



LAS VÍCTIMAS INVISIBLES DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Delegación del Gobierno para la Violencia de Género



© Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad
Centro de Publicaciones
Pº del Prado, nº 18 - 28014 – MADRID

Este estudio ha sido promovido y coordinado por la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género y realizado por la Asociación para el Desarrollo de la Salud Mental en Infancia y Juventud, "Quiero Crecer"

NIPO : 680-15-102-2

Correo electrónico: publicaciones@msssi.es
<http://www.publicacionesoficiales.boe.es>

ÍNDICE

1. Consecuencias psicológicas en hijos e hijas expuestos al maltrato sufrido por la madre de parte de su pareja: estado actual del tema	8
1.1. Introducción	8
1.2. Datos sobre el maltrato a las mujeres por parte de su pareja y maltrato a sus hijos e hijas- Estudios nacionales	9
1.3. Consecuencias en los hijos e hijas del maltrato a la madre	10
1.4. Prevalencia de alteraciones psicológicas en menores tutelados, en población clínica y en población general.	14
1.5. I y II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia y menores expuestos a violencia de género.	18
2. Objetivos	20
3. Metodología	21
3.1. Características de los servicios donde se atienden a MEVG a nivel nacional	21
3.2. Estudio sobre el maltrato y las alteraciones psicológicas de los menores	22
3.2.1. Cuestionario de Indicadores Clínicos	22
3.2.2. Cuestionario de Maltrato y Conflictividad	25
4. Resultados	29
4.1. Características de los servicios que atienden a MEVG a nivel nacional incluidos en el estudio	29
4.2. Metodología y procedimiento de recogida de la información de los servicios que atienden a MEVG a nivel nacional incluidos en el estudio	31
4.3. Características de la muestra de menores participantes y sus progenitores	32
4.3.1. Datos sobre los menores	32
4.3.2. Datos sociodemográficos y psicosociales sobre los progenitores	34
4.3.3. Datos de la situación legal del menor y visitas con el padre.	39
4.4. Descripción de resultados de indicadores de maltrato y conflictividad.	41
4.4.1. Maltrato hacia la madre	42
Duración de la convivencia de la madre con el maltratador	
Tipo de maltrato recibido	
Denuncias por violencia de género	
Medidas judiciales impuestas por violencia de género	

4.4.2. Exposición del menor al maltrato de la madre	47
Exposición al maltrato físico sufrido por la madre	
Exposición al maltrato psicológico sufrido por la madre	
Tipo de exposición del menor al maltrato hacia la madre	
Implicación del menor en los episodios de conflictividad	
4.4.3. Maltrato directo hacia el menor	53
Negligencia física	
Negligencia emocional	
Maltrato físico	
Maltrato psicológico	
Abuso sexual	
4.4.4. Relación entre los diferentes tipos de maltrato	57
4.4.5. Datos sobre conflictividad familiar	58
4.4.6. Resumen	60
4.5. Alteraciones psicológicas del MEVG	61
4.5.1. Prevalencias	61
4.5.2. Número de alteraciones psicológicas	65
4.5.3. Relación entre las alteraciones psicológicas	68
4.5.4. Resumen	71
4.6. Relación entre los diferentes tipos de maltrato, nivel de conflictividad familiar y problemas psicológicos en los menores expuestos a violencia de género	72
5. Conclusiones	80
6. Bibliografía	84
7. Anexos	96
7.1. Anexo 1: Listado de artículos sobre MEVG publicados entre 2010-2014	96
7.2. Anexo 2: Cuestionario de datos generales	101
7.2.1. Modelo	101
7.2.2. Resumen de resultados	104
7.3. Anexo 3: Cuestionario de indicadores clínicos	116
7.3.1. Modelo	116
7.3.2. Resumen de resultados	119
7.4. Anexo 4: Cuestionario de maltrato y conflictividad	122
7.4.1. Modelo	122

7.4.2. Resumen de resultados	126
A. Datos sociodemográficos y convivencia actual	126
B. Datos de la situación legal del menor y visitas con el padre	127
C. Datos sobre el maltrato	128
C.1. Maltrato hacia la madre	
C.2. Maltrato hacia el menor	
C.2.1. Exposición del menor al maltrato hacia la madre	
C.2.2. Maltrato directo hacia el menor	
C.3. Afectación del menor por la conflictividad familiar	

Glosario:

CBCL: Child Behavior Checklist (Inventario de Comportamiento del Niño/a); Achenbach, 1991a.

CCAA: Comunidad Autónoma.

CDI: Children's Depression Inventory (Cuestionario de Depresión Infantil); Kovacs, 1992; adaptación española Del Barrio, Moreno y López (1999).

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades- Decima Revisión; Organización Mundial de la Salud (OMS), 1992.

CITES-FVF: The Children's Impact of Traumatic Events Scale- Family Violence Form (Escala de Impacto de Eventos Traumáticos en niños y niñas – Violencia Familiar); Wolfe y Lehmann, 1992.

CPSS: The Child PTSD Symptom Scale (Escala de Síntomas de Trastorno por Estrés Postraumático para Niños); Foa, Johnson, Feeny y Tredwell (2001); adaptación al castellano Rincón, 2007.

CPTSD-RI: The Child Post-Traumatic Stress Disorder Reaction Index (Índice de Reacción al Estrés Postraumático para Infancia); Frederick, Pynoos y Nader, 1992; Pynoos, 2002.

DICA-IV: The Diagnostic Interview for Children and Adolescents (Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes); Reich, Leacock y Shanfeld (1997); adaptación española Granero y Ezpeleta (1997); Ezpeleta, de la Osa, Doménech, Navarro y Losilla (1997); Ezpeleta, de la Osa, Júdez, Doménech, Navarro y Losilla (1997); Ezpeleta, Granero, Osa, Doménech y Guillamón (2002).

DICA-R: The Diagnostic Interview for Children and Adolescents–Revised (Entrevista Diagnóstica Revisada para Niños y Adolescentes); Reich, Shayka y Taibleson, 1991; Reich, Leacock y Shanfeld, 1994.

DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición, Texto Revisado); Asociación Americana de Psiquiatría (APA), 2000.

MEVG: Menores Expuestos a Violencia de Género.

PCS: The Pictorial Scale of Perceived Competence and Social Acceptance for Young children (Escala Pictórica de Competencia Percibida y Aceptación Social para infancia); Harter y Pike, 1984.

PTSD: Posttraumatic Stress Disorder (Trastorno por Estrés Postraumático).

STAIC: State-Trait Anxiety Inventory for Children (Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo para Infancia); Spielberger, Gorsuch y Lushene, (1982); adaptación española Seisdedos (1990).

STAXI: State-Trait Anger Expression Inventory (Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo en Niños y Adolescentes); Del Barrio, Spielberger, y Aluja, 2005.

TAMAI: Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil; Hernández, 1983.

TEPT: Trastorno por Estrés Postraumático.

TRF: Teacher's Report Form (Inventario del Comportamiento de Niños para profesores); Achenbach, 1991c.

TSCC: Trauma Symptom Checklist for Children (Inventario de Síntomas de Trauma para Niños); Briere, 1996.

UAB: Universidad Autónoma de Barcelona.

UCLA PTSD-RI: UCLA PTSD Reaction Index (Índice de Reacción del Trastorno por Estrés Postraumático de la Universidad de California, Los Angeles); Pynoos, Rodriguez, Steinberg, Stuber, y Frederick, 1998.

UNED: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

1. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS EN HIJOS E HIJAS EXPUESTOS AL MALTRATO SUFRIDO POR LA MADRE DE PARTE DE SU PAREJA: ESTADO ACTUAL DEL TEMA

1.1. INTRODUCCIÓN

La violencia de género es una de las formas de violencia que más atención social e institucional ha recibido en España en los últimos años, especialmente desde que entró en vigor la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, en la que se defienden una serie de *Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*.

En julio de 2013 se aprobó la Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia Contra la Mujer 2013-2016. Esta Estrategia tiene su encaje conceptual en la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (Resolución 48/104, 20 de diciembre de 1993), adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas y en el artículo 1 de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Su objetivo último es ser “*un instrumento vertebrador de la actuación de los poderes públicos para acabar con la violencia que sufren las mujeres por el mero hecho de serlo*”.

Esta Estrategia consta de cuatro objetivos generales: (1) Lograr la ruptura del silencio a través de la sensibilización, concienciación y prevención de este tipo de violencia; (2) Mejorar la respuesta institucional proporcionada por las distintas Administraciones y organismos en sus respectivos ámbitos de actuación; (3) Proporcionar una respuesta propia a los menores y a las mujeres especialmente vulnerables a sufrir violencia de género, evitando dobles y triples revictimizaciones; y, (4) Ir avanzando en el afrontamiento de otras formas de violencia contra la mujer, como los matrimonios forzados, la mutilación genital femenina, la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual, el acoso y las agresiones sexuales, etc.

Además de las mujeres, existen otras víctimas de la violencia de género, sus hijos e hijas, convertidos en testigos e implicados en este tipo de violencia. En 2014, 41 niños y niñas quedaron huérfanos por esta causa en España. En este mismo periodo 4 hijos e hijas de madres maltratadas han sido también víctimas mortales (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2014). Sin embargo, el abordaje de las consecuencias que la exposición a la violencia de género tiene sobre los

menores no ha sido hasta ahora considerado prioritario, llegando a referirse a ellos (Osofsky 1995) como las *Victimas Invisibles*.

Presenciar episodios de violencia de género en el hogar es frecuente entre los niños y niñas (Huth-Bocks, Levendosky y Semel, 2001; Meltzer, Doos, Vostanis, Ford y Goodman, 2009; Nguyen y Larsen, 2012). Además, estudios de numerosos autores destacan que existe una co-ocurrencia de entre el 30 y el 60%, entre la exposición a violencia y el maltrato infantil directo (Knickerbocker, Heyman, Slept, Jouriles y McDonald, 2007).

1.2. DATOS SOBRE MALTRATO A LAS MUJERES POR PARTE DE SU PAREJA Y MALTRATO A SUS HIJOS E HIJAS- ESTUDIOS NACIONALES

En España, según la Macroencuesta sobre Violencia contra la Mujer 2015, del total de mujeres que sufren o han sufrido violencia física, sexual o miedo de sus parejas o exparejas en algún momento de sus vidas y que tenían hijos e hijas en el momento en el que se produjeron los episodios de violencia, el 63,6% afirma que los hijos e hijas presenciaron o escucharon alguna de las situaciones de violencia. Además, de las mujeres que han contestado que sus hijos e hijas presenciaron o escucharon los episodios de violencia, el 92,5% afirma que los hijos e hijas eran menores de 18 años cuando sucedieron los hechos. Y, de las mujeres que han contestado que sus hijos e hijas presenciaron o escucharon los episodios de violencia de género y que estos hijos eran menores de 18 años cuando sucedieron los hechos, el 64,2% afirma que estos hijos menores sufrieron a su vez violencia (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2015).

Por otra parte, las investigaciones realizadas en España sobre la exposición a violencia de género de los hijos de mujeres maltratadas ofrecen diversos datos respecto al porcentaje de menores testigos de este tipo de violencia:

1. En el estudio de Corbalán y Patró (2003) realizado con los hijos de 40 mujeres maltratadas residentes en casas de acogida, se encontró que el 85% de los menores había estado expuesto a la violencia hacia sus madres, y el 66,6% recibía también maltrato directo (en su mayoría físico y psicológico).
2. Rosser, Suria y Villegas (2013), analizaron una muestra de 88 mujeres víctimas de violencia de género que necesitaron como medida de protección el hogar de acogida. El 87% de los hijos e hijas

habían estado expuestos al maltrato hacia la madre. En cuanto al maltrato directo de los hijos e hijas, el 40% sufrió maltrato psicológico, el 25,5% físico y el 0,9% abuso sexual.

3. Blasco, Savall, Sánchez y Martínez (2002), en un estudio sobre 127 mujeres víctimas de violencia de género, encontraron que casi el 60% de ellas habían sufrido maltrato físico, y de éstas, en el 73,3% de los casos también sus hijos e hijas experimentaron algún tipo de maltrato. Un 40,1% de las mujeres habían sufrido maltrato emocional y de éstas, en el 74,5% de los casos sus hijos e hijas también fueron maltratados (49% de ellos maltrato psicológico; 19,6% maltrato físico y psicológico; y 5,9% maltrato físico, psicológico y sexual).
4. Bayarri, Ezpeleta y Granero (2011), encontraron que de los 166 hijos e hijas de 117 mujeres víctimas de violencia de género que fueron atendidas en servicios específicos para este tipo de violencia, el 46,39% había sido testigo de los conflictos (visto, escuchado, observado sus efectos o experimentando sus consecuencias), el 37,96% se habían visto involucrados en el episodio (interviniendo para que terminara), y el 15,66% habían sido víctimas directas de agresión física o verbal por parte de los maltratadores de sus madres durante el conflicto.

1.3. CONSECUENCIAS EN LOS HIJOS E HIJAS DEL MALTRATO A LA MADRE

La exposición a la violencia de género tiene un gran impacto sobre el desarrollo psicológico y emocional de los menores (López-Soler, 2008). Estos efectos se agravan cuando también son víctimas directas de maltrato (Sousa et al., 2011).

En esta línea, es importante destacar "*la adversidad acumulada*" o los efectos aditivos de muchos tipos diferentes de estrés a lo largo de la vida en relación con la salud mental (Turner y Lloyd, 1995). Un estudio de McLaughlin et al. (2010) con una muestra de adolescentes estadounidenses, relaciona el hecho de haber vivido adversidades en la infancia con la aparición de trastornos psicopatológicos clasificados en el del DMS-IV, resaltando que aquellas adversidades que reflejan un funcionamiento desadaptativo familiar, fueron más fuertemente asociadas que otras, con el desarrollo de trastornos mentales.

En otra revisión llevada a cabo por Brietzke, Mansur, Soczynska, Powell y McIntyre (2012) en la que se evaluaban las influencias ambientales con un enfoque particular en el trauma en la niñez, la morfología del cerebro, las funciones cognitivas y el desarrollo de la psicopatología y los trastornos mentales, se encontró que los estudios de resonancia magnética han demostrado que la exposición a un trauma en una edad temprana puede dar lugar a varios cambios neuroestructurales, alterando el

rendimiento cognitivo y el funcionamiento. Además, el estrés infantil se relacionaba con un mayor riesgo de desarrollar psicopatología como la depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia y abuso de sustancias. Estos autores llegaron a la conclusión de que hay pruebas sólidas del papel del medio ambiente, específicamente de las experiencias adversas en la infancia, en los diversos aspectos del desarrollo de trastornos mentales.

Numerosas investigaciones muestran que la exposición a la violencia de género afecta de manera significativa a estos niños y niñas, que presentan tasas elevadas tanto de problemas internalizantes o emocionales (ansiedad, depresión y somatizaciones), como externalizantes o problemas de conducta (conducta no normativa y agresión) (Bair-Merritt, Blackstone y Feudtner, 2006; Bayarri et al., 2011; Skopp, McDonald, Manke y Jouriles, 2005; Sternberg, Baradaran, Abbott, Lamb y Guterman, 2006), incluso cuando otros factores de riesgo son controlados (Hazen, Connelly, Kelleher, Barth y Landsverk, 2006).

Los resultados obtenidos por estudios internacionales indican que en torno a la mitad de los menores expuestos a este tipo de violencia incluidos en sus investigaciones presentan problemas psicológicos graves, sobre todo con perfiles mixtos de sintomatología externalizante e internalizante. En concreto, en relación al Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), los rangos encontrados se hallan entre un 13% y un 50% (tabla 1).

