Modificación de Conducta, 27,* 605-629.

Amor, P. J., Echeburúa, E., de Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 2*(2), 227-246. Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/337/33720202.pdf

Anda, R., Felitti, V., Bremner, J. D., Walker, J., Whitfield, C., Perry, B., … Giles, W. (2006). Theenduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences, 256*(3), 174-186. doi: 10.1007/s00406-005-0624-4

Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Croft, J. B., Williamson, D. F., Santelli, J. … Marks., J. S. (2001). Abused boys, battered mothers, and male involvement in teen pregnancy. *Pediatrics, 107*(2), 1-8. doi: 10.1542/peds.107.2.e19

Andrade, P., Betancourt, D. y Vallejo, A. (2010). Escala para evaluar problemas emocionales y conductuales en adolescentes. *Investigación Universitaria Multidisciplinaria: Revista de Investigación de la Universidad Simón Bolívar, 9, 37-44.*

Andrews, G., Corry, J., Slade, T., Issakidisand, C. y Swanston, H. (2004). Child sexual abuse. En M. Ezzati, A. D. Lopez, A. Rodgers y C. J. L. Murray (Eds.), *Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*, Vol. 2 (pp. 1851-1940). Geneva: World Health Organization (WHO).

Angold, A., Costello, E. J. y Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psycholy and Psychiatry, 40*(1), 57-87.

Angold, A. y Egger, H. L. (2004). Psychiatric diagnosis in preschool children. En R. Del Carmen-Wiggins y A. Carter (Eds.), *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment* (pp. 123-139). New York: Oxford University Press.

Annerbäck, E. M., Wingren, G., Svedin, C. G. y Gustafsson, P. A. (2010). Prevalence and characteristics of child physical abuse in Sweden-Findings from a population based youth survey. *Acta Paediatrica, 99*(8), 1229-1236. doi: 10.1111/j.1651-2227.2010.01792.x

Aosved, A. C. y Long, P. J. (2005). College women's experiences of psychological maltreatment and sexual assault. *Violence and Victims, 20*, 577-587. doi: 10.1891/0886-6708.2005.20.5.577

Appel, A. y Holden, E. (1988). The co-occurrence of spouse and physical child abuse: A review and appraisal. *Journal of Family Psychology, 12,* 578-99. doi: http://dx.doi.org/10.1037/0893-3200.12.4.578

Arata, C. M., Langhinrichsen-Rohling, J., Bowers, D. y O'Brien, N. (2007). Differential correlates of multi-type maltreatment among urban youth. *Child Abuse & Neglect, 31*(4), 393-415. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.09.006

Armour, C. y Sleath, E. (2014). Assessing the co-occurrence of intimate partner violence domains across the life-course: Relating typologies to mental health. *European Journal of Psychotraumatology, 5*, 24620. doi: http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v5.24620

Arnold, D., Gelaye, B., Goshu, M., Berhane, Y. y Williams, M. A. (2008). Prevalence and risk factors of gender-based violence among female college students in Awassa, Ethiopia. *Violence and Victims, 23*(6), 787-800. doi: http://dx.doi.org/10.1891/0886-6708.23.6.787

Arruabarrena, M. I. (2011). Maltrato psicológico a los niños, niñas y adolescentes en la familia: Definición y valoración de su gravedad [Child Psychological Maltreatment in the Family: Definitionand Severity Assessment]. *Psychosocial Intervention, 20*, 25-44. Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/1798/179818575004.pdf

Arruabarrena, M. I. y de Paúl, J. (2005). *Maltrato a los niños en la familia: Evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.

Arruabarrena, M. I., de Paúl, J., Indias, S. y Ullate, M. (2013). Psychologists and child psychological maltreatment severity assessment. *Psicothema, 25*(4), 482-487. doi: 10.7334/psicothema2013.146

Asling-Monemi, K., Tabassum, N. R. y Persson, L. A. (2008). Violence against women and the risk of under-five mortality: Analysis of community-based data from rural Bangladesh. *Acta Paediatrica, 97*(2), 226-232. doi: 10.1111/j.1651-2227.2007.00597.x

Asmundson, G. J. G., Norton, G. R., Allerdings, M. D., Norton, R. J. y Larsen, D. K. (1998). Posttraumatic stress disorder and work-related injury.*Journal of Anxiety Disorders, 12*, 57-69. doi: 10.1016/S0887-6185(97)00049-2

Atenciano, B. (2009). Menores expuestos a violencia contra la pareja: Notas para una práctica clínica basada en la evidencia [Children exposed to intimate partner violence: Towards a research based clinical intervention] (versión electrónica). *Clínica y Salud, 20*(3), 261-271. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v20n3/v20n3a07.pdf

Australian Bureau of Statistics (2006). *Personal safety survey, Australia, 2005*. Canberra: Commonwealth of Australia.

B

Bagshaw, D. (2007). Reshaping responses to children when parents are separating: Hearing children's voices in the transition. *Australian Social Work, 60*(4), 450-465. doi: 10.1080/03124070701671164

Bagshaw, D., Brown, T., Wendt, S., Campbell, A., McInnes, E., Tinning, B., Batagol, B., … Fernández-Arias, P. (2011). The effect of family violence on post-separation parenting arrangements: The experiences and views of children and adults from families who separated post-1995 and post-2006. *Family Matters, 86*, 49-61.

Bailey, H. N., DeOliveira, C. A., Wolfe, V. V., Evans, E. M. y Hartwicka. C. (2012). The impact of childhood maltreatment history on parenting: A comparison of maltreatment types and assessment methods. *Child Abuse & Neglect 36*, 236-246. doi: 10.1016/j.chiabu.2011.11.005

Bair-Merrit, 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. doi: 10.1542/peds.2005-1473

Baker, A. J. L. (2009). Adult recall of childhood psychological maltreatment: Definitional strategies and challenges. *Children and Youth Services Review, 31*, 703-714. doi: 10.1016/j.childyouth.2009.03.001

Baker, A. J. L. y Festinger, T. (2011). Adult recall of childhood psychological maltreatment: A comparison of five scales. *Journal of Aggression Maltreatment & Trauma, 20*, 69-88. doi: 10.1080/10926771.2011.538006

Bakermans-Kranenburg, M. J., Van Ijzendoorn, M. H. y Juffer, F. (2005). Disorganized infant attachment and preventive interventions: A review and meta-analysis. *Infant Mental Health Journal, 26*(3), 191-216. doi: 10.1002/imhj.200046

Bal, S., Crombez, G., de Bourdeaudhuij, I. y Van Oost, P. (2009). Symptomatology in adolescents following initial disclosure of sexual abuse: The roles of crisis support, appraisals and coping. *Child Abuse and Neglect, 33*(10), 717-27. doi: 10.1016/j.chiabu.2008.11.006

Baldry, A. C. (2007). It does affect me: Disruptive behaviors in preadolescents directly and indirectly abused at home. *European Psychologist, 12*(1), 29-35. doi: 10.1027/1016-9040.12.1.29

Barnett, D., Manly, J. T. y Cicchetti, D. (1991). Continuing toward an operational definition of psychological maltreatment. *Development and Psychopathology, 3*(1), 19-29. doi: http://dx.doi.org/10.1017/S0954579400005046

Barnett, D., Manly, J. T. y Cicchetti, D. (1993). Defining child maltreatment: Theinterface between policy and research. En D. Cicchetti y S. L. Toth (Eds.), *Child abuse, child development, and social policy* (pp. 7-74). Norwood, NJ: Ablex.

Bayarri, E., Ezpeleta, L. y Granero, R. (2011a). Exposure to intimate partner violence, psychopathology and functional impairment in children and adolescents: Moderator effect of sex and age. *Journal of Family Violence, 26*, 535-543. doi: 10.1007/s10896-011-9390-4

Bayarri, E., Ezpeleta, L., Granero, R., de la Osa, N. y Doménech, J. M. (2011b). Degree of exposure to domestic violence, psychopathology, and functional impairment in children and adolescents. *Journal of Interpersonal Violence, 26*, 1215-123. doi: 10.1177/0886260510368155

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelsohn, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571. doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004

Bedi, G. y Goddard, C. (2007). Intimate partner violence: What are the impacts on children? *Australian Psychologist, 42*(1), 66-77. doi: 10.1080/00050060600726296

Berger, L. M. (2005). Income, family characteristics, and physical violence toward children. *Child Abuse & Neglect, 29*(2), 107-133. doi: 10.1016/j.chiabu.2004.02.006

Berlin, L. J., Appleyard, K. y Dodge, K. A. (2011). Intergenerational continuity in child maltreatment: Mediating mechanisms and implications for prevention. *Child Development. 82*(1), 162-176. doi: 10.1111/j.1467-8624.2010.01547.x

Berzenski, S. R. y Yates, T. M. (2011). Classes and consequences of multiple maltreatment: A person-centered analysis. *Child Maltreatment, 16*(4), 250-261. doi: 10.1177/1077559511428353

Bhona, F. M. C., Lourenço, L. M. y Brum, C. R. S. (2011). Violência doméstica: Um estudo bibliométrico. *Arquivos Brasileiros de Psicología, 63*, 87-100. Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/2290/229018648010.pdf

Binggeli, N. J., Hart, S. N. y Brassard, M. R. (2001). *Psychological maltreatment of children: The APSAC study guides 4*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Blanco-Prieto, P. y Ruiz-Jarabo, C. (2002). *La prevención y detección de la violencia contra las mujeres desde la atención primaria de salud*. Madrid: Ed. Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid.

Blank, M. (2007). Posttraumatic stress disorder in infants, toddlers, and preschoolers. *BCMJ, 49*(3), 133-138. Recuperado de http://www.bcmj.org/article/posttraumatic-stress-disorder-infants-toddlers-and-preschoolers

Blázquez, M., Moreno, J. M. y García, M. E. (2012). Indicators of psychological abuse associated with the length of relationships between couples. *Anales de Psicología, 28*(3), 772-779. doi: http://dx.doi.org/10.6018/analesps.28.3.123261

Bogat, G., DeJonghe, E., Levendosky, A., Davidson, W. y von Eye, A. (2006). Trauma symptoms among infants exposed to intimate partner violence Child. *Abuse & Neglect, 30*(2), 109-125. doi: 10.1016/j.chiabu.2005.09.002

Bonino, L. (2008). *Hombres y violencia de género. Más allá de los maltratadores y de los factores de riesgo*. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración. Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones. Colección contra la Violencia de Género. Documentos (2). Recuperado de http://www.vilafranca.cat/doc/doc_20537404_1.pdf

Borrego, J. Jr., Gutow, M. R., Reichert, S. y Barker, C. H. (2008). Parent-child interaction therapy with domestic violence populations. *Journal of Family Violence, 23,* 295-505. doi: 10.1007/s10896-008-9177-4

Bourget, D., Grace, J. y Whitehurst, L. (2007). A review of maternal and paternal filicide. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 35*(1), 74-82. Recuperado de http://www.jaapl.org/content/35/1/74.full.pdf+html

Boyes, M. E., Cluver, L. D. y Gardner, F. (2012). Psychometric properties of the Child PTSD Checklist in a community sample of South African children and adolescents. *PLoSONE 7*(10), e46905. doi: 10.1371/journal.pone.0046905

Brandon, M., Belderson, P., Warren, C., Howe, D., Gardner, R., Dodsworth, J. y Black, J. (2008). *Analysing child deaths and serious injury through abuse and neglect: What can we learn? A biennial analysis of serious case reviews 2003–5*. London: Department for Children, Schools and Families.

Brandon, M., Sidebotham, P., Bailey, S., Belderson, P., Hawley, C., Ellis, C. y Megson, M. (2012). *New learning from serious case reviews: a two year report for 2009–11*. London: Department for Education.

Brassard, M. R. y Donovan, K. L. (2006). Defining psychological maltreatment. En M. M. Feerick, J. F. Knutson, P. K. Trickett, y S. M. Flanzer (Eds.), *Child abuse and neglect. Definitions, classifications, and a framework for research* (pp. 151-197). Baltimore, MD: Paul H.Brookes.

Brassard, M. R. y Gelardo, M. S. (1987). Psychological maltreatment: The unifying construct in child abuse and neglect. *School Psychological Review, 16*(2), 127-136.

Brassard, M. R., Germain, R. y Hart, S. N. (1987). *Psychological maltreatment of children and youth.* NewYork: Pergamon Press.

Briére, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children: Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Briére, J. (2005). *Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Briére, J. y Elliott, D.M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect, 27*, 1205-1222. doi: 10.1016/j.chiabu.2003.09.008

Briére, J. y Jordan, C. E. (2009). Childhood maltreatment, intervening variables, and adult psychological difficulties in women: An overview. *Trauma, Violence and Abuse: A Review Journal, 10*(4), 375-388. doi: 10.1177/1524838009339757

Briére, J., Kaltman, S. y Green, B. L. (2008). Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress, 21*, 223-226. doi: 10.1002/jts.20317

Brietzke, E., Mansur, R. B, Soczynska, J., Powell, A. M. y McIntyre, R. S. (2012). A theoretical framework informing research about the role of stress in the pathophysiology of bipolar disorder. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, *39*(1), 1-8. doi: 10.1016/j.pnpbp.2012.05.004

Brooker, S., Cawson, P., Kelly, G. y Wattam, C. (2001). The prevalence of child abuse and neglect: A survey of young people. *International Journal of Market Research, 43*, 249-289.

Brown, D. W., Butchart, A., Meddings, D. R., Kann, L. y Phinney Harvey, A. (2009). Exposure to physical and sexual violence and adverse health behaviours in African children: Results from the Global School-based Student. *Bulletin of the World Health Organization, 87*(6), 447-455. doi: 10.2471/BLT.07.047423

Bustos, P., Rincón, P. y Aedo (2009). 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 [preliminary validation of the Child PTSD Symptom Scale (CPSS) in children and adolescent victims of sexual violence]. *Psykhe, 18*(2), 113-126.

Butchart, A. (2006). *Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence*. Geneva: WHO/IPSCAN.

C

Cabrera, M. y Granero, M. J. (2011) Enfermería, maltrato de género y presencia de menores: Redescubriendo nuestro papel. *Revista Electrónica de Enfermería Global, 22*, 1-10. Recuperado de http://revistas.um.es/eglobal/article/view/124021/116931

Cáceres, A. y Cáceres, J. (2006). Violencia en relaciones íntimas en dos etapas evolutivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 6* (2), 271-284. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760204

Cáceres, E., Labrador, F., Ardila, P. y Parada, D. (2011). Tratamiento cognitivo conductual centrado en el trauma de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psychologia. Avances de la Disciplina. 5*(2), 13-31. Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v5n2/v5n2a02.pdf

Caetano, R., Vaeth, P. y Ramisetty-Mikler, S. (2008). Intimate partner violence victim and perpetrator characteristics among couples in the United States. *Journal of Family Violence, 23,* 507-518. doi: 10.1007/s10896-008-9178-3

Campbell, K. A., Thomas, A. M., Cook, L. J. y Keenan, H. T. (2013). Resolution of intimate partner violence and child behavior problems after investigation for suspected child maltreatment. *JAMA Pediatrics, 167*(3), 236-242. doi: 10.1001/2013.jamapediatrics.324.

Cano, L. M., Berrocoso, A., de Arriba, L., de Quirós Lorenzana, R. B., Alamar, J. D. y Cardo, A. (2010). Prevalencia de violencia de género en mujeres que acuden a consultas de atención primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia, 3*(1), 10-17. Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/1696/169615638004.pdf

Cantón, J. y Cortés., M. R. (2000). *Guía para la evaluación del abuso sexual infantil*. Madrid: Pirámide

Cantón, D., Cantón, J., Justicia, F. y Cortés, M. R. (2011). Un modelo de los efectos del abuso sexual infantil sobre el estrés post-traumático: El rol mediador de las atribuciones de culpa y afrontamiento de evitación. *Psicothema, 23*(1), 66-73. Recuperado de http://www.psicothema.com/pdf/3851.pdf

Cantón, D. y Justicia, F. (2008). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. *Psicothema, 20*(4), 509-515. Recuperado http://www.redalyc.org/pdf/727/72720400.pdf

Capaldi, D. M., Knoble, N. B., Shortt, J. W. y Kim, H. K. (2012). A systematic review of risk factors for intimate partner violence. *Partner Abuse, 3*(2), 231-280. doi: 10.1891/1946-6560.3.2.231

Carey, P. D., Walker, J. L., Rossouw, W., Seedat, S. y Stein, D. J. (2008). Risk indicators and psychopathology in traumatised children and adolescents with a history of sexual abuse. *European Child & Adolescent Psychiatry,* 17, 93-98. doi: 10.1007/s00787-007-0641-0

Carlson, B. E. (1991). Outcomes of physical abuse and observation of marital violence among adolescents in placement. *Journal of Interpersonal Violence, 68*(4), 526-534. doi: 10.1177/088626091006004011

Carlson, E. B. (2000). Children exposed to intimate partner violence: Research findings and implications for intervention. *Trauma Violence & Abuse, 1*(4), 321-342. doi: 10.1177/1524838000001004002

Carlson, E. B. y Dalenberg, C. J. (2000). A conceptual framework for the impact of traumatic experiences. *Trauma, Violence & Abuse: A Review Journal, 1*, 4-28. doi: 10.1177/1524838000001001002

Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D. y Braunwald, K. (1989). Finding order indisorganization: Lessons from research in maltreated infants' attachments to theircaregivers. En D. Cicchetti y 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.

Carmassi, C., Stratta, P., Massimetti, G., Bertelloni, C. A. Conversano, C., Cremone, I. M., … Dell'Osso, L. (2014). New DSM-5 maladaptive symptoms in PTSD: Gender differences and correlations with mood spectrum symptoms in a sample of high school students following survival of an earthquake. *Annals of General Psychiatry, 13*(28), 1-9. doi: 10.1186/s12991-014-0028-9

Carpenter, G. L, y Stacks, A. M. (2009). Developmental effects of exposure to intimate partnerviolence in early childhood: A review of the literature. *Children and Youth Services Review, 31*(8), 831-839. doi: 10.1016/j.childyouth.2009.03.005

Carrion, V. G., Weems, C. F., Ray, R. y Reiss, A.L. (2002). Toward an empirical definition of pediatric PTSD: The phenomenology of PTSD symptoms in youth. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*, 166-173. doi: http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200202000-00010

Casas, F. (1998). *Infancia: Perspectivas psicosociales*. Barcelona: Paidós.

Cassidy, J. y Berlin, L. J. (1994). The insecure/ambivalent pattern of attachment. Theory and research. *Child Development, 65*(4), 971-991. doi: 10.1111/j.1467-8624.1994.tb00796.x

Castor, L. E. (2010). The Impact of additional traumatic events on trauma symptoms and PTSD in preschool-aged children exposed to intimate partner violence (IPV). Tesis Presentada en cumplimiento parcial de los requisitos para el grado de Bachiller en Artes con honores en Psicología por la Universidad de Michigan.

Castro, M. (2011). *Trastorno por Estrés Postraumático en menores que han sufrido maltrato familiar: Directo y exposición a violencia de género*. Tesis Doctoral, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia.

Castro, M. y López-Soler, C. (2008). *Trauma complejo y estrés postraumático en maltrato infantil*. Tesina de Investigación. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia. Documento no publicado.

Castro, M., López-Soler, C., Alcántara, M., López, J. J. y Fernández, V (en prensa). Prevalence of post-traumatic stress disorder in domestic child abuse: Direct versus exposure to intimate partner violence. *Children and Youth Services Review*.

Castro, N., Campos, G. y López, C. (2003). Neurobiología y tratamiento del trastorno de estrés postraumático. *Medicina Legal de Costa Rica, 20*, 5-14.

Cater, Å. y Forsell, A. M. (2014). Descriptions of fathers'care by children exposed to intimate partner violence (IPV): Relative neglect and children's need. *Child and Family Social Work, 19*(2), 185-193. doi: 10.1111/j.1365-2206.2012.00892.x

Celedón-Rivero, J. C. y Sáleme-Negrete, Y. (2009). Efectos del maltrato infantil en la inteligencia emocional y el desarrollo del juicio moral en niños. Estudio cualitativo. *Revista de la Facultad de Psicología Universidad Cooperativa de Colombia, 5*(8), 23-32.

Centers for Disease Control and Prevention (2006). *Adverse childhood experiences study*. Atlanta, GA, National Centers for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Controland Prevention. Recuperado de http://www.cdc.gov/NCCDPHP/ACE

Center for Disease Control and Prevention (2008). *Child maltreatment, spring 2008*. Atlanta, GA, National Centers for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.

Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia (2002). *Maltrato infantil en la familia. España (1997/98).* Serie documentos 4. Valencia: Autor.

Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia (2008). *Menores asesinados por sus padres. España (2004-2007).* Valencia: Autor.

Cerdá, M., Tracy, M., Sánchez, B. N. y Galea, S. (2011). Comorbidity among depression, conduct disorder, and drug use from adolescence to young adulthood: Examining the role of violence exposures. *Journal of Traumatic Stress, 24(6),* 651-659. doi: 10.1002/jts.20696.

Cerezo, M. A. (1995). El impacto psicológico del maltrato: Primera infancia y edad escolar. *Infancia y Aprendizaje, 71*, 135-157.

Chamberland, C., Laporte, L., Lavergne, C., Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., … Malo, C. (2005). Psychological maltreatment of children reported to youth protection services: A situation of grave concern. *Journal of Emotional Abuse, 5*(1), 65-94. doi: 10.1300/J135v05n01_03

Chan, K. L (2011). Co-occurrence of intimate partner violence and child abuse in Hong Kong Chinese families. *Journal of Interpersonal Violence, 26*(7), 1322-1342. doi: 10.1177/0886260510369136.

Chan, K. L., Brownridge, D. A., Yan, E., Fong, D. Y. T. y Tiwari, A. (2012). Child maltreatment polyvictimization: Rates and short-term effects on adjustment in a representative Hong Kong sample. *Psychology of Violence, 1*(1), 4-15. doi: 10.1037/a0020284

Chan, Y. C. y Yeung, J. W. K. (2009). Children living with violence within the family and its sequel: A meta-analysis from 1995-2006. *Aggression and Violent Behavior, 14*(5), 313-322. doi: 10.1016/j.avb.2009.04.001

Chang, J. C., Dado, D., Hawker, L., Cluss, P.A., Buranosky, R., Slagel, L., … Scholle, S. H. (2010). Understanding turning points in intimate partner violence: Factors and circumstances leading women victims toward change. *Journal of Women's Health, 19*(2), 251-259. doi: 10.1089/jwh.2009.1568

Chemtob, C. M. y Carlson, J. G. (2004). Psychological effects of domestic violence on children and mothers. *International Journal of Stress Management 11*(3), 209-226. doi: http://dx.doi.org/10.1037/1072-5245.11.3.209

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. doi: 10.1001/archpediatrics.2007.36

Child Protection Monitoring and Evaluation Reference Group (2012). *Ethical principles, dilemmas and risks in collecting data on violence against children: A review of available literature*. New York, NY: U.N. Children's Fund, Statistics and Monitoring Section/Division of Policy and Strategy.

Child Welfare Information Gateway (2012). C*hild abuse and neglect fatalities 2010: Statistics and interventions.* Washington: NCANDS.

Choi, J. Y. y Oh, K. J. (2013). The effects of multiple interpersonal traumas on psychological maladjustment of sesually abused children in Korea. *Journal of Traumatic Stress, 26*, 149-157. doi: 10.1002/jts.21779

Cicchetti, D. y Carlson, V. (1989). *Child maltreatment*. Cambridge: Cambridge University Press.

Cicchetti, D. y Lynch, M. (1995). Failures in the expectable environment and their impact on individual development: The case of child maltreatment. En D.Cicchetti y D. J. Cohen (Eds.). *Developmental Psychopathology, Risk, Disorder, and Adaptation* Vol. 2 (pp. 32-71). New York: Wiley-Interscience Publication.

Cicchetti, D. y Rizley, R. (1981). Developmental perspectives on the etiology, intergenerational transmission, and sequelae of child maltreatment. *New Directions for Child Development, 11*, 31-35. doi: 10.1002/cd.23219811104

Cicchetti, D. y Toth, S. L. (1991). A developmental perspective on internalizing and externalizing disorders. En D. Cicchetti y S. L. Toth (Eds.). *Internalizing and externalizing expressions of dysfunction* (pp. 11-19). New York: Erlbaum.

Cicchetti, D., Toth, S. L. y Lynch, M. (1995). Bowlby's dream comes full circle: The application of attachment theory to risk and psychopathology. En T.H. Ollendick y R. J. Prinz (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology*, Vol. 17 (pp. 1-75). New York, NY: Plenum Press.

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.