Tabla 1. Estudios internacionales que presentan tasas de prevalencia de alteraciones psicológicas en menores expuestos a violencia de género (MEVG)

ESTUDIO	MUESTRA	INSTRUMENTOS	RESULTADOS
Grych, Jouriles, Swank, McDonald y Norwood (2000)	N 228 8-14 años Casas acogida	CBCL	El 21% presentaba sólo problemas externalizantes; el 18% sólo problemas internalizantes, y el 30% patrón mixto inter y externalizante
Kernick, Wolf, Holt, McKnight, Huebner y Rivara (2003)	N 167 2-17 años	CBCL	El 52% presentaba sintomatología externalizante, un 45,8% problemas internalizantes
Piotrowski (2011)	N 45 parejas de hermanos 5-15 años	CBCL CDI PCS	Un 27,6% presentaba patrón de duelo (se sienten afligidos, apenados, dolidos...) con síntomas depresivos y alta autoestima Un 18% patrón depresivo con síntomas depresivos y baja autoestima Un 14,9% patrón internalizante con escasos síntomas depresivos y baja autoestima Un 15,9% presenta patrón multi-

			problemas externalizante con síntomas depresivos y baja autoestima
Graham-Bermann, Gruber, Hower y Girz (2009)	N 219 6-12 años	CBCL	Un 80% presentaba problemas psicológicos y, de ellos, un 24% patrón mixto inter y externalizante
McCloskey y Walker (2000)	N 337 Edad escolar	Entrevista diagnóstica estructurada	Un 15% presentaba sintomatología de estrés postraumático
Mertin y Mohr (2002)	N 56 8-16 años	TSCC	Un 20% presentaba sintomatología de estrés postraumático
Lehman (1997)	N 84 Media 11 años	CITES-FVF	Un 56% presentaba sintomatología de estrés postraumático

En España, hasta el momento, son escasos los estudios realizados sobre las secuelas psicológicas de hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género (tabla 2), lo que dificulta conocer con exactitud la afectación de los mismos. Los porcentajes hallados en estos trabajos son similares a los de otros países, con rangos que oscilan desde el 7% en sintomatología de estrés postraumático, al 64% en problemas de comportamiento disruptivo.

De todas formas, para una adecuada comprensión de los datos aportados por los diferentes estudios es importante tener en cuenta una serie de aspectos que afectan de manera decisiva a las prevalencias halladas:

- En primer lugar, cada investigación se centra en uno o varios problemas o trastornos psicopatológicos, por lo que los resultados se refieren solo a los menores que presentan esas alteraciones. Esto significa que esos niños y niñas pueden presentar cualquier otro problema no incluido en el estudio.
- En segundo lugar, se calculan los porcentajes de menores que presentan cada uno de los problemas elegidos, pero no siempre se informa del número o porcentaje de menores que no presentan ninguno de los problemas evaluados.
- En tercer lugar, en general las muestras son pequeñas y obtenidas en un centro o región concreta por lo que los resultados no son ni representativos ni extrapolables.

Por otro lado, el diagnóstico de los trastornos en la infancia es muy complejo, está menos desarrollado en las clasificaciones oficiales (CIE, DSM) que el de adultos, y algunos están especialmente criticados por la inadecuación de los criterios para adultos que se aplican “adaptados a la infancia”, sin tener en cuenta las características específicas de cada etapa en el desarrollo evolutivo infantil. Esto es

especialmente importante en el diagnóstico del TEPT en infancia, para el cual se utilizan los mismos criterios que para adultos. De ello se deriva que numerosos clínicos e investigadores estimen que las tasas de TEPT obtenidas son notablemente inferiores a las reales, debido al uso de estos criterios inadecuados.

Así mismo, hay que destacar que las clasificaciones oficiales actuales no incorporan como entidad diagnóstica el TEPT complejo o Trauma complejo, que hace referencia a la exposición de los menores a experiencias de múltiples eventos traumáticos que se producen dentro de su sistema de cuidado (fuente de seguridad y estabilidad). Por lo general, está relacionado con sucesos simultáneos o secuenciales ocurridos en los malos tratos (abuso emocional y negligencia, abuso sexual, abuso físico y testigos de la violencia doméstica) que suelen ser crónicos y empezar en la primera infancia (National Child Traumatic Stress Network, 2003).

En este sentido, el maltrato infantil se diferencia de otros traumas, ya que a menudo se caracteriza por ser recurrente y crónico, formando parte de la categoría de traumas complejos (Cook et al., 2005; van der Kolk, 2005). Cuando un menor ha experimentado maltrato, ya sea de forma directa o indirecta, y especialmente cuando es maltratado por sus propios padres, se siente más vulnerable, afectando a la base de su seguridad y confianza en el mundo y en las personas que lo rodean, lo que resulta absolutamente necesario para que el menor desarrolle adecuadamente su personalidad (López-Soler et al., 2008; Patró y Limiñana, 2005). Los sentimientos de indefensión, miedo, ansiedad o preocupación ante la posibilidad de que vuelva a ocurrir le invaden, llegando a ser incluso paralizantes. La amenaza se convierte en continua y se percibe como incontrolable.

En esta misma dirección, existe acuerdo entre investigadores y clínicos con respecto a que las secuelas psicológicas que presentan estos menores no sólo se centran en el Trastorno por Estrés Postraumático, sino que también aparece sintomatología internalizante (ansiedad, culpabilidad, baja autoestima, somatizaciones), externalizante (inquietud, falta de atención, descontrol de impulsos, ira, problemas de conducta), junto a graves problemas cognitivos (déficit funciones ejecutivas, problemas memoria, bajo rendimiento intelectual y académico), y en las relaciones interpersonales (dificultades en la modulación afectiva, reacciones desproporcionadas ante dudosos indicadores de rechazo, dependencia excesiva), que apoyarían la categoría de Trauma Complejo (López-Soler, 2008; López-Soler et al., 2008), actualmente denominado para la infancia “Trastorno del Trauma del Desarrollo” (Developmental Trauma Disorder, [DTD], van der Kolk, 2009).

Por último, otra variable que afecta a los resultados es la medida/criterio y el instrumento que se emplea para la evaluación. En este sentido, los test baremados parecen, en general, menos sensibles

que las escalas y listados, si bien estos últimos requerirían incorporar un grupo control para su correcta interpretación.

Tabla 2. Estudios realizados en España sobre alteraciones psicológicas en MEVG

ESTUDIO	MUESTRA	INSTRUMENTOS	RESULTADOS
Corbalán y Patró (2003)	N 40 Casa acogida	Cuestionario específico	Violento con iguales (35%); Ansiedad (32%); Tristeza y aislamiento (27,5%); Miedo al maltratador (27%); y Agresividad hacia su madre (22%)
Alcántara (2010)	N 76 7-17 años	STAXI-NA TAMAI STAIC CDI	Ira Rasgo (19,7%); Inadaptación general (19,1%); Ansiedad Estado (12,7%), Ansiedad Rasgo (9,1%); y Depresión (11,8%)
Olaya, Ezepeleta, de la Osa, Granero y Domenech (2010)	N 100 8-17 años Consulta salud mental	DICA-IV	Comportamiento disruptivo (64,1%); Trastornos de ansiedad (58,3%); Trastornos afectivos (37,9%); Distimia (17,5%); y Estrés postraumático (7,8%)
Castro (2011)	N 64 8-17 años	CPSS	Estrés postraumático (17,2%)
Rosser et al. (2013)	N 46 6 a 18 años Casa acogida	CBCL	Pc 93-97: (2-13%); Pc > 97: (8-37%): Sintomatología Internalizante (19,6%) y Externalizante (17,4%)
Alcántara, López-Soler, Castro y López-García, (2013)	N 91 6-17 años	CBCL	Pc > 93: 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%)

1.4. PREVALENCIA DE ALTERACIONES PSICOLÓGICAS EN MENORES TUTELADOS, EN POBLACIÓN CLÍNICA Y EN POBLACIÓN GENERAL

Los problemas psicológicos en menores expuestos a violencia de género tienen unas tasas de prevalencia altas, incluso similares a las encontradas en niños y niñas que sufren maltrato directo. En este sentido, Kitzmann, Gaylord, Holt y Kenny (2003), en un estudio meta-analítico basado en 118 investigaciones, no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre menores maltratados directamente y menores expuestos a la violencia hacia su madre.

Diversos estudios muestran el porcentaje de problemas psicológicos que presentan los menores que han sufrido maltrato intrafamiliar grave y que por este motivo se les ha retirado la tutela a los padres biológicos. Los resultados indican que las prevalencias oscilan entre el 5% y el 54% (tabla 3).

Tabla 3. Estudios nacionales e internacionales sobre prevalencia de alteraciones psicológicas en menores maltratados tutelados

ESTUDIO	MUESTRA	INSTRUMENTOS	RESULTADOS
Famularo, Fenton, Kinscherff y Augustyn (1996)	N 117 6 a 12 años	DICA-R	Estrés postraumático (35%)
Dubner y Motta (1999)	N 150 8-19 años	CPTSD-RI	Estrés postraumático (18%)
Hoksbergen, ter Laak, van Dijkum, Rijk y Stoutjesdijk (2003)	N 80 Adoptados	CBCL Cuestionario de trauma basado en síntomas DSM-IV	Estrés postraumático (20%)
Lubit (2006)	Abuso físico	Evaluación clínica	Estrés postraumático (42%)
Kolko et al. (2009)	N 1848 8-14 años Servicios protección infantil	TSCC	Estrés postraumático (19,2%; tutelados)
Oswald, Fegert y Goldbeck (2010)	N 20 7-16 años	UCLA PTSD Reaction Index	Estrés postraumático (15%)
Fernández, Castro y Alcántara (2010)	N 50 8-16 años España	CPSS	Estrés postraumático (16%)
Castro (2011)	N 38 8-16 años España	CPSS	Estrés postraumático (15,8%)
Fernández-Molina, Fernández del Valle, Fuentes, Bernedo y Bravo (2011)	N 181 11-18 años España	CBCL	Pc >93: Conducta agresiva (26%); Retraimiento/Depresión (21,4%); Conducta antinormativa (18,7%); Ansiedad/Depresión (16%); y Problemas somáticos (6,1%)
López-Soler, Fernández, Prieto, Alcántara, Castro y López-Pina (2012)	N 42 6-16 años España	STAIC CDI STAXI-NA	Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado (11,43%, ambos); Depresión (19%); Ira Rasgo (20%) e Ira Estado (7,5%)

Sainero, Bravo y Fernández del Valle (2013)	N 264 6-18 años España	CBCL	Pc >93: Conducta antinormativa (20,5%); Conducta agresiva (18,6%); Problemas de atención (12,9%); Problemas Retraimiento/depresión (11,4%); Problemas sociales (9,8%); Quejas somáticas (6,8%); Problemas de pensamiento (5,7%) y Problemas de Ansiedad/depresión (5,3%)
Fernández (2014)	N 86 6-17 años España	CBCL	Pc >93: del 20% al 56% presentan algún tipo de alteración psicopatológica

Si se compara la prevalencia encontrada en menores maltratados tutelados (tabla 3) y expuestos a violencia de género con la que presentan menores clínicos (tabla 4), esto es, que han sido atendidos, por diversos motivos, en salud mental, se puede comprobar la grave afectación que presentan los hijos e hijas de madres víctimas de violencia de género.

Tabla 4. Estudios nacionales sobre prevalencia de alteraciones psicológicas en población clínica infantil

ESTUDIO	MUESTRA	INSTRUMENTOS	RESULTADOS
Aláez (2000)	N 404 0-18 años	Criterios diagnósticos según CIE-10	Trastornos de conducta (23%); Trastornos depresivos (14,6%); y Trastornos de ansiedad (13,3%)
Olaya et al., (2010)	N 420 8-17 años	DICA-IV	Comportamiento disruptivo (61,9%); Trastornos de ansiedad (51%); Trastornos afectivos (25,9%); Distimia (7,5%); y estrés postraumático (1,3%)
Fernández, Castro y Alcántara (2010)	N 50 8-16 años	CPSS	Estrés postraumático (14%)
Navarro-Pardo, Meléndez, Sales y Sancerni (2012)	N 588 1-18 años	Criterios diagnósticos según DSM-IV	Trastornos de conducta (21,5%); Trastornos de ansiedad (16,4%); Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (10,9%); Trastornos del estado de ánimo (3%); y Trastornos psicóticos (1,7%)
López-Soler y Paredes (2013)	N 203 6-12 años	CBCL	Pc >93: Problemas de atención (36,9%); Problemas sociales (35,4%); Retraimiento/Depresión (30,6%); Problemas de pensamiento (26,1%); Conducta agresiva (26,1%); Ansiedad/Depresión (24,7%); Quejas somáticas (21,6%); y Conducta antinormativa (17,3%)

Por último, los datos sobre problemas psicológicos en población infantil general indican que éstos, considerados en su totalidad, oscilan entre un 10% y un 20% según la OMS (OMS, 2001). Investigaciones realizadas a nivel empírico sobre diversas poblaciones, han encontrado prevalencias de entre el 7% y el 25% (Alday et al., 2005; Pedreira y Sardinero, 1996).

Según Lemos (2003), el 2% de estos problemas psicológicos se corresponden a trastornos graves, el 7-8% a trastornos de gravedad moderada, y el resto a psicopatología leve.

Las tasas encontradas en España en problemas de conducta se sitúan entre un 10% y un 20%, en ansiedad entre un 5% y un 20% y en depresión entre un 2% y un 15% (Del Barrio 2012).

Un estudio realizado en población infantil general de Cataluña y Madrid, encontró que entre un 3% y un 7% de los menores de población general presentan problemas psicológicos (Unitats' Epidemiologia i de Diagnostico en Psicopatologia del Desenvolupament de la UAB y Servicio de Psicología Aplicada de la UNED, 2010).

En relación a la sintomatología específica de TEPT, los estudios informan que la prevalencia se sitúa en un rango entre el 1% y el 10%, tanto en investigaciones internacionales (Giaconia et al., 1995: 6,3%; National Center for PTSD, 2006: chicos 1-6% y chicas 3-15%; Kilpatrick et al., 2003: chicos 3,7 % y chicas 6,3 %; Kaplan y Sadock, 2003: 11%; Copeland, Keeler, Angold y Costello, 2007: 0,03%; Elklit, 2002: 5-10 %; y Furtado, Carvalhaes y Goncalves, 2009: 6,5%); como nacionales (López-Soler, Castro, Alcántara, y López-García, en prensa: 1,8%).

Los porcentajes de alteraciones psicológicas en menores expuestos a violencia de género son superiores a los hallados en población infantil general, tal como indican estudios internacionales: Wood y Sommers (2011) en una revisión de 24 artículos publicados de 2000 a 2010; más actualmente Lamers-Winkelman, De Schipper y Oosterman (2012); e Insana, Foley, Montgomery-Downs, Kolko y McNeil (2014); y estudios nacionales: Alcántara et al., (2013); López-Soler et al., (en prensa); Ramos, de la Peña, Luzón y Recio, (2011); y Rosser et al. (2013).

Los menores que sufren violencia de género en el ámbito familiar, además de presentar sintomatología inter y externalizante, tienen más probabilidades de repetir y aceptar como adecuados los valores y creencias de sus cuidadores principales. Este tipo de aprendizaje muestra componentes diferenciales según el sexo: las niñas pueden aprender a adoptar conductas de sumisión y obediencia, y

tendrán tendencia a aceptar un trato deferente en las relaciones de pareja, y los niños pueden aprender y tener tendencia a utilizar la violencia como un medio de control sobre sus parejas, perpetuando este problema social (Sarasúa, Zubizarreta, Echeburúa y Corral, 1996), y favoreciendo la transmisión intergeneracional de este tipo de relaciones basadas en el control (Babcok y De Prince, 2012; Roberts, McLaughlin, Conron y Koenen, 2011; Wood y Sommers, 2011; Yount et al., 2014).

1.5. I Y II PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA Y MENORES EXPUESTOS A VIOLENCIA DE GÉNERO

La Exposición de Motivos de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de *Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*, incluyó por primera vez a los hijos e hijas de las mujeres que sufren violencia de género, reconociendo que dichas situaciones les afectan.

Dos años más tarde de la Ley Integral se elaboró el *I Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2006-2009* (prorrogado a 2010), aprobado el 16 de junio de 2006. En este texto se reconoce que los niños y niñas que viven en entornos en los que se sufre violencia de género se encuentran en situación de riesgo y desprotección social, y propone distintas medidas para mejorar el marco legislativo español, con el objetivo de protegerles.

Por su parte, el *Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género 2007-2008*, aprobado por el Consejo de Ministros el 15 de Diciembre de 2006, ratifica lo que la Ley Orgánica 1/2004 ya reconoció, que “*a través de los servicios sociales se garantiza a las mujeres víctimas de violencia de género y a los menores el derecho a la asistencia integral*”.

En 2010 se desarrolló el “*Protocolo Marco de Atención Especializada a menores expuestos a la Violencia de Género*”, con fecha 21 de Junio, cuyo objetivo era enmarcar las actuaciones dirigidas a atender integralmente a todas las víctimas de la violencia de género, reconociéndose como un derecho a cubrir las necesidades específicas de los niños y niñas que viven en este tipo de entorno familiar. Se establecieron diferentes actuaciones que giran en torno a tres ejes de intervención: (1) Mejorar el conocimiento en torno a la realidad de la infancia expuesta a violencia de género, con el fin de cuantificar su magnitud y conocer si los recursos existentes atienden sus necesidades; (2) Formar a profesionales que intervienen en las situaciones de violencia de género y los que trabajan directamente con los niños y niñas que viven este tipo de violencia; y, (3) Prestar una atención especializada y garantizar el derecho a

la asistencia social integral de estos menores desde el mismo momento de la formulación de la denuncia, protegiéndoles tanto física como emocionalmente de las situaciones de violencia.

No obstante, y a pesar de los avances en el régimen de protección y tutela de los derechos de las mujeres víctimas de violencia de género; de una mayor sensibilización social y compromiso político de los poderes públicos y las diferentes Administraciones, son numerosos los organismos, tanto públicos como privados, que han puesto de manifiesto que no se dispone de datos fiables sobre niños y niñas víctimas de violencia de género en el ámbito familiar (Defensor del Menor de Andalucía, 2012; Observatorio Estatal de la Violencia sobre la Mujer, 2011; Save the Children, 2011).

En un marco de cooperación de todas las Administraciones Públicas, así como de otros agentes sociales implicados en los derechos de la infancia, en abril de 2013 se aprobó el *II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013*. En este Plan se proponen nuevas medidas para combatir el maltrato a los menores, 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, el Plan incorpora medidas especiales de protección y tiene previsto su reconocimiento como “*víctimas de maltrato*”. En este sentido, aporta como novedad la consolidación del *Registro Unificado de Maltrato Infantil (RUMI)*, previendo por primera vez la inclusión de estos menores en las estadísticas oficiales sobre violencia de género.

Además, el Gobierno modificará la Ley Integral contra la Violencia de Género de 2004 con el fin de incluirlos como tales víctimas. La reforma está prevista en el anteproyecto de Ley de Protección a la Infancia, que detalla que la violencia que sufren estos niños y niñas, ya sea de forma directa o indirecta, condiciona su bienestar y su desarrollo y les puede causar problemas de salud.

2. OBJETIVOS

El objetivo general del presente estudio consiste en detectar los problemas psicológicos y de adaptación que presentan niños y niñas expuestos a violencia de género atendidos en diferentes servicios de cuatro Comunidades Autónomas, con el fin de conocer la afectación psicológica que sufren así como su gravedad.

Con este fin se plantean los siguientes objetivos específicos:

- **Objetivo 1:** Determinar el tipo de maltrato recibido por las madres.
- **Objetivo 2:** Determinar el tipo de maltrato recibido por los hijos, distinguiendo entre: maltrato directo físico y psicológico, exposición al maltrato de la madre (conocer, oír, ver consecuencias, etc.) o implicación en episodios de maltrato hacia la madre (intentar defender, atacar padre, pedir ayuda, etc.).
- **Objetivo 3:** Conocer las condiciones pasadas y presentes del maltrato así como el tipo y grado de la conflictividad actual con el padre y/o la pareja, años de duración del maltrato hacia la madre e hijos e hijas, y estado actual respecto a madre e hijos e hijas.
- **Objetivo 4:** Tipo y comorbilidad de los problemas psicológicos en los menores.

3. METODOLOGÍA

3.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DONDE SE ATIENDEN A MEVG A NIVEL NACIONAL

En primer lugar, se contactó con los servicios de atención a menores expuestos a violencia de género (en adelante MEVG) en el ámbito familiar de las distintas CCAA.

Se contactó telefónicamente y/o por mail con cada servicio de todas las CCAA y se envió una carta formal de presentación del estudio en la que se solicitaba la colaboración con el mismo.

Posteriormente al contacto inicial, se envió por correo electrónico para su cumplimentación el “Cuestionario de Datos Generales”.

El “*Cuestionario de Datos Generales*” (Anexo 2) es un instrumento que se elaboró para recoger información sobre las características generales de cada uno de los servicios en los que se atiende a los menores víctimas de violencia de género.

Específicamente este cuestionario recoge información sobre:

- Tipo de servicio que ofrecen (casa de acogida, servicio externo, etc.).
- Tipo de financiación del servicio (pública, privada, concertada, otra).
- Características de la plantilla de personal que compone el servicio (tipo de formación, contrato, etc.).
- Número de menores y madres atendidas hasta la actualidad.
- Metodología que siguen para recoger información sobre maltrato y la conflictividad familiar.
- Metodología que siguen para recoger información sobre alteraciones psicológicas en los menores.
- Tipo de evaluación y tratamiento psicológicos que realizan a la madre y al menor (mediante protocolos específicos, cuestionarios, entrevistas, etc.).

Una vez recibidos los “*Cuestionarios de Datos Generales*” de las distintas comunidades autónomas, se seleccionaron aquellos que cumplieran las siguientes condiciones (criterios de inclusión):

- Disponibilidad para recabar la información solicitada.

- Temporalidad, recoger los datos en el periodo de tiempo establecido.
- Compromiso a participar en las siguientes fases del estudio.
- Tener contacto directo con los menores.

Los servicios seleccionados para participar en esta investigación fueron 4, y corresponden a las siguientes comunidades autónomas: La Rioja, Provincia de Mallorca (Islas Baleares), Provincia de Guadalajara (Castilla la Mancha), y Región de Murcia.

Una vez seleccionados los servicios que iban a participar en el estudio, se les enviaron los cuestionarios que se detallan a continuación: el “*Cuestionario de Indicadores Clínicos*” (Anexo 3) y el “*Cuestionario de Maltrato*” (Anexo 4), con el fin de recoger información relativa a los menores.

Como criterio de selección de la muestra en cada uno de los servicios se eligieron los últimos 40 casos de MEVG atendidos, con el fin de facilitar la evaluación por parte de los profesionales que trabajan con estos niños y niñas.

3.2. ESTUDIO SOBRE EL MALTRATO Y LAS ALTERACIONES PSICOLÓGICAS DE LOS MENORES

3.2.1. Cuestionario de Indicadores Clínicos

Debido a que cada uno de los servicios participantes utiliza un protocolo de evaluación psicológica diferente, se elaboró un “*Cuestionario de Indicadores Clínicos*” (Anexo 3) con el objetivo de recoger los aspectos psicológicos relevantes de cada uno de los menores participantes.

El “*Cuestionario de Indicadores Clínicos*” se elaboró teniendo en cuenta, en gran medida, los instrumentos que se utilizan para evaluar problemas psicopatológicos en la infancia, como el Child Behaviour Checklist (CBCL) (Achenbach, 1978; Achenbach y Edelbrock, 1983), así como los instrumentos utilizados en el Servicio de atención psicológica a hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género de la Asociación “Quiero Crecer”.

El CBCL es uno de los instrumentos más usados en la evaluación de los problemas infantiles por la facilidad de su aplicación, por su carácter de evaluación genérica de todo tipo de problemas, y por las numerosas investigaciones que avalan sus adecuadas propiedades psicométricas.

En este sentido, Achenbach y Edelbrock (1987) clasificaron los comportamientos de desajuste

psicológico de niños y adolescentes en dos tipos: internalizantes y externalizantes, de acuerdo con el Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA):

Los **problemas externalizantes** se caracterizan por una expresión del malestar psicológico mediante conductas de falta de control y autorregulación de los impulsos, y se dirigen hacia el exterior, involucrando por tanto a otras personas (Achenbach y Rescorla, 2001). Entre ellos se encuentra la agresividad, la conducta disruptiva, la agitación psicomotora, la desobediencia y el comportamiento delincuente. Estos comportamientos no son adaptativos socialmente porque producen daño o dolor a los otros.

Los **problemas internalizantes** se caracterizan por una expresión del malestar psicológico interna, e implican inestabilidad del estado de ánimo, problemas somáticos, nerviosismo, inseguridad, miedos, fobias, tristeza, apatía, disforia, preocupación y culpabilidad. Estos comportamientos no son adaptativos socialmente porque producen daño o dolor a sí mismo.

El CBCL permite evaluar ocho factores o síndromes de primer orden y tres de segundo orden (Achenbach, 1993):

Síndromes de primer orden:

- Ansiedad/Depresión
- Retraimiento/Depresión
- Quejas somáticas
- Problemas sociales
- Problemas de pensamiento
- Problemas de atención
- Comportamiento antinormativo
- Comportamiento agresivo

Síndromes de segundo orden:

- Internalizantes: Ansiedad/Depresión, Retraimiento/Depresión y Quejas somáticas
- Externalizantes: Comportamiento anti-normativo y Comportamiento agresivo
- Mixtos: Problemas sociales, Problemas de pensamiento y Problemas de atención

El *Cuestionario de Indicadores Clínicos* elaborado para este estudio con el fin de recoger la información sobre el estado de salud mental de cada menor incorporó la evaluación de los siguientes problemas psicológicos:

- **Ansiedad/Depresión:** miedos, preocupaciones, estrés postraumático, ansiedad de separación, etc.
- **Retraimiento/Depresión:** tristeza, disforia, autoestima negativa, aislamiento, etc.
- **Somatizaciones:** pesadillas, dolores de cabeza, dolores de estómago, problemas en la piel, etc.
- **Problemas Sociales:** dependencia, rechazo social, celos, etc.
- **Problemas de Pensamiento:** obsesiones, comportamientos extraños, ideas extrañas, etc., característicos de alteraciones dentro del espectro psicótico.
- **Problemas de Conducta:** problemas de atención, inquietud psicomotriz, impulsividad, comportamiento disruptivo, comportamiento agresivo, baja tolerancia a la frustración, ataques de ira, etc.
- **Problemas de Adaptación;** inadaptación personal, inadaptación social, inadaptación escolar, inadaptación familiar, e inadaptación general, como consecuencia de las alteraciones que presentan y sus condiciones de vida.
- **Otros problemas:** problemas de sueño, problemas de alimentación, problemas en el control de esfínteres, inestabilidad emocional, dificultades de aprendizaje, etc.

El cuestionario fue cumplimentado por el profesional que atiende o atendió al menor en cada uno de los servicios en base a la información recogida a través de las entrevistas realizadas tanto al menor como a su madre, así como de la aplicación de instrumentos específicos y observación clínica. El formato de respuesta fue de tipo likert de 4 puntos que se corresponden con: *Nada* (0), *Poco* (1), *Bastante* (2), *Mucho* (3).

El criterio que se estableció para valorar la gravedad en cada uno de los problemas psicológicos fue la frecuencia y la gravedad con la que ocurrían, de este modo:

- *Nada*, se entiende como que no ha ocurrido nunca;
- *Poco*: ha ocurrido de forma esporádica (1-3 veces al mes) y episodios de gravedad leve;
- *Bastante*: ocurre regularmente (todas las semanas/ de 1 a 3 días al cabo de la semana) y episodios con gravedad de moderada a grave; y,
- *Mucho*: ocurre muy frecuentemente (todas las semanas/ de 4 a 7 días al cabo de la semana) y episodios de gravedad moderada, alta y muy alta.

En el presente estudio se han tenido en cuenta fundamentalmente las puntuaciones en las categorías bastante y mucho, consideradas como más representativas de las dificultades del menor.

3.2.2. Cuestionario de Maltrato y Conflictividad

Con el fin de unificar criterios para evaluar el maltrato sufrido por la madre y el nivel de exposición de los niños y niñas se elaboró el “Cuestionario de Maltrato” (Anexo 4).

El “Cuestionario de Maltrato” recoge los datos acerca del maltrato sufrido por la madre, el nivel de exposición del menor, así como el nivel de conflictividad familiar pasado y presente.

Entre los datos que recoge se encuentran:

- Datos socio-demográficos sobre los progenitores (nacionalidad, estudios, situación laboral, número de hijos e hijas, etc.) y convivencia actual del menor.
- Datos de la situación legal del menor, visitas con el padre y nivel de conflictividad entre madre y maltratador.
- Datos sobre maltrato:
 - Maltrato hacia la madre.
 - Maltrato hacia el menor.
- Exposición del menor al maltrato hacia la madre.
- Maltrato directo al/la menor.

El cuestionario fue cumplimentado por los profesionales para cada uno de los menores utilizando para ello la información recogida a través de las entrevistas realizadas al menor y a su madre, los instrumentos de evaluación psicológica utilizados en la exploración, y la observación clínica.

En relación a este cuestionario **es preciso tener en cuenta que todas las madres que forman parte del estudio se consideran víctimas de violencia de género, y son o han sido atendidas en recursos específicos por haber recibido maltrato por parte de su pareja o expareja.**

En primer lugar, se valora el tipo de maltrato que la mujer ha sufrido, distinguiendo entre maltrato físico y maltrato psicológico:

- Se considera *maltrato físico* aquél en el que el agresor atenta contra la integridad física de la mujer, mediante conductas tales como golpes, heridas, mordeduras, tirones de pelo,

bofetadas, patadas, palizas, empujones, quemaduras y apuñalamientos. Dentro de este tipo de maltrato se incluye la violencia sexual entendida como cualquier actividad sexual no consentida, coacción o imposición contra la voluntad de la mujer para mantener relaciones sexuales.

- Por otro lado, el *maltrato psicológico* se caracteriza por la desvalorización de la mujer por parte de su pareja, mediante acciones que la degradan o controlan, tales como descalificaciones, burlas, amenazas, chantajes, culpabilizar delante de otros, acusaciones, insultos, exigencia de obediencia, control (del tiempo, del dinero, de las relaciones), impedir la movilidad, espiar, perseguir, destrucción de objetos personales, humillaciones, aislamiento, etc.

El cuestionario, además de evaluar el tipo de maltrato, valora el nivel de gravedad del mismo en función de la frecuencia e intensidad con la que se produjeron los episodios de maltrato. En este sentido, se establecieron cuatro categorías:

- *Nulo*: no ha ocurrido nunca;
- *Leve*: ha ocurrido en alguna ocasión, de manera esporádica, y/o la intensidad del/los episodio/s fue leve;
- *Moderado*: ha ocurrido frecuentemente, esto es todos los meses o varias veces al mes y la intensidad del/los episodio/s fue moderada o alta, o bien se dio muy pocas veces pero con intensidad alta o muy alta; y
- *Grave*: ocurría de manera reiterada, esto es, varias veces a la semana y la intensidad del/los episodio/s fue alta o muy alta, o bien episodios puntuales o poco frecuentes pero de intensidad muy alta (alto riesgo para la integridad de la mujer).

También se recogió información sobre la duración y el momento en el tiempo en el que ocurrieron los episodios de maltrato, distinguiendo si se habían producido en el último año o no, así como si había denuncia, u orden de alejamiento del agresor hacia la mujer.

Por otro lado, se valoró el nivel de exposición del menor a la violencia sufrida por su madre, así como el maltrato directo que han recibido por parte del agresor. En este sentido, se considera que **todos los hijos e hijas de estas mujeres maltratadas han estado expuestos a violencia de género en alguna medida**, valorándose su gravedad en función de la intensidad y duración.

También se evaluó el tipo de exposición (estando presente en el conflicto entre madre y agresor, escuchando desde otro lugar, etc.) y la implicación de estos menores ante el conflicto (gritando al agresor, huyendo, pidiendo ayuda, etc.).

En relación al maltrato directo, se distingue entre las categorías más comúnmente utilizadas: negligencia física y emocional; maltrato físico; maltrato psicológico y abuso sexual:

- La **negligencia** es entendida como “dejar o abstenerse de atender las necesidades del menor y los deberes de guarda y protección, o cuidado inadecuado del menor”. Entre los tipos de negligencia destacan la negligencia física y la emocional.
- La **negligencia física** es “toda aquella situación en la que las necesidades físicas básicas del menor (alimentación, vestido, higiene, vigilancia, cuidados médicos, etc.) no son atendidas de forma temporal o permanente por ningún miembro adulto con el que convive el menor”. Algunos comportamientos pueden ser: conducir ebrio cuando están los niños en el coche, dejarles solos en el interior del coche, no ponerles el cinturón de seguridad, dejarles solos en casa durante horas, permitir que niños muy pequeños tengan que hacerse la comida o no insistir en que los niños y niñas desarrollen hábitos de higiene y cuidado personal.
- La **negligencia emocional** se produce cuando se desatienden las necesidades emocionales de los niños y niñas. Algunos comportamientos que pueden ser un reflejo del abandono emocional de los padres son: críticas constantes al menor; ausencia de expresiones de afecto y cariño; falta de apoyo y rechazo hacia las conductas del menor; denigración constante de los valores y las cualidades del menor; grandes expectativas sobre el menor que van más allá de su desarrollo y que le exigen al niño enormes esfuerzos personales; exposición del menor a situaciones emocionalmente fuertes (como las discusiones, peleas o los intentos de suicidio) que comprometen su estabilidad psicológica o el uso del menor para satisfacer las necesidades de los padres.
- El **maltrato físico** se define como “cualquier acción que tienda a causar lesiones físicas a un menor (las cause o no)”;
- El **maltrato psicológico** es “cualquier acción u omisión que provoque o pueda provocar daños emocionales, cognitivos y comportamentales en el menor. Entre los comportamientos característicos se encuentran: amenazar, rechazar, ignorar, aterrorizar, aislar, corromper o implicar al menor en actividades antisociales.
- El **abuso sexual** se define como “cualquier acción que involucre o permita involucrar a un/a menor en actividades de tipo sexual”.