Claussen, A. H. y Crittenden, P. (1991). Physical and psychological maltreatment: Relations among types ofmaltreatment. *Child Abuse & Neglect, 15*(1-2), 5-18. doi: 10.1016/0145-2134(91)90085-R

Clemmons, J. C., DiLillo, D., Martínez, I. G., DeGue, S. y Jeffcott, M. (2003). Co-occurring forms of child maltreatmentand adult adjustment reported by Latina college students. *Child Abuse & Neglect, 27*(7), 751-767. doi: 10.1016/S0145-2134(03)00112-1

Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A. y Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology, 4*, 1-12. doi: 10.3402/ejpt.v4i0.20706

Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J. y Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress, 22*(5), 399-408. doi: 10.1002/jts.20444

Cohen, E. y Gadassi, R. (2009). Posttraumatic stress disorder in young children exposed to terrorism: Validation of the alternative diagnostic criteria. *Journal of Child y Adolescent Trauma, 2*(4), 229-241. doi: 10.1080/19361520903317295

Cohen, J. A., Bukstein, O., Walter, H., Benson, S. R., Chrisman, A., Farchione, T. R., … AACAP Work Group On Quality Issues (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 49*, 414-30. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2009.12.020

Cohen, J. A. y Mannarino, P. (2006). Psychosocial interventions for maltreated and violence-exposed children. *Journal of Social Issues, 62*(4), 737-766. doi: 10.1111/j.1540-4560.2006.00485.x

Cohen, J. A. y Scheeringa, M. S. (2009). Post-traumatic stress disorder diagnosis in children: Challenges and promises. *Dialogues Clinical Neuroscience, 11*(1), 91-99.

Colmenares, J. C., Martínez, O. y Quiles, I. (2007). *Perfil psicológico de quince hijos de mujeres víctimas del maltrato doméstico*. 80 Congreso Virtual de Psiquiatria Interpsiquis.

Coll-Planas, G., García-Romeral, G., Mañas, C. y Navarro-Varas, L. (2008). Cuestiones sin resolver en la Ley integral de medidas contra la violencia de género: Las distinciones entre sexo y género, y entre violencia y agresión. *Papers 87*, 187-204.

Committee on the Rights of the Child (2011). General Comment No. 13. Article 19: *The right of the child to freedom from all forms of violence*. Recuperado de http://srsg.violenceagainstchildren.org/sites/default/fi les/documents/docs/crc-c-gc-13_EN.pdf.

Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (2013). *Guía profesional de recursos de atención a mujeres víctimas de violencia de género* (3ª Ed.). Murcia: Dirección General de Prevención de Violencia de Género, Juventud, Protección Jurídica y Reforma de Menores. Consejería de Presidencia.

Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) (2006). *Comité de los Derechos del Niño 42° período de sesiones, Observación General N° 8, 21 de agosto de 2006 (CRC/C/GC/8)*. Ginebra: Publicación de Naciones Unidas.

Coohey, C. y Braun, N. (1997). Toward an integrated framework for understanding child physical abuse. *Child Abuse & Neglect, 21*, 1081-1094. doi: 10.1016/S0145-2134(97)00067-7

Cook A, Spinazzola, P., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., … van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals 35*, 390-398.

Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A. y Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives General Psychiatry 64*, 577-584. doi: 10.1001/archpsyc.64.5.577

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*. Buenos Aires: Paidós.

Corso, P. S., Edwards, V. J., Fang, X. y Mercy, J. A. (2008). Health related quality of life among adults who experienced maltreatment during childhood. *American Journal of Public Health, 98*(6), 1094-1100. doi: 10.2105/AJPH.2007.119826

Cortés, M. R., Cantón, J. y Cantón-Cortés, D. (2011). Naturaleza de los abusos sexuales a menores y consecuencia en la salud mental de las víctimas. *Gaceta Sanitaria, 25*(2), 157-165.

Costello, E. J., Erkanli, A., Fairbank, J. A. y Angold, A. (2002). The prevalence of potentially traumatic events in childhood and adolescence. *Journal of Traumatic Stress, 15*(2), 99-112. doi: 10.1023/A:1014851823163

Cox, M. J., Paley, B. y Harter, K (2001). Interparental conflict and parent-child relationships. En J. H. Grych y F. D. Fincham (Eds.), *Interparental conflict and child development. Interparental conflict and child development* (pp. 249-272). Cambridge, United Kingdom: University Press.

Crockenburg, S. (1987). Predictors and correlates ofanger towards and punitive control of toddlers by adolescent mothers. *Child Development, 58,* 964-975. doi: 10.2307/1130537

Cross, C. P., Copping, L. T. y Campbell, A. (2011). Sex differences in impulsivity: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 137* (1), 97-130. doi: 10.1037/a0021591

Csoboth, C.T., Birkas, E. y Purebl, G. (2005). Living in fear of experiencing physical and sexual abuse is associated with severe depressive symptomatology among young people. *Journal of Women's Health (Larchmt), 14*(5), 441-448.

Cummings, A. M., González-Guarda, R. M. y Sandoval, M.F. (2013). Intimate partner violence among hispanics: A review of the literature. *Journal of Family Violence, 28* (2), 153-171. doi: 10.1007/s10896-012-9478-5

Cummings, E. M. y Davies, P. T. (1994). *Children and marital conflict*. New York: Guilford Press.

Cummings, E. M. y Davies, P. T. (2002). Effects of marital conflict on children: Recent advances and emerging themes in process-oriented research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43*(1), 31-63. doi: 10.1111/1469-7610.00003

Cunningham, A. y Baker, L. (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.

Cunningham, A. y Baker, L. (2007). *Little Eyes, little Ears. How violence against a mother shapes children as they grow*. London, Ontario: Centre for Children & Families in the Justice System. Recuperado de http://www.lfcc.on.ca/little_eyes_little_ears.pdf

D

D'Andrea W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J. y van der Kolk, B. A (2012). Understanding interpersonal trauma in children: Why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal Orthopsychiatry, 82*(2), 187-200. doi: 10.1111/j.1939-0025.2012.01154.

Daset-Carretto, L. R., López-Soler, C. e Hidalgo-Montesinos, M. D (2009). Síndromes empíricos en una población adolescente, evaluados mediante el YSR [Empiric syndromes in a youth population, assessed by the YSR]. *Ciencias psicológicas, III(1*), 67-82. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v3n1/v3n1a07.pdf

Defensor del Pueblo (1998). *Violencia contra las Mujeres*. Madrid: Oficina del Defensor del Pueblo.

Dehon, C. y Scheeringa, M. S. (2006). Screening for preeschool posttraumatic stress disorder with the Child Behavior Checklist. *Journal of Pediatric Psychology, 31*(4), 431-435. doi: 10.1093/jpepsy/jsj006

Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2013). *Violencia de género. Boletín estadístico anual 2013.* Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad.

Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (Noviembre, 2014). *Violencia de género. Boletín estadístico mensual.* Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad.

Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2015*). Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015: Avance de resultados*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Centro de Publicaciones. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/publicaciones/estudiosinvestigaciones/PDFS/AVANCE_MACROENCUESTA_VIOLENCIA_CONTRA_LA_MUJER_2015_05-04-15.pdf

Delegación del Gobierno para la Violencia de Género y Meil Landwerlin, G. (2012). *Análisis sobre la Macroencuesta de Violencia de Género 2011*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Centro de Publicaciones.

Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, RED2RED Grupo y Pernas Riaño, B. (2013). *El estado de la cuestión en el estudio de la violencia de género*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Centro de Publicaciones.

De los Santos, T. F. y Sanmartín, J. (2005). Menores víctimas de la violencia doméstica. En L. Ezpeleta (Ed.), *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo.* (pp.257-290). Barcelona: Masson.

Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth and Families (2009). *Child maltreatment 2007*. Washington, DC: US Government Printing Office.

De Paúl, J. (2009). La intervención psicosocial en protección infantil en España: Evolución y perspectivas. *Papeles del Psicólogo, 30*(1), 4-12. Recuperado de http://www.cop.es/papeles

De Paúl, J. y Arrubarrena, M. I. (2001/2002). *Manual de protección infantil* (2ª Ed. Reimpresión). Barcelona: Masson.

De Paúl, J., Arruabarrena, M. I., Torres, B. y Muñoz, R. (1995a). La prevalencia del maltrato infantil en la provincia de Guipuzkoa. *Infancia y Aprendizaje, 71*. 49-58. doi: 10.1174/02103709560575479

De Paúl, J., Milner, J. S. y Múgica, P. (1995b). Childhood maltreatment, childhood social support, and child abuse potential in a basque sample. *Child Abuse & Neglect, 19*, 907-920. doi: 10.1016/0145-2134(95)00053-B

De Paúl, J., Pérez, A., Paz, P., Alday, N. y Mocoroa, I. (2002). Recuerdos de maltrato infantilen maltratadores y potencial de maltrato en víctimas de maltrato físico y abuso sexual. *Psicothema, 14*(1), 53-62.

De Paúl, J. y San Juan, C. (1992). La representación social de los malos tratos y el abandono infantiles. *Anuario de Psicología, 53*, 149-157. Recuperado de http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/61050/88723

De Young., A. C., Kenardy, J. A. y Cobham, V. E. (2011). Trauma in early childhood: A neglected population. *Clinical Child and Family Psychology Review, 14*(3), 231-50. doi: 10.1007/s10567-011-0094-3.

Del Río, J. L., Megías, J. L. y Expósito, F. (2013). Gender-based violence against women with visual and physical disabilities. *Psicothema, 25*, 67-72. doi: 10.7334/psicothema2012.83

Devries K. M, Mak, J., Bacchus, L. J, Child, J. C, Falder, G., Petzold, M., …Watts, C. H. (2013) Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: A systematic review of longitudinal studies. *PLOS Medicine, 10*(5), 1-11. doi: 10.1371/journal.pmed.1001439

Díaz, A., Simantov, E. y Rickert, V. I. (2002). Effect of abuse on health results of a national survey. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 156*(8), 811-817. doi: 10.1001/archpedi.156.8.811

Díaz, C. A. Quintana, G. R. y Vogel, E. H. (2012). Depression, anxiety and post-traumatic stress disorder symptoms in adolescents seven months after the february 27 2010 Earthquake in Chile. *Revista Terapia Psicológica, 30*(1), 37-43. Recuperado de http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art04.pdf

Díaz, J. y Ayuga, M. D. (1995). Los derechos de los niños. En M. Oñorbe, M. García y J. A. Díaz (Coords.), *Maltrato infantil: Prevención, diagnóstico e intervención en el ámbito sanitario* (pp. 218-224). Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

Díaz-Aguado, M. J. y Carvajal Gómez, M. I. (2011). *Igualdad y prevención de la violencia de género en la adolescencia*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Centro de Publicaciones. Colección contra la Violencia de Género. Documentos (8).

Dierkhising, C. B., Ko, S. J., Woods-Jaeger, B., Briggs, E. C., Lee, R. y Pynoos, R. S. (2013). Trauma histories among justice-involved youth: Findings from the National Child Traumatic Stress Network. *European Journal of Psychotraumatology, 4*, 1-12. doi: 10.3402/ejpt.v4i0.20274

Dobash, R. P. y Dobash, R. E. (2012). Who died? The murderof collaterals related to intimate partner conflict. *Violence Against Women, 18*(6), 662-671. doi: 10.1177/1077801212453984

Dodge-Reyome, N. (2010). The effect of childhood emotional maltreatment on the health and functioning of later intimate relationships. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 19*(2), 135-137. doi: 10.1080/10926770903540019

Domínguez-Fuentes, J. M., García-Leiva, P. y Cuberos-Casado, I. (2008). Violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico: Consecuencias sobre la salud psicosocial. *Anales de Psicología, 24*(1), 115-120. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16724114

Dong, M., Anda, R. F., Dube, S. R., Giles, W. H. y Felitti, V. J. (2003). The relationship of exposure to childhood sexual abuse to other forms of abuse, neglect, and household dysfunction during childhood. *Child Abuse & Neglect 27*(6), 625-639. doi: 10.1016/S0145-2134(03)00105-4

Dong, M., Anda, R. F., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T. J., … Giles, W. H. (2004). The interrelated ness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect, 28*, 771-84. doi: 10.1016/j.chiabu.2004.01.008

Doucet, M. y Fortin, A. (2014). Examen des profils d'adaptation chez les enfants exposés à la violence conjugale [Review of patterns of adaptation in children exposed to spousal violence]. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne des Sciences du Comportement, 46*(2), 162-174. doi: http://dx.doi.org/10.1037/a0028368

Duarte, V. A. (2007). *Sintomatologia de pós-stress traumático em menores expostos a violência interparental*. Dissertação apresentada na Faculdade de Psicologiae de Ciências da Educação da Universidade do Porto, para obtenção dograu de Mestre em Psicologia da Saúde.

Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Edwards, V. J. y Williamson, D. F. (2002). Exposure to abuse, neglect, and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children: Implications for health and social services. *Violence and Victims*, *17*, 1, 3-17.

Dubowitz, H., Newton, R. R., Litrownik, A. J., Lewis, T., Briggs, E. C., Thompson, R., …Feerick. M. M. (2005). Examination of a conceptual model of child neglect. *Child Maltreatment, 10*(2), 173-189. doi: 10.1177/1077559505275014

Dubowitz, H., Pitts, S. C. y Black, M. (2004). Measurement of three major subtypes of child neglect. *Child Maltreatment, 9*(4), 344-356.

Duncan, R. D. (1999). Maltreatment by parents and peers: The relationship between child abuse, bully victimization, and psychological distress. *Child Maltreatment, 4*(1), 45-55. doi: 0.1177/1077559599004001005

Dunne, M. P., Purdie, D. M., Cook, M. D., Boyle, F. M. y Najman, J. M. (2003). Is child sexual abuse declining? Evidence from a population-based survey of men and women in Australia. *Child Abuse & Neglect. 27*(2), 141-152. doi: 10.1016/S0145-2134(02)00539-2

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), (pp. 52 y 53, 1998; 160(37), 5358-62, 1999). Recuperado de http://www.violencestudy.org/r27

Dutton, D. G. (2006). *Rethinking domestic violence*. Vancouver: UBC Press.

Dutton, M. A. (1992). *Empowering and healthing battered women. A model of assessment and intervention*. Nueva York: Springer.

Dyregrov, A. y Yule, W. (2006). A review of PTSD in children. *Child and Adolescent Mental Health, 11*(4), 176-184. doi: 10.1111/j.1475-3588.2005.00384.x

E

Echeburúa, E. y de Corral, P. (2010). Violencia en las relaciones de pareja. Un análisis psicológico. En J. R. Agustina (Dir.), *Violencia intrafamiliar. Raíces, factores y formas de violencia en el hogar* (pp. 135-164). Madrid: Edisofer.

Echeburúa, E., de Corral, P. y Amor, P. J. (1997). Características psicopatológicas de los ofensores sexuales. En M. Lameiras y A. López (Eds.), *Sexualidad y Salud. La transmisión sexual del VIH y las agresiones sexuales* (pp. 165-180). Santiago: Tórculo Edicións.

Echeburúa, E., de Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1998). Mujeres víctimas de maltrato. Aspectos teóricos. En E. Echeburúa y P. de Corral (Eds.), *Manual de violencia familiar* (pp. 11-22). Madrid: Siglo XXI.

Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J., de Corral, P. y López-Goñi, J. J. (2009). Assessing risk markers in intimate partner femicide and severe violence. A new assessment instrument. *Journal of Interpersonal Violence, 24*, 925-939. doi: 10.1177/0886260508319370

Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia, víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. Barcelona: Ariel.

Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: Un enfoque integrador. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 19*, 469-486. Recuperado de http://www.ehu.es/echeburua/pdfs/ASI.pdf

Echeburúa, E. y Redondo, S. (2010). *¿Por qué víctima es femenino y agresor es masculino?. La violencia contra la pareja y las agresiones sexuales*. Madrid: Pirámide.

Echlin, C. y Marshall, L. (1995). Child protective services for children of battered woman: Practice and controversy. En E. Peled, P. G. Jaffe y J. L. Edleson (Eds.). *Ending the cycle of violence. Community responses to children of battered woman* (pp. 170-185). Thousand Oaks: Sage Publications.

Eckenrode, J., Ganzel, B., Henderson, C. R., Smith, E., Olds, D. L., Powers, J., …Sidora, K. (2000). Preventing child abuse and neglect with a program of nurse home visitation: The limiting effects of domestic violence. *Journal of the American Medical Association, 284*(11), 1385-1391. doi: 10.1001/jama.284.11.1385

Edleson, J. L. (1997). *The overlap between child maltreatment and woman battering*. Harrisburg, PA: National Resource Center on Domestic Violence. Recuperado de http://www.vawnet.org/Assoc_Files_VAWnet/AR_overlap.pdf

Edleson, J. L. (1999). Children's witnessing of adult domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence, 14,* 839-870. doi: 10.1177/088626099014008004

Edleson, J. L. (2001). Studying the co-occurrence of child maltreatment and domestic violence in families. En S. Graham-Bermann y J. Edleson, (Eds.). *Domestic Violence in the Lives of Children: The Futureof Research, Intervention, and Social Policy*. Washington, DC: American Psychological Association.

Edleson, J. L. y Nissley, B. A. (Updated 2011, July). *Emerging responses to children exposed to domestic violence.* (pp. 1-15). VAWnet.org, National Oline Resource Center on Violence Against Women. VAWnet is a project of the National Resource Center on Domestic Violence.

Edleson, J. L., Shin, N. y Armendariz, K. (2008). Measuring children's exposure to domestic violence: The development and testing of the Child Exposure to Domestic Violence (CEDV) Scale. *Children and Youth Services Review 30*, 502-521. doi: 10.1016/j.childyouth.2007.11.006

Edwards, K. M., Kearns, M. C., Calhoun, K. S. y Gidycz, C. A. (2009). College women's reactions to sexual assault research participation: Is it distressing? *Psychology of Women Quarterly, 33*(2), 225-234. doi: 10.1111/j.1471-6402.2009.01492.x

Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J. y Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the adverse childhood experiences study. *American Journal of Psychiatry, 160,* 1453-1460.

Egeland, B. y Erickson, M. (1987). Psychologically unavailable caregiving. En M. R. Brassard, R. Germain y S. N. Hart (Eds.), *Psychological maltreatment of children and youth* (pp. 110-120). New York: Pergamon Press.

Ehrensaft, M. K., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E., Chen, H. N. y Johnson, J. G. (2003). Intergenerational transmission of partner violence: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(4), 741-53. doi: 10.1037/0022-006X.71.4.741

Eisenberg, N., Spinrad, T. L. y Eggum, N. D. (2010). Emotion-related self-regulation and its relation to children's maladjustment. *Annual Review of Clinical Psychology,6*, 495-525. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131208

Eisenberg, N. y Sulik, M. J. (2012). Emotion-related self-regulation in children. *Teaching of Psychology, 39*, 77-83. doi: http://dx.doi.org/10.1177/0098628311430172Feder

Elklit, A. (2002). Victimization and PTSD in a Danish national youth probability sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*(2), 174-181. doi: 10.1097/00004583-200202000-00011

Elklit, A., Karstoft, K., Armour, C., Feddern, D. y Christoffersen, M. (2013). Predicting criminality from child maltreatment typologies and posttraumatic stress symptoms. *European Journal of Psychotraumatology, 4*, 1-7. doi: 10.3402/ejpt.v4i0.19825

Ellonen, N., Kääriänen, J., Salmi, V. y Sariola, H. (2008). *Violence against children and adoles-cents in Finland*. (Report No. 71). Tampere, Finland: National Research Institute, Research of Legal Policy. Police College of Finland.

Enander, V. y Holmberg, C. (2008). Why does she leave? The leaving process(es) of battered women. *Health Care for Women International, 29*(3), 200-226. doi: 10.1080/07399330801913802

English, D. y The LONGSCAN Investigators (1997). *Modified maltreatment classification system (MMCS).*Recuperado de http://www.iprc.unc.edu/longscan/

English, D., Thompson, R., White, C. R. y Wilson, D. (2015). Why should child welfare pay more attention to emotional maltreatment? *Children and Youth Services Review*, 50, 53-63. doi: 10.1016/j.childyouth.2015.01.010

English, D., Upadhyaya, M., Litrownik, A., Marshall, J., Runyan, D., Graham, C. y Dubowitz, H. (2005). Maltreatment's wake: The relationship of maltreatment dimensions to child outcomes. *Child Abuse & Neglect, 29*, 597-619.

Eriksson, M. (2010a). Justice or welfare? Nordic women´s shelters and children´srights organizations on children exposed to violence. *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention, 11*, 66-85.

Eriksson, M. (2010b). Children who 'witness' violence as crime victims and changing family law in Sweden. *Journal of Child Custody, 7*(2), 93-116. doi: 10.1080/15379418.2010.508258

Eriksson, M. (2011). Contact, shared parenting, and violence: Children as witnesses of domestic violence in Sweden. *International Journal of Law, Policy and the Family, 25*(2), 165-183. doi: 10.1093/lawfam/ebr004

Erickson, M. y Egeland, B. (2002). Child neglect. En J. Myers, L. Berliner, J. Briere, C., Hendrix, C. Jenny y T. A. Reid (Eds.), *The APSAC handbook of child maltreatment* (2ª ed.) (pp. 3-20). Thousand Oaks, CA: Sage.

Eriksson, M. y Hester, M. (2001). Violent men as good-enough fathers? A look at England and Sweden. *Violence Against Women, 7*(7), 779-799. doi: 10.1177/10778010122182730

Eriksson, M. y Näsman, E. (2008). Participation in family law proceedings for children whose father is violent to their mother. *Childhood, 15*(2), 259-275. doi: 10.1177/0907568207088426

Eshelman, L. y Levendosky, A. A (2012). Dating violence: Mental health consequences based on type of abuse. *Violence And Victims, 27* (2), 215-28.

Espinar-Ruiz, E. (2006). *Violencia de género y procesos de empobrecimiento*. Córdoba: Universidad de Córdoba

Espinar-Ruiz, E. (2007). Violencia de género: Reflexiones conceptuales, derivaciones prácticas. *Papers, 86*, 189-201.

Espinar-Ruiz, E. y López-Monsalve, B. (2014). Children exposed to intimate partner violence against women in Spain. A quantitative analysis. *Multidisciplinary Journal of Gender Studies*, *3*(3), 509-529. doi: 10.4471/generos.2014.44

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.

Eth, S. y Pynoos, R. S. (1985). *Post-traumatic stress disorder in children*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Ethier, L. S., Lemelin, J. P. y Lacharite, C. (2004). A longitudinal study of the effects of cronic maltreatment on children's behavioral and emotional problems. *Child Abuse & Neglect, 28*, 1265-1278. doi: 10.1016/j.chiabu.2004.07.006

European Network of National Observatories on Childhood (2009). *Pautas sobre sistemas de recogida de datos y seguimiento del maltrato infantil*. Florencia: Secretaría de ChildONEurope, Serie 1.

Evans, S. E., Davies, C. y DiLillo, D. (2008). Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and Violent Behavior, 13*(2), 131-140. doi: 10.1016/j.avb.2008.02.005

Ezpeleta, J. (Ed.) (2005). *Factores de riesgo de la psicopatología del desarrollo*. Barcelona: Masson.

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*(4), 431-440. doi: 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01528.x

Ewing, C. P. (1997). *Fatal families: The dynamics of intrafamilial homicide*. Thousand Oaks: Sage

F

Fallon, B., Trocmé, N., Fluke, J., MacLaurin, B., Tonmyr, L. y Yuan, Y. Y. (2010). Methodological challenges in measuring child maltreatment. *Child Abuse & Neglect, 34*, 70-79. doi: 10.1016/j.chiabu.2009.08.008

Family Violence Prevention Fund (2008). *Get the facts: Domestic violence is a serious, widespread social problem in America: The facts.* Recuperado de http://www.endabuse.org/userfiles/file/Children_and_Families/DomesticViolence.pdf.

Fan, F., Zhang, Y., Yang, Y., Mo, L. y Liu, X. (2011). Symptoms of posttraumatic stress disorder, depression, and anxiety among adolescents following the 2008 Wenchuan earthquake in China. *Journal of Trauma Stress. 24*(1), 44-53. doi: 10.1002/jts.20599

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*(1), 116-122. doi: 10.1097/00004583-199701000-00025

Fantuzzo, J. W., de Paola, 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*(2), 258-265. doi: http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.59.2.258

Fantuzzo, J. W. y Fusco, R. A. (2007). Children's direct exposure to types of domestic violence crime: A population-based investigation. *Journal of Family Violence, 22*(2), 543-552. doi: http://dx.doi.org/10.1007/s10896-007-9105-z

Fantuzzo, J. W. y Mohr, W. K. (1999). Prevalence and effects of child exposure to domestic violence. *The Future of Children Domestic Violence and Children, 9*(3), 21-32. doi: 10.2307/1602779

Farnós, T. y Sanmartín, J. (2005). Menores víctimas de la violencia doméstica. En L. Ezpeleta (Ed.), *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo* (pp. 257-290). Barcelona: Masson.

Fatori, D., Bordin, I. A., Curto, B. M. y de Paula, C. S. (2013). Influence of psychosocial risk factors on thetrajectory of mental health problems from childhood to adolescence: A longitudinal study. *BMC Psychiatry, 13*(31), 1-6. Recuperado de http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/31

Fawcett, J. (2010). *Up to us: Lessons learned and goals for change after thirteen years of the Washington state domestic violence fatality review*. Seattle: Washington State Coalition Against DomesticViolence.

Felitti, V. J. (2002). The relationship of adverse childhood experiences to adult health: Turning gold into lead. *Zeitschriftfür Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 48*(4), 359-369.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. y Marks, J. S. (1988). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many ofthe leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine, 14*(4), 245-58.

Fergusson, D. M., Boden, J. M. y Horwood, L. J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood, *Child Abuse & Neglect 32*(6), 607-619. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.12.018.

Fernández, V. (2014). *Maltrato infantil: Un estudio empírico sobre variables psicopatológicas en menores tutelados*. Tesis Doctoral, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia.