Además de recoger el tipo de maltrato que el menor ha recibido y al que ha sido expuesto, se evaluó el nivel de gravedad y la duración de la exposición y/o maltrato.

Los criterios que se utilizaron para valorar la gravedad han sido la frecuencia y la intensidad de los episodios. Para ello se establecieron cuatro categorías:

- *Nunca*: no ha ocurrido;
- *A veces*: ha ocurrido de forma esporádica y/o la intensidad del/los episodio/s fue leve;
- *Moderado*: ha ocurrido frecuentemente, esto es todos los meses o varias veces al mes y la intensidad del/los episodio/s fue moderada o alta, o bien se dio muy pocas veces pero con intensidad alta o muy alta; y por último,
- *Grave*: ocurría de manera reiterada, esto es, varias veces a la semana y la intensidad del/los episodio/s es alta o muy alta, o bien episodios puntuales o poco frecuentes pero de intensidad muy alta (alto riesgo para la integridad del menor).

4. RESULTADOS

4.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS QUE ATIENDEN A MEVG A NIVEL NACIONAL INCLUIDOS EN EL ESTUDIO

Las CCAA que han participado en el estudio han sido:

- La Rioja.
- Islas Baleares: Provincia de Mallorca.
- Castilla La Mancha: Provincia de Guadalajara.
- Región de Murcia.

A continuación se describen las características generales de los servicios que atienden a MEVG y pertenecen a estas CCAA:

❖ La Rioja

En la Comunidad Autónoma de La Rioja ha participado el servicio específico denominado *Programa de atención integral a menores expuestos a violencia de género*, que atiende a los menores de toda la provincia, y empezó a funcionar en Febrero de 2013. El centro que lo lleva a cabo es la Asociación Pro-Infancia Riojana (APIR), con sede en Logroño. Es un servicio con financiación pública y cuenta con 3 empleados: un psicólogo, una trabajadora social y una educadora social. Hasta la fecha de cumplimentación del “*Cuestionario de Datos Generales*” se han atendido en este servicio a 90 mujeres maltratadas y a sus 121 hijos e hijas.

❖ Mallorca (Islas Baleares)

De las Islas Baleares ha participado el servicio cuyo nombre es “*Programa Mentorías: Atención psicosocial para hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género*”, que lleva a cabo la Fundació IReS desde Marzo de 2008. Este servicio es financiado con capital público y privado, y cuenta con 5

empleados: 4 psicólogos/as y una educadora social. En este servicio se han atendido a más de 150 mujeres víctimas de violencia de género y a más de 150 menores expuestos a este tipo de violencia, si bien no se dispone del número total.

❖ Guadalajara (Castilla La Mancha)

De la Comunidad Autónoma de Castilla la Mancha han participado dos servicios que se han llevado a cabo en la provincia de Guadalajara, uno itinerante por toda la provincia que ya ha finalizado (de Noviembre de 2008 a Diciembre de 2012) y otro que dio comienzo en Julio de 2013 y se realiza en la ciudad de Azuqueca de Henares:

- El primero, denominado *Proyecto de intervención psicológica para menores víctimas de violencia de género en la provincia de Guadalajara*, fue financiado mediante un convenio entre la Caja de Ahorros de Guadalajara y el Instituto de la Mujer de Castilla la Mancha. Un psicólogo atendió a 196 menores y a sus más de 150 madres.
- El segundo, denominado *Proyecto de intervención psicológica para menores víctimas de violencia de género en la ciudad de Azuqueca de Henares*, se financia mediante un convenio entre el Ayuntamiento de esta localidad y La Caixa. Un psicólogo ha atendido hasta la fecha a 27 menores y a sus 23 madres.

❖ Región de Murcia

La información de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia procede del “*Servicio de atención psicológica a hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género*” que se lleva a cabo desde 2009 por la Asociación para el Desarrollo de la Salud Mental en Infancia y Juventud, “Quiero Crecer”. Este servicio se financia con capital público, y en la actualidad cuenta con 2 psicólogas y una administrativa. Se han atendido a 407 menores expuestos a violencia de género y a sus 285 madres.

4.2. Metodología y procedimiento de recogida de la información de los servicios que atienden a MEVG a nivel nacional incluidos en el estudio

A continuación se describen la metodología y el procedimiento que estos servicios utilizan para recopilar información acerca de las variables de maltrato y conflictividad familiar, así como de las secuelas psicológicas de los niños y niñas.

Todos los servicios que participan en este estudio recaban información sobre el tipo de maltrato sufrido por la madre, tanto a nivel físico como psicológico, a través de una entrevista elaborada por cada equipo técnico. Además de esto, en la Región de Murcia se emplea un cuestionario que cumplimenta la madre, el *“APCM: Inventario de evaluación del maltrato a la mujer por su pareja”* (Matud, Carballeira y Marrero, 2003); adaptado por el Grupo Universitario de Investigación en Infancia y Adolescencia - Psicología Clínica, GUIIA-PC).

En cuanto a la información que se recaba acerca del maltrato recibido por los menores, todos los servicios participantes la obtienen a través de la madre y a través del menor. Además, en los servicios de Mallorca y Murcia, también recopilan datos a través de otros servicios implicados en el caso, como servicios sociales, centros de salud mental, centros de atención a la mujer, etc. Esta información se consigue, en todos los servicios, a través de entrevistas elaboradas por el equipo y, además, en el caso del servicio presente en Azuqueca de Henares se utiliza también el *“Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo y desamparo en los Servicios Sociales Municipales y Territoriales de Atención y Protección a la Infancia y Adolescencia en la Comunidad Autónoma Vasca, BALORA”*(Berciano, 2011), y en la Región de Murcia se utiliza el *“Inventario de condiciones de maltrato en la infancia”*, elaborado por GUIIA-PC.

La información relativa a las alteraciones psicológicas que presentan los menores, en todos los servicios objeto de este estudio, se obtiene a través de la madre y a través del propio menor. Además, en el caso del servicio de Mallorca se recaba información también a través de otros servicios implicados en el caso. En cuanto a la Región de Murcia se recoge, así mismo, información sobre las alteraciones de los menores a través de profesores, otros familiares y otros profesionales.

Los servicios disponen de un protocolo de evaluación propio. En todos los servicios la información se obtiene a través de una valoración clínica y, además, en los servicios de Castilla la Mancha y de la Región de Murcia se utilizan también tests o cuestionarios. Éstos se presentan en la tabla 7.

Tabla 7. Instrumentos de evaluación objetivos utilizados para valorar las alteraciones psicológicas en los menores

Comunidad Autónoma	Pruebas psicométricas	Pruebas proyectivas
Castilla la Mancha	- Inventario del comportamiento de niños, CBCL (Achenbach, 1991a)	- Test HTP (Casa-Árbol-Persona, Buck, 2008) - Test Pata Negra (Corman, 2001)
Región de Murcia	- Inventario del comportamiento de niños, CBCL (Achenbach, 1991a) - Inventario del comportamiento de niños para profesores, TRF (Achenbach, 1991c) - Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes, BASC (S-P-T) (Reynolds y Kamphaus, 1992) - Inventario de Desarrollo BATTELLE, versión "screening" (Newborg, Stock y Wnek, 1996) - Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, CPSS (Foa et al., 2001)	- Test de la Figura Humana (Machover, 1973) - Test de la Familia (Corman, 1967)

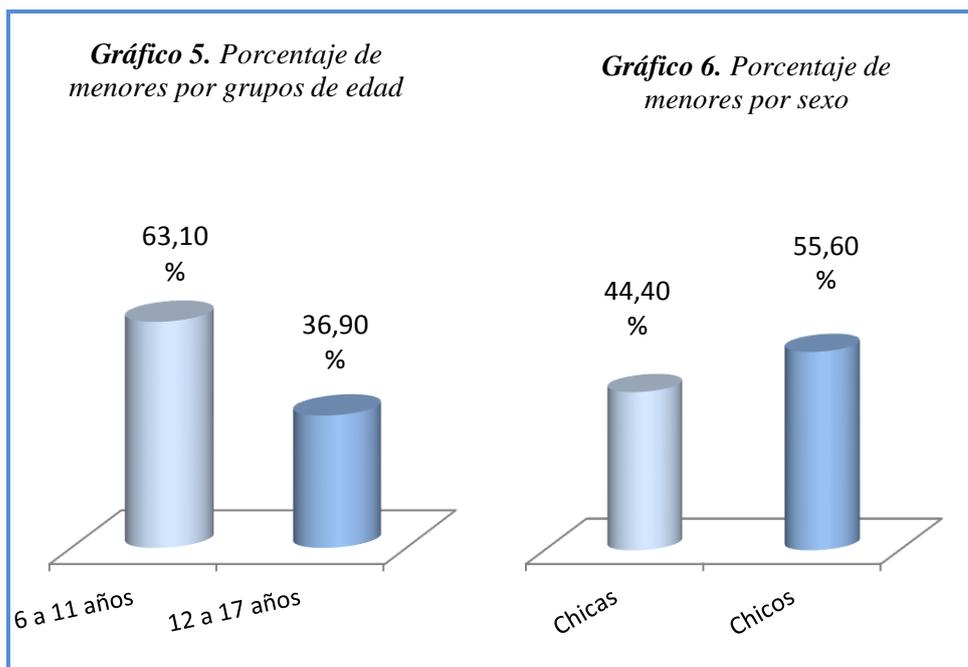
4.3. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA DE MENORES PARTICIPANTES Y SUS PROGENITORES

4.3.1 Datos sobre los menores

De cada CCAA se han seleccionado a 40 niñas y niños atendidos en los servicios específicos de MEVG. Por tanto, la muestra total de menores que han formado parte de este estudio se compone de 160 chicos y chicas, de entre 6 y 17 años, ambas edades incluidas. La media de edad es de 10,6 (desviación típica 2,9).

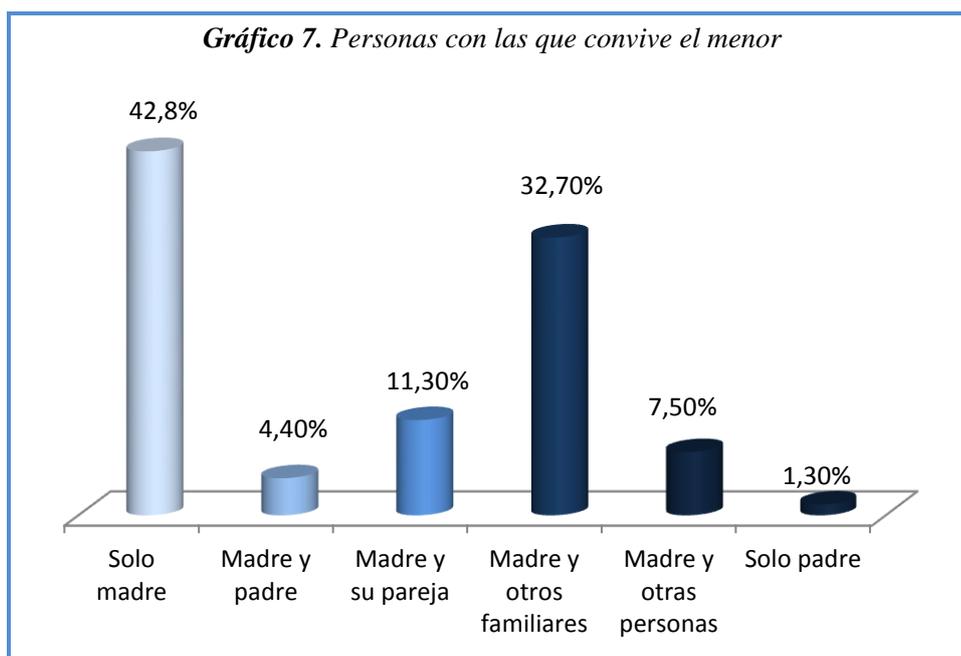
Se ha dividido la muestra en dos grupos de edad, esto es, un grupo de 101 menores con edades comprendidas entre 6 y 11 años, que representan el 63,1% de la muestra total; y otro grupo formado por 59 menores de entre 12 y 17 años, que suponen el 36,9% (gráfico 5).

Respecto al sexo, la muestra total se compone de 89 chicos, que representan el 55,6% y 71 chicas, que suponen el 44,4% (gráfico 6).



De todos los menores que forman parte de la muestra, prácticamente la totalidad convive con su madre (98,7%), siendo 2 los menores que conviven sólo con su padre (1,3%).

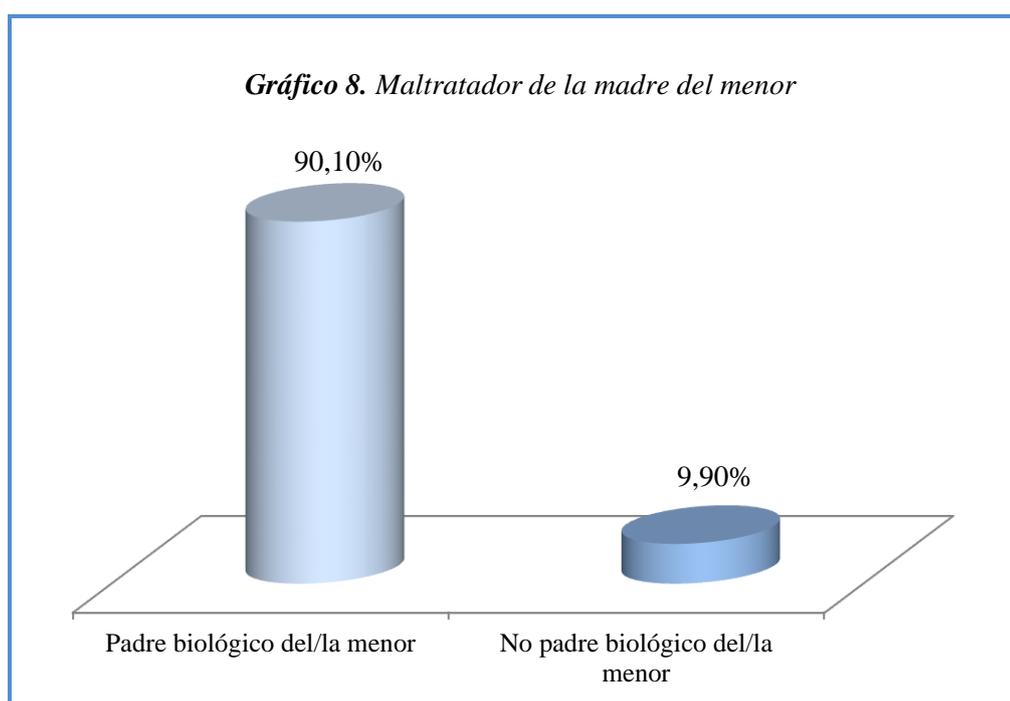
De los que viven con su madre, el 4,4% también lo hace con su padre biológico que es el maltratador de su madre, el 11,3% con la pareja (no maltratadora) de su madre, el 32,7% con su madre y otros familiares como abuelos o tíos, y el 7,5% convive con su madre y otras personas que no pertenecen a su familia (gráfico 7).



4.3.2 Datos sociodemográficos y psicosociales sobre los progenitores

La muestra de este estudio está formada por 112 madres, todas ellas víctimas de violencia de género perpetrada por su pareja o expareja.