Fernández, V., Castro, M. y Alcántara, M. V. (2010). *Estrés postraumático en menores maltratados: un estudio comparativo en menores tutelados y población clínica infantil*. 2ª Convocatoria de Ayudas Anual a la Investigación, de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AECPC). Documento no publicado.

Fernández, R., Lameiras, M. y Failde, J. M. (2008). Estrés postraumático y nivel de bienestar vital en víctimas no recientes de abusos sexuales infantiles. *Sexología integral, 5*(2), 62-69.

Fernández del Valle, J. y Bravo, A. (2002). Maltrato infantil: Situación actual y respuestas sociales. *Psicothema, 14*, 118-123.

Fernández-Fuertes, A. A., Fuertes-Martín, A., y Pulido, R. F. (2006). Evaluación de la violencia en las relaciones de pareja de los adolescentes. Validación del Conflictin Adolescent Dating Relationships Inventory (CADRI)-versión española. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 6*(2), 339-358. Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-181.pdf

Fernández-Fuertes, A. A. y Fuertes-Martín, A. (2005). Violencia sexual en las relaciones de pareja de los jóvenes. *Sexología Integral, 2*, 126-132.

Fernández-Molina, M., del Valle, J., Fuentes, M. J., Bernedo, I. M. y Bravo, A. (2011). Problemas de conducta de los adolescentes en acogimiento preadoptivo, residencial y con familia extensa. *Psicothema, 29*(1), 1-8.

Ferrer, V. A. y Bosch, E. (2005). Introduciendo la perspectiva de género en la investigación psicológica sobre violencia de género. *Anales de Psicología, 21*(1), 1-10.

Ferres, E., Megías, J. L. y Expósito, F. (2013). Gender-based violence against women with visual and physical disabilities. *Psicothema, 25*(1), 67-72. doi: 10.7334/psicothema2012.83

Fiestas, F., Rojas, R., Gushiken, A. y Gozzer, E. (2012). Quién es la víctima y quién el agresor en la violencia física entre parejas?. Estudio epidemiológico en siete ciudades del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 29*(1), 44-52.

Fincham, F. (2000). Family violence: A challenge for behavior therapists. *Behavior Therapy, 31*, 685-693. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(00)80038-6

Finkelhor, D. (1979). *Sexually victimized children*. Nueva York: Free Press.

Finkelhor, D. (2011). Prevalence of child victimization, abuse, crime, and violence exposure. En, J. W. White, M. P. Koss y A. E. Kazdin (Eds.), *Violence against women and children: Mapping the terrain* (pp. 9-29). Washington, DC: American Psychological Association.

Finkelhor, D. (2014). *Childhood victimization: Violence, crime, and abuse in the lives of young people (Interpersonal Violence)* (Ed. Rev.). New York: Oxford University Press.

Finkelhor, D. y Berliner, L. (1995). Research on the treatment of sexually abused children: A review and recommendations. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*, 1408-1423.

Finkelhor, D. y Hotaling, G. T. (1984). Sexual abuse in the National Incidence Study of Child Abuse and Neglect: An appraisal. *Child Abuse & Neglect, 8*, 23-33.

Finkelhor, D. y Korbin, J. (1988). Child abuse as an international issue. *Child Abuse & Neglect, 12*, 3-23.

Finkelhor, D., Ormrod, R. y Turner, H. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect, 31*, 7-26.

Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H. y Hamby, S. (2005a). Measuring poly-victimization using the JVQ. *Child Abuse & Neglect, 29*, 1297-1312. doi: 10.1016/j.chiabu.2005.06.005

Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H. y Hamby, S. (2005b). The victimization of children and youth: A comprehensive, national survey. *Child Maltreatment 10*, 5-25. doi: 10.1177/107755950427128

Finkelhor, D., Turner, H., Ormrod, R., y Hamby, S. (2009). Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth. *Pediatrics 124*, 1411-1423. doi: 10.1542/peds.2009-0467

Finkelhor, D., Turner, H., Shattuck, A. y Hamby, S. (2013).Violence, crime, and abuse exposure ina national sample of children and youth: An update [Supplemental content]. *JAMA Pediatrics, 167*(7), 614-621. doi: 10.1001/jamapediatrics.2013.42

Finkelhor, D., Vanderminden, J., Turner, H., Hamby, S. y Shattuck, A. (2014). Upset among youth in response to questions about exposure to violence, sexual assault and family maltreatment. *Child Abuse & Neglect, 38*(2), 217-223. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.07.021

Fischer, D. G. y McDonald, W. L. (1998). Characteristics of intrafamilial and extrafamilial child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 22*(9), 915-929.

Foa, E. B., Johnson, K. M., Feeny, N. C. y Tredwell, K. R. H. (2001). The Child PTSD Symptom Scale: A preliminary examination of its psychometric properties. *Journal of Clinical Child Psychology, 30*(3), 376-384. doi: 10.1207/S15374424JCCP3003_9

Fonagy, P. y Target, M. (2002). Early intervention and the development of self-regulation *Psychoanalytic Inquiry, 22*(3), 307-335. doi: 10.1080/07351692209348990

Fonagy, P., Steele, H., Steele, M., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G. y Target, M. (1995). Attachment, the reflective self, and borderline states: The predictive specificity of the adult attachment interview and pathological emotional development. En S. Goldberg, R. Muir y J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 233-278). New York: Analytic Press.

Fontana, V. (1979). *En defensa del niño maltratado*. México, D. F: Pax.

Fontanil, Y., Méndez-Valdivia, M., Cuesta, M., López, C., Rodríguez, F. J., Herrero, F. J. y Ezama. E. (2002). Mujeres maltratadas por sus parejas masculinas. *Psicothema, 14*(Supl.), 130-138.

Fontanil, Y., Ezama, E., Fernández, R., Gil, P., Herrero, F. J. y Paz, D. (2005). Prevalencia del maltrato de pareja contra las mujeres. *Psicothema, 17*, 90-95. Recuperado de http://www.psicothema.com/pdf/3069.pdf

Ford, J. D. (1999). Disorders of Extreme Stress following warzone military trauma: Associated features of post-traumatic stress disorder (PTSD) or comorbid but distinct syndromes? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 6*7(1), 3-12. doi: http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.67.1.3

Ford, J. D. (2015). Complex PTSD: Research directions for nosology/assessment, treatment, and public health. *European Journal of Psychotraumatology, 6*, 27584. doi: http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v6.27584

Ford, J. D., Chapman, J. F., Pearson, G., Borum, R. y Wolpaw, J. M. (2008). MAYSI-2 factor structure, reliability, and predictive validity in juvenile detention. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 30,* 87-99.

Ford, J. D., Elhai, J. D., Connor, D. F. y Frueh, B. C. (2010). Poly-victimization and risk of posttraumatic, depressive, and substance use disorders and involvement in delinquency in a national sample of adolescents. *Journal of Adolescent Health, 46*(6), 545-552. doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.11.212

Ford, J. D, Racusin, R., Ellis, C., Davis, W., Reiser, J., Fleischer, A. y Thomas, J. (2000). Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders. *Child Maltreatment, 5*, 205-217.

Ford, J. D., Spinazzola, J., van der Kolk, B. y Grasso, D. (2014). *Developmental Trauma Disorder (DTD) field trial: I. evidence of reliability, structure, and validity of the DTD Semi-structured Interview (DTD-SI)*. Ponencia presentada en la Sociedad Internacional de Estrés Traumático, Convención Anual de Estudios, Miami, FL.

Ford, T., Goodman, R. y Meltzer, H. (2003). The British child and adolescent mental health survey 1999: The prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*(10), 1203-1211. doi: 10.1097/00004583-200310000-00011

Fowler, D. N. y Chanmugam, A. (2007). A critical review of quantitative analyses of children exposed to domestic violence: Lessons for practice and research. *Brief Treatment and Crisis Intervention, 7*(4), 322-344. doi: 10.1093/brief-treatment/mhm019

FRA–European Union Agency for Fundamental Rights (2014). *Violence against women: An EU-wide survey. Main results*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Recuperado de http://fra.europa.euFriedman,

Friedman, M. (2014). Literature on DSM-5 and ICD-11. *PTSD Research Quarterly, 25*(2), 2-10.

Frigerio, A., Cattaneo, C., Cataldo, M.G., Schiatti, A., Molteni, M. y Battaglia, M. (2004). Behavioral and emotional problems among children and adolescence aged 4 to 18 years as reported by parents and teachers. *European Journal of Psychological Assessment, 20*(2), 124133. doi: 10.1027/1015-5759.20.2.124

Frueh, B. C., Elhai, J. D. y Acierno, R. (2010). The future of posttraumatic stress disorder in the DSM. *Psychological Injury and Law, 3*(4), 260-270. doi: 10.1007/s12207-010-9088-6

Furtado, L., Carvalhães, R. y Gonçalves, S. (2009). Violência e transtorno de estresse pós-traumático na infância. *Ciência & Saúde Coletiva, 14*(2), 417-433. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013532011

Fusco, R. A. y Fantuzzo, J. W. (2009). Domestic violence crimes and children A population-based investigation of direct sensory exposure and the natureof involvement. *Children and Youth Services Review, 31*(2), 249-256. doi: 10.1016/j.childyouth.2008.07.017

G

Gaitán-Muñoz, L. (Dir. y Coord.) (2011). *La infancia en cifras 2009*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social y Universidad Complutense de Madrid.

Garbarino, J., Guttmann, E. y Seeley, J. W. (1986). *Psychologically Battered Child*. CA: Jossey-Bass Publisher.

García-Moreno, C., Jansen, H., Watts, C., Ellsberg, M. y Heise, L. (2005). *Multi-country study on women's health and domestic violence against women*. Geneva: World Health Organization (WHO).

García-Torrecillas, J. M., Torío-Durántez, J., Lea-Pereira, M. C., García-Tirado, M. C. y Aguilera-Tejero, R. (2008). Detección de violencia contra la mujer en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria, 40*(9), 455-461.

Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología, 38*(3), 493-507. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rlp/v38n3/v38n3a04.pdf

Garriga, A., López-Soler, C., Martínez, A., Fernández, V., Castro, M. y Puerto, J. C. (2007). *Escala de maltrato psicológico: Adaptación de la Escala de Maltrato a Mujeres en L. Walker (1984)*. Documento no publicado, Universidad de Murcia.

Gaudiano, B. A. y Zimmerman, M. (2010). The relationship between childhood trauma history and the psychotic subtype of major depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 121*, 462-470. doi: 10.1111/j.1600-0447.2009.01477.x

Gelles, R. J. y Perlman, S. (2012). *Estimated annual cost of child abuse and neglect*. Chicago IL: Prevent Child Abuse America.

Gelles, R. J. y Strauss, M. A. (1979). Determinants of violence in the family: Toward a theorical integration. En W. R. Burr et al. (Eds.), *Contemporary theories about the family* (pp. 549-81). New York: Free Press.

Gelles, R. J. y Straus, M. A. (1988). *Intimate violence: The definitive study of the causes and consequences of abuse in the American family.* New York: Simon & Schuster.

Gerson, R. y Rappaport, N. (2012). Traumatic stress and posttraumatic stress disorder in youth: Recent research findings on clinical impact, assessment, and treatmen. *Journal of Adolescent Health, 52*(2), 137-143. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.06.018

Gewirtz, A., DeGarmo, D. S. y Medhanie, A. (2011). Effects of mother's parenting practices on child internalizing trajectories following partner violence. *Journal of Family Psychology, 25*(1), 29-38. doi: 10.1037/a0022195

Gewirtz, A. y Edelson, J. (2004). *Young children's exposure to adult domestic violence: Toward a developmental risk and resilience framework for research and intervention*. Schechter, S. Editor, School of Social Work. The University of Iowa.

Gewirtz, A. y Edleson, J. (2007). Young children's exposure to intimate partner violence: Towards a developmental risk and resilience framework for research and intervention. *Journal of Family Violence, 22*, 151-163. doi: 10.1007/s10896-007-9065-3

Gewirtz, A., Forgatch, M. y Wieling, E. (2008). Parenting practices as potential mechanisms for child adjustment following mass trauma. *Journal of Marital and Family Therapy, 34*(2), 177-192. doi: 10.1111/j.1752-0606.2008.00063.x

Ghosh-Ippen, C., Lieberman, A. y van Horn, P. (2008). *Personal communication*. August 14, 2008.

Gilbert, M., Fluke, J., O´Donnell, M., González-Izquierdo, A., Brownell, M., Gulliver, P., … Sidebotham, P. (2012). Child maltreatment: Variation in trends and policies in six developed countries. *Lancet, 379*, 758-772.

Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E. y Janson, S. (2009). Child Maltreatment Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet, 373*(9657), 68-81. doi:10.1016/s0140-6736(08)61706-7

Gil-González, D., Vives-Cases, C., Ruiz, M. T., Carrasco-Portiño, M. y Álvarez-Dardet, C. (2008). Childhood experiences of violence in perpetrators as a risk factor of intimate partner violence: A systematic review. *Journal of Public Health, 30*(1), 14-22. doi: 10.1093/pubmed/fdm071

Gilliham, S. J., Aderka, I. M., Conklin, P. H., Capaldi, S. y Foa, E. B. (2013). The Child PTSD Symptom Scale: Psychometric properties in female adolescent sexual assault survivors. *Psychological Assessment, 25*(1), 23-31. doi: 10.1037/a0029553

Glass, N., Fredland, N., Campbel, J., Yonas, M., Sharps, P. y Kub, J. (2003). Adolescent dating violence: Prevalence, risk factors, health outcomes, and implications for clinical practice. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & NeonatalNursing, 32*(2), 227-238. doi: 10.1177/0884217503252033

Glaser, D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework. *Child Abuse & Neglect, 26*, 697-714.

Glaser, D., Prior, V., Auty, K. y Tilki, S. (2012). *Does training in a systematic approach to emotional abuse improve the quality of children's services?* London: DfE.

Goddard, C. y Bedi, G. (2010). Intimate partner violence and child abuse: A Child-Centred perspective. *Child Abuse Review, 19*(1), 5-20. doi: 10.1002/car.1084

Golding, J. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence, 14*(2), 99-132. doi: 10.1177/0884217503252033

Gómez-Pérez, E. y de Paúl, J. (2003). La transmisión intergeneracional del maltrato físico infantil: Estudio en dos generaciones. *Psicothema, 15*(3), 452-457. Recuperado de http://www.psicothema.com/pdf/1087.pdf

González-Izquierdo, A., Ward, A., O'Donnell, M., Li, L., Roposch, A., Stanley, F. y Gilbert, R. (2013). Cross-country comparison of victimisation-related injury admission in children and adolescents in England and Western Australia. *BMC Health Services Research, 13*(1), 1-9. doi: 10.1186/1472-6963-13-260

González, E., Orgaz, B. y López, F. (2012). La conducta sexual infantil como indicador de abusos sexuales: Los criterios y sesgos de los profesionales. *Psicothema, 24*(3), 402-409.

González, R. y Santana, J. D. (2001). La violencia en parejas jóvenes. *Psicothema, 13,* 127-131. Recuperado de http://www.psicothema.com/pdf/423.pdf

Gottman, J. y Jacobson, N. (2001). *Hombres que agreden a sus mujeres*. Barcelona: Paidós.

Gracia, E. (2002a). El maltrato infantil en el contexto de la conducta parental: Percepciones de padres e hijos. *Psicothema, 14* (2), 274-279. Recuperado de http://www.psicothema.com/pdf/720.pdf

Gracia, E. (2002b). Visibilidad y tolerancia social de la violencia familiar [Social visibility and tolerance to family violence]. *Intervención Psicosocial, 11*(2), 201-2011. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179818141004

Gracia, E. y Musitu, G. (1993a). *El maltrato infantil: Un análisis ecológico de los factores de riesgo*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

Gracia, E. y Musitu, G. (1993b). El maltrato infantil: Un análisis ecológico de los factores de riesgo. *Psicothema, 7*(2), 449-452.

Graham-Bermann, S., Castor, L., Miller, L. y Howell, K. (2012). The impact of intimate partner violence and additional traumatic events on trauma symptoms and PTSD in preschool-aged children. *Journal of Traumatic Stress, 25*(4), 393-400. doi: 10.1002/jts.21724

Graham-Bermann, S., Grubera, G., Howell, K. y Girz, L. (2009). Factors discriminating among profiles of resilience and psychopathology in children exposed to intimate partner violence (IPV). *Child Abuse & Neglect, 33*, 648-660.

Graham-Bermann, S. A., Howell, K., Habarth, J., Krishnan, S., Loree, A. y Bermann, E. (2008). Toward assessing traumatic events and stress symptoms in preschool children from low income families. *American Journal of Orthopsychiatry, 78*, 220-228.

Graham-Bermann, S. A. y Levendosky, A. A. (1998). Traumatic stress symptoms in children of battered women. *Journal of Interpersonal Violence, 13*(1), 11-128. doi: 10.1177/088626098013001007

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. doi: 10.1016/j.jpeds.2004.10.065

Green, A. H. (1998). Factors contributing to the generational transmission of child maltreatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37*, 12, 1334-1336.

Green, J. G., McLaughlin, K. A., Berglund, P. A., Gruber, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. y Kessler, R. C. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) I: Associations with first onset of DSM-IV disorder. *Archives General Psychiatry, 67*(2), 113-123. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.186.

Grip, K. (2012). *The damage done- Children exposed to intimate partner violence and their mothers: Towards empirically based interventions in order to reduce negative health effects in children*. Tesis doctoral, Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Gotemburgo, Suecia. Recuperado de https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/30153

Grip, K., Almqvist, K., Axberg, U. y Broberg, A. G. (2013). Children exposed to intimate partner violence and the reported effects of psychosocial interventions. *Violence and Victims, 28*(4), 635-655. doi: http://dx.doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-12-00012

Gross, A. M., Winslett, A., Roberts, M. y Gohm, C. L. (2006). An examination of sexual violence against college women. *Violence Against Women, 12*, 288-300. doi: 10.1177/1077801205277358

Grych, J. H., Jouriles, E. N., Swank, P. R., McDonald, R. y Norwood, W. D. (2000). Patterns of adjustment among children of battered women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(1), 84-94. doi: 10.1037/0022-006X.68.1.84

Gudi˜no, O. G. y Rindlaub, L. A. (2014). Psychometric properties of the Child PTSD Symptom Scale in Latino children. *Journal of Traumatic Stress, 27*, 27-34. doi: 10.1002/jts.21884

Gudin˜o, O. G., Nadeem, E., Kataoka, S. H. y Lau, A. S. (2011). Relative impact of violence exposure and immigrant stressors on Latino youth psychopathology. *Journal of Community Psychology 39*(3), 316-335. doi: 10.1002/jcop.20435

Guedes, A. y Mikton, C. (2013). Examining the intersections between child maltreatment and intimate partner violence. *Western Journal of Emergency Medicine, 14*(4), 377-379. doi: 10.5811/westjem.2013.2.16249

H

Hahm, H. C., Lee, Y., Ozonoff, A. y Van Wert, M. J. (2010). The impact of multiple types of child maltreatment on subsequent risk behaviors among women during the transition from adolescence to young adulthood. *Journal of Youth & Adolescence, 39*(5), 528-540. doi: 10.1007/s10964-009-9490-0

Hamarman, S. y Bernet, W. (2000). Evaluating and reporting emotional abuse in children: Parent-based, action based focus aids in clinical decision-making. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*(7), 928-930.

Hamby, S, Finkelhor, D. y Turner, H. (2012). Teen dating violence: Co-occurrence with other victimizations in the national survey of children's exposure to violence (NatSCEV). *Psychology of Violence, 2*(2), 111-124. doi: 10.1037/a0027191

Hamby, S., Finkelhor, D., Turner, H. y Ormrod, R. (2010). The overlap of witnessing partner violence with child maltreatment and other victimizations in a nationally representative survey of youth. *Child Abuse & Neglect*, 34, 734-741. doi: 10.1016/j.chiabu.2010.03.00

Hamby, S, Finkelhor, D., Turner, H. y Ormrod, R. (2011). Children's exposure to intimate partner violence and other family violence. *Juvenile Justice Bulletin - NCJ 232272*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office (CV197).

Hamilton, C. E. y Browne, K. D. (1998). The repeat victimization of children. Should the concept be revised? *Aggression and Violent Behavior, 3*(1), 47-60. doi: 10.1016/S1359-1789(97)00007-4

Hamilton, L. H. A., Jaffe, P. J. y Campbell, M. (2013). Assessing children's risk for homicide in the context of domestic violence. *Journal of Family Violence, 28,* 179-189. doi: 10.1007/s10896-012-9473-x

Harding, H. G. y Helweg-Larsen, M. (2009). Perceived risk for future intimate partner violence among women in a domestic violence shelter. *Journal of Family Violence, 24*(2), 75-85. doi: 10.1007/s10896-008-9211-6

Hart, S. N., Binggeli, N. J. y Brassard, M. R. (1997). Evidence for the effects of psychological maltreatment. *Journal of Emotional Abuse, 1*, 27-58.

Hart, S. N. y Brassard, M. R. (1987). Psychological maltreatment: Integration and summary. En M. R. Brassard, R. Germain y S. N. Hart (Eds.), *Psychological maltreatment of children and youth* (pp. 254-266). New York: Pergamon Press.

Hart, S. N., Brassard, M. R., Binggeli, N. J. y Davidson, H.A. (2002). Psychological maltreatment. En J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny y T. A. Reid (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (2ª Ed.) (pp. 79-104). Thousand Oaks: Sage Publications.

Hart, S. N., Brassard, M. B., Davidson, H. A., Rivelis, E., Díaz, V. y Binggeli, N. J. (2011). Psychological maltreatment. En J. E. B. Myers (Ed.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (3ª Ed.) (pp. 125-144). Thousand Oaks, CA: Sage.

Hart, S. N. Brassard, M., y Karlson (1996). Psychological maltreatment. En Briere, J., Berliner, L., Bulkley, J. A., Jenny, C. y Reid, T., *The APSAC handbook on child maltreatment*. Sage Publications, Thousand Oaks, CA.

Hartley, C. C. (2004). Severe domestic violence and child maltreatment: Considering child physical abuse, neglect, and failure to protect. *Children and Youth Services Review, 26*(4), 373-392. doi: 10.1016/j.childyouth.2004.01.005

Havens, J. F., Gudi, O. G., Biggs, E. A., Diamond, U. N., Weis, J. R. y Cloitre, M. (2012). Identification of trauma exposure and PTSD in adolescent psychiatric inpatients: An exploratory study. *Journal of Traumatic Stress, 25,* 171-178. doi: 10.1002/jts.21683

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*(1), 99-109. doi: 10.1542/peds.2004-2542

Hazen, A. L., Connelly, C. D., Kelleher, K., Landsverk, J. A. y Barth, R. P.(2004). Intimate partner violence among female caregivers of children reported for child maltreatment. *Child Abuse & Neglect, 28*(3), 301-319. doi: 10.1016/j.chiabu.2003.09.016

Hazen, A. L., Connelly, C. D., Roesch, S. C., Hough, R. L. y Landsverk, J. A. (2010). Child maltreatment profiles and adjustment problems in high-risk adolescents. *Journal of Interpersonal Violence, 24*(2), 361-378. doi: 10.1177/0886260508316476

Heise, L., Ellsberg, M. y Gottemoeller, M. (1999). *Ending violence against women*. Baltimore MD: Johns Hopkins University Press.

Heise, L. y García-Moreno, C. (2002). Violence by intimate partners. En Krug, E. G. et al., (Eds.), *World Report on Violence and Health* (pp. 87-121). Geneva: World Health Organization (WHO).

Henning, K., Leitenberg, H., Coffey, P., Turner, T. y Bennett, R. T. (1996). Long-term psychological andsocial impact of witnessing physical conflict between parents. *Journal of Interpersonal Violence, 11*(1), 35-51. doi: 10.1177/088626096011001003

Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5,* 377-391. doi: 10.1002/jts.2490050305

Hernando Gómez, A. (2007). La prevención de la violencia de género en adolescentes. Una experiencia en el ámbito educativo. *Apuntes de Psicología, 25*(3), 325-340.

Herrenkohl, R. y Herrenkohl, T. (2009). Assessing a child's experience of multiple maltreatment types: Some unfinished business. *Journal of Family Violence. 24*(7), 485-496. doi: 10.1007/s10896-009-9247-2

Herrenkohl, T. y Herrenkohl, R. (2007). Examining the overlap and prediction of multiple forms of child maltreatment, stressors, and socioeconomic status: A longitudinal analysis of youth outcomes. *Journal of Family Violence. 22*, 553-562. doi: 10.1007/s10896-007-9107-x

Herrenkohl, T., Mason, W., Kosterman, R., Lengua, L., Hawkins, J. y Abbott, R. (2004). Pathways from physical childhood abuse to partner violence in young adulthood. *Violence and Victims, 19*(2), 123-36. doi: 10.1891/vivi.19.2.123.64099

Herrenkohl, T., Sousa, C., Tajima, E. A., Herrenkohl, R. y Moylan, C. A. (2008). Intersection of child abuse and children's exposure to domestic violence. *Trauma, Violenc, & Abuse,* 9, 84-99. doi: 10.1007/s10896-007-9107-x

Herrera, V. M. y McCloskey, L. A. (2001). Gender differences in the risk for delinquency among youth exposed to family violence. *Child Abuse & Neglect 25*(8), 1037-1051. doi: 10.1016/S0145-2134(01)00255-1

Hesse, E. y Main, M. (2006). Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: Description, discussion, and interpretations. *Development and Psychopathology, 18*(2), 309-343. doi: 10.1017/s0954579406060172

Hester, M. (2010). 'Mother*ing through domestic violence', paper presented to Mothers, children and change*: *Strengthening service support and safety*. Conferencia, Sydney, 4 June 2010.

Hibbard, R., Barlow, J., MacMillan, H., American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect y American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Child Maltreatment and Violence Committee (2012). Psychological maltreatment. *Pediatrics, 130*, 372-378.

Hidalgo, R. B. y Davidson, J. (2010). Posttraumatic Stress Disorder: Epidemiology and Health-Related Considerations. *The Journal of Clinical Psychiatry, 61*(Suppl 7), 5-13.

Hickling, E. J. y Blanchard, E. B. (1992). Posttraumatic Stress Disorder and motor vehicle accidents. *Journal of Anxiety Disorders, 6*, 283-304.

Hickman, L. J., Jaycox, L. H. y Aronoff, J. (2004). Dating violence among adolescents: Prevalence, gender distribution, and prevention program effectiveness. *Trauma Violence and Abuse, 5* (2), 123-142.

Hickman, L. J., Jaycox, L. H., Setodji, C. M., Kofner, A., Schultz, D., Barnes-Proby, D. y Harris, R. (2013). How much does ‘‘how much’’ matter? Assessing the relationship between children’s lifetime exposure to violence and trauma symptoms, behavior problems, and parenting stress. *Journal of Interpersonal Violence, 28*(6), 1338-1362. doi: 10.1177/0886260512468239

Higgins, D. J. y McCabe, M. P. (2001). Multiple forms of child abuse and neglect: Adult retrospective reports. *Aggression and Violent Behavior, 6,* 547-578.

Hillis, S. D., Anda, R. F., Dube, S. R., Felitti, V. J., Marchbanks, P. A. y Marks, J. S. (2004). The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and fetal death. *Pediatrics, 113*(2), 320-327. doi: 10.1542/peds.113.2.320

Hodgdon, H. B., Kinniburgh, K., Gabowitz, D., Blaustein, M. E. y Spinazzola, J. (2013). Development and implementation of trauma-informed programming in youth residential treatment centersusing the ARC framework. *Journal of Family Violence, 28*(7), 679-692. doi: 10.1007/s10896-013-9531-z

Hodges, M., Godbout, N., Briere, J., Lanktree, C., Gilbert, A. y Kletzka, N. T. (2013). Cumulative trauma and symptom complexity in children: A path analysis. *Child Abuse & Neglect, 37*, 891-898. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.04.001

Holden, G. W. (1998). Introduction: The developmentof research into another consequence of family violence. En G.W. Holden, R. Geffner y E. N. Jouriles (Eds.), *Children exposed to marital violence: Theory, research, and applied issues* (pp.1-20). Washington: American Psychological Association.

Holden, G. W. (2003). Children exposed to domestic violence and child abuse: Terminology and taxonomy. *Clinical Child and Family Psychology Review, 6* (3), 151-160.

Holden, G. W. y Ritchie, K. L. (1991). Linking extreme marital discord, child rearing and child behavior problems: Evidence from battered women. *Child Develpment, 62*(2), 311-327. doi: 10.1111/j.1467-8624.1991.tb01533.x

Holmes, M. R. (2013a). The sleeper effect of intimate partner violence exposure: Long-term consequences on youngs children's aggressive behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54*(9), 986-995. doi: 10.1111/jcpp.12071

Holmes, M. R. (2013b). Aggressive behavior of children exposed to intimate partner violence: An examination of maternal mental health, maternal warmth and child maltreatment. *Child Abuse & Neglect, 37*(8), 520-30. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.12.006

Holt, S., Buckley, H. y Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse & Neglect, 32*, 797-810. doi: 10.1016/j.chiabu.2008.02.004.

Horowitz, M., Wilner, N. y Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale Measure of Subjective Stress. *Psychosomatic Medicine, 41*(3), 209-218.

Hovens, J. G. F. M., Wiersma, J. E., Giltay, E. J., van Oppen, P., Spinhoven, P., Penninx, B. W. J. H. y Zitman, F. G. (2010). Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 122*, 66-74. doi: 10.1111/j.1600-0447.2009.01491.x

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. y Barad, S. (1983). Psychological functioning of children in a battered women's shelter: A preliminary investigation. *American Journal of Orthopsychiatry*, *53*(3), 525-531.

Hughes, H. M. y Luke, D. A. (1998). Heterogeneity in adjustment among children of battered women. En G. W. Holden, R. Geffner y E. N. Jouriles (Eds.), *Children exposed to marital violence: Theory, research, and applied issues* (pp. 185-221). Washington, DC: American Psychological Association

Humphreys, J. (1996). Nursing care of children of battered women. *Pediatric Nursing, 3*, 122-128.

Humphreys, C., Houghton, C. y Ellis, J. (2008). *Literature review: Better outcomes for children and young people experiencing domestic abuse*, Scottish Executive Domestic AbuseDelivery Group, Scottish Government, Edinburgh. Recuperado de http://www.scotland.gov.uk/Publications/2008/08/04112614/0

Hussey, J. M., Chang, J. J. y Kotch, J. B. (2006). Child maltreatment in the United States: Prevalence, risk factors, andadolescent health consequences. *Pediatrics, 118*, 933-942.

Huth-Bocks, A. C., Levendosky, A. A. y Semel, M.A. (2001). The direct and indirect effects of domestic violence on youngs children's intellectual functioning. *Journal of Family Violence, 16*(3), 269-290.

Hyman S. E. (2010). The diagnosis of mental disorders: The problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology. 6,* 155-179.

I

Idemudia, E. S. y Makhubel, S. (2011). Gender difference, exposure to domestic violence and adolescents' identity development. *Gender & Behaviour, 9*(1), 3443-3465.

Informe violencia de género 2006. Informes, estudios e investigación 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe del Comité de los Derechos del Niño (2012). *Observación general Nº 13 (2011): Derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia* (GE.12-43479). Suplemento 41 (A/67/41). Nueva York: Naciones Unidas.

Inglés, A. (1995). Origen, proceso y algunos resultados del estudio sobre los malos tratos infantiles en Cataluña. *Infancia y Aprendizaje, 71*. 23-32.

Insana, S. P., Foley, K. P., Montgomery-Downs, H. E., Kolko, D. J. y McNeil, C. B. (2014). Children exposed to intimate partner violence demonstrate disturbed sleep and impaired functional outcomes. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy,* 6(3), 290-298. doi: http://dx.doi.org/10.1037/a0033108

Instituto de la Mujer y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2003). *La violencia contra las mujeres. Resultados de la macroencuesta, II parte*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Instituto de la Mujer y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2006). *La violencia contra las mujeres. Resultados de la III Macroencuesta*. Madrid: Sigma Dos S.A. Recuperado de: http://mtas.es.

Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (2007). *Estadísticas del programa de saneamiento de la relación familiar.* El Salvador: Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (ISDEMU).

Intebi, I. y Arruabarrena, I. (2006). La orientación familiar en situaciones especiales: Violencia familiar-Maltrato y abandono infantil. En J. H. Bouche y F. Hidalgo (Dir.), *Mediación y Orientación familiar. Área de Orientación*. Madrid: Dykinson.

Interagency Council on Child Abuse and Neglect (ICAN) (2008). *Safely surrendered and abandoned infants in los angeles county (2002-2007)*. Los Angeles, California: ICAN.

International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (1999). *Definition of CAN*. Chicago: ISPCAN. Recuperado de http://www.ispcan.org/CAN-facts/definition.html

International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (2008). *World perspectives on child abuse*. Chicago: ISPCAN.

Ivanova, M., Achenbach, T., Dumenci, L., Rescorla, L., Almqvist, R., Weintraub, S., …Verhulst, F. C. (2007). Testing the 8-syndrome structure of the Child Behavior Checklist in 30 societies. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 36*(3), 405-417. doi: 10.1080/15374410701444363

J

Jacomino, D., Rodríguez, C. M., Muñiz S. y Rodríguez, O. (2012). Maltrato infantil desde una perspectiva legal. *Revista de Ciencias Médicas de La Habana, 18*(1). Recuperado de http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol18_1_12/hab08112.html

Jaffe, P. G., Baker, L. L. y Cunningham, A. J. (2004). Purpose and overview. En P. G. Jaffe, L. L. Baker y A. J. Cunningham, (Eds.), *Protecting children from domestic violence: Strategies for community intervention* (pp. 3-7). New York: Guilford Press.

Jaffe, P. G., Campbell, M., Hamilton, L. H. y Juodis, M. (2012). Children in danger of domestic homicide. *Child Abuse and Neglect, 36*, 71-4. doi: 10.1016/j.chiabu.2011.06.008

Jaffe, P. G, Campbell, M. y Olszowy, L. P. (2013). Health care professionals' role in preventing child homicides in the context of domestic violence. *Paediatrics Today, 9*(1), 55-63. doi: 10.5457/p2005-114.62

Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffit, T. E., Polo-Tomás, M. y Taylor, A. (2007). Individual, family, and neighborhood factors distinguish resilient from non-resilient maltreated children: A cumulative stressors model. *Child Abuse and Neglect, 31*(3), 231-253.

Jaffe, P. G. y Juodis, M. (2006). Children as victims and witnesses of domestic homicide: Lessons learned from domestic violence death review committees. *Juvenile and Family Court Journal, 57*(3), 13-28. doi:10.1111/j.1755-6988.2006.tb00125.x

Jaffe, P. G., Wolfe, D. A. y Campbell, M. (2011). *Growing up with domestic violence: Assessment, intervention and prevention strategies for children and adolescents*. Cambridge: Hogrefe & Huber.

Jarvis, K. L., Gordon, 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. doi: 10.1007/s10896-005-7800-1

Jaffe, P. G, Campbell, M. y Olszowy, L. P. (2013). Health care professionals' role in preventing child homicides in the context of domestic violence. *Paediatrics Today, 9*(1), 55-63. doi: 10.5457/p2005-114.62

Jaycox, L. H., Stein, B. D., Katoaka, S. H., Wong, M., Fink, A., Escudero, P. y Zaragoza, C. (2002). Violence exposure, posttraumatic stress disorder and depressive symptoms among recent immigrant school children. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry, 41*(9), 1104-1110. doi: 10.1097/00004583-200209000-00011

Jewkes, R., Sen, P. y García-Moreno, C. (2002). Sexual violence. En E. G. Krug, et al., (Eds.), *World Report on Violence and Health* (pp. 149-181). Ginebra, Organización Mundial de la Salud (WHO).

Johnson, M. (1995). Patriarchal terrorism and common couple violence: Two forms of violence against women. *Journal of Marriage and the Family, 57,* 283-294. doi: 10.2307/353683

Jones, A. (Coord.) (2009). *Percepciones de, actitudes con, y opiniones sobre el abuso sexual infantil en los países del Este del Caribe. Resumen ejecutivo y resultados. Informe preliminar*. Centro de Estudios Aplicados sobre Infancia y Acción para los Niños, Infancias devastadas. Reino Unido: Universidad de Huddersfield.

Jones, L. P., Gross, E. y Becker, I. (2002). The characteristics of domestic violence victims in a child protective service caseload. *Families in Society, 83*(4), 405-415. doi: 10.1606/1044-3894.14

Jonkman, C. S., Verlinden, E., Bolle, E. A., Boer, F. y Lindauer, R. J. (2013). Traumatic stress symptomatology after child maltreatment and single traumatic events: Different profiles. *Journal of Traumatic Stress, 26,* 225-232. doi: 10.1002/jts.21792

Jorm, A. F., Kelly, C. M., y Morgan, A. J. (2007). Participant distress in psychiatric research: A systematic review. *Psychological Medicine, 37*(7), 917-926. doi: 10.1017/S0033291706009779

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*(2), 221-235. doi: 10.1891/0886-6708.23.2.221

Jouriles, E. N., Mueller, V., Rosenfield, D., McDonald, R. y Dodson, M. C. (2012). Teens' experiences of harsh parenting and exposure to severe intimate partner violence: Adding insult to injury in predicting teen dating violence. *Psychology of Violence, 2*(2), 125-138. doi: http://dx.doi.org/10.1037/a0027264

Jouriles, E. N., Murphy, C. M. y O'Leary, K. D. (1989). Interspousal aggression, marital discord, and child problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*(3), 453-455.

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*(1), 69-78. doi: 10.1037/0893-3200.9.1.69

Jovaní, E., Martí, P., Segarra, T. y Tormo, M. J. (1994). Mujeres maltratadas, mujeres mal tratadas. *Asparkía*, 4, 9-18.

K

Kadir, A., Marais, F. y Desmond, N. (2013). Community perceptionsof the social determinants of child health in Western Cape, South Africa: Neglect as a major indicator of child health and wellness. *Paediatrics and International Child Health, 33*(4), 310-321. doi: 10.1179/2046905513Y.0000000096

Kantor, G. K. y Little, L. (2003). Defining the boundaries of child neglect: When does domestic violence equate with parental failure to protect? *Journal of Interpersonal Violence, 18,* 338-355.

Karam, E. G., Friedman, M. J., Hill, E. D., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Petukhova, M., … Koenen, K. C. (2014). Cumulative traumas and risk thresholds: 12-month PTSD in the World Mental Health (WMH) surveys. *Depression and Anxiety, 31*(2), 130-142. doi: 10.1002/da.22169

Kassam-Adams, N., Gold, J. I., Montan˜o, Z., Kohser, K. L., Cuadra, A., Muñoz, C. y Armstrong, F. D. (2013). Developmentand psychometric evaluation of child acute stress measures in Spanish and English. *Journal of Traumatic Stress, 26*(1), 19-27. doi: 10.1002/jts.21782

Kassam-Adams, N., Marsac, M. L. y Cirilli, C. (2010). Posttraumatic stress disorder symptom structure in injured children: Functional impairment and depression symptoms in a confirmatory factor analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49*(6), 616-625. doi: 10.1097/00004583-201006000-00010

Kataoka, S., Jaycox, L., Wong, M., Nadeem, E., Langley, A., Tang, L. y Stein, B. (2011). Effects on school outcomes in low-income minority youth: Preliminary findings from a community-partnered study of a school trauma intervention. *National Institutes of Health, 21*(301), 71-77.

Kataoka, S., Stein, B. D., Jaycox, L. H., Wong, M., Escudero, P., Tu, W., … Fink, A. (2003). A school-based mental health program for traumatized Latino immigrant children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 42*(3), 311-318. doi: 10.1097/00004583-200303000-00011

Katz, R .C. y Watkins, P. L. (1998). Adult victims of child sexual abuse. En A.S. BellacK y M. Hersen (Eds.), *Comprehensive Clinical Psychology*, Vol. 9 (pp. 291-306). Elsevier: Amsterdam.

Kazdin, A. E. (2011). Conceptualizing the challenge of reducing interpersonal violence. *Psychology of Violence, 1*(3), 166-187. doi: 10.1037/a0022990

Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D. y Rao, U. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*, 980-988. doi: 10.1097/00004583-199707000-00021

Kempe, R .S. y Kempe, H. C. (1985, 3ª Ed.). *Niños maltratados*. Madrid: Morata.

Kempe, H. S., Silverman, N. F., Steele, B. F., Droegemueller, W. y Silver, H. K. (1962). The Battered-Child Syndrome. *JAMA, 181*, 105-12.

Kent, L., Laidlaw, J. D. D. y Brockington, I. F. (1997). Fetal abuse. *Child Abuse & Neglect, 21*, 181-186.

Kerig, P. K. y Becker, S. P. (2014). Early abuse and neglect as predictors of antisocial outcomes in adolescence and adulthood. En J. Morizot y L. Kazemian (Eds.), *The development of criminal and antisocial behavior: Theoretical foundations and practical applications*. New York: Springer.

Kerig, P. K., Ford, J. D. y Olafson, E. (2014). *Assessing exposure to psychological trauma and posttraumatic stress symptoms in the juvenile justice population*. Los Angeles (California): The National Child Traumatic Stress Network.

Kernic, M. A., Wolf, M. E., Holt, V. L., McKnight, B., Huebner, C. E. y Rivara, F. P. (2003). Behavioral problems among children whose mothers are abused by an intimate partner. *Child Abuse & Neglect, 27*(11), 1231-1246. doi: 10.1016/j.chiabu.2002.12.001

Ketsela, T. y Kebede, D. (1997). Physical punishment of elementary school children in urban and rural communities in Ethiopia. *Ethipo Medicine Journal, 39*, 271-281.

Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M. y Friedman, M. J. (2013). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of Trauma and Stress, 26*(5), 537-547. doi: 10.1002/jts.21848.

Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S. y Best, C. L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the National Survey of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(4), 692-700. doi: http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.692

Kilpatrick, K. y Williams, L. (1998). Potential mediators of post-traumatic stress disorder in child witnesses of domestic violence. *Child Abuse & Neglect, 22*(4), 319-330. doi: 10.1016/S0145-2134(97)00178-6

Kinsfogel, K. y Grych, J. (2004). Interparental conflict and adolescent dating relationship cognitive, emotional, and peer influences. *Family Psycology, 18,* 505-515.

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. doi: 10.1037/0022-006X.71.2.339

Knefel, M. y Lueger-Schuster, B. (2013). An evaluation of ICD-11 PTSD and Complex PTSD criteria in a sample of adult survivors of childhood institutional abuse. *European Journal of Psychotraumatolog, 4*, 1-11. doi: 10.3402/ejpt.v4i0.22608

Knerr, W., Gardner, F. y Cluver, L (2013). Improving positive parenting skills and reducing harsh and abusive parenting in low-and middle-income countries: A systematic review. *Prevention Science, 14*(4), 352-63. doi: 10.1007/s11121-012-0314-1

Knickerbocker, L., Heyman, R. E., Slep, A. M. S., 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. doi: http://dx.doi.org/10.1027/1016-9040.12.1.36

Knutson, J. F., DeGarmo, D., Koeppl, G. y Reid, J. B. (2005). Care neglect, supervisory neglect, and harsh parenting inthe development of children's aggression: A replication and extension. *Child Maltreatment, 10*(2), 92-107. doi: 10.1177/1077559504273684

Kohn, A., Jaffee, S., Odgers, C. y Gallop, R. (2008). Effects of family violence on psychopathology symptoms in children previously exposed to maltreatment. *Child Development, 79*(5), 1498-1512. doi: 10.1111/j.1467-8624.2008.01201.x

Kohrt, B. A., Jordans, M. J. D., Tol, W. A., Luitel, N. P., Maharjan, S. M. y Upadhaya, N. (2011) Validation of cross-cultural child mental health and psychosocial research instruments: Adapting the depression self-rating scale and child PTSD symptom scale in Nepal. *BMC Psychiatry 11*(127), 1-17. doi: 10.1186/1471-244X-11-127

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*(2), 281-293. doi: 10.1177/088626096011002010

Kolko, D. J., Hurlburt, M. S., Zhang, J., Barth, R. P., Leslie, L. K. y Burns, B. (2009). Posttraumatic stress symptoms in children and adolescents referred for child welfare investigation: A national sample of in-home and out-of-home care. *Child Maltreatment, 15*(1), 48-63. doi: 10.1177/1077559509337892

Kristensen, S., Henriksen, T. B. y Bilenberg, N. (2010). The Child Behavior Checklist for Ages 1.5-5 (CBCL/11/2-5): Assessment and analysis of parent-and caregiver-reported problems in a population-based sample of Danish preschool children. *Nordic Journal of Psychiatry, 64*(3), 203-209. doi: 10.3109/08039480903456595

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.

Kruttschnitt, C. y Dorfeld, M. (1992). Will they tell? Assessing preadolescents' reports of family violence. *Journal of Research in Crime and Delinquency, 29*, 136-147. doi: 10.1177/0022427892029002002

Kubany, E. S. y Watson, S. B. (2002). Cognitive trauma therapy for formerly battered women with PTSD (CTT-BW): Conceptual bases and treatment outlines. *Cognitive and Behavioral Paractice, 9*, 111-127.

Kuhlman, K. R., Howell, K. H. y Graham-Bermann, S. A. (2012). Physical health in preschool children exposed to intimate partner violence. *Journal of Family Violence, 27*(6), 499-510. doi: 10.1007/s10896-012-9444-2

L

Labrador, F. J., Fernández-Velasco, M. R. y Rincón, P. P. (2006). Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 6* (3), 527-547.

Labrador, F. J., Fernández-Velasco, M. R. y Rincón, P. (2010). Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicothema, 2* (1), 99-105.

Labrador, F. J., Fernández-Velasco, M. R. y Rincón, P. (2011). Psychopathological characteristics of female victims of intimate partner violence. *Psychology in Spain, 15*(1), 102-109.

Labrador, F. J., Rincón, P. P., de Luis, P. y Fernández-Velasco, R. (2004). *Mujeres víctimas de violencia doméstica. Programa de actuación*. Madrid: Pirámide.

Lachica, E. (2010). Síndrome del niño maltratado: Aspectos médico-legales. *Cuadernos de Medicina Forense, 16*(1-2), 53-63. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/cmf/v16n1-2/revision6.pdf

Laing, L. (2000). Children, young people and domestic violence. *Australian Domestic & Family Violence Clearinghouse Sydney, 2*, 1-28. Recuperado de http://www.adfvc.unsw.edu.au/pdf%20files/issuespaper2.pdf

Laing, L. (2010). *No way to live: Women's experiences of negotiating the family law system in the context of domestic violence*, University of Sydney & Benevolent Society, Sydney.

Lameiras, M. (2002). Aproximación psicológica a la problemática de los abusos sexuales en la infancia. En M. Lameiras (Ed.), *Abusos sexuales en la infancia. Abordaje psicológico y jurídico.* (pp. 61-83). Madrid: Biblioteca Nueva.

Lameiras, M. y Failde, J. M. (2000). *La psicología clínica y de la salud en el siglo XXI. Posibilidades y retos*. Madrid: Dykinson Psicología.

Lamers-Winkelman, F., De Schipper, J. C. y Oosterman, M. (2012b). Children's physical health complaints after exposure to intimate partner violence. *British Journal of Health Psychology*, 1-14. doi: 10.1111/j.2044-8287.2012.02072.x

Lamers-Winkelman, F., Willemen, A. M., Visser, M. (2012a). Adverse childhood experiences of referred children exposed to intimate partner violence: Consequences for their wellbeing. *Child Abuse & Neglect. 36*(2), 166-719. doi: 10.1016/j.chiabu.2011.07.006

Lanius, R. A., Vermetten, E. y Pain C. (2010). *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Lanktree, C. B., Gilbert, A. M., Briere, J., Taylor, N., Chen, K., Maida, C. A. y Saltzman, W. R. (2008). Multi-informant assessment of maltreated children: Convergent and discriminant validity of the TSCC and TSCYC. *Child Abuse & Neglect, 32*(6), 621-625. doi: 10.1016/j.chiabu.2007.10.003

Lapierre, S. (2010). Striving to be `good´ mothers: Abused women's experiences of mothering. *Child Abuse Review, 19,* 342-357. doi: 10.1002/car.1113

Lau, A. S., Leeb, R. T., English, D. J., Graham, J. C., Briggs, E. C., Brody, K. E., y Marshall, J. M. (2005). What's in a name? A comparison of methods for classifying predominant type of maltreatment. *Child Abuse & Neglect, 29,* 533-551.

Laurenzo-Copello, P. (2005). La violencia de género en la ley integral: Valoración político-criminal. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, 7(8), 8-23. Recuperado de: http://criminet.ugr.es/recpc/07/recpc07-08.pdf

Lazenbatt, A. (2010). *The impact of abuse and neglect on the health and mental health of children and young people*. NSPCC Reader in Childhood Studies, Queen's University Belfast.

Layard, R. y Dunn, J. (2009). *A good childhood. Searching for values in competitive age*. London: Penguin Books.

Lecannelier, F., Pérez, J. C., Groissman, S., Gallardo, D., Bardet, A. M., Bascuñan, A. y Rodríguez, J. (2014). Validación del Inventario de Conductas Infantiles para niños de entre 1½-5 años (CBCL 1½-5) en la Ciudad de Santiago de Chile [Validation of Child Behavior Inventory for children ages 1 ½ to 5 years (CBCL 1 ½-5) at the Santiago de Chile City]. *Universitas Psychologica, 13*(2), 491-500. doi: 10.11144/Javeriana.UPSY13-2.vici

Leenarts, L. E., Diehle, J., Doreleijers, T. A., Jansma, E. P. y Lindauer, R. J. (2013). Evidence-based treatments for children with trauma-related psychopathology as a result of childhood maltreatment: A systematic review. *European Child Adolescent Psychiatry, 22*, 269-283. doi: 10.1007/s00787-012-0367-5

Leeson, F. J. y Nixon, R. D. V. (2011). The role of children's appraisalson adjustment following psychological maltreatment: A pilot study. *Journal of Abnormal Child Psychology, 39*, 759-771. doi: 10.1007/s10802-011-9507-5.

Lehmann, P. (1997). The development of posttraumatic stress disorder (PTSD) in a sample of child witnesses to mother assault. *Journal of Family Violence, 12*(3), 241- 257. doi: 10.1023/A:1022842920066

Lehrer, J. A., Lehrer, V. L., Lehrer, E. L. y Oyarzún, P. B. (2007). Prevalence of and risk factors for sexual victimization in college women in Chile. *International Family Planning Perspectives, 33*, 168-175.