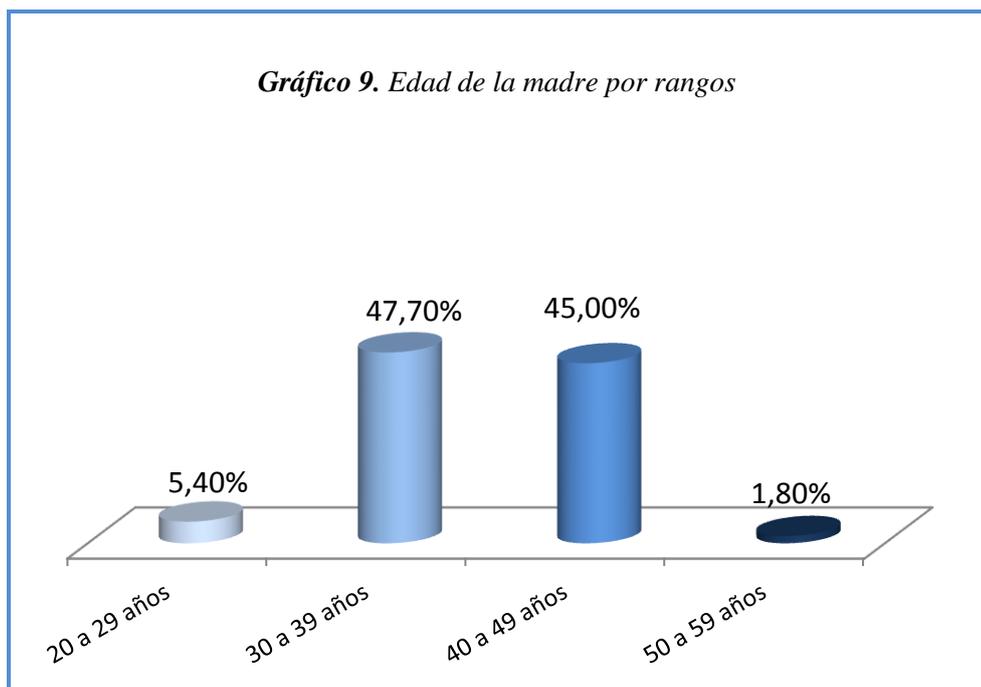
El maltratador de las madres es el padre biológico de los niños y niñas de este estudio en un 90,1% de los casos y la pareja o expareja de la madre en el 9,9% (gráfico 8).



A continuación se presentan los datos sociodemográficos y psicosociales de los progenitores de los menores, tanto de la madre como del padre biológico maltratador de su madre (N= 100; 90,1% de los maltratadores), así como la situación legal y régimen de visitas de los niños con su padre, maltratador de su madre.

La media de edad del grupo de madres (N=112) ha sido de 38,48 años (dt 5,87), en un rango de 23 a 54 años. Se ha dividido la variable edad en 4 rangos de 10 años cada uno. El 92,8% de las madres tienen una edad comprendida entre 30 y 49 años, y el 5,4% son menores de 29 años (gráfico 9).

Gráfico 9. Edad de la madre por rangos



El 75% de las madres y el 80% de los padres son de nacionalidad española, mientras que el 25% de madres y un 20% de padres son extranjeros (gráfico 10).

En relación al nivel de estudios que han cursado, el 81,4% de las madres tienen estudios primarios o secundarios, y el 12% han cursado estudios universitarios. El 62,1% de los maltratadores tienen estudios primarios, el 16,7% no tiene estudios y el 3% tiene estudios universitarios (gráfico 11).

Gráfico 10. Nacionalidad de la madre y del padre

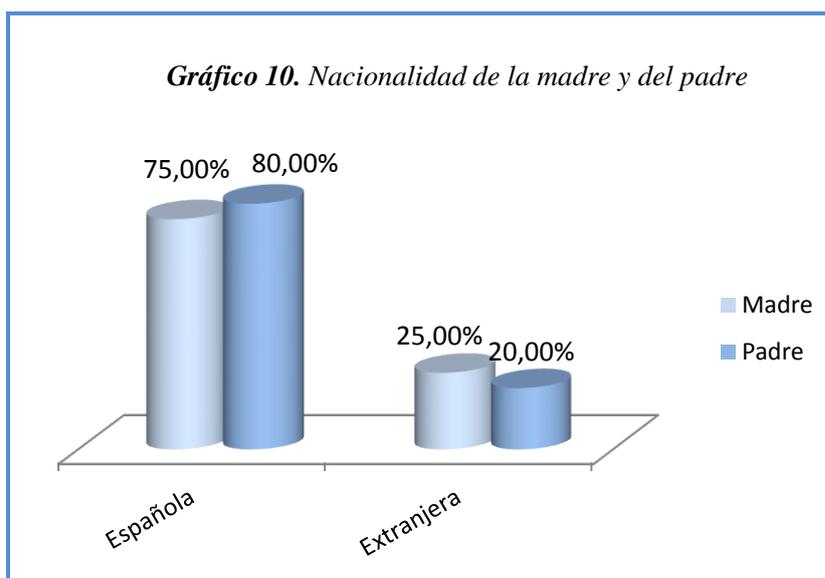
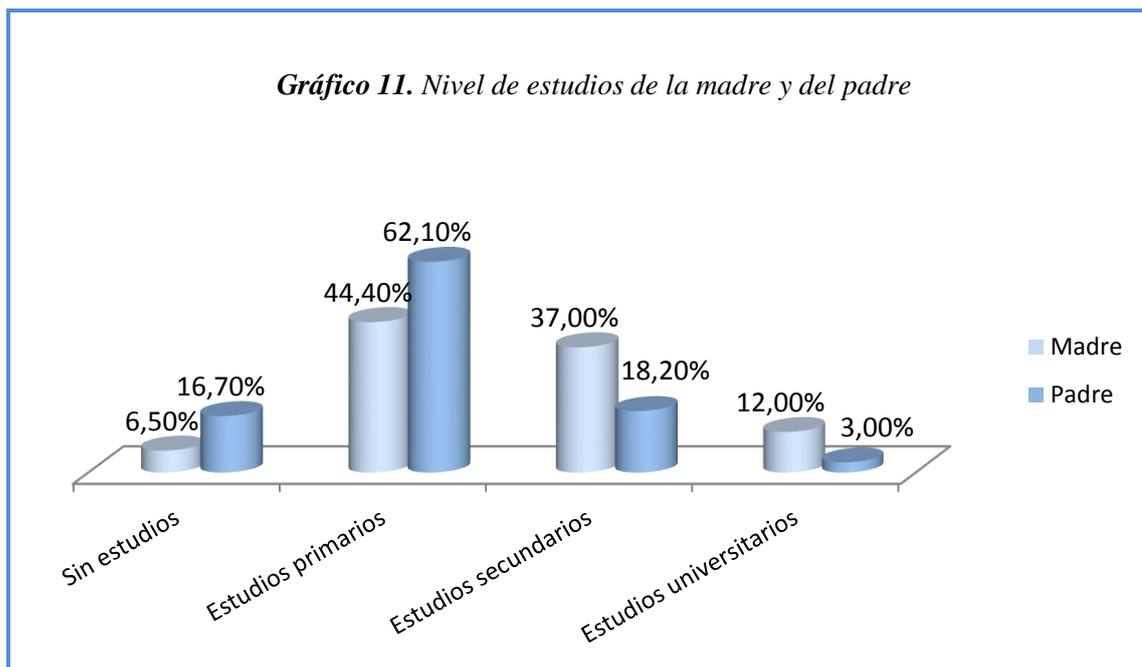


Gráfico 11. Nivel de estudios de la madre y del padre



El 48,6% de las madres y el 47,7% de los padres tienen actualmente un nivel socioeconómico bajo. El 36% de las madres y el 41,9% de los padres tienen un nivel medio, y el 11,7% de las madres y el 7% de los padres se encuentran en un nivel socioeconómico muy bajo. El 12% de las madres y el 3% de los padres tienen estudios universitarios (gráfico 12).

Por otro lado, en relación a la situación laboral actual, un 32,1% de las madres y un 35,8% de los padres maltratadores no tienen actualmente un trabajo remunerado, bien porque se encuentran en paro o porque están inactivos (jubilados, amas de casa, etc.) (gráfico 13).

Gráfico 12. Nivel socioeconómico de la madre y el padre

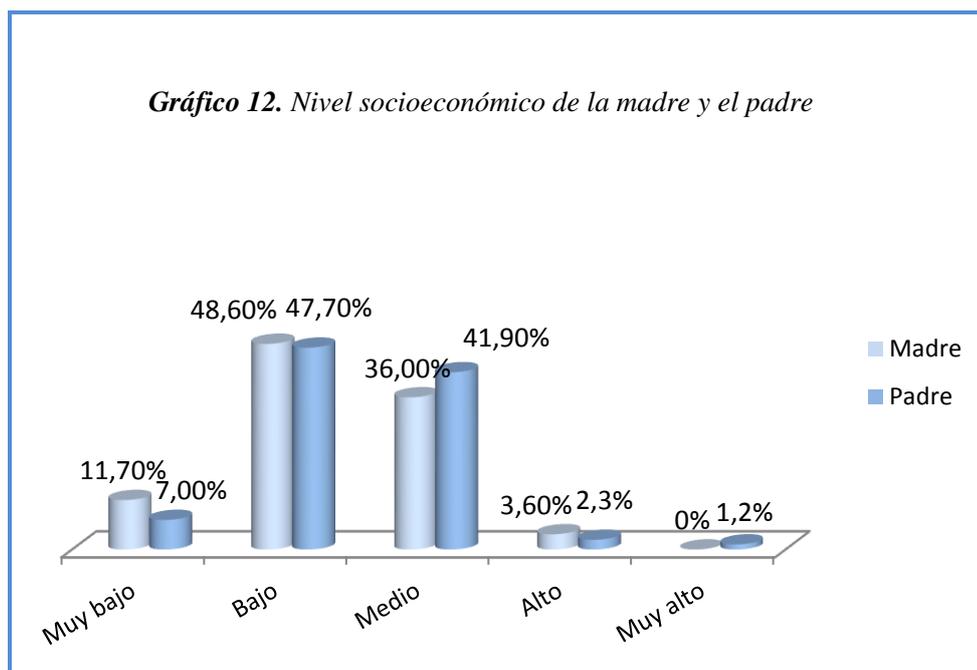
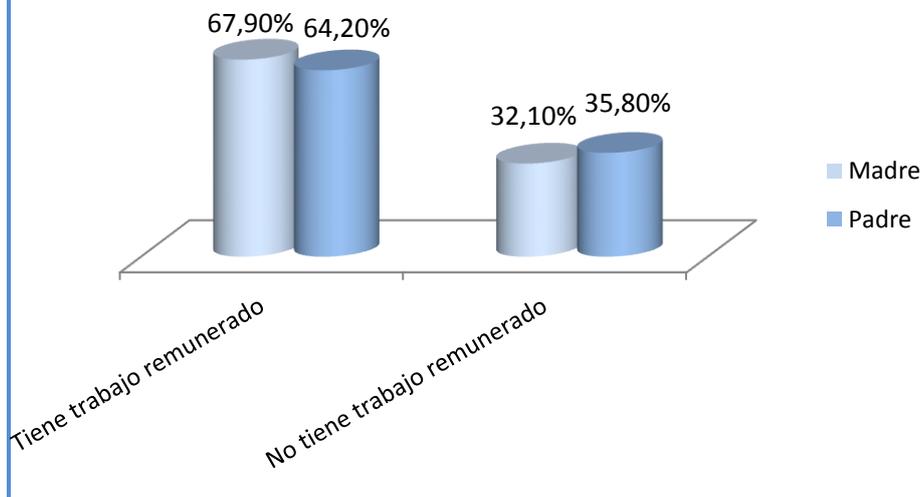


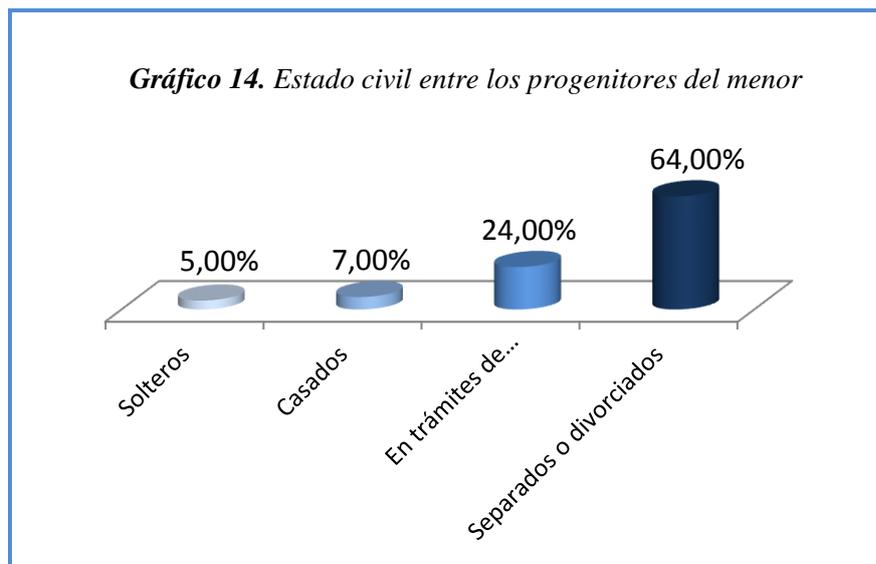
Gráfico 13. Situación laboral de la madre y del padre



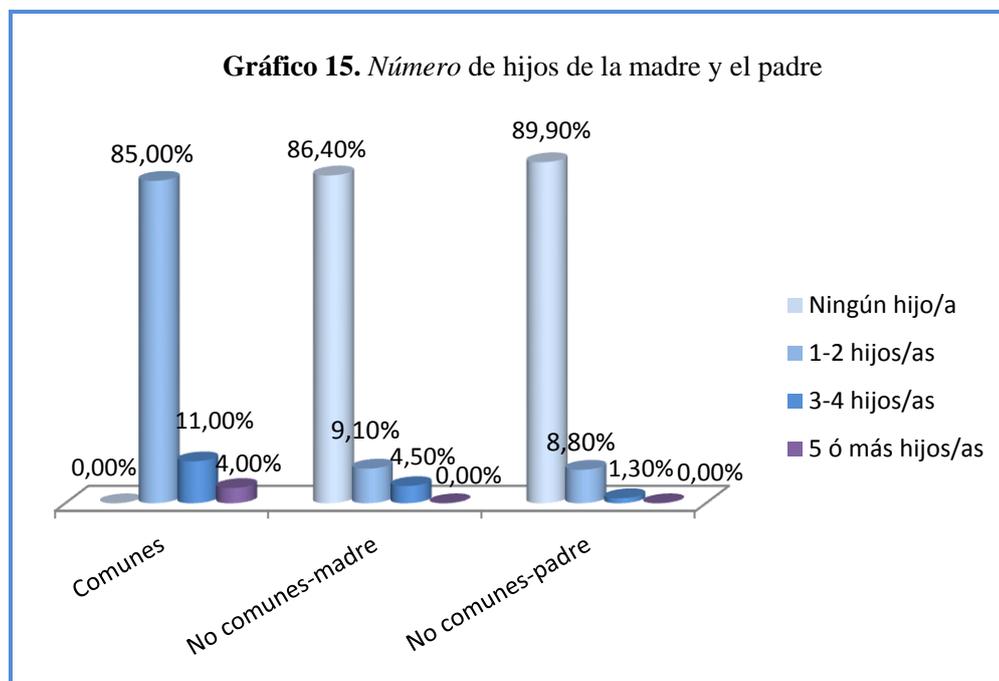
A continuación se presentan los datos sobre las madres y los padres referidos a las siguientes variables: estado civil actual, número de hijos e hijas comunes y no comunes, y pareja estable actual del padre y de la madre si los progenitores no conviven.

Con respecto al estado civil actual entre las madres y sus maltratadores (padres biológicos de los menores incluidos en este estudio), se ha encontrado que el 64% están separados o divorciados; el 24% en trámites de separación; el 7% están casados y el 5% solteros (gráfico 14).

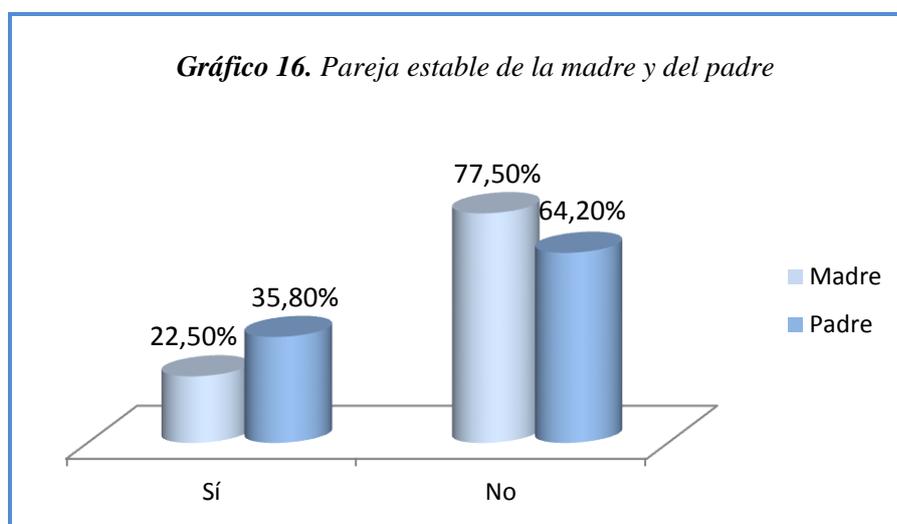
Gráfico 14. Estado civil entre los progenitores del menor



Se ha analizado el número de hijos e hijas que tiene la madre de los menores de esta muestra y también los que tiene su padre biológico (maltratador de su madre), ya sean comunes o no. En relación al número de hijos e hijas que tienen comunes, el 85%, tienen entre 1 y 2. Con respecto a los hijos e hijas no comunes, el 13,6% de las madres y el 10,1% de los padres tienen al menos 1 hijo/a de otra pareja (gráfico 15).



Con respecto a la existencia o no de una relación afectiva estable del padre o la madre del menor, los datos muestran que, en el caso de las madres, un 22,5% tiene en la actualidad pareja estable y el 77,5% no tiene. En el caso de los padres maltratadores, un 35,8% tiene pareja estable y el 64,2% no tiene (gráfico 16).

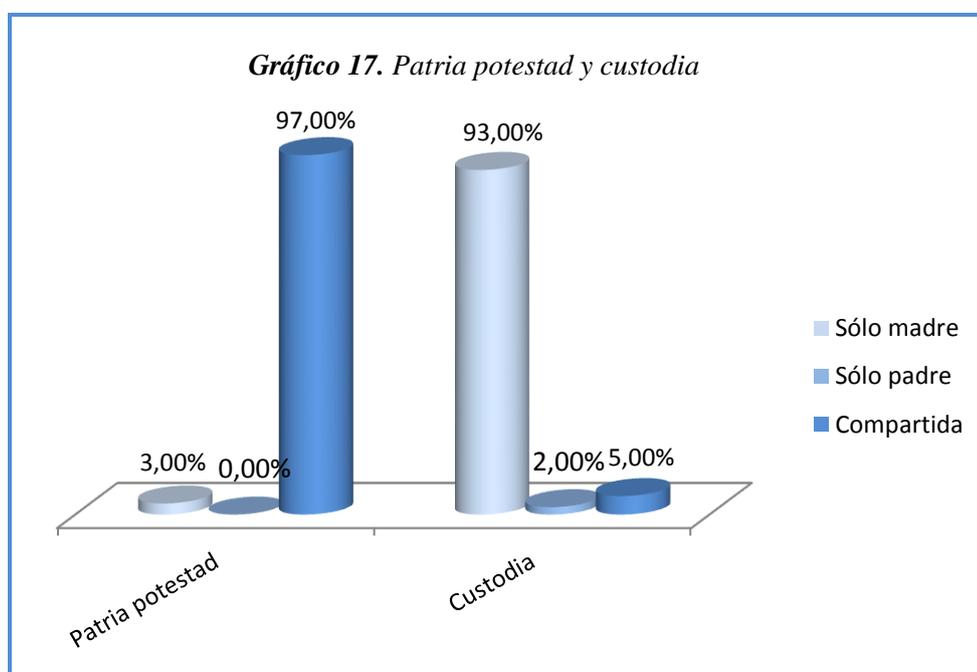


4.3.3 Datos de la situación legal del menor y visitas con el padre

A continuación se describe la situación legal y las visitas que tiene el menor con su progenitor, la persona que ha ejercido maltrato hacia su madre:

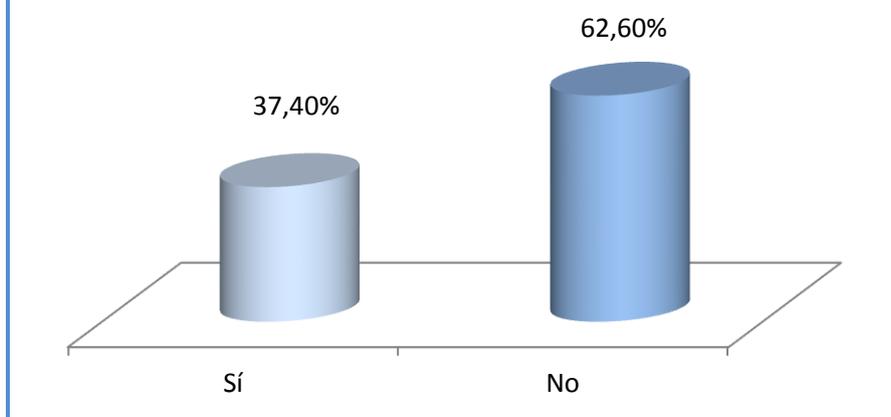
La patria potestad sobre su hijo (gráfico 17) la tienen compartida, padre y madre, en el 97% de los casos. En el 3% la custodia la tiene sólo la madre. No hay ningún menor en el estudio cuya patria potestad la posea sólo su padre.

En relación a la custodia, el 93% de los casos la tiene sólo la madre, en el 2% sólo el padre maltratador y en el 5% ambos progenitores (gráfico 17).



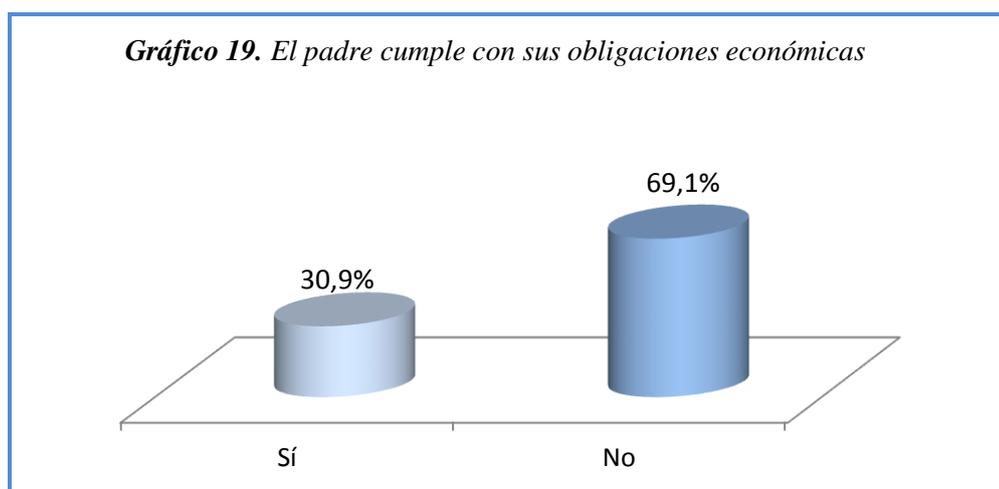
Un dato relevante sobre la situación entre las mujeres víctimas de violencia de género y los padres biológicos maltratadores, es si existe en la actualidad algún procedimiento legal abierto en relación a sus hijos, como el de modificación de la custodia, de las visitas establecidas, pago de la manutención alimenticia u otros. En este sentido, el 37,4% de los padres sí tienen en el momento actual un procedimiento legal en curso a este respecto frente al 62,6% que no lo tienen (gráfico 18).

Gráfico 18. Existe un procedimiento legal entre los padres sobre custodia, visitas, etc



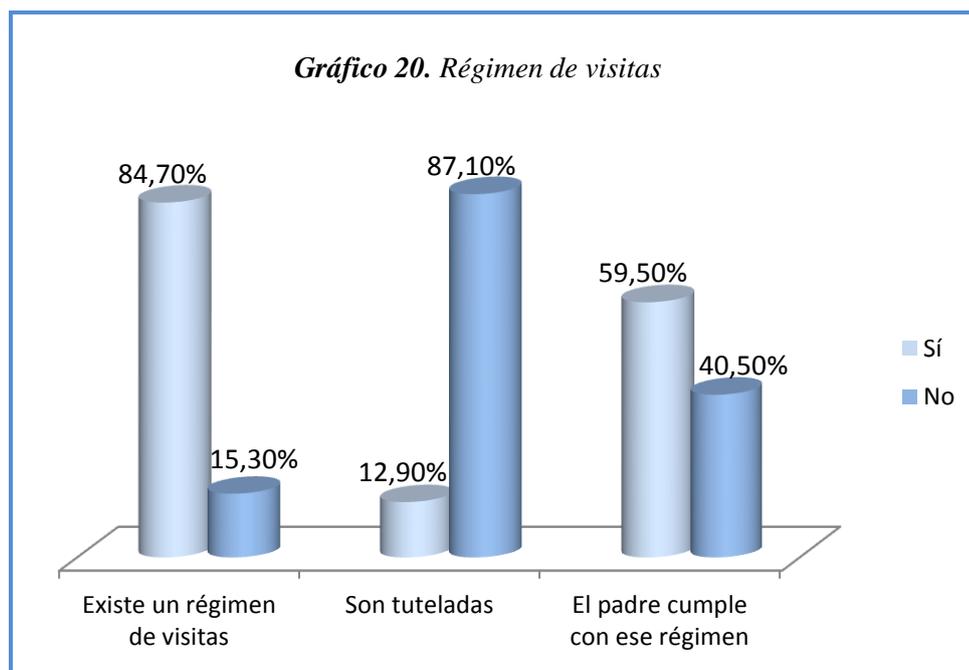
Con el fin de determinar si los padres de los menores cumplen o no con las obligaciones económicas para con sus hijos, se ha analizado si se realizan los pagos de las pensiones establecidas a nivel judicial. La información se ha obtenido a través de la madre, considerando que el padre no cumple con el pago de la pensión en los casos en los que ha fallado en alguna ocasión, tanto en la cantidad de dinero acordado como en la frecuencia de los pagos. En este sentido, un 30,9% de los padres cumple con sus obligaciones económicas frente a un 69,1% que no las cumple de forma regular (gráfico 19).

Gráfico 19. El padre cumple con sus obligaciones económicas



Se ha analizado también si existe un régimen de visitas de los menores con el padre maltratador, si dichas visitas son tuteladas, y el nivel de cumplimiento del padre con las mismas (respetar los horarios y la permanencia que se ha establecido en la resolución judicial).

Existe régimen de visitas en un 84,7% de los casos, de los que un 12,9% se realizan con tutela. El 59,5% de los padres maltratadores cumplen con los requisitos del régimen de visitas frente a un 40,5% que no los cumplen regularmente (gráfico 20).



4.4. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS DE INDICADORES DE MALTRATO Y CONFLICTIVIDAD

Con el objetivo de recoger datos sobre la historia de maltrato familiar sufrido, se han empleado las siguientes variables:

- Maltrato hacia la madre.
- Maltrato hacia el menor: directo y por exposición al maltrato hacia la madre.

La persona que ha ejercido maltrato hacia la mujer y/o hacia los niños es o ha sido la pareja de la madre, sea o no el padre biológico de los menores.

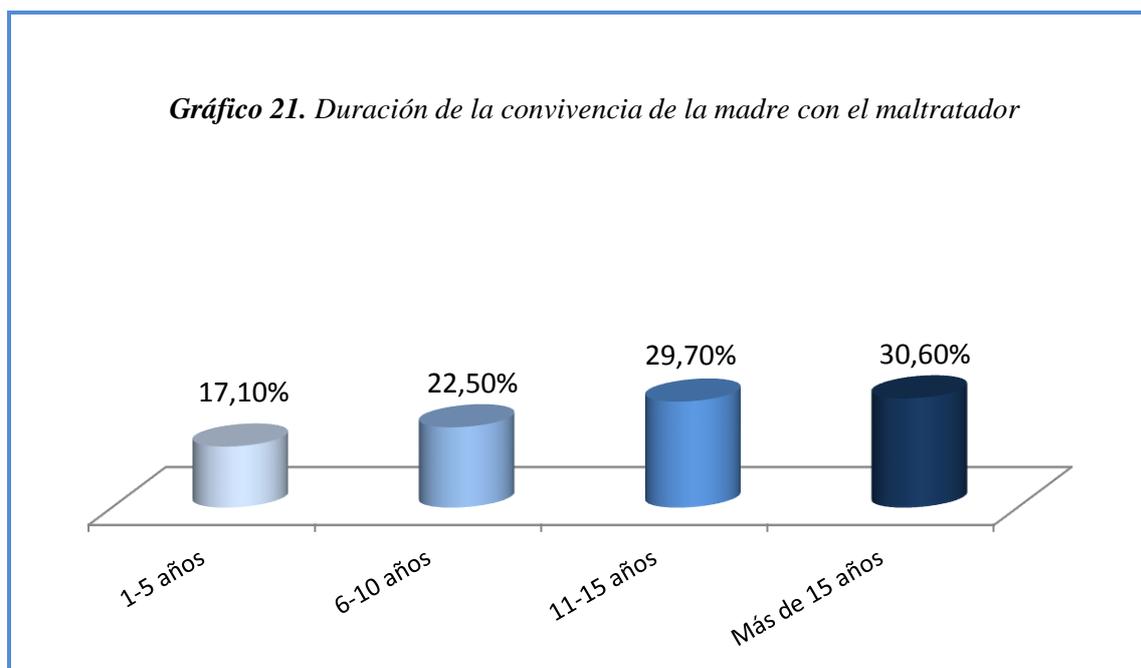
4.4.1. Maltrato hacia la madre

Se ha recogido información sobre la duración de la convivencia entre la madre y su agresor, el tipo de maltrato recibido (físico/psicológico), las denuncias realizadas por maltrato y las medidas judiciales impuestas.

Duración de la convivencia de la madre con el maltratador

Del total de madres de la muestra (N=112), el 60,3% ha convivido con el maltratador durante más de 10 años de su vida (gráfico 21).

En la actualidad el 98,1% ya no conviven con el maltratador (el 1,9% de las madres sigue conviviendo con él).



Tipo de maltrato recibido

En relación al **maltrato físico**, el 56,7% de las madres de esta muestra lo ha sufrido en una gravedad moderada o severa. El 7,2% no han recibido este tipo de maltrato (gráfico 22).

De las madres que han sufrido maltrato físico en el 51,6% de los casos este maltrato duró más de 5 años. La duración media del maltrato físico ha sido de 7,74 años (dt 5,8) (gráfico 23). El 31,1% han sufrido maltrato físico el último año (gráfico 24).

Gráfico 22. Gravedad del maltrato físico sufrido por la madre

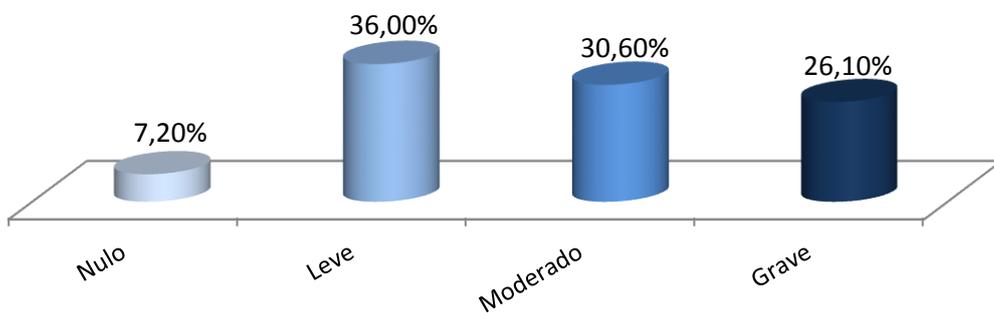


Gráfico 23. Duración del maltrato físico sufrido por la madre

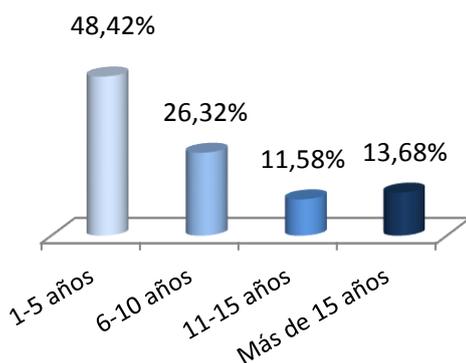
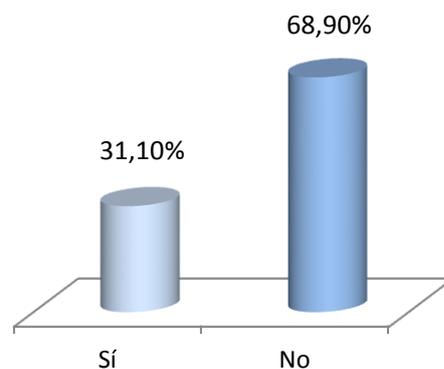


Gráfico 24. La madre ha sufrido maltrato físico durante el último año



Con respecto al **maltrato psicológico**, el 100% de las madres participantes lo han sufrido en alguna medida. El 93,6%, lo han padecido con una gravedad moderada o severa (gráfico 25).