Levendosky, A. A., Bogat, G. A. y Martinez-Torteya, C. (2013). PTSD symptoms in young children exposed to intimate partner violence. *Violence Against Women, 19*(2), 187-201. doi: 10.1177/1077801213476458

Levendosky, A. A., Bogat, G. A. y von Eye, A. (Eds. 2007). Introduction to the special section: New directions for research on intimate partner violence and children. *European Psychologist, 12*(1), 1-5. doi: 10.1027/1016-9040.12.1.1

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. doi:10.1300/J146v03n01_03

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*(2), 171-192. doi: 10.1023/A:1011111003373

Levendosky, A. A., Huth, 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.

Leventhal, J. M. (2007). Children's experiences of violence: Some have much more than others. *Child Abuse & Neglect, 31*(1), 3-6. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.11.001

Levin, A. P., Kleinman, S. B. y Adler, J. S. (2014). DSM-5 and Posttraumatic Stress Disorder. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 42*, 146-158. Recuperado de http://www.jaapl.org/content/42/2/146.full.pdf

Lewandowski, L. A., McFarlane, J., Campbell, J. C., Gary, F. y Barenski, C. (2004). "He killed my mommy!" Murder or attempted murder of a child's mother. *Journal of Family Violence, 19*, 211-220. doi: 10.1023/B:JOFV.0000032631.36582.23.

Lewis, C. S., Jospitre, T., Griffing, S., Chu, M., Sage, R. E., Madry, L. y Primm, B. J. (2006). Childhood maltreatment, familial violence, and retraumatization: Assessing inner-city battered women. *Journal of Emotional Abuse, 6* (4), 47-67.

Li, F., Godinet, M. T. y Arnsberger, P. (2011). Protective factors among families with children at risk of maltreatment: Follow up toearly school years. *Children and Youth Services Review 33*(1), 139-148. doi: 10.1016/j.childyouth.2010.08.026

Linder, J. R. y Collins, W. A. (2005). Parent and peer predictors of physical aggressionand conflict management in romantic relationships in early adulthood. *Journal of Family Psychology, 19*, 252-262.

Litrownik, A., Newton, R., Hunter, W. M., English, D. y Everson, M. D. (2003). Exposure to family violence in young at-risk children: A longitudinal look at the effects of victimization and witnessed physical and psychological aggression. *Journal of Family Violence, 18*, 59-73.

Liu, J., Cheng, H. y Leung, P. (2011). The application of the Preschool Child Behavior Checklist and the Caregiver–Teacher Report Form to Mainland chinese children: Syndrome structure, gender differences, country effects, and inter-informant agreement. *Journal of Abnormal Child Psychology, 39(*2): 251-264. doi: 10.1007/s10802-010-9452-8

Liu, S. T. y Chen, S. H. (2015). A community study on the relationship of posttraumatic cognitions to internalizing and externalizing psychopathology in taiwanese children and adolescents. *Journal and Abnormal Child Psychology*, 1-10. doi: 10.1007/s10802-015-0030-y

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, F. (1994). *Los abusos sexuales de menores: Lo que recuerdan los adultos.* Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

López, F. (1995). *Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual*. Salamanca: Amarú.

López, F. y González, E. (2007). Abusos sexuales a menores y sexualidad infantil: Una frontera por definir [Child sexual abuse and children sexuality: An undefined border]. *Sexología integral, 4*(1), 21-29.

López, F., Carpintero, E., Hernández, A., Martín, M. J. y Fuertes, A. (1995). Prevalencia y consecuencias del abuso sexual menor en España. *Child Abuse & Neglect, 19*(9), 1039-1050.

López-Cepero, J, Rodríguez-Franco, L., Rodríguez-Díaz, F. y Bringas-Molleda, C. (2014). Violencia en el noviazgo: Revisión bibliográfica y bibliométrica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 66*(1), 1-17.

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. doi: http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.13.num.3.2008.4057

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, 26,* (2), 325-334. http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.171481

López-Soler, C., Castro, M., Alcántara, M., Fernández, M. 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., Castro, M., Alcántara, M. Fernández, M. V., Hernández, S. y Martínez, A. (2015). Sintomatología TEPT en infancia: Un estudio en población general, clínica y maltratada. En prensa.

López-Soler, C., Fernández, M. V., Prieto, M., Alcántara M. V., Castro, M. y López-Pina, J. A. (2012). Prevalencia de las alteraciones emocionales en una muestra de menores maltratados. *Anales de psicología, 28* (3), 780-788.

Loredo, A. A., Oldak, S. D., Carbajal, R. L. y Reynes, M. J. (1990). Algoritmo del niño maltratado a su ingreso a un centro hospitalario pediátrico. *Boletín Médico del Hospital Infantil de Mexico, 47,* 91-95.

Lorente, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal*. Barcelona: Crítica.

Lucas, C. P., Zhang, H., Fisher, P.W., Shaffer, D., Regier, D. A., Narrow, W. E., … Friman, P. (2001). The DISC Predictive Scales (DPS): Efficiently screening for diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*(4), 443-449. doi: http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200104000-00013

Luthar, S. S. y Goldstein, A. (2004). Children's exposure to community violence: Implications for understanding risk and resilience. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*(3), 499-505. doi: 10.1207/s15374424jccp3303_7

Luthra, R., Abramovitz, R., Greenberg, R., Schoor, A., Neworn, J., Schmeilder, J., …Chemtob, C. M. (2009). Relationship between type of trauma exposure and posttraumatic stress disorder among urban children and adolescents. *Journal of Interpersonal Violence, 24*(11), 1919-1927. doi: 10.1177/0886260508325494

Luxenberg, T., Spinazzola, J. y van der Kolk, B. (2001). Complex trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS). Diagnosis, part one: Assessment. *Directions in Psychiatry, 21*(25), 373-392.

Lyons-Ruth, K. (1992). Maternal depressive symptoms, disorganized infant-mother attachment relationships and hostile-aggressive behavior in the preschool classroom: A prospective longitudinal view from infancy to age five. En D. Cicchetti y S. L. Toth (Eds.), *Developmental perspectives on depression*. (pp. 131-171). Rochester Symposium on Developmental Psychopathology, Vol. 4. Rochester, NY: University of Rochester Press.

Lyons-Ruth, K. (1996). Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The role of disorganized early attachment patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology. 64*(1), 64-73. doi: 10.1037/0022-006X.64.1.64

Lyons-Ruth, K., Easterbrooks, M. y Cibelli, C. D. (1977). Infant attachment strategies, infant mental lag, and maternal depressive symptoms: Predictors of internalizing and externalizing problems at age 7. *Developmental Psychology. 33*(4), 681-692. doi: 10.1037/0012-1649.33.4.681

Lloyd, D. A. y Turner, R. J. (2003). Cumulative adversity and posttraumatic stress disorder: Evidence from a diverse community sample of young adults. *American Journal of Orthopsychiatry, 73*(4), 381-391. doi: 10.1037/0002-9432.73.4.381

M

Madu, S. y Peltzer, K. (2000). Risk factors and child sexual abuse among secondary students in the Northern Province (South Africa). *Child Abuse & Neglect, 24*, 259-268.

Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Reed, G. M., van Ommeren, M., … Saxena, S. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *Lancet, 381*, 1683-1685. doi: 10.1016/S0140-6736

Main, M. y Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age six: Predictable from infant classification and stable over a one month period. *Developmental Psychology. 24*(3), 415-426. doi: http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.24.3.415

Main, M. y Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure disorganized/disoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for classification of behavior. En T. Brazelton y M. Yogman (Eds.), *Affective Development in Infancy* (pp. 95-124). Norwood: Ablex.

Malik, N. M. (2008). Exposure to domestic and community violence in a non risk sample: Associations with child functioning. *Journal of Interpersonal Violence, 23*, 490-504. doi: 10.1177/0886260507312945

Malik, S., Sorenson, S. B. y Aneshensel, C. S. (1997). Community and dating violence among adolescents: Perpetration and victimization. *Journal of Adolescent Health 21*, 291-302.

Manly, J. T. (2005). Advances in research definitions of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect, 29*, 425-439.

Manly, J. T., Kim, J. E., Rogosch, F. A. y Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype. *Development and Psychopathology, 13*(4), 759-782.

Maqueda-Abreu, M. L. (2006). La violencia de género: Entre el concepto jurídico y la realidad social. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología, 8*(2), 2-13. Recuperado de http://criminet.ugr.es/recpc/08/recpc08-02.pdf

Margolin, G. (1998). Effects of domestic violence on children. En P. K. Trickett y C. J. Schellenbach (Eds.), *Violence against children in the family and the community* (pp. 57-101). Washington, DC: American Psychological Association.

Margolin, G. y Gordis, E. B. (2000). The effects of family and community violence on children. *Annual Review of Psychology, 51*, 445-479. doi: 10.1146/annurev.psych.51.1.445

Margolin, G. y Vickerman, K. A. (2007). Posttraumatic stress in children and adolescents exposed to family violence: I overview and issues. *Pro-fessional Pychology: Research and Practice, 38*(6), 673-619. doi: 10.1037/0735-7028.38.6.613

Margolin, G., Vickerman, K. A., Ramos, M. C., Serrano, S. D., Gordis, E. B., Iturralde, E., … Spies, L. A. (2009). Youth exposed to violence: Stability, co-occurrence, and context. *Clinical Child and Family Psychology Review, 12*(1), 39-54. doi: 10.1007/s10567-009-0040-9

Martín, J. (2005). *La intervención ante el maltrato infantil. Una revisión del sistema de protección*. Madrid: Pirámide.

Martin, E. K., Taft, C. T. y Resick, P. A. (2007). A review of marital rape. *Aggression and Violent Behavior, 12* (3), 329-347.

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.

Martin, V., Granero, R. y Ezpeleta, L. (2014). Comorbidity of oppositional defiant disorder and anxiety disorders in preschoolers. *Psicothema, 26,* 27-32. doi: 10.7334/psicothema2013.75

Martínez, A. y de Paúl, J. (1993). *Maltrato y abandono en la infancia*. Barcelona: Martínez Roca.

Martinez-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. doi: 10.1111/j.1467-8624.2009.01279.x

Martínez-Verdú, R. (2007). La violencia de género: Un problema social. *Revista D´Estudis De La Violència, 2*, 1-19.

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.

Matud, M. P. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema, 16*, 397-401.

Matud, M. P. (2007). Domestic abuse and children's health in the Canary Islands, Spain. *European Psychologist, 12*(1), 45-53. doi: 10.1027/1016-9040.12.1.45

Matud, M. P., Carballeira, M. y Marrero, R. J. (2001). Validación de un inventario de evaluación del maltrato a la mujer por su pareja: el APCM. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense, 1*(2), 5-17.

Matud, M. P., Gutiérrez, A. B. y Padilla, V. (2004). Intervención psicológica con mujeres maltratadas por su pareja. *Papeles del Psicólogo, 88*, 1-9.

Matud, M. P., Marrero, R. J., Carballeira, M., Pérez, M., Correa, M. L., Aguilera, L. y Sánchez, T. (2003b). Transmisión intergeneracional de la violencia doméstica. *Psicología Conductual, 11* (1), 25-40.

Mauritz, M. W., Goossens, P. J. J., Draijer, N. y van Achterberg (2012). Prevalence of interpersonal trauma exposure and trauma-related disorders in severe mental illness. *European Journal of Psychotraumatology 4*, 19985. doi: http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.19985

May-Chahal, C. y Cawson, P. (2005). Measuring child maltreatmentin the United Kingdom: A study of the prevalence of child abuseand neglect. *Child Abuse & Neglect, 29,* 969-984. doi: 10.1016/j.chiabu.2004.05.009

McCabe, K. M., Lucchini, S. E., Hough, R. L., Yeh, M. y Hazen, A. (2005). The relation between violence exposure and conduct problems among adolescents: A prospective study. *American Journal of Orthopsychiatry. 75*(4), 575-84. doi: 10.1037/0002-9432.75.4.575.

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. doi: 10.1111/j.1467-8624.1995.tb00933.x

McCloskey, L. A. y Walker, M. (2000). Postttraumatic stress in children exposed to family violence and single-event trauma. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*(1), 108-115. doi:10.1097/00004583-200001000-00023

McConaughy, S. H. y Achenbach, T. M. (1994). Comorbidity of empirically based syndromes in matched general population and clinical samples. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35*(6), 1141-1157. doi:10.1111/j.1469-7610.1994.tb01814.x

McDonald, H. Z., Beeghly, M., Grant-Knight, W., Augustyn, M., Woods, R. W., Cabral, H., … Frank, D. A. (2008). Longitudinal association between infant disorganized attachment and childhood posttraumatic stress symptoms. *Development and Psychopathology, 20*(2), 493-508. doi: 10.1017/S0954579408000242

McDonald, A., Danielson, C., Resnick, H., Saunders, D. y Kilpatrick, D. (2010). PTSD and comorbid disorders in a representative sample of adolescents: The risk associated with multiple exposures to potentially traumatic events. *Child Abuse & Neglect, 34*(10), 773-783. doi: 10.1016/j.chiabu.2010.03.006.

McDonald, R., Jouriles, E. N., Ramisetty-Mikler, S., Caetano, R. y Green, C. E. (2006). Estimating the number of American children living in partner-violent families. *Journal of Family Psychology, 20*, 137-142. doi: 10.1037/0893-3200.20.1.137

McDonald, R., Jouriles, E. N., Rosenfield, D. y Corbitt-Shindler, D. (2011). Predictors of domestically violent men's aggression toward children: A prospective study. *Journal Family Psychology, 25*(1), 11-18. doi: 10.1037/a0022449

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. doi: 10.1016/j.chiabu.2008.03.005

McFarlane, A. C. (2011). Redefining PTSD in *DSM-5*: Conundrums and potentially unintended consequences. En Stein, D. J., Friedman, M. J. y Blanco, C. (Eds.), *Post-traumatic stress disorder* (p. 42-44). West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.

McGee, R. A. y Wolfe, D. A. (1991). Psychological maltreatment: Toward an operacional definition. *Development and Psychopathology, 3*, 3-18.

McGee, R. A. Wolfe, D. A. y Wilson, S. K. (1990). *A record of maltreatment experiences: Institute for the prevention of child abuse*. Londan, England: University of West Ontario.

McGee, R. A., Wolfe, D. A. y Wilson, S. K. (1997). Multiple maltreatment experiences and adolescent behavior problems: Adolescents' perspectives. *Development and Psychopathology, 9*(1), 131-149.

McGee, R. A., Wolfe, D. A., Yuen, S. A., Wilson, S. K. y Carnochan J. (1995). The measurement of maltreatment: A comparison of approaches. *Child Abuse & Neglect. 19*(2), 233-49.

McGuigan, W. M. y Pratt, C. C. (2001). The predictive impact of domestic violence on three types of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect, 25*(7), 869-883. doi: 10.1016/S0145-2134(01)00244-7

McIntosh, J. (2003). Children living with domestic violence: Research foundations for early intervention. *Journal of Family Studies, 9*(2), 219-234.

McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. y Kessler, R. C. (2010a). Childhood adversities and adult psychopathology in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) II. Associations with persistence of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry, 67*(2), 124-132. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.186

McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. y Kessler, R. C. (2010b). Childhood adversities and adult psychopathology in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) III: Associations with functional impairment related to DSM-IV disorders. *Psychological Medicine, 40*(5), 847-859. doi: 10.1017/S0033291709991115

MacMillan, R. (2009). The life course consequences of abuse, neglect, and victimization: Challenges for theory, data collection, and methodology. *Child Abuse & Neglect 33,* 661-665.

McMillen, C., North, C., Mosley, M. y Smith, E. (2002). Untangling the psychiatric comorbidity of posttraumatic stress disorder in a sample of flood survivors. *Comprehensive Psychiatry, 43*(6), 478-485. doi: 10.1053/comp.2002.34632

Medina, J. (2002). *Violencia contra la mujer en la pareja: Investigación comparada y situación en España*. Valencia: Tiranc lo blanc.

Meil, G. M. (2003). Cambio familiar y maltrato conyugal hacia la mujer. *Revista Internacional de Sociología, 37*, 7-27.

Meltzer, H., Doos, L., Vostanis, P., Ford, T. y Goodman, R. (2009). The mental health of children who witness domestic violence. *Child & Family Social Work, 14*(4), 491-501. doi: 10.1111/j.1365-2206.2009.00633.x

Menéndez Álvarez-Dardet, S., Pérez-Padilla, J. y Lorence-Lara, B. (2013). La violencia de pareja contra la mujer en España: Cuantificación y caracterización [Partner violence against women in Spain: Quantification and characterization of the problem, victims, aggressors, and the social and professional context]. *Psychosocial Intervention, 22*, 41-53. doi: http://dx.doi.org/10.5093/in2013a6

Mennen, F. E. (2004). PTSD symptoms in abused Latino children. *Child and Adolescent Social Work Journal, 21*(5), 477-493.

Mennen, F. E., Kimb, K., Sanga, J. y Trickett, P. K. (2010). Child neglect: Definition and identification of youth's experiencesin official reports of maltreatment. *Child Abuse & Neglect, 34*(9), 647-658. doi: 10.1016/j.chiabu.2010.02.007

Mercy, J. A., Butchart, A., Rosenberg, M. L., Dahlberg, L. y Harvey, A. (2008). Preventing violence in developing countries: A framework for action. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion, 15*, 197-208.

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, 6(*13), 127-151. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80112469010

Mertin, P. y Mohr, P. (2002). Incidence and correlates of posttrauma symptoms in children from backgrounds of domestic violence. *Violence and Victims, 17*(5), 555-567. doi: 10.1891/vivi.17.5.555.33712

Meyer, R. M. L., Gold, J. I., Beas, V. N., Young, C. M. y Kassam-Adams, N. (2015). Psychometric evaluation of the Child PTSD Symptom Scale in spanish and english. *Child Psychiatry & Human Development, 46,* 438-444. doi: 10.1007/s10578-014-0482-2

Michalski, J. H. (2004). Making sociological sense out trends in intimate partner violence. *Violence Against Women, 10,* 652-675.

Milnera, J. S., Thomsena, C. J., Croucha, J. L., Rabenhorsta, M. M., Martensb, P. M., Dyslinc, C. W., Guimondd, J. M., … Merrille, L. L. (2010). Do trauma symptoms mediate the relationship between childhood physical abuse and adult child abuse risk? *Child Abuse & Neglect 34,* 332-344. doi: 10.1016/j.chiabu.2009.09.017

Millán, S., García, E., Hurtado, J. A., Morilla, M. y Sepúlveda, E. (2006). Victimología Infantil. *Cuaderno de Medicina Forense, 12* (43-44), 7-19. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/cmf/n43-44/01.pdf

Miller, E., Breslau, J., Petukhova, M., Fayyad, J., Greif-Green, J., Kola, L., … Kessler, R. C. (2011). Premarital mental disorders and physical violence in marriage: Cross-national study of married couples. *The British Journal of Psychiatry, 199,* 330-337.

Miller, L. E., Grabell, A., Thomas, A., Bermann, E. y Graham-Bermann, S. (2012). The associations between community violence, television violence, intimate partner violence, parent–child aggression, and aggression in sibling relationships of a sample of preschoolers. *Psychology of Violence, 2*(2), 165-178. doi: 10.1037/a0027254

Millett, L. S., Kohl, P. L., Jonson-Reid, M., Drake, B. y Petra, M. (2013). Child maltreatment victimization and subsequent perpetration of young adult intimate partner violence: An exploration of mediating factors. *Child Maltreatment, 18*(2), 71-84. doi: 10.1177/1077559513484821.

Mills, L. G., Friend, C., Conroy, K., Fleck-Henderson, A., Krug, S., Magen, R. H., ... Trudeau, J. H. (2000). Child protection and domestic violence: Training, practice, and policy issues. *Children and Youth Services Review, 22*(5), 315-332. doi: 10.1016/S0190-7409(00)00083-9

Mills, R., Scottb, J., Alatic, R., O'Callaghand, M., Najmane, J. y Strathearnf, L. (2013). Child maltreatment and adolescent mental health problems in alarge birth cohort. *Child Abuse & Neglect, 37*(5), 292-302. doi: 10.1016/j.chiabu.2012.11.008

Minnis, H., Everett, K., Pelosi, A. J., Dunn, J. y Knapp, M. (2006). Children in foster care: Mental health, service use and costs. *European Child and Adolescent Psychiatry, 15*, 63-70.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2003). *Violencia doméstica*. Madrid: Grupo de Salud Mental del Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC).

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). *Estrategia nacional para la erradicación de la violencia contra la mujer (2013-2016)*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Centro de Publicaciones.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia (Observatorio de la Infancia) (2013). *II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016.* Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Centro de publicaciones.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2006). *Maltrato infantil: Detección, notificación y registro de casos*. Madrid: Grupo de trabajo sobre maltrato infantil del Observatorio de la Infancia.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2007). *Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil. Módulo de referencia para el desarrollo de un protocolo de actuación en casos de maltrato infantil*. Madrid: Grupo de trabajo sobre maltrato infantil del Observatorio de la Infancia.

Miranda, J., de la Osa, N., Granero, R. y Ezpeleta, L. (2011). maternal experiences of childhood abuse and intimate partner violence: Psychopathology and functional impairment in clinical children and adolescents. *Child Abuse & Neglect, 35*, 700-711. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.05.008

Miranda, J., de la Osa, N., Granero, R. y Ezpeleta, L. (2013). Maternal childhood abuse, intimate partner violence and child psychopathology: The mediator role of mothers' mental health. *Violence Against Women, 19*, 50-68. doi: 10.1177/1077801212475337

Mitchel, R. E. y Hodson, C. A. (1986). Coping and social support between battered women: An ecological perspective. En S. E. Hobfoll (ed.), *Stress, social support and women* (pp. 153-169). Nueva York: Hemisphere.

Moeller, T. P., Bachman, G. A. y Moeller, J. R. (1993). The combined effects of physical, sexual, and emotional abuse during childhood: Long-Term health consequences for women. *Child Abuse & Neglect, 17*(5), 623-640. doi: 10.1016/0145-2134(93)90084-I

Montañés, P. y Moyano, M. (2006). Violencia de género sobre inmigrantes en España. Un análisis psicosocial. *Pensamiento Lógico, 2*, 6, 21-32.

Morelato, G., Maddio, S. y Valdéz, J. L. (2011). Autoconcepto en niños de edad escolar: El papel del maltrato infantil. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 12*(2), 151-159.

Moreno, C., Jiménez, J., Oliva, A., Palacios, J. y Saldaña, D. (1995). Detección y caracterización del maltrato infantil en la Comunidad Autónoma Andaluza. *Infancia y Aprendizaje, 71*, 33-47.

Moreno-Manso, J. M. (2002). Estudio sobre las variables que intervienen en el abandono físico o negligencia infantil. *Anales de Psicología, 18*(1), 135-150.

Moreno-Manso, J. M. (2004). Maltrato infantil: Análisis diferencial entre el abandono físico y el emocional. *Psicología y Salud, 14*(2), 215-227.

Moreno-Manso, J. M. (2006). Revisión de los principales modelos teóricos explicativos del maltrato infantil [Review of the main explanatory theoretical models of child abuse]. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 11*(2), 271-292. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29211205

Moretti, M. M., Obsuth, I., Odgers, C. L. y Reebye, P. (2006). Exposure to maternal vs. paternal partner violence, PTSD, and aggression in adolescent girls and boys. *Aggressive Behavior, 32,* 385-395.

Mouzos, J. y Makkai, T. (2004). *Women's experiences of male violence: Findings from the Australian component of the International Violence Against Women Survey (IVAWS).* Canberra: Australian Institute of Criminology.

Moylan, C. A., Herrenkohl, T. I., Sousa, C., Tajima, E. A., Herrenkohl, R. C. y Russo, M. J. (2010). The effects of child abuse and exposure to domestic violence on adolescent internalizing and externalizing behavior problems. *Journal of Family Violence. 25*(1), 53-63. doi: 10.1007/s10896-009-9269-9

Muela, A. (2008). Hacia un sistema de clasificación nosológico del maltrato infantil. *Anales de Psicología, 24*, 77-87.

Mueser, K. T. y Taub, J. T. (2008). Trauma and PTSD among adolescents with severe emotional disorders involved in multiple service systems. *Psychiatric Services. 59,* 627-634. doi: 10.1176/appi.ps.59.6.627

Mullender, A. y Morley, R, (1994). *Children living with domestic violence: Putting men's abuse of women on the child care agenda*. London: Whiting & Birch Ltd.

Mullet-Hume, E., Anshel, D., Guevara, V. y Cloitre, M. (2008). Cumulative trauma and posttraumatic stress disorder among children exposed to the 9/11 World Trade Center attack. *American Journal of Orthopsychiatry. 78(*1), 103-108. doi: 10.1037/0002.9432.78.1.103

Muris, P. (1997). *The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (revised version).* Maastricht: Maastrict University, Department of Psychology.

N

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2014, February). *Domestic violence and abuse: How health services, social care and the organizations they work with can respond effectively*. NICE public health guidance 50. Recuperado de: www.guidance.nice.org.uk/ph50

National Research Council (1993). *Understanding child abuse and neglect*. Washington, DC: National Academy Press.

National Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC) (2012). *Child abuse and neglect in the UK today*. London, United Kingdom: Author.

Newman, E. y Kaloupek, D. G. (2004). The risks and benefits of participating in trauma-focused research studies. *Journal of Traumatic Stress, 17*(5), 383-394. doi: 10.1023/B:JOTS.0000048951.02568.3

Nguyen, H. T., Dunneb, M. P. y Lea, A. V. (2009). Multiple types of child maltreatment and adolescent mental health in Viet Nam. *Bull World Health Organ 87*, 2230. doi: 10.2471/BLT.08.060061

Nicholas, K. B. y Bieber, S. L. (1994). Perceptions of mothers and fathers abusive and supportive behaviors. *Child Abuse & Neglect, 18*(2), 167-178. doi: 10.1016/0145-2134(94)90118-X

Nilsson, D. (2007). *Trauma, posttraumatic stress and dissociation among swedish adolescents. Evaluation of questionnaires*. Linköping University Medical Dissertations, 979.

Nixon, R. D. V., Meiser-Stedman, R., Dalgleish, T., Yule, W., Clark, D. M., Perrin, S. y Smith, P. (2013). The Child PTSD Symptom Scale: An update and replication of its psychometric properties. *Psychological Assessment. 25*(3), 1025-1031. doi: 10.1037/a0033324

Novo, M. y Seijo, D. (2009). Aproximación psicosocial a la violencia de género: Aspectos introductorios. En F. Fariña, R. Arce y G. Buela-Casal (Eds.), *Violencia de género. Tratado psicológico y legal* (pp. 36-74). Madrid: Biblioteca Nueva.

Nurius, P. S., Furrey, J. y Berliner, L. (1992). Coping capacity among women with abusive partners. *Violence and Victims, 7*, 229-243.

O

Observatorio de la infancia (2013). *Estadística básica de medidas de protección a la infancia. Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia (Datos de 2012).* Boletín estadístico 15. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Observatorio de la infancia (2014). *Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar. Actualizado a la intervención en los supuestos de menores de edad víctimas de violencia de género*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Centro de publicaciones.

Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género (2005). *Guía práctica de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*. Madrid: Consejo General del Poder Judicial.

Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer (2007, 2009, 2011). *Informes anuales del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer*. Colección contra la Violencia de Género. Documentos nº 1, 3 y 7. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e igualdad.

Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer (2011). *Macroencuesta de Violencia de Género 2011. Principales resultados* (8 de febrero de 2012). Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e igualdad.

Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer (2012). *Últimos datos de violencia de género*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer (2012*). IV informe anual del observatorio estatal de violencia sobre la mujer 2011*. Colección contra la Violencia de Género. Documento nº14. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Centro de Publicaciones.

Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer (2013*). V informe anual del observatorio estatal de violencia sobre la mujer 2012*. Colección contra la Violencia de Género. Documento nº 15. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Centro de Publicaciones.

Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer (2014). *VI informe del observatorio estatal de violencia sobre la mujer (Anuario 2012)*. Colección contra la Violencia de Género. Documento nº 16. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Centro de Publicaciones.

O´Donohue, W. y Geer, J. H. (1992). *The sexual abuse of children. Clinical issues.* Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

O'Dougherty Wright, M., Crawford, E. y Del Castillo D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect. 33*(1), 59-68.

Ogawa, J. R., Sroufe, L. A., Weinfield, N. S., Carlson, E. A. y Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a non clinical sample. *Development and Psychopathology. 9*(4), 855-879.

Ohlson, C. (2010). Children who witness domestic violence. Recuperado de http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/WorkingDocs/Doc10/EDOC12155.htm

O' Keefe, M. (1994). Adjustment of children from maritally violent homes. *Families in Society, 75*, 403-415.

O´Keefe, M. (1997). Predictor of dating violence among high school students. *Journal of Interpersonal Violence, 12,* 546-568. doi: 10.1177/088626097012004005

Olaya, B. Ezpeleta, L., de la Osa, N., Granero, R. y Doménech, J. M. (2010). Mental health needs of children exposed to intimate partner violence seeking help from mental health services. *Children and Youth Services Review, 32,* 1004-1011. doi: 10.1016/j.childyouth.2010.03.028

Olaya, B., Tarragona, M. J., de la Osa, N. y Ezpeleta, L. (2008). Protocolo de evaluación de niños y adolescentes víctimas de la violencia doméstica. *Papeles del psicólog, 29*(1), 123-135.

Oliva, Z. L., Castro, L. C. y García, F. G. (2009). Adaptación del cuestionario sobre el comportamiento en niños de 1 1/2 a 5 años de Achenbach para niños de 4 a 5 años. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 14*(1), 179-191. Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/292/29214113.pdf

Oliván-Gonzalvo, G. (2004). *Niños adoptados en otros países y su adaptación al nuevo entorno*. Universidad Internacional de Cataluña: Facultad de Periodismo Especializado.

Oliver, J. E. (1993). Intergenerational Transmission of Child Abuse: Rates, Research, and Clinical Implications. *American Journal of Psychiatry, 150,* 9, 1315-1324.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1994). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. Resolución de la Asamblea General, 20-12-1993. (Doc. G.a. Res. 48/104).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1995). *Violencia contra la mujer*. Beijing: Naciones Unidas.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). *Multi-country study on women's health and domestic violence progress report*. Geneva, Switzerland: WHO.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: Resumen*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003). *La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005). *Multi-country study on women's health and domestic violence against women*. Geneva, Switzerland: WHO.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (Agosto 2010). *Maltrato Infantil*. Nota descriptiva nº 150, Centro de Prensa.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013b). *European report on preventing child maltreatment*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (Enero 2014a). *Maltrato Infantil*. Nota descriptiva nº 150, Centro de Prensa.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014b). *Investing in children: The European child maltreatment prevention action plan 2015-2020*. Regional Committee for Europe 64th Session. Copenhagen, Denmark, 15-18 September.

Organización Mundial de la Salud (OMS) y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (2011). *Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres: Qué hacer y cómo obtener evidencias*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (OMS), Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y Consejo Africano de Investigación Médica (2013a). *Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva, Switzerland: WHO.

Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y el Abandono de los niños (ISPCAN) (2006). *Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence*. OMS/ISPCAN: Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y el Abandono de los Niños (ISPCAN) (2009). *Prevención del maltrato infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias*. OMS/ISPCAN: Ginebra.

Ortega, R., Ortega-Rivera, J., y Sánchez, V. (2008). Violencia sexual entre compañeros y violencia en parejas adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 8*, 63-72.

Ortega, R., Sánchez, V., Ortega Rivera, J., Nocentini, A. y Menesini, E. (2010). Peer sexual harassment in adolescent girls: A cross-national study (Spain-Italy). *International Journal of Clinical Health Psychology, 10*, 245-264.

Osofsky, J. (1999). The impact of violence on children. *The Future of Children, 9*(3), 33-49. doi: 10.2307/1602780

Osofsky, J. (2003). Prevalence of chidren's exposure to domestic violence and child maltreatment: Implications for prevention and intervention. *Clinical Child and Family Psychology Review, 6*(3), 161-70. doi: 10.1023/A:1024958332093

Osofsky, J. (2004). Community outreach for children exposed to violence. *Infant Mental Health Journal, 25*(5), 478-487. doi: 10.1002/imhj.20020

Oswald, S., Fegert, J. y Goldbeck, L. (2010a). Post-traumatic stress symptoms in Foster children following maltreatment and neglect. *Verhaltenstherapie, 20*, 37-44. doi: 10.1159/000274622

Oswald, S., Heil, K. y Goldbeck, L. (2010b). History of maltreatment and mental health problems in foster children: A review of literature. *Journal of Pediatric Psychology, 35*(5), 462-472. doi: 10.1093/jpepsy/jsp114

Overbeek, M. M., de Schipper, J. C., Lamers-Winkelman, F. y Schuengel, C. (2014). Risk factors as moderators of recovery during and after interventions for children exposed to interparental violence. *American Journal of Orthopsychiatry 8* (3), 295-306. doi: 10.1037/ort0000007

Øverlien, C. (2010). Children exposed to domestic violence. Conclusions from the literature and challenges ahead. *Journal of Social Work, 10*(1), 80-97. doi: 10.1177/1468017309350663

Øverlien, C. y Hydén, M. (2009). Children's actions when experiencing domestic violence childhood. *A Journal of Global Child Research, 16*(4), 479-496. doi: 10.1177/0907568209343757

Owen, A. E., Thompson, M. P., Shaffer, A., Jackson, E. B. y Kaslow, N. J. (2009). Family variables that mediate the relation between intimate partner violence (IPV) and child adjustment. *Journal of Family Violence, 24*, 433-445. doi: 10.1007/s10896-009-9239-2

P

Palacios, J. (1995). Los datos del maltrato infantil en España: una visión de conjunto. *Infancia y Aprendizaje, 71*. 69-75.

Palacios, J., Jiménez, J., Oliva, A. y Saldaña, D. (1998). Malos tratos a los niños en la familia. En M. J. Rodrigo y J. Palacios (Coords.), *Familia y desarrollo humano* (pp. 399-421). Madrid: Alianza.

Pan, X., Liu, W., Deng, G., Liu, T., Yan, J., Tang, Y., … Xu, M. (2013). Symptoms of posttraumatic stress disorder, depression, and anxiety among junior high school students in Worst-Hit Areas 3 years after the Wenchuan Earthquake in China. *Asia-Pacific Journal of Public Health XX*(X), 1-10. doi: 10.1177/1010539513488625

Paterson, J., Carter, S., Gao, W. Z. y Perese, L. (2007). Pacific islands families study: Behavioral problems among two-year-old Pacific children living in New Zealand. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *48*(5), 514-522. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01716.x

Patró, R., Corbalán, F. J. y Limiñana, R. M. (2007). Depresión en mujeres maltratadas: Relaciones con estilos de personalidad, variables contextuales y de la situación de violencia. *Anales de Psicología, 23* (1), 118-124.

Patró, R. y Limiñana, R. (2005).Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales de Psicología, 21* (1), 11-17.

Pelcovitz, D., van der Kolk, B. A., Roth, S, Mandel, F., Kaplan, S. y Resick, P. (1997). Development of a Criteria set a Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress, 10*, 3-15.

Peled, E. y Davies, D. (1995*).* Current knowledge about children of battered women. En *Groupwork with children of battered women, a practitioner's manual* (pp. 1-14). London: Sage Publications.

Perea, A. y Loredo, A. (2004). Maltrato al menor. Indicadores clínicos y sociales asociados al maltrato físico severo. *Acta Pediátrica de México, 25*(4), 221-227.

Perea, A., Loredo, A., Trejo, J., Baez, V., Martín, V., Monroy, A. y Ventejo, A. (2001). El maltrato al menor: Propuesta de una definición integral. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 58, 251-258. Recuperado de http://fundacionenpantalla.org/articulos/pdf%27s/DefinicionSNM-CAINM.pdf

Pereda, N. (2010a). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo, 30*(2), 191-201. Recuperado de http://www.cop.es/papeles

Pereda, N. (2010b). El espectro del abuso sexual en la infancia: Definición y tipología. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente, 16*, 57-68.

Pereda, N. (2010c). Actualización de las consecuencia físicas del abuso sexual infantil. *Revista Pediatría de Atención Primaria, 12*(46), 273-285.

Pereda, N. y Forns, M. (2007). Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse and Neglect, 31*(4), 417-426.

Pereda, N., Guilera, G. y Abad, J. (2014). Victimización infanto-juvenil en España: Una revisión sistemática de estudios epidemiológicos. *Papeles del Psicólogo, 35*(1), 66-77.

Pereda, N. Guilera, G., Forns, M. y Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 29*, 328-338.

Perel, G. y Peled, E. (2008). The fathering of violent men: Constriction and yearning. *Violence Against Women, 14*(4), 457-482. doi: 10.1177/1077801208314846

Perkins, S. y Graham-Bermann, S. (2012). Violence Exposure and the development of school-related functioning: Mental health, neurocognition. *Aggression and Violent Behavior, 17*(1), 89-98. doi: 10.1016/j.avb.2011.10.001

Perry, B. D. (2001). The neurodevelopmental impact of violence in childhood. En Schetky, D. y Benedek, E. P. (Eds), *Text book of child and adolescent forensic psychiatry* (pp. 221-238). Washington DC: AmericanPsychiatric Press.

Perry, B. D. (2005). *Maltreatment and the developing child: How early childhood experience shapes child and culture*. Paper presented to The Margaret McCain Lecture Series on September 23, London, Ontario, Canada. Recuperado de http://www.lfcc.on.ca/mccain/perry.pdf

Peters, L., Slade, T. y Andrews, G. (1999). A comparison of ICD-10 and DSM-IV criteria for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 12*(2), 135-143. doi: 10.1023/A:1024732727414

Peterson, K. C., Prout, M. F. y Schwarz, R. A. (1991). *Pos-Traumatic Stress Disorder. A Clinician´s Guide*. New York: Plenum Press.

Petrenkoa, C., Friend, A., Garrido, E., Taussig, H. y Culhanea, S. (2012). Does subtype matter? Assessing the effects of maltreatment on functioning in preadolescent youth in out-of-home care. *Child Abuse & Neglect, 36,* 633-644.

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.

Pinheiro, P. S. (2009). *Informe mundial sobre la violencia contra los niños y las niñas.* Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Violencia contra los Niños. Nueva York: Publicación de las Naciones Unidas. Recuperado de http://www.unicef.org/lac/Informe_Mundial_Sobre_Violencia_1%281%29.pdf

Plant, D. T., Barker, E. D., Waters, C. S., Pawlby, S. y Pariante, C. M. (2013). Intergenerational transmission of maltreatment and psychopathology: The role of antenatal depression. *Psychological Medicine, 43,* 519-528. doi: 10.1017/S0033291712001298

Polo-Usaola, C., Aguilar-Redo, L., López-Gironés, M. L. y Escudero-Nafs, A. (2005). La persuasión coercitiva, modelo explicativo del mantenimiento de las mujeres en una situación de violencia de género II: Las emociones y las estrategias de la violencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 25*(96), 59-91. Recuperado de http://www.aen.es/web/docs/RevAEN95.pdf

Pollak, S. (2010). *El impacto del maltrato infantil en el desarrollo psicosocial de los niños pequeños.* Enciclopedia sobre el desarrollo de la primera infancia. Centre of Excellence for Early Childhood Development.

Portnova, A. A. (2007). Typology of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Neuroscience and Behavioral Physiology, 37*(1), 7-11. doi: 10.1007/s11055-007-0142-0

Potito, C., Day, A., Carson, E. y O'Leary, P. (2009). Domestic violence and child protection: Partner ships and collaboration. *Australian Social Work, 62*(3), 369-387. doi: 10.1080/03124070902964657

Powell, J. L., Cheng, V. K. y Egeland, B. (1995). Transmisión del maltrato de padres a hijos. *Revista Infancia y Aprendizaje, 71*, 99-110.

Price, E .L. y Byers, S. E. (1999). The attitudes towards dating violence scales: Development and initial validation. *Journal of Family Violence, 14*, 351-375.

Public Health Agency of Canada (2010). *Canadian incidence study of reported child abuse and neglect-2008: Major findings*. Ottawa, Canada: Author.

Pynoos, R. S., Frederick, C., Nader, K., Arroyo, W., Steinberg, A., Eth, S., … Fairbanks, L. (1987). Life threat and posttraumatic stress in school aged children. *Archives of General Psychiatry, 44*(12), 1057-1063. doi: 10.1001/archpsyc.1987.01800240031005

Pynoos, R. S., Rodriguez, N., Steinberg, A., Stuber, M. y Frederick, C. (1998). *UCLA PTSD Index for DSM-IV*. Unpublished manual, UCLA Trauma Psychiatry Service.

Q

Quay, H. C. y Petterson, D. R. (1987). *Manual for the Revised Behavior Problem Checklist*. University of Miami (unpublished).

R

Rachamim, L., Helpman, L., Foa, E. B., Aderka, I. M. y Gilboa-Schechtman, E. (2011) Validation of the child posttraumatic symptom scale in a sample of treatment seeking israeli youth. *Journal of Traumatic Stress 24*(3), 356-360. doi:10.1002/jts.20639

Radford, L., Corral, S., Bradley, C. y Fisher, H. L. (2013). The prevalence and impact of child maltreatment and other types of victimizationin the UK: Findings from a population survey of caregivers, children and young people and young adults. *Child Abuse & Neglect, 37*(10), 801-813. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.02.004

Radford, L., Corral, S., Bradley, C., Fisher, H., Bassett, C., Howat, N. y Collishaw, S. (2011). *Child abuse and neglect in the UK today*. London: NSPCC.

Reich, W. (2000). Diagnostic interview for children and adolescents (DICA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*(1), 59-66. doi: http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200001000-00017

Renner, L. M., y Shook Slack, K. (2004). *Intimate partner violence and child maltreatment: Understanding co-occurrence and intergenerational connections*. Institute for Research on Poverty, Discussion Paper no. 1278-04. Recuperado de http://www.irp.wisc.edu/publications/dps/pdfs/dp127804.pdf

Rescorla, L. (2005). Assessment of young children using the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA*). Mental retardation and developmental disabilities. Research Reviews, 11*(3), 226-237. doi: 10.1002/mrdd.20071

Rescorla, L., Achenbach, T., Ivanova, M., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., …Verhulst, F. (2007). Epidemiological comparisons of problems and positive qualities reported by adolescents in 24 countries. *Journal of Consulting and Clinical Psychology. 75*(2). 351-358. doi: http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.75.2.351

Rescorla, L. A., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Harder, V. S., Otten, L., Bilenberg, N., … Verhulst, F. C. (2011). International comparisons of behavioral and emotional problems in preschool children: Parents' reports from 24 societies. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 40*(3), 456-467. doi: 10.1080/15374416.2011.563472

Resick, P. A., Bovin, M. J., Calloway, A. L., Dick, A. M., King, M. W., Mitchell, K. S., … Wolf , E. J. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress, 25*(3), 241-251. doi: 10.1002/jts.21699

Rey-Anacona, C. A. (2013). Prevalencia y tipos de maltrato en el noviazgo en adolescentes y adultos jóvenes [Prevalence and types of dating violence in adolescents and young adults]. *Terapia Psicológica, 31*(2), 143-154.

Reynolds, C. R. y Kamphaus, R.W. (1992). *Behavior assessment system for children (BASC)*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.

Riggs, D., Caulfield, M. y Street, A. (2000). Risk for domestic violence: Factors associated with perpetration and victimization. *Journal of Clinical Psychology, 56*(10), 1289-1316. doi: 10.1002/1097-4679(200010)56:10<1289::AID-JCLP4>3.0.CO;2-Z

Rincón, P. P., Cova, F., Bustos, P., Aedo, J. y Valdivia, M. (2010). Estrés postraumático en niños y adolescentes abusados sexualmente. *Revista Chilena de Pediatría, 81*(3), 234-240. doi: 10.4067/S0370-41062010000300006

Rodhes, K. V., Cerulli, C., Dichter, M. E., Kothari, C. L. y Barg, F. K. (2010). 'I Didn't want to put them throught that': The influence of children on victim decision making in intimate partner violence cases. *Journal of Family Violence, 25*(5), 485-493. doi: 10.1007/s10896-010-9310-z

Rodgers, C. S., Lang, A. J., Laffaye, C., Satz, L. E., Dresselhaus, T. R. y Stein, M. B. (2004). The impact of individual forms of childhood maltreatment on health behavior. *Child Abuse & Neglect, 28*(5), 575-586. doi: 10.1016/j.chiabu.2004.01.002

Rodríguez, M. A., Heilemann, M. V., Fielder, E., Ang, A., Nevarez, F. y Mangione, C. M. (2008). Intimate partner violence, depression, and PTSD among pregnant latina women. *Annals of Family Medicine, 6* (1), 44-52.

Rodríguez-Franco, L., López-Cepero, J. y Rodríguez-Díaz, F. J. (2009). Violencia doméstica: Una revisión bibliográfica y bibliométrica. *Psicothema, 21* (2), 248-254.

Rodríguez-Franco, L., López-Cepero, J., Rodríguez-Díaz, F. J., Bringas-Molleda, C., Estrada-Pineda, C., Antuña-Bellerín, M. A. y Quevedo-Blasco, R. (2012). Labeling dating abuse: Undetected abuse among spanish adolescents and young adults. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 12*(1), 55-67. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33723707004

Rohlfsa, I. y Valls-Llob, C. (2003). Actuar contra la violencia de género: Un reto para la salud pública. *Gaceta Sanitaria*, *17*(4), 263-5.

Rosa-Alcázar, A. I., Sánchez-Meca, J. y López-Soler, C. (2010). Tratamiento psicológico del maltrato físico y la negligencia en niñosy adolescentes: Un meta-análisis. *Psicothema, 22*(4), 627-633.

Rosenkranz, S. E., Muller, R. T. y Henderson, J. L. (2014). The role of Complex PTSD in mediating childhood maltreatment and substance abuse severity among youth seeking substance abuse treatment. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 6*(1), 25-33. doi: http://dx.doi.org/10.1037/a0031920

Ross, S. M. (1996). Risk of physical abuse to children of spouse abusing parents. *Child Abuse & Neglect, 20*(7), 589-598. doi: 10.1016/0145-2134(96)00046-4

Rossman, B. B. (1998). Descartes's error and posttraumatic stress disorder: Cognition and emotion in children who are exposed to parental violence. En G. W. Holden, R. Geffner y E. N. Jouriles (Eds.), *Children exposed to marital violence: Theory, research, and applied issues* (pp. 223-256). Washington, DC: American Psychological Association.

Rossman, B. B., Hughes, H. M. y Rosenberg, M. S. (2000). *Children and interparental violence: The impact of exposure*. Philadelphia: Brunner/ Mazel.

Rosser, A. M., Suriá, R. y Villegas, E. (2013). Impacto de la exposición a la violencia de género en los menores y respuesta institucional. En A. Rosser, Villegas y Suria (Coords.), *Intervención con menores expuestos a violencia de género: Guía para profesionales* (53-66). Alicante: Limencop, S. L.

Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., Van der Kolk, B. A. y Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from de DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 10*(4), 539-555. doi: 10.1023/A:1024837617768

Rothman, E. F., Mandel, D. G. y Silverman, J. G. (2007). Abusers' perceptions of the effect of their intimate partner violence on children. *Violence Against Women, 13*(11), 1179-1191. doi: 10.1177/1077801207308260

Rudo, Z. H. y Powell, D. S. (1996). *Family violence: A review of the literature*. Tampa FL: Florida Mental Health Institute, University of South Florida.

Ruiz, J., Expósito, F. y Bonache, H. (2010). Adolescent witnesses in cases of teen dating violence: An analysis of peer responses. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context, 2*, 37-53.

Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Blanco-Prieto, P., González-Barranco, J. M., Ayuso-Martín, P., Montero-Piñar, M. I. y el Grupo de Estudio para la Violencia de Género (2006). La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gaceta Sanitaria, 20*(3), 202-208. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v20n3/original6.pdf

Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Vives-Cases, C., Montero-Piñar, M. I., Escriba Agüir, V., Jiménez-Gutiérrez, E., … y G6 para el Estudio de la Violencia de Género en España (2010). Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España. *Gaceta Sanitaria, 24*(2), 128-135. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v24n2/original7.pdf

Runyan, D. K. (1998). Prevalence, risk, sensitivity, and specificity: A commentary on the epidemiology of child sexual abuse and the development of a research agenda. *Child Abuse & Neglect, 22*(6), 493-498.

Rutter, M. (2007). Resilience, competence and coping. *Child Abuse and Neglect, 31,* 205-209. doi: http://dx.doi.org/10.1016

S

Saldaña, D., Jiménez, J. y Oliva, A. (1995). El maltrato infantil en España: Un estudio a través de los expedientes de menores. *Infancia y Aprendizaje, 71,* 59-68.

Salazar, M., Högberg, U., Valladares, E. y Öhman, A. (2012). The supportive process for ending intimate partner violence after pregnancy: The experience of Nicaraguan women. *Violence Against Women, 18*(11), 1257-1278. doi: 10.1177/1077801212470549

Saltzman, K. M., Holden, G.W. y Holahan, C. J. (2005). The psychobiology of children exposed to marital violence. *Journal of Clinical and Adolescent Psychology, 34*(1) 129-139. doi: 10.1207/s15374424jccp3401_12

Samaniego, V. C. (2008). El Child Behavior Check List: Su estandarización en población urbana Argentina. *Revista de Psicología, UCA, 4*(8), 113-130.

Sanmartín, J. (1999). *Violencia contra los niños*. Barcelona: Ariel.

Sanmartín, J. (2003). *Violencia Doméstica*. Jornadas del Día Internacional contra el maltrato a las mujeres (Málaga, 6 y 7 de noviembre).

Sanmartín, J., Iborra, I., García, Y. y Martínez, P. (2010). *III Informe Internacional.Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. Estadísticas y legislación*. Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.

Sanmartín, J., Serrano, A., García, Y. Rodríguez, A. y Martínez, P. (2011). *Maltrato infantil en la familia en España. Informe del Centro Reina Sofía*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Sarasua, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E. y de Corral, P. (2007). Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad. *Psicothema, 19* (3), 459-466.

Sarasua, B., Zubizarreta, I., de Corral, P. y Echeburúa, E. (2013). Tratamiento psicológico de mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia: Resultados a largo plazo. *Anales de Psicología, 29*(1), 29-37. doi: http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.145281

Sass, H., Wittchen, H. U. y Zaudig, M. (2009). *Diagnostisches Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.

Saunders, B. E. (2003). Understanding children exposed to violence: Toward anintegration of overlapping fields. *Journal of Interpersonal Violence, 18*(4), 356-376. doi: 10.1177/0886260502250840

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.Recuperado de http://www.savethechildren.es/docs/Ficheros/157/Manual%20Atencion%20Castellano%20final.pdf

Save the Children (2011). *En la violencia de género no hay una sola víctima. Atención a los hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género*. Madrid: Save the Children España.

Save the Children (2012). *Violencia sexual contra los niños y las niñas. Abuso y explotación sexual infantil*. Madrid: Save the Children España. Recuperado de http://www.carm.es/ctra/cendoc/haddock/16232.pdf

Savell, J. K., Kinder, B. N. y Young, M. S. (2006). Effects of administering sexually explicit questionnaires on anger, anxiety, and depression in sexually abused and nonabused females: Implications for risk assessment. *Journal of Sex & Marital Therapy, 32*(2), 161-172. doi: 10.1080/00926230500442326

Schonbucher, V., Maier, T., Mohler-Kuo, M., Held, L., Schnyder, U. y Landolt, M. A. (2011). Prevalence of child sexual abuse in Switzerland: A systematic review. *Swiss Medical Weekly, 140*, w13123. doi: 10.4414/smw.2011.13123

Schonbucher, V., Maier, T., Mohler-Kuo, M., Schnyder, U. y Landolt, M. A. (2014). Adolescent perspectives on social support received in the aftermath of sexual abuse: A qualitative study. *Archives of Sexual Behavior, 43*, 571-586. doi: 10.1007/s10508-013-0230-x

Shaffer, A., Yates, T. M. y Egeland, B. R. (2009). The relation of emotional maltreatment to early adolescent competence: Developmental processes in a prospective study. *Child Abuse & Neglect. 33* (1), 36-44. doi: 10.1016/j.chiabu.2008.12.005

Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C. P., Dulcan, M. K. y Schwab-Stone, M. E. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISCIV): Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*(1), 28-38. doi: http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200001000-00014

Scheeringa, M. S. (2009). Posttraumatic stress disorder. En C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health, third edition* (pp. 345-361). New York, NY: Guilford Press.

Scheeringa, M. S. (2015). Untangling psychiatric comorbidity in young children who experienced single, repeated, or hurricane Katrina traumatic events. *Child Youth Care Forum, 44*(4), 475-492. doi: 10.1007/s10566-014-9293-7

Scheeringa, M. S., Myers, L., Putnam, F. W. y Zeanah, C. H. (2012). Diagnosing PTSD in early childhood: An empirical assessment of four approaches. *Journal of Traumatic Stress, 25*, 359-367. doi: 10.1002/jts.21723

Scheeringa, M. S., Peebles, C. D., Cook, C. A. y Zeanah, C. H. (2001). Towards establishing procedural, criterion and discriminant validity for PTSD in early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*(1), 52-60. doi: 10.1097/00004583-200101000-00016

Scheeringa, M. S. y Zeanah, C. H. (2001). A relational perspective on PTSD in early childhood. *Journal of Traumatic Stress, 14*(4), 799-815. doi: 10.1023/A:1013002507972

Scheeringa, M. S. y Zeanah, C. H. (2008). Reconsideration of harm's way: Onsets and comorbidity patterns of disorders in preschool children and their caregivers following Hurricane Katrina. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37*(3), 508-518. doi: 10.1080/15374410802148178

Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H. y Cohen, J. A. (2010). PTSD in children and adolescents: Toward an empirically based algorithm. *Depression and Anxiety, 28*(9) 1-13. doi: 10.1002/da.20736

Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Drell, M. J. y Larrieu, J. A. (1995). Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*(2), 191-200. doi: 10.1097/00004583-199502000-00014

Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H. Myers, L. y Putnam, F. W. (2003). New findingson alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*(5), 561-570. doi: http://dx.doi.org/10.1097/01.CHI.0000046822.95464.14

Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H. Myers, L. y Putnam, F. W. (2005). Predictive validity in a prospective follow-up of PTSD in preschool children. *Journal American Academy Child and Adolescent Psychiatry, 44*(9), 899-906. doi: http://dx.doi.org/10.1097/01.chi.0000169013.81536.71

Schmid, M., Goldbeck, L., Nuetzel, J. y Fegert, J. M. (2008). Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 2*(2), 1-8. doi: 10.1186/1753-2000-2-2

Schmid, M., Petermann, F. y Fegert, J. M. (2013). Developmental trauma disorder: Pros and consof including formal criteria in the psychiatric diagnostic systems. *BMC Psychiatry, 13*(3), 2-12. doi: 10.1186/1471-244X-13-3

Schultz, D., Tharp-Taylor, S., Haviland, A. y Jaycox, L. (2009). The relationship between protective factors and outcomes for children investigated for maltreatment. *Child Abuse & Neglect 33*(10), 684-698. doi: 10.1016/j.chiabu.2009.04.004.

Schützwohl, M. y Maercker, A. (1999). Effects of varying diagnostic criteria for posttraumatic stress disorder are endorsing the concept of partial PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 12*(1), 155-165. doi: 10.1023/A:1024706702133

Schwartz, J. P., Hage, S. M., Bush, I. y Burns, L. K. (2006). Unhealthy parenting and potential mediators as contributing factors to future intimate violence: A review of the literature. *Trauma Violence Abuse 7*(3), 206-221. doi: 10.1177/1524838006288932

Sedlak, A., Gragg, F., Mettenburg, J., Ciarico, J., Winglee, M., Shapiro, G., Hartge, J. y McPherson, K. (2008). *Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4).*

Sedlak, A., Mettenburg, J., Basena, M., Petta, I., McPherson, K., Greene, A. y Li, S. (2010*). Fourth national incidence study of child abuse and neglect (NIS–4): Report to congress*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families. Recuperado de http://www.acf.hhs.gov/programs/opre/abuse_neglect/natl_incid

Seng, J., Graham-Bermann, S., Kathleen, M. y McCarthy, A. (2005). Posttraumatic stress disorder and physical comorbidity among female children and adolescents: Results from Service-Use Data. *Pediatrics*, *116*(6). doi: 10.1542/peds.2005-0608

Sepúlveda, A. (2006). La violencia de género como causa de maltrato infantil [Gender violence as cause of child abuse]. *Cuadernos de Medicina Forense 12*(43-44), 149-164.

Sesar, K., Zivcić-Bećirević, I. y Sesar, D. (2008). Multi-type maltreatment in childhood and psychological adjustment in adolescence: Questionnaire study among adolescents in western herzegovina canton. *Croatian Medical Journal, 49*, 243-256. doi: 10.3325/cmj.2008.2.243

Sharps, P. W. y Campbell, J. (1999). Health consequences for victims of violence in intimate relationships. En Arriaga, X. B., y Oskamp. S. (Eds.), *Violence in intimate relationships* (pp. 163-180). Thousand Oaks, CA: Sage.

Sheffield, A., Silk, J., Steinberg, L., Myers, S. y Robinson, R. L. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social Development 16*(2). doi: 10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x

Shumba, A. (2001). The Epidemiology and etiology of reported cases of child physical abuse in Zimbabwean primary schools. *Child Abuse & Neglect, 25*, 265-277.

Silverman, J.G., Decker, M.R., Gupta, J., Kapur, N., Raj, A. y Naved, R.T. (2009). Maternal experiences of intimate partner violence and child morbidity in Bangladesh: Evidence from a national Bangladeshi sample. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 163*(8), 768-770.

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*(2), 177-202.

San Juan, C. y de Paúl, J. (1996). La representación social de los malos tratos infantiles: Un estudio de casos. *Revista de Psicología Social Aplicada, 6*, 39-56.

Simarra, J., de Paúl, J. y San Juan, C. (2002). Malos tratos infantiles: Representaciones sociales de la población general y de los profesionales del ámbito de la infancia en el caribe colombiano. *Child Abuse & Neglect, 26*, 815-831.

Simón, C., López, J. L. y Linaza, J.L. (1988). *La población infantil en situación de desamparo en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

Simonelli, A. (2013). Posttraumatic stress disorder in early childhood: Classification and diagnostic issues. *European Journal of Psychotraumatology. 4(*10). 1-11. doi: 10.3402/ejpt.v4i0.21357.

Singer, M. I., Miller, D. B., Guo, S., Slovak, K. y Frierson, T. (1998). *The mental health consequences of children's exposure to violence*. Cleveland, OH: Cayahoga County Community Mental Health Research Institute, Mandel School of Applied Social Sciences, Case Western Reserve University.

Sjogren, L. H. (1995). Child Sexual Abuse: The common idea of high prevalence and some consequences of such a unisconception. *Nordisk-Sexology, 13*(3), 170-181.

Skopp, N. A., McDonald, R., Manke, B. y Jouriles, E. (2005). Siblings in domestically violent families: Experiences of interparent conflict and adjustement problems. *Journal of Family Psychology, 19*, 324-333. doi: 10.1037/0893-3200.19.2.324

Slapak, S., Cervone, N., Luzzi, A. y Samaniego, C. (2002). Aplicación del enfoque epidemiológico a una población clínica de niños. *Revista Psico-USF, 7*(1), 67-76.

Smith, C. A., Elwyn, L. J., Ireland, T. O. y Thornberry, T. P. (2010). Impact of adolescent exposure to intimate partner violence on substance use in early adulthood. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 71*(2), 219-230. doi: http://dx.doi.org/10.15288/jsad.2010.71.219

Smith, C. A. y Morgos, D. (2013). Fatherhood and intimate partner violence: Bringing the parenting roleinto intervention strategies. *Professional Psychology: Research and Practice 44*(4), 247-256. doi: 10.1037/a0031837

Smith, C. A. y Thomberry, T. P. (1995). The relationship between childhood maltreatment and adolescent involvement in delinquency. *Criminology, 33*, 451-481.

Smith, K. C., Kelleher, K. J., Barth, R. P., Coben, J. H., Hazen, A. L., Connelly, C. D. y Rolls, J. A. (2005). Overview of the children and domestic violence services study. *Children and Youth Services Review, 27*(11), 1243-1258. doi: 10.1016/j.childyouth.2005.04.007

Söchting, I., Fairbrother, N. y Koch, W.J. (2004). Sexual assault of women: Prevention effort sand risk factors. *Violence Against Women, 10* (1), 73-93.

Solís de Ovando, R. (2003). Los malos tratos a la infancia: Aproximación al problema, identificación de factores de riesgo y el reto de la prevención. *El Observador, 23*(8), 37-47.

Solomon, J. y George, C. (1999). The place of disorganization in attachment theory: Linking classic observations with contemporary findings. En J. Solomon y C. George (Eds.). *Attachment disorganization* (pp. 3-32). New York: Guilford.

Soriano, F. J. (2001) "*Prevención y detección del maltrato infantil*". PrevInfad, Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

Soriano, F. J. (2005). *Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de la salud*. Recuperado de: http://www.aepap.org/previnfad/Maltrato.htm

Sousa, C., Herrenkohl, T. I., Moylan, C. A., Tajima, E. A., Klika, J. B., Herrenkohl, R. C. y Russo, M. J. (2011). 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, 26*(1), 111-136.

Spaccarelli, S., Coatsworth, J. D. y Bowden, B. S. (1995). Exposure to serious family violence among incarcerated boys: Its association with violent offending and potential mediating variables. *Violence and Victims, 10*(3), 163-182.

Sperry, D. M. y Gilbert, B. O. (2005). Child peer sexual abuse: Preliminary data on outcomes and disclosure experiences. *Child Abuse & Neglect, 29*, 889-904.

Spielberger, C. D., Sydeman, S. J., Owen, A. E. y Marsh, B. J. (1999). Measuring anxiety and anger with the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI). En M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (2ª Ed.) (pp. 993-1021). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Spilsbury, J. C., Belliston, L., Drotar, D., Drinkard, A., Kretschmar, J., Creeden, R., . . . Friedman, S. (2007). Clinically significant trauma symptoms and behavioral problems in a community-based sample of children exposed to domestic violence. *Journal of Family Violence, 22*(6), 487-499. doi: 10.1007/s10896-007-9113-z

Spitzer, R. L., First, M. B. y Wakefield, J. C. (2007). Saving PTSD from it self in DSM-V. *Journal of Anxiety Disorders, 21*, 233-241.doi: 10.1016/j.janxdis.2006.09.006

Sprague, S., Goslings, J. C., Hogentoren, C., De Miliano, S., Simunovic, N., Madden, K. y Bhandari, M. (2014). Prevalence of intimate partner violence across medical and surgical health care settings: A systematic review. *Violence Against Women, 20*(1), 118-136. doi: 10.1177/1077801213520574

Sroufe, A. (2000). Early relationships and the development of children. *Infant Mental Health Journal, 21*, 67-74.

Stagg, V., Wills, G. D. y Howell, M. (1989). Psychopathology in early childhood witnesses of family violence. *Topics in Early Childhood Special Education, 9*(2), 73-87. doi: 10.1177/027112148900900206

Stahmera, A. C., Hurlburta, M., McCue, S., Landsverka, J., Zhanga, J. y Leslie, L. (2009). Associations between intensity of child welfare involvement and child development among young children in child welfare. *Child Abuse & Neglect, 33*, 598-611.

Stallard, P. (2006). Psychological interventions for post-traumatic reactions in children and young people: A review of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review, 26*, 895-911.

Stanley, J. y Goddard, C. (2004). Multiple forms of violence and other criminal activities as an indicator of severe child maltreatment. *Child Abuse Review, 13*, 246-262.

Stanley, N. (2011). *Children experiencing domestic violence: A research review*. Dartington: Research in Practice.

Stark, E. y Flitcraft, A. H. (1988). Women and children at risk: A feminist perspective on child abuse. *International Journal of Health Services, 18*, 97-118.

Steele, J. S. y Buchi, K. F. (2008). Medical and mental health of children entering the Utah foster care system. *Pediatrics, 122*, 703-709.

Stein, B. D., Jaycox, L. H., Kataoka, S. H., Wong, M., Tu, W., Elliott, M. N. y Fink, A. (2003). A mental health intervention for school children exposed to violence: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association. 290*(5), 603-611. doi: 10.1001/jama.290.5.603

Stein, D. J., McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., Atwoli, L., Friedman, M. J., Hill, E. D., … Kessler R. C. (2014). DSM-5 and ICD-11 definitions of posttraumatic stress disorder: Investigating "narrow" and "broad" approaches. *Depression and Anxiety, 31*(6), 494-505. doi: 10.1002/da.22279

Stein, M. B., Walker, J. R., Hazen, A. L. y Forde, D. R. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: Findings from a community survey. *American Journal Psychiatry, 154*, 1114-1119.

Steiner, H., Saxena, K. S., Carrion V., Khanzode, L. A., Silverman, M. y Chang K. (2007). Divalproex sodium for the treatment of PTSD and conduct disordered youth: A pilot randomized controlled clinical trial. *Child Psychiatry and Human Development, 38,* 183-93.

Stephenson, R., Sheikhattari, P., Assasi, N., Eftekhar, H., Zamani, Q., Maleki, B. y Kiabayan, H. (2006). Child maltreatment among school children in the Kurdistan Province, Iran. *Child Abuse & Neglect, 30*, 231-245. doi: 10.1016/j.chiabu.2005.10.009

Sternberg, K., Baradaran, L., Abbott, C., Lamb, M. y Guterman, E. (2006). Type of violence, age, and gender diferences in the efects of family violence on children's behaviour problems: A mega-analysis. *Developmental Review, 26*(1), 89-112. doi: 10.1016/j.dr.2005.12.001

Sternberg, K., Lamb, M., Greenbaum, C., Cicchetti, D., Dawud-Noursi, S., Cortes, R., ... Lorey, F.(1993). Effects of domestic violence on children's behavior problems and depression. *Developmental Psychology, 29,* 44-52.

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*(8), 853-869. doi: 10.1016/j.chiabu.2004.07.009

Stewart, R. W., Ebesutani, C., Drescher, C. F. y Young, J. (2015). The Child PTSD Symptom Scale: An Investigation of Its Psychometric Properties. *Journal Interpersonal Violence* [*PubMed Abstracts*], Published online. doi: 10.1177/0886260515596536

Stith, S. M, Smith, D. B, Penn, C. E, Ward, D. B. y Tritt, D. (2004). Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: A meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior, 10*, 65-98.

Stith, S. M, Williams, M. y Rosen, K. (1992). *Psicosociología de la violencia en el hogar*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

Stöckl, H., Devries, K., Rotstein, A., Abrahams, N., Campbell, J., Watts, C. y García Moreno, C. (2013). The global prevalence of intimate partner homicide: A systematic review. *Lancet, 382*, 859-65. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61030-2

Stolbach, B. C., Minshew, R., Rompala, V., Dominguez, R. Z., Gazibara, T. y Finke, R. (2013). Complex Trauma exposure and symptoms in urban traumatized children: A preliminary test of Proposed Criteria for Developmental Trauma Disorder. *Journal of Traumatic Stress, 26*, 1-9. doi: 10.1002/jts.21826

Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, J. M. y van IJzendoorn, M. H. (2013). The neglect of child neglect: A meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 48*, 345-355. doi: 10.1007/s00127-012-0549-y

Stoltenborgh, M., van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M. y Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment. 16*(2), 79-101.

Stoppelbein, L. y Greening, L. (2000). Posttraumatic stress symptoms in parentally bereaved children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39*(9), 1112-1119. doi: 10.1097/00004583-200009000-00010

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*(6), 707-717. doi: 10.1002/jts.20079

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. (1992). Sociological research and social policy: The case of family violence. *Sociological Forum, 7*(2), 211-237. Recuperado de http://gauss.unh.edu/~mas2/F33.pdf

Straus, M. A. y Gelles, R. J. (1979). Violence in the American family. *Journal of Social Issues, 35* (2) 15-39.

Straus, M. A. y Gelles, R. J. (1986). Societal change and change in family violence from 1975 to 1985 as revealed by two National Surveys. *Journal of Marriage and the Family, 48*, 465-479.

Straus, M. A. y Gelles, R. J. (Eds.) (1990). *Physical violence in American Families. Transaction*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.

Straus, M. A. Gelles, R. J. y Steinmetz, S. K. (1980). *Behind closed doors. Violence in the American family.* Newbury Park, CA: Sage.

Strauss, M. A. y Gozjolko, K. L. (2014). "Intimate Terrorism" and gender differences in injury of dating partners by male and female university students. *Journal of Family Violence, 29*(1), 51-65. doi: 10.1007/s10896-013-9560-7

Straus, M. A. y Hamby, S. L. (1997). Measuring physical and psychological maltreatment of children with Conflict Tactics Scale. En G. Kauffman Kantor y J. I. Jsisnski (Eds.), *Out of the darkness: Contemporany research perspectives on family violence* (pp. 19-135). Thousant Oaks. CA: Sage Publications.

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. y Smith, C. (1995). Family patterns and child abuse. En M. A. Straus y R. J. Gelles (Eds.), *Physical violence in American families: Risk factors and adaptations to violence in 8145 families* (pp. 245-261). New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.

Sturge-Apple, M. L., Skibo, M. A. y Davies, P.T. (2012). Impact of witnessed parental conflict and emotional abuse on children and families. *Partner Abuse, 3*(3), 379-400. doi: http://dx.doi.org/10.1891/1946-6560.3.3.379

T

Tajima, E. A. (2000). The relative importance of wife abuse as a risk factor for violence against children. *Child Abuse & Neglect, 24*(11), 1383-1398. doi: 10.1016/S0145-2134(00)00194-0

Tajima, E. A., Herrenkohl, T. I, Moylan, C. A. y Derr, A. S. (2011). Moderating the effects of childhood exposure to intimate partner violence: The roles of parenting characteristics and adolescent peer support. *Journal of Research in Adolescence, 21*(2), 376-394. doi: 10.1111/j.1532-7795.2010.00676.x

Tarren-Sweeney, M. (2006). Patterns of aberrant eating among pre-adolescent children in foster care. *Journal of Abnormal Child Psychology, 34,* 623-634.

Taussig, H. N. y Culhane, S. E. (2010). Emotional maltreatment and psychosocial functioning in preadolescent youth placedin out-of-home care. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 19*(1), 52-74. doi: 10.1080/10926770903476008

Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry, 148*(1), 10-20. doi: 10.1176/foc.1.3.322

Teten, A. L., Hall, G. C. N. y Capaldi, D. M. (2009). Use of coercive sexual tactics across 10 years in at-risk young men: Developmental patterns and co-occurring problematic dating behaviors. *Archives of Sexual Behavior, 38*, 574-582.

The Australian Domestic y Family Violence Clearinghouse. The University of New South Wales (2011). *The impact of domestic violence on children: A literature review*. Project Ref: RG113568. Australian Domestic and Family Violence Clearinghouse Children affected by domestic violence literature review for The Benevolent Society.

Theodore, A., Runyan, D. y Chang, J. J. (2007). Measuring the risk of physical neglect in a population-based sample. *Child Maltreatment. 12*(1), 96-105.

Thomson, M. P., Saltzman, L. E. y Johnson, H. (2003). A comparison of risk factors for intimate partner violence-related injury across two national surveys on violence against women. *Violence Against Women, 9*(4), 438-457. doi: 10.1177/1077801202250955

Thompson, R. S., Bonomi, A. E., Anderson, M., Reid, R. J., Dimer, J. A., Carrell, D. y Rivara, F. P. (2006). Intimate partner violence: Prevalence, types, and chronicity in adult women. *American Journal of Preventive Medicine, 30*, 447-457. doi: 10.1016/j.amepre.2006.01.016

Toth, S. L. y Cicchetti, D. (2010). *El Maltrato Infantil y su Impacto en el Desarrollo Psicosocial del Niño*. Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia. Centre of Excellence for Early Childhood Development.

Toth, S. L. y Cicchetti, D. (2013). A developmental psychopathology perspective on child maltreatment. *Child Maltreatment, 18*(3), 135-139. doi: 10.1177/1077559513500380

Tjaden, P. y Thoennes, N. (2006). *Extent, nature, and consequences of rape victimization: Findings from the National Violence Against Women Survey*. Washington DC, US Department of Justice. Recuperado de: www.ojp.usdoj.gov/nij/pubssum/210346.htm

Trickett, P. K., Kim, K. y Prindle, J. (2011a). Variations in emotional abuse experiences among multiply maltreated young adolescents and relations with developmental outcomes. *Child Abuse & Neglect, 35* (10), 876-886.

Trickett, P. K., Mennen, F. E., Kim, K. y Sang, J. (2009). Emotional abuse in a sample of multiply maltreated, urban young adolescents: Issues of definition and identification. *Child Abuse & Neglect, 33*(1), 27-35.

Trickett, P. K., Nollb, J. G. y Putnam, F. W. (2011b). The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Development and Psychopathology 23*(2), 453-476. doi: 10.1017/S0954579411000174

Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Daciuk, J., Felstiner, C., Black, T., … Cloutier, D. (2005). *Canadian incidence study of reported child abuse and neglect – 2003: Major findings*. Minister of Public Works and Government Services Canada.

Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Sinha, V., Black, T., Fast, E., … Holroyd, J. (2010). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants* (ECI-2008). Agence de la Santé Publique du Canada (ASPC). doi: 978-1-100-95690-9

Turner, H. A., Finkelhor, D. y Ormrod, R. (2010). Polyvictimization in a national sample of children and youth. *American Journal of Preventive Medicine, 38*(3), 323-330. doi: 10.1016/j.amepre.2009.11.012

Turner, R. J., Finkelhor, D., Ormrod, R., Hamby, S., Leeb, R. L., Mercy, J. A. y Holt, M. (2012). Family context, victimization, and child trauma symptoms: Variations in safe, stable, and nurturing relationships during early and middle childhood. *American Journal of Orthopsychiatry, 82*(2), 209-219. doi: 10.1111/j.1939-0025.2012.01147.x

Turner, R. J. y Lloyd, D. A. (1995). Lefitime traumas and mental health: The significance of acumulative adversity. *Journal of Health and Social Behavior, 36(*4), 360-376.

U

Ulla, S., Notario, B., Solera, M., Valero, N. y Olivares, A. (2009). Prevalence of intimate partner violence and its relationship to physical and psychological health indicators. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 9,* (3), 411-427.

Ullman, S. E. y Filipas, H. H. (2005). Gender differences in social reactions to abuse disclosures, post-abuse coping, and PTSD of child sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglec, 29*, 767-782. doi: 10.1016/j.chiabu.2005.01.005

Ulloa-Flores, R. E. y Navarro-Machuca, I. G. (2011). Estudio descriptivo de la prevalencia y tipos de maltrato en adolescentes con psicopatología. *Salud Mental, 34*, 219-225.

UNICEF (2002, Junio). *La violencia doméstica contra mujeres y niñas*. Innocenti Digest (Monografía, nº 6). Centro de Investigaciones Innocenti, Florencia (Italia).

UNICEF (2003). *A league table of child maltreatment deaths in rich nations*. Innocenti Report Card Nº. 5. Innocenti Research Centre, Florencia (Italia).

UNICEF (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.

UNICEF (2007). *Estado mundial de la infancia 2008.* Nueva York: Publicación de las Naciones Unidas.