El 60,6% de las madres ha sufrido maltrato psicológico durante más de 5 años; el 17,3% durante más de 15 años. La duración media del maltrato psicológico ha sido de 9,17 años (dt 6,3) (gráfico 26). El 51,4% ha sufrido maltrato psicológico el último año (gráfico 27).

Gráfico 25. Gravedad del maltrato psicológico sufrido por la madre

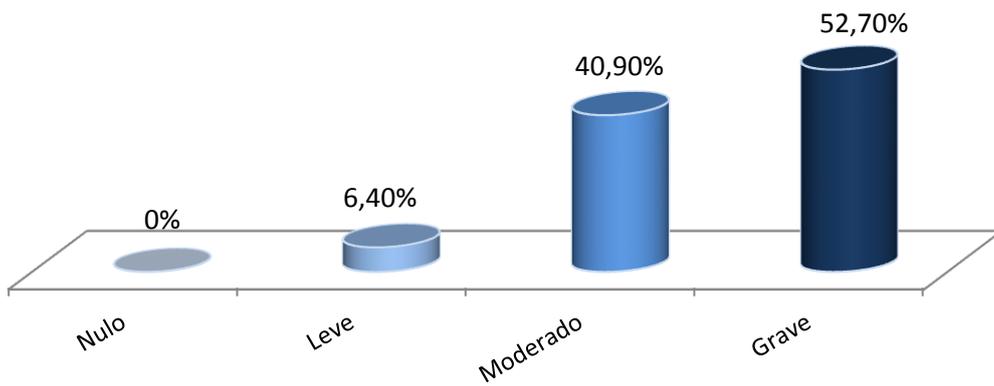


Gráfico 26. Duración del maltrato psicológico sufrido por la madre

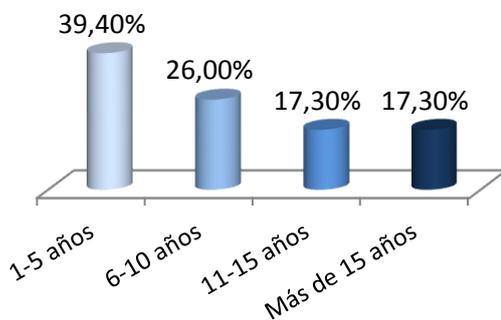
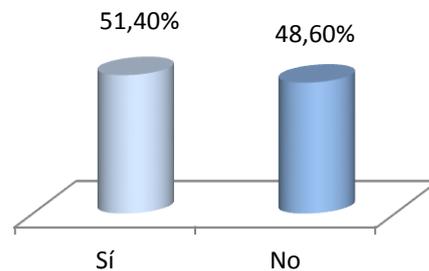
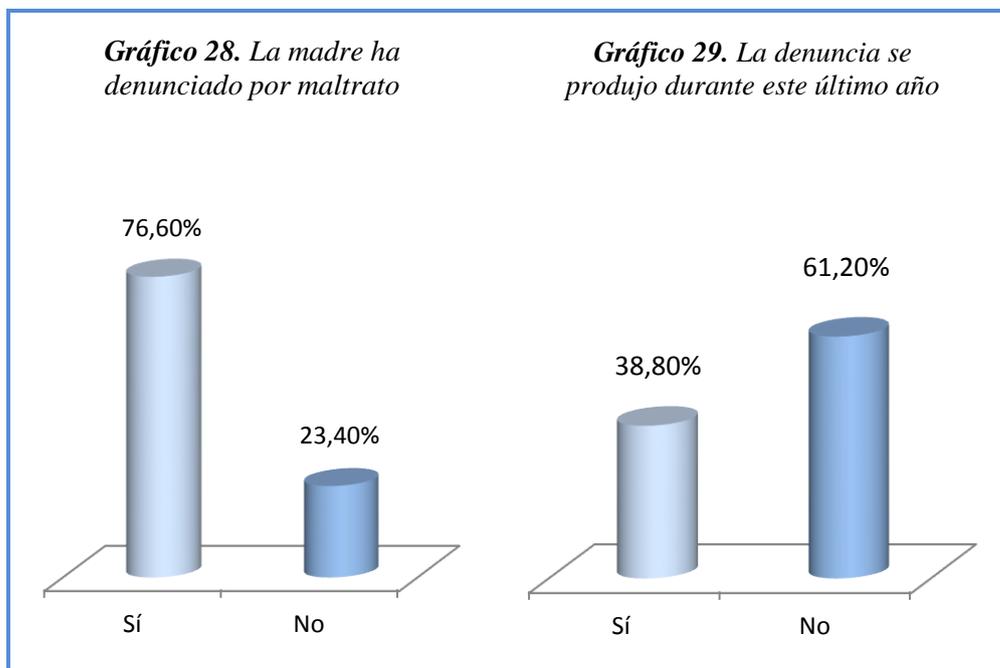


Gráfico 27. La madre ha sufrido maltrato psicológico durante el último año



Denuncias por violencia de género

El 76,6% de las madres que han sufrido maltrato por parte de su pareja o expareja han interpuesto denuncia por este motivo (gráfico 28). De estas denuncias, el 38,8% han sido realizadas en el último año (gráfico 29).



Medidas judiciales impuestas por violencia de género

Una de las medidas judiciales que puede interponer el órgano judicial ante la denuncia de las mujeres por maltrato es la orden de alejamiento del maltratador hacia ellas. El 82,4% de las madres que han denunciado el maltrato ha recibido esta medida (gráfico 30). De las mujeres a las que se les ha concedido la orden de alojamiento, en el 42,9% de los casos esta orden se ha establecido durante el último año (gráfico 31).

El maltratador ha incumplido esta medida en el 46,9% de las ocasiones (gráfico 32).

Gráfico 30. Se ha establecido una orden de alejamiento

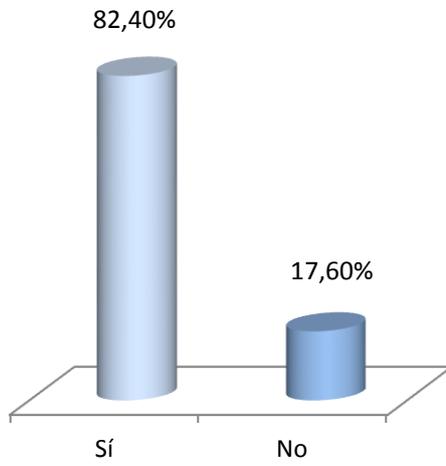


Gráfico 31. La orden se ha establecido durante este último año

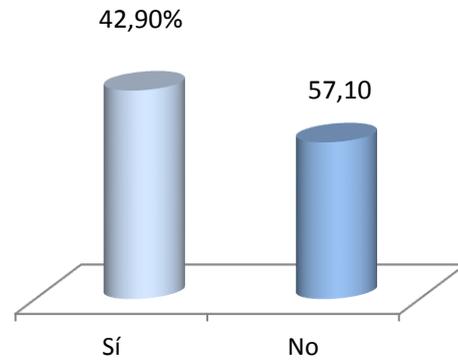
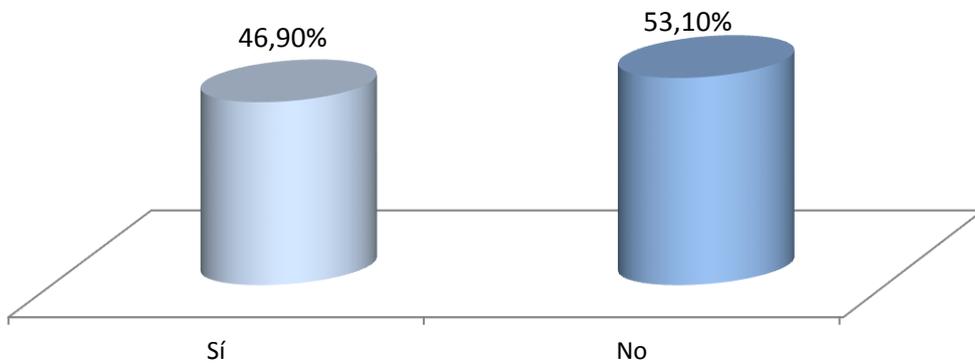
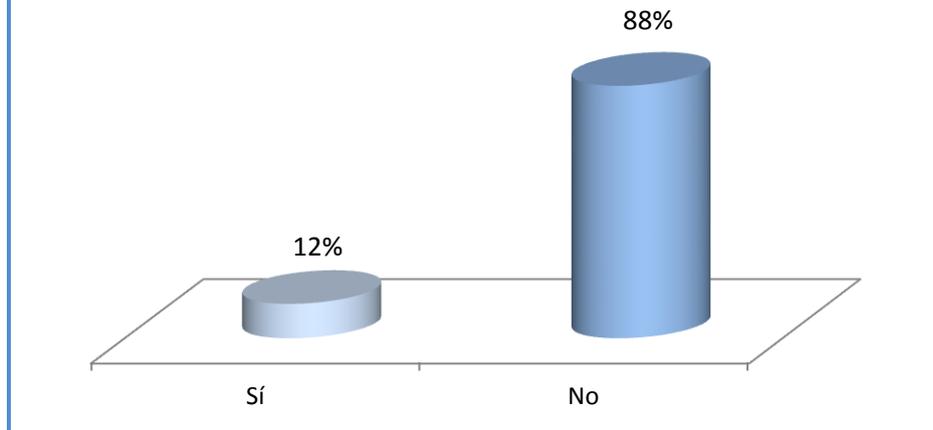


Gráfico 32. El maltratador ha incumplido la orden de alejamiento



El 12% de las madres que han denunciado han tenido que ser protegidas de su maltratador en un hogar de acogida con sus hijos (gráfico 33).

Gráfico 33. *La madre ha necesitado un hogar de acogida*

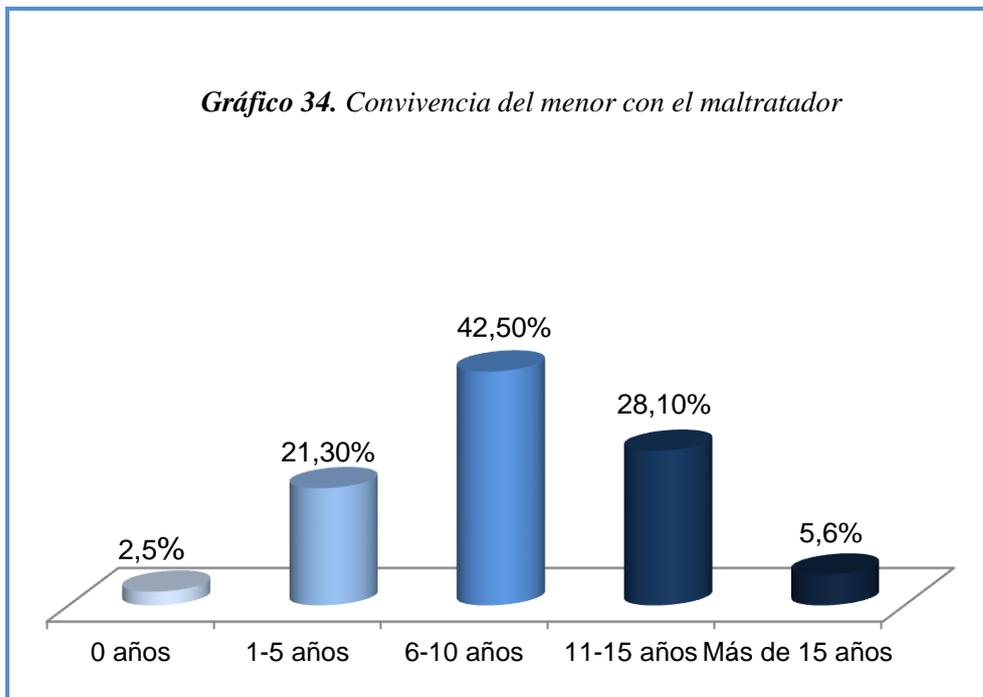


4.4.2. Exposición del menor al maltrato de la madre

El 42,5% de los niños y niñas de esta muestra ha estado conviviendo con la persona que ha maltratado a su madre entre 6 y 10 años, el 33,7% ha convivido con el maltratador durante más de 10 años (gráfico 34).

En la actualidad, el 94,9% no conviven con el maltratador.

Gráfico 34. *Convivencia del menor con el maltratador*



Para conocer el maltrato que han sufrido estos niños y niñas, se ha valorado tanto el maltrato indirecto recibido, al estar expuestos al maltrato hacia su madre, como el maltrato directo por parte de su padre o pareja de su madre.

Exposición al maltrato físico sufrido por la madre

El 74,1% de los menores han estado expuestos al maltrato físico (leve, moderado y grave) hacia la madre, siendo el porcentaje de menores expuestos de forma moderada o grave del 45,2% (gráfico 35).

De los menores que han estado expuestos al maltrato físico, el 51,3% ha estado expuesto durante más de 5 años (gráfico 36) y el 33,1% de los menores ha estado expuesto a este maltrato durante el último año (gráfico 37).

La duración media de la exposición a este tipo de maltrato ha sido de 6,6 años (dt 4,1).

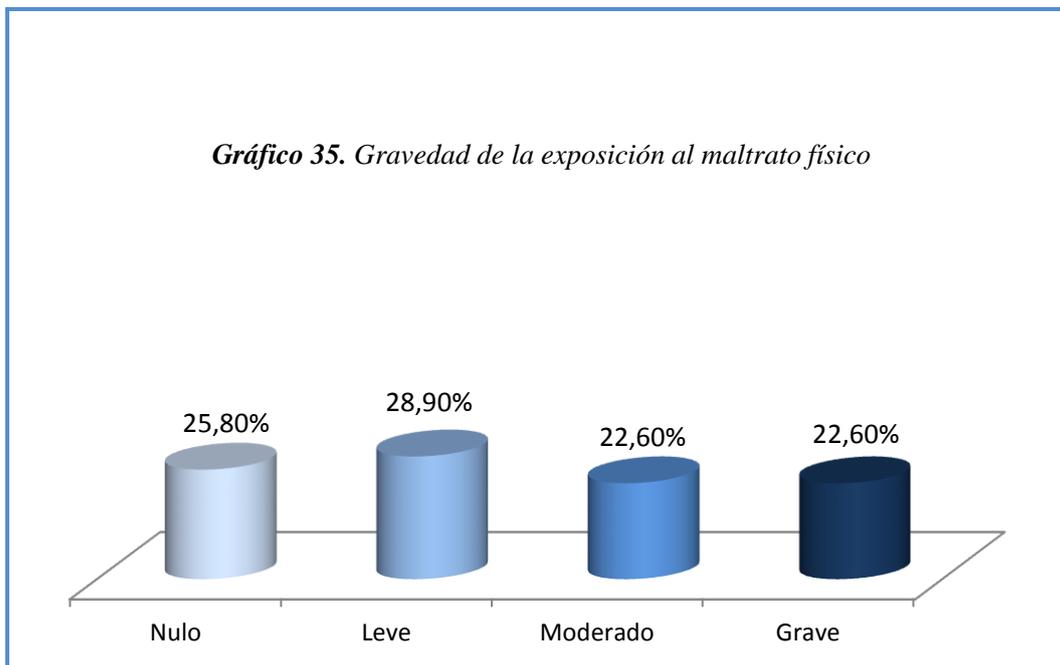


Gráfico 36. Duración de la exposición al maltrato físico

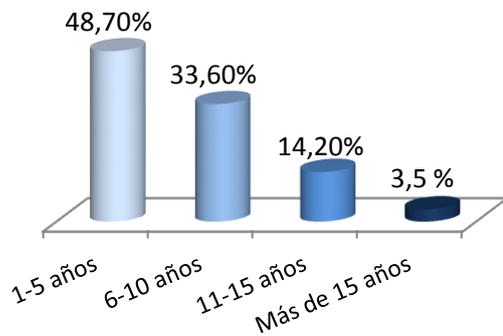
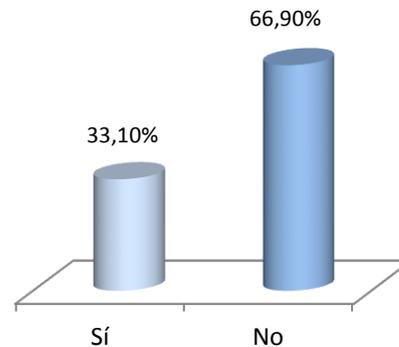


Gráfico 37. Se ha producido exposición al maltrato físico de la madre durante el último año



Exposición al maltrato psicológico sufrido por la madre

El 99,3% de los menores de la muestra, ha estado expuesto al maltrato psicológico sufrido por su madre (leve, moderado, grave), siendo esta exposición moderada o grave en el 80,2% de los casos (gráfico 38).