UNICEF (2014). Hidden in plain sight. A statistical analysis of violence against children. Nueva York: Publicación de las Naciones Unidas. Recuperado de http://www.unicef.org/publications/index_74865.html

UNICEF y The Body Shop International (2006). *Behind closed doors. The impact of domestic violence on children*. Nueva York/Londres: Publicación de las Naciones Unidas.

UNICEF y CEPAL (Oficina Regional para América Latina y el Caribe, Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2009). Maltrato infantil: Una dolorosa realidad puertas adentro. *Desafíos (Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio), 9*, 1-12. Recuperado de http://www.unicef.org/lac/Boletin-Desafios9-CEPAL-UNICEF%282%29.pdf

Unitat dÉpidemiologia i Diagnòstic en Psicopatologia del Desenvolupament (2005). *Taxonomía para el Estudio de la Violencia Doméstica en Niños*. Universidad Autónoma de Barcelona. Documento no publicado.

Unitat d'Epidemiologia i de Diagnòstic en Psicopatologia del Desenvolupament (2013). *Baremos para CBCL 6-182001*. Población española. Recuperado de http://www.ued.uab.es

United Nations, (UN) (1987). *Violence against women in the family*. New York.

United Nations, (UN) (1993). *World Conference on Human Rights*. Vienna.

United Nations, (UN) (1994). *International Conference on Population and Developmen*t. Cairo (Egypt).

U. S. Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau (2009). *Child maltreatment 2007*. Washington, DC: US Government Printing Office.

U. S. Department of Health and Human Services, Administration forChildren and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau (2010). *Child maltreatment 2009. Administration on children, youth and families*. Washington, DC: US Government Printing Office. Recuperado de http://archive.acf.hhs.gov/programs/cb/pubs/cm09/cm09.pdf

U. S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. (2013). *Child maltreatment 2012*. Washington, DC: US Government Printing Office. Recuperado de http://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/cb/cm2012.pdf

V

Vacha-Haase, T., Kogan, L. R. y Thompson, B. (2000). Sample compositions and variabilities in published studies versus those in test manuals: Validity of score reliability inductions. *Educational and Psychological Measurement. 60*(4), 509-522. doi: 10.1177/00131640021970682

Van der Kolk, B. A. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child and Adolescent Clinics of North America 12*(2), 293-317. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S1056-4993(03)00003-8

Van der Kolk, B. A. (2005a). Child Abuse and Victimization. *Psychiatric Annals, 35*(3), 374-378.

Van der Kolk, B. A. (2005b). Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals, 35*(5), 401-408.

Van der Kolk, B. A. (2008). The John Bowbly Memorial Lecture 2006. Developmental Trauma Disorder: A new, rational diagnosis for children with complex trauma histories. En B. S. White K. (Coord.), *Trauma and Attachment* (pp. 45-60). London: Karnac Books.

Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S. y Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress, 18,* 389-399. doi: 10.1002/jts.20047

Varela, N. (2002). *Íbamos a ser reinas*. Barcelona: Ediciones B.

Vázquez, F., Torres, A., Otero, P., Blanco, V. y López, M. (2010). Prevalencia y factores de riesgo de la violencia contra la mujer en estudiantes universitarias españolas. *Psicothema, 22* (2), 196-201.

Vázquez, N. y Samaniego, V. C. (2014). *El Child Behavior Checklist para niños en edad preescolar (CBCL 1½-5): Su estandarización en población urbana de Argentina*. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXI Jornadas de Investigación, Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de http://www.aacademica.com/000-035/802

Vega, A., de la Osa, N., Ezpeleta, L. y Granero, R. (2011). Differential effects of psychological maltreatment on children of mothers exposed to intimate partner violence. *Child Abuse & Neglect, 35,* 524-531. doi: 10.1016/j.chiabu.2011.03.006

Vega, A., de la Osa, N. de la, Ezpeleta, L. y Granero, R. (2013). Severity of psychological maltreatment and accumulative risk for psychopathology in children of mother exposed to intimate partner violence. *Journal of Family Violence, 28,* 427-434. doi: 10.1007/s10896-013-9521-1

Vega, M. T. y Moro, L. (2013). La representación social de los malos tratos infantiles en la familia: Factores psicosociales que influyen en la percepción de las conductas de maltrato. *Psychosocial Intervention 22*, 7-14. Recuperado de http://http://psychosocial-intervention.elsevier.es

Ventevogel, P., Komproe, I. V., Jordans, M. J., Feo, P. y Jong, J. (2014). Validation of the Kirundi versions of brief self-rating scales for common mental disorders among children in Burundi. *BMC Psychiatry 14*(36), 1-13. doi: http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/36

Villanueva, L., Górriz, A. B. y Cuervo, K. (2009). Cuando el menor es víctima de la violencia. *Revista electrónica de motivación y emoción (REME), 12*(32-33). Recuperado de http://reme.uji.es/articulos/numero32/article5/texto.html

Villavicencio, P. y Sebastián, J. (1999). *Violencia doméstica: Su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Volpe, E. M., Hardie, T. L., Cerulli, C., Sommers, M. S. y Morrison-Beedy, D. (2013). Age got to do with it? partner age difference, power, intimate partner violence, and sexual risk in urban adolescents. *Journal Interpersonal Violence, 28*(10), 2068-2087. doi: 10.1177/0886260512471082

Vranceanu, A., Hobfoll, S. y Johnson, R. (2007). Child multi-type maltreatment and associated depression and PTSD symptoms: The role of social supportand stress. *Child Abuse & Neglect, 31*(1), 71-84. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.04.010

Vung, N. D. y Krantz, G. (2009). Childhood experiences of interparental violence as a risk factor for intimate partner violence: A population-based study from northern Vietnam. *Journal of Epidemiology and Community Health, 63*, 708-714.

W

Walker, L. (1984). *The Battered Woman Syndrome*. New York: Springer.

Walker, L. (1999). Psychology and domestic violence around the world. *American Psychologist, 54*, 21-29.

Walrath, C. M., Ybarra, M. L., Sheehan, A. K., Holden, E. W. y Burns, B. J. (2006). Impact of maltreatment on children served in community mental health programs. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 14* (3), 143-156.

Warner, T. D. y Swisher, R. R. (2014). The effect of direct and indirect exposure to violence on youth survival expectations. *Journal Adolescent Health, 55*(6), 817-22. doi: 10.1016/j.jadohealth.2014.06.019

Wathen, C. N. y MacMillan, H. L. (2013). Children's exposure to intimate partner violence: Impacts and interventions. *Paediatrics & Child Health, 18*(8), 419-422.

Websdale, N. (2010). *Familicidal hearts*. New York: Oxford UniversityPress.

Weiss, D. S. y Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale-Revised. En Wilson J. P. y Keane T. M., (Eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD: A Practitioner's Handbook* (pp. 399-411). New York, NY: Guilford.

Wekerle, C. (2011). Commentary. Emotionally maltreated: The under-current of impairment? *Child Abuse & Neglect, 35,* 899-903.

Wekerle, C. y Wolfe, D. (2003). Child maltreatment. En E. J. Mash y R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (pp. 632-684). New York, NY: Guilford Press.

Whiting, J. B., Simmons, L. A., Havens, J. R., Smith, D. B. y Oka, M. (2009). Intergenerational transmission of violence: The influence of self-appraisals, mental disorders and substance abuse. *Journal of Family Violence, 24* (8), 639-648.

Widom, C. S. (1989). Does violente beget violence? A critical examination of the literature. *Psychological Bulletin, 106,* 3-8.

Widom, C. S. (1999). Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *American Journal Psychiatry, 156*(8), 1223-1229.

Widom, C. S. y Czaja, S. J. (2006). Reactions to research participation in vulnerable subgroups. *Accountability in Research, 12*(2), 115-138. doi: 10.1080/08989620590957193

Widom, C., DuMont, K. y Czaja, S. (2007). A prospective investigation of mayor depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grow up. *Archives of General Psychiatry, 64*, 49-56. doi: 10.1001/archpsyc.64.1.49

Wilt, S. y Olson, S. (1996). Prevalence of domestic violence in United States. *Journal of the American Medical Women's Association, 51*, 77-82.

Wolf, E. J., Miller, M. W., Kilpatrick, D., Resnick, H. S., Badour, C. L., Marx, B.P., … Friedman, M. J. (2014). ICD-11 complex PTSD in US national and Veteran samples: Prevalence and structural associations with PTSD. *Clinical Psychological Science 3*(2), 215-229. doi: 10.1177/2167702614545480

Wolfe, D. A. y McGee, R. (1994). Dimensions of child maltreatment and their relationship to adolescent adjustment. *Developmental Psychopathology, 6*, 165-181.

Wolfe, D. A., Jaffe, P., Wilson, S. 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*(5), 657-665. doi:10.1037/0022-006X.53.5.657

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 and Adolescent Psychiatry, 40*, 282-289. doi: http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200103000-00007

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. doi: 10.1023/A:1024910416164

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*(4), 359-383

World Health organization (WHO). (2007). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision,* Version for 2007. Recuperado de http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online2007/

Wright, M. O. D. (Ed.). (2007). *Journal of emotional abuse, special section: Childhood emotional abuse: Mediating and moderating processes affecting long term impact* (Vol.7). Binghampton, NY: Haworth Maltreatment and Trauma Press.

Wu, W. Y. (1999). A self-rating anxiety scale. *ChinMent Health, 13*, 235-238.

Y

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*(1), 199-218. doi: http://dx.doi.org/10.1017.S0954579403000117

Yates, T. M. y Wekerle, C. (Eds.) (2009). The long-term consequences of childhood emotional maltreatment on development: (Mal) adaptation in adolescence and young adulthood [Special issue]. *Child Abuse & Neglect, 33*, 19-21. doi: 10.1016/j.chiabu.2008.12.002

Ybarra, G. J., Wilkens, S. L. y Lieberman, A. F. (2007). The influence of domestic violence on preschooler behavior and functioning. *Journal of Family Violence, 22*(1), 33-42. doi: 10.1007/s10896-006-9054-y

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 & Neglect, 22*(10), 975-985. doi: 10.1016/S0145-2134(98)00084-2

Yule, W., Williams, R. y Joseph, S. (1999). Post-traumatic stress disorders in adults. En William Yule (Ed.), *Post-traumatic stress disorders: Concepts and therapy*. (pp. 1-24). New York: Wiley.

Z

Zajac, K., Ruggiero, K. J., Smith, D. W., Saunders, B. E. y Kilpatrick, D. G. (2011). Adolescent distress in traumatic stress research: Data from the national survey of adolescents-replication. *Journal of Traumatic Stress, 24*(2), 226-229. doi: 10.1002/jts.20621

Zarling, A. L., Taber-Thomas, S., Murray, A., Knuston, J. F., Lawrence, E., Valles, N., … Bank, L. (2013). Internalizing and externalizing symptoms in young children exposed to intimate partner violence: Examining intervening processes. *Journal of Family Psychology, 27*(6), 945-955. doi: http://dx.doi.org/10.1037/a0034804

Zeanah, C. H. (2010). Proposal to include child and adolescent age related manifestations and age related subtypes for PTSD in DSM-V. *American Psychiatric Association*. Recuperado de: www.dsm5.org.

Zeanah, C. H., Danis, B., Hirshberg, L., Benoit, D., Miller, D. y Heller, S. S. (1999). Disorganized attachment associated with partner violence: Aresearch note. *Infant Mental Health Journal, 20*(1), 77-86. doi:10.1002/(SICI)1097-0355(199921)20:1<77::AID-IMHJ6>3.0.CO;2-S

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. doi: 10.1007/s10896-009-9237-4

Zero to Three (2005). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood.* Revised edition (DC: 0–3R). Washington, DC: Zero to Three Press.

Zingraff, M. T., Leiter, J. y Johnsen, M. C. (1993). Child maltreatment and youth ful problem behavior. *Criminology, 31,* 173-202.

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. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.02004.x

Zung, W. W. (1965). A Self-Rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry, 12,* 63-70.

Zung, W. W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics. 12,* 371-379.

ANEXOS

ANEXO 1. 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

ANEXO 1. Protocolo de Evaluación en Infancia expuesta a violencia de género, PEIV (GUIA-PC, 2010) (continuación)

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 Sympton 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

ANEXO 2. 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	Hernández, 1990
	Estilos educativos	TAMAI Subescala estilos educativos padre/madre	Hernández, 1990
MADRES	Historia de violencia doméstica	EMMA, Entrevista a la Mujer Maltratada	GUIA-PC, 2009
		APCM Inventario de Evaluación del Maltratos a La Mujer Por Su Pareja	Matud , 1998; 2001
		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	MCMI II , Inventario Clinico Multiaxial de Million	Million, 1997
	Depresión	BDI Inventario de Depresión de Beck	Beck y Steer, 1995

ANEXO 2. Protocolo de Evaluación de Variables Mediadoras en la exposición infantil a la violencia de género (PEMIV) (continuación)

ANSIEDAD	STAI Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo	Spielberg et al., 1970
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

ANEXO 3. Comparación de los criterios diagnósticos para el trastorno de estrés postraumático entre el DSM-IV-TR y el DSM-5

TEPT DSM-IV-TR	TEPT DSM-5 ADULTOS, ADOLESCENTES Y NIÑOS MAYORES DE 6 AÑOS	TEPT DSM-5 NIÑOS DE 6 AÑOS Y MENORES
	CRITERIO A	
La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2): 1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado 1 (o +) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás. 2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. *Nota:* en los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.	**Exposición a la muerte o amenaza de muerte, lesiones graves o violencia sexual, en 1 (o +) de las siguientes formas:** 1. Experiencia directa del/los evento(s) traumático(s). 2. Presenciar en persona, el/los evento(s) ocurrido(s) a otros. 3. Conocer que el evento traumático ocurrió a un(os) miembro(s) de la familia cercano(s), o a amigos. En casos de muerte o amenaza de muerte de un familiar o amigo, el evento debe haber sido violento o accidental. 4. Experimentar repetidamente o exposición extrema a los detalles aversivos del evento traumático (por ej., socorristas que recogen restos humanos, policías expuestos repetidamente a detalles de malos tratos en infancia). *Nota:* El criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios de comunicación electrónicos, la televisión, las películas o imágenes, a menos que la exposición esté relacionada con el trabajo.	**Exposición a la muerte o amenaza de muerte, lesiones graves o violencia sexual, en 1 (o +) de las siguientes formas:** 1. Experiencia directa del/los evento(s) traumático(s). 2. Presenciar en persona, el/los evento(s) ocurrido(s) a otros, especialmente a los cuidadores primarios. *Nota:* Ser testigo no incluye eventos que son presenciados sólo en los medios de comunicación electrónicos, la televisión, las películas o imágenes.

ANEXO 3. Comparación de los criterios diagnósticos para el trastorno de estrés postraumático entre el DSM-IV-TR y el DSM-5 (continuación)

TEPT DSM-IV-TR	TEPT DSM-5 ADULTOS, ADOLESCENTES Y NIÑOS MAYORES DE 6 AÑOS	TEPT DSM-5 NIÑOS DE 6 AÑOS Y MENORES
	CRITERIO B	
El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de 1 (o +) de las siguientes formas: **1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. *Nota:* En niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.** **2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. *Nota:* en niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.** **3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de *flashback*, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). *Nota:* los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.** **4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.** **5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático**	**Presencia de 1 (o +) te los siguientes síntomas intrusivos asociados con el evento traumáticos, comienzan después de que ocurra el acontecimiento traumático.** 1. Recuerdos angustiosos intrusivos, recurrentes e involuntarios sobre el evento traumático. *Nota:* en niños mayores de 6 años, en el juego repetitivo pueden expresar los temas o aspectos de los eventos traumáticos. 2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el sueño están relacionados con el evento traumático. *Nota:* en niños sueños aterradores de contenido irreconocible. 3. Reacciones disociativas (p.ej., *flashbacks*), en los cuales el sujeto siente o actúa como si el evento traumático estuviera ocurriendo (tales acontecimientos pueden ocurrir en un continuo, con la expresión más extrema de pérdida de conciencia del entorno actual). *Nota:* En niños, la recreación del trauma específico puede ocurrir a través del juego. 4. Angustia psicológica intensa y prolongada en la exposición a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del evento traumático. 5. Marcadas reacciones fisiológicas a estímulos internos o externos que simbolizan o rememoran un aspecto del evento traumático.	**Presencia de 1 (o +) te los siguientes síntomas intrusivos asociados con el evento traumáticos, comienzan después de que ocurra el acontecimiento traumático.** 1. Recuerdos angustiosos, recurrentes, involuntarios e intrusivos del evento traumático. *Nota:* los recuerdos espontáneos e intrusivos no necesariamente son angustiantes, pueden expresarse recreándolos a través del juego. 2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el sueño están relacionados con el evento traumático. *Nota:* puede que no sea posible determinar que el contenido aterrador esté relacionado con el evento traumático. 3. Reacciones disociativas (por ej., *flashbacks),* en los cuales el niño siente o se comporta como si el evento traumático estuviera ocurriendo (tales acontecimientos pueden ocurrir en un continuo, con la expresión más extrema de pérdida de conciencia del entorno actual). La recreación del trauma específico puede ocurrir en el juego. 4. Angustia psicológica intensa y prolongada en la exposición a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del evento traumático. 5. Marcadas reacciones fisiológicas que rememoran el evento traumático.

ANEXO 3. Comparación de los criterios diagnósticos para el trastorno de estrés postraumático entre el DSM-IV-TR y el DSM-5 (continuación)

TEPT DSM-IV-TR	TEPT DSM-5 ADULTOS, ADOLESCENTES Y NIÑOS MAYORES DE 6 AÑOS	TEPT DSM-5 NIÑOS DE 6 AÑOS Y MENORES
	CRITERIO C	
Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican 3 (o +) de los siguientes síntomas. 1 Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático. 2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma. 3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma. 4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas. 5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás. 6. Restricción de la vida afectiva (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, tener la esperanza de una vida normal.	**Evitación persistente de estímulos asociados al trauma, comienzan después de que ocurra el acontecimiento traumático, es evidente por uno o ambos de los siguientes síntomas.** 1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos estrechamente relacionados con el acontecimiento traumático. 2. Evitación o esfuerzos para evitar personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos dolorosos, estrechamente relacionados con el acontecimiento traumático	**Uno (o +) de los siguientes síntomas, que representan tanto la evitación persistente de estímulos asociados con los eventos traumáticos o alteraciones negativas en las cogniciones y del estado de ánimo asociados a los eventos traumáticos, deben estar presentes, comenzando después de los acontecimientos o que empeoran después de los acontecimientos.** PERSISTENTE EVITACIÓN DE ESTÍMULOS. 1 Evitación o esfuerzos para evitar actividades, lugares o recuerdos materiales que motivan recuerdos del evento traumático. 2. Evitación o esfuerzos para evitar personas, conversaciones, o situaciones interpersonales que motivan recuerdos del evento traumático. ALTERACIONES NEGATIVAS EN LA COGNICIÓN 3. Sustancial incremento de la frecuencia de estados emocionales negativos (por ej., miedo, culpa, tristeza, vergüenza, confusión). 4. Marcada disminución del interés o participación en actividades significativas, incluido el juego. 5. Retraimiento social 6. Importante reducción de la expresión de emociones positivas

ANEXO 3. Comparación de los criterios diagnósticos para el trastorno de estrés postraumático entre el DSM-IV-TR y el DSM-5 (continuación)

TEPT DSM-IV-TR	TEPT DSM-5 ADULTOS, ADOLESCENTES Y NIÑOS MAYORES DE 6 AÑOS	TEPT DSM-5 NIÑOS DE 6 AÑOS Y MENORES
	CRITERIO D	
Síntomas persistentes de aumento de la activación (*arousal)* (ausentes antes del trauma), tal y como indican 2 (0 +) de los siguientes síntomas. 1 .Dificultades para conciliar o mantener el sueño. 2. irritabilidad o ataques se ira 3. Dificultades para concentrarse 4. Hipervigilancia 5. Respuestas exageradas de sobresalto	**Alteraciones negativas en la cognición y en el humor asociado con el evento traumático empezando o empeorando después del evento traumático, se pone de manifiesto por 2 (o +) de los siguientes.** 1. Incapacidad para recordar un aspecto importante del evento traumático, (debido a amnesia disociativa y no a otros factores, tales como lesiones en la cabeza, alcohol o drogas). 2. Persistente y exageradas creencias o expectativas negativas sobre uno mismo, los demás o el mundo 3. Persistentes distorsiones cognitivas sobre la causa o consecuencias del evento traumático, que llevan al individuo a culparse a sí mismo o a otros. 4. Persistente estado emocional negativo (por ej., miedo, horror, enfado, culpabilidad o vergüenza) 5. Marcada disminución del interés en participar en actividades significativas 6 Sentimientos de desapego o enajenación de los demás. 7. Persistente incapacidad para experimentar emociones negativas (por ej., felicidad, satisfacción o sentimientos de amor).	**Síntomas de aumento dela activación (*arousal)*, que comienzan o empeoran después del evento traumático, se evidencia por la presencia de 2 (o +) de los siguientes síntomas.** 1. Conducta irritable y explosiones de ira (con poca o ninguna provocación) típicamente expresadas con agresiones verbales o físicas haca personas u objetos (incluyendo rabietas extremas). 2. Hipervigilancia 3. Respuesta de sobresalto exagerada 4. Problemas para concentrarse 5. Alteraciones del sueño (por ej., dificultades para conciliar o permanecer dormido, sueño inquieto).

ANEXO 3. Comparación de los criterios diagnósticos para el trastorno de estrés postraumático entre el DSM-IV-TR y el DSM-5 (continuación)

TEPT DSM-IV-TR	TEPT DSM-5 ADULTOS, ADOLESCENTES Y NIÑOS MAYORES DE 6 AÑOS	TEPT DSM-5 NIÑOS DE 6 AÑOS Y MENORES
	CRITERIO E	
Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.	**Marcados síntomas de aumento de la activación (*arousal*), asociados con el evento traumático, tal y como indican 2 (0 +) de los siguientes síntomas, empezando o empeorando después del evento traumático.** 1. Conducta irritable y explosiones de ira (con poca o ninguna provocación) típicamente expresadas con agresiones verbales o físicas haca personas u objetos (incluyendo rabietas extremas). 2. Conductas temerarias o autodestructivas 3. Hipervigilancia 4. Respuesta de sobresalto exagerada 5. Problemas para concentrarse 6. Alteraciones del sueño (por ej., dificultades para conciliar o permanecer dormido, sueño inquieto).	**La duración de la alteración es mayor de un mes.**

ANEXO 3. Comparación de los criterios diagnósticos para el trastorno de estrés postraumático entre el DSM-IV-TR y el DSM-5 (continuación)

TEPT DSM-IV-TR	TEPT DSM-5 ADULTOS, ADOLESCENTES Y NIÑOS MAYORES DE 6 AÑOS	TEPT DSM-5 NIÑOS DE 6 AÑOS Y MENORES
	CRITERIO F	
Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.	**Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C , D y E) se prolongan más de 1 mes.**	**La alteración provoca malestar clínico significativo o deterioro en las relaciones con padres, hermanos, compañeros, u otros cuidadores o problemas de comportamiento en la escuela**

TEPT DSM-IV-TR	TEPT DSM-5 ADULTOS, ADOLESCENTES Y NIÑOS MAYORES DE 6 AÑOS	TEPT DSM-5 NIÑOS DE 6 AÑOS Y MENORES
	CRITERIO G	
	La alteración provoca malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas importantes de funcionamiento	**La alteración no es atribuible a efectos fisiológicos de sustancias (por ej., medicación o alcohol) u otra condición médica**

TEPT DSM-IV-TR	TEPT DSM-5 ADULTOS, ADOLESCENTES Y NIÑOS MAYORES DE 6 AÑOS	TEPT DSM-5 NIÑOS DE 6 AÑOS Y MENORES
	CRITERIO H	
	La alteración no es atribuible a efectos fisiológicos de sustancias (por ej., medicación o alcohol) u otra condición médica	

ANEXO 3. Comparación de los criterios diagnósticos para el trastorno de estrés postraumático entre el DSM-IV-TR y el DSM-5 (continuación)

TEPT DSM-IV-TR	TEPT DSM-5 ADULTOS, ADOLESCENTES Y NIÑOS MAYORES DE 6 AÑOS	TEPT DSM-5 NIÑOS DE 6 AÑOS Y MENORES
	ESPECIFICAR SI	
Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses. **Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más** **De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses**	**Con síntomas disociativos:** la persona reúne criterios para un TEPT, y además, como respuesta al estresor, el individuo experimenta persistente o recurrentemente algún síntoma de los siguientes: **1.Despersonalización:** Persistentes o recurrentes experiencias de sentimientos de separación y como si uno fuera un observador externo de los propios procesos mentales o se observara así mismo (por ej., sensación como si uno estuviera en un sueño, sensación de irrealidad del yo o del cuerpo, o que el tiempo transcurre lentamente) **2. Desrealización:** Persistente o recurrente experiencia de irrealidad del entorno (por ej., el mundo que rodea al individuo es experimentado como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado). **Nota:** Para usar este subtipo, los síntomas disociativos no deben atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia, u otra condición médica. **De inicio demorado:** si no se cumplen todos los criterios diagnósticos antes de los 6 meses (a pesar de que la aparición de algunos síntomas puede ser inmediata)	