El 52% de los menores ha estado expuesto a este maltrato durante más de 5 años, con una duración media de 6,8 años (dt 4,1) (gráfico 39). El 49,7%, ha estado expuesto al maltrato psicológico que sufre su madre durante el último año (gráfico 40).

Gráfico 38. Gravedad de la exposición al maltrato psicológico

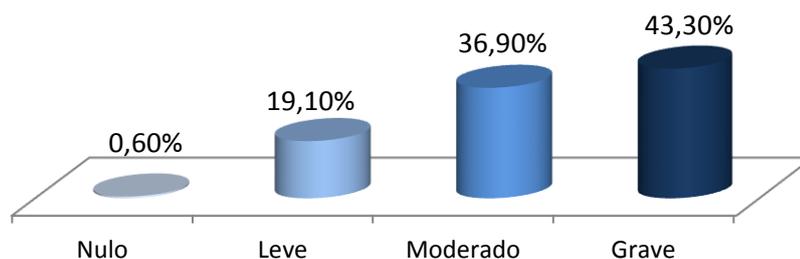


Gráfico 39. Duración de la exposición al maltrato psicológico

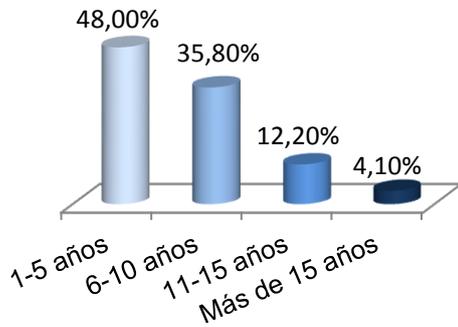
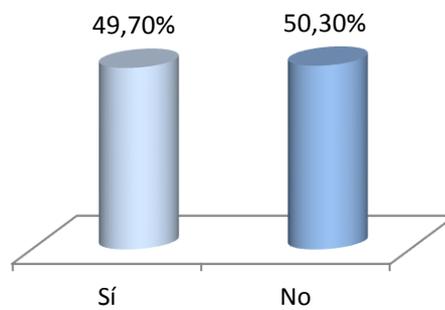


Gráfico 40. Se ha producido la exposición al maltrato psicológico durante el último año

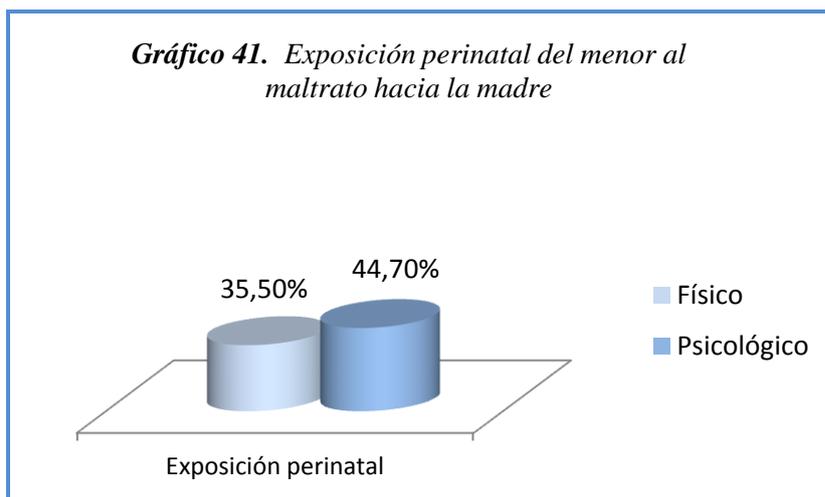


Tipo de exposición del menor al maltrato hacia la madre

La exposición de los niños y niñas a la violencia de género puede manifestarse de formas diferentes: a) durante el embarazo de la madre (exposición perinatal), b) estando presente en el episodio conflictivo mientras ocurre; c) escuchando el episodio sin estar presente; d) escuchando conversaciones de otras personas sobre el episodio ocurrido; e) observando las consecuencias inmediatas de ese conflicto (heridas, objetos rotos, etc.); o f) experimentando las secuelas de ese episodio violento (como sintomatología materna, cambios de residencia, etc.).

Así, el 35,5% de los menores de esta muestra han estado expuestos, antes del nacimiento, al maltrato físico sufrido por su madre y en el 44,7% de los casos la madre recibía maltrato psicológico cuando estaba embarazada de ellos (gráfico 41).

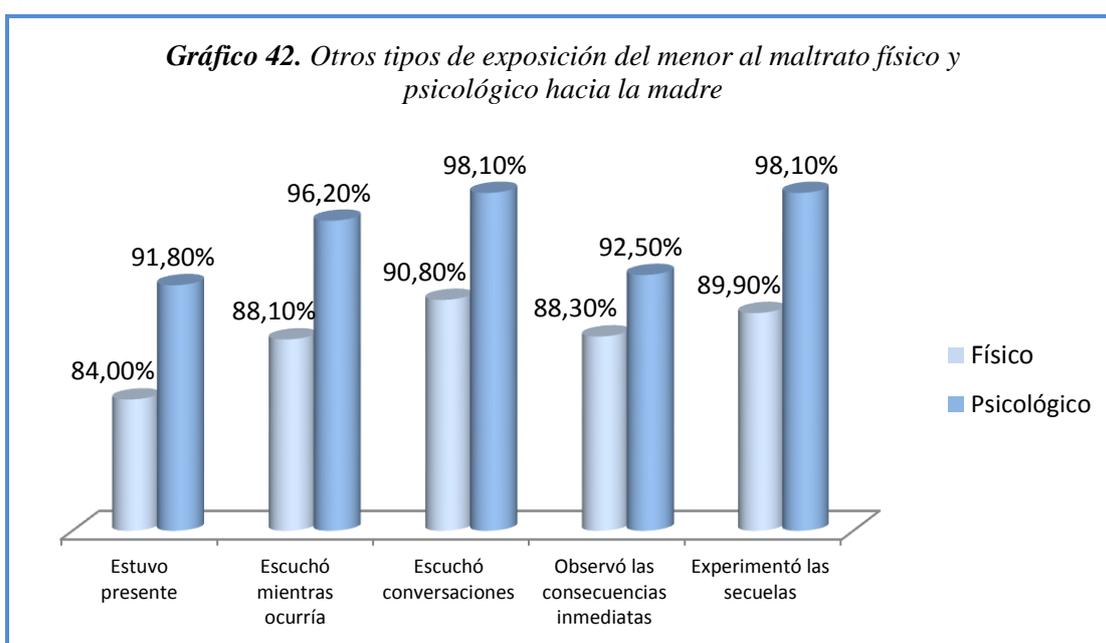
Gráfico 41. Exposición perinatal del menor al maltrato hacia la madre



Con respecto al resto de tipos de exposición al maltrato físico sufrido por la madre, las tasas de prevalencia están entre el 84% y 90,8% (gráfico 42).

En relación a las diferentes formas de exposición al maltrato psicológico que ha recibido la madre, las tasas de prevalencia son superiores al 90% en todos los casos: El 91,8% de los menores ha estado presente durante los episodios de maltrato psicológico, el 96,2% ha escuchado algún episodio mientras ocurría, el 98,1% ha escuchado conversaciones sobre el episodio, el 92,5% ha observado las consecuencias inmediatas del episodio, y el 98,1% ha experimentado las secuelas del episodio (gráfico 42).

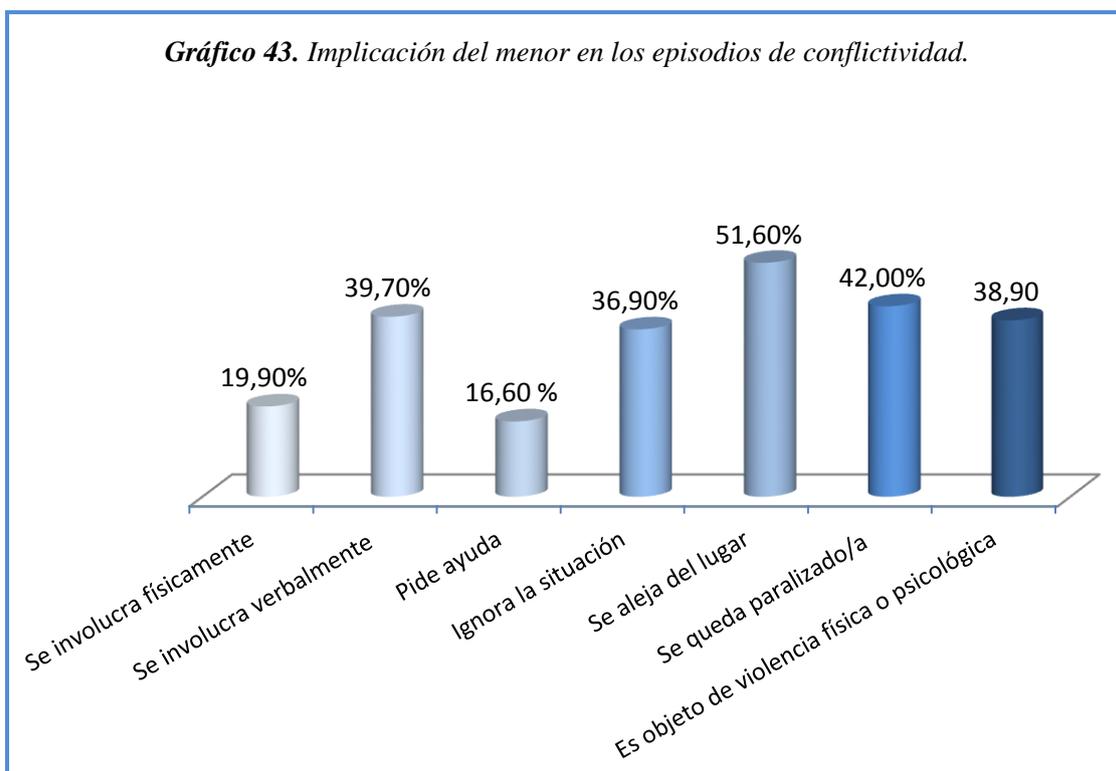
Gráfico 42. Otros tipos de exposición del menor al maltrato físico y psicológico hacia la madre



Implicación del menor en los episodios de conflictividad

Hay diferentes formas y grados en las que un menor se puede implicar en los episodios conflictivos que ocurren entre su madre y el maltratador, siendo posible emplear varios de ellos en cada episodio o que vayan cambiando a lo largo del tiempo. Algunas de estas formas de implicación del menor pueden ser: a) se involucra físicamente (empujando o intentando separarlos); b) se involucra verbalmente (pidiendo que paren o gritando); c) pide ayuda (a un familiar, vecino, policía, etc.); d) ignora la situación actuando como si no estuviera ocurriendo; e) se aleja del lugar del conflicto (se va a otra habitación o se va de casa); f) se queda paralizado o bloqueado sin saber qué hacer; y g) es maltratado físicamente o psicológicamente durante el conflicto entre su madre y el agresor.

En la muestra de menores estudiada, el 51,6% se aleja del lugar del conflicto, el 42% se queda paralizado, el 16,6% pide ayuda a otra persona y el 38,9% de los niños y niñas ha sido objeto de violencia (física o psicológica) por parte del maltratador durante el conflicto (gráfico 43).



4.4.3. Maltrato directo hacia el menor

A continuación se describen los resultados encontrados en relación a los tipos de maltrato directo que ha sufrido el menor por parte del maltratador de su madre (padre biológico o pareja de su madre):

- Negligencia física.
- Negligencia emocional.
- Maltrato físico.
- Maltrato psicológico.
- Abuso sexual.

Negligencia física

El 43% de los menores ha sufrido negligencia física de al menos gravedad leve por parte del maltratador, siendo ésta moderada o grave en el 14,8% de los casos (gráfico 44).

La duración de este tipo de maltrato ha sido de más de 5 años en el 62,7% de los menores, con una duración media de 7,3 años (dt 3,8) (gráfico 45).

El 47% de los menores que han sufrido negligencia física en algún momento, la seguían padeciendo el último año (gráfico 46).

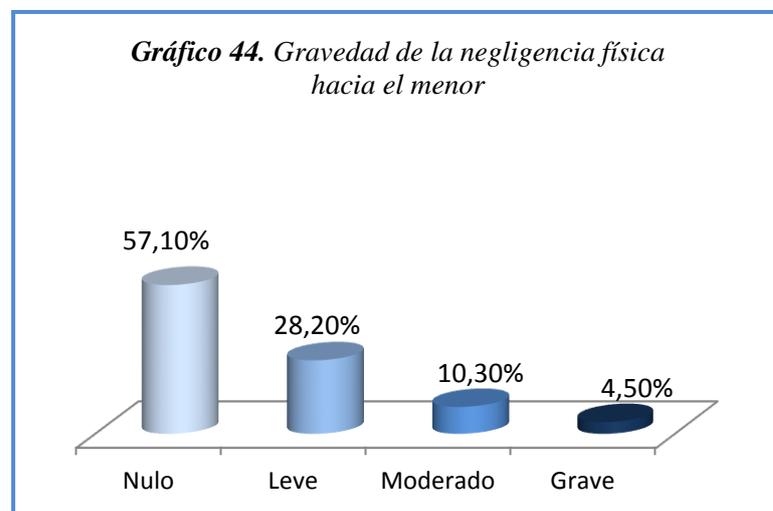


Gráfico 45. Duración de la negligencia física hacia el menor

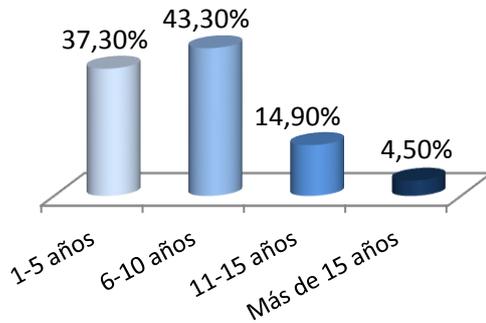
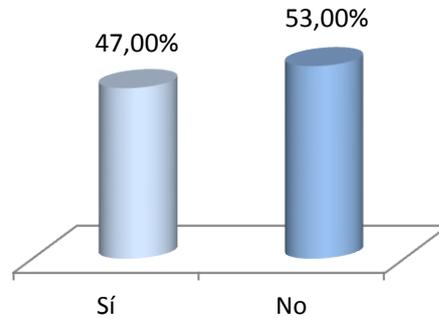


Gráfico 46. Se ha producido negligencia física durante el último año



Negligencia emocional

El 64,9% de los menores ha sufrido negligencia emocional de gravedad al menos leve, y en el 40,2% de los casos este maltrato ha sido moderado o grave (gráfico 47).

En relación a su duración, el 57% de estos niños y niñas ha sufrido negligencia emocional durante más de 5 años, con una media de 7 años (dt 4,1) (gráfico 48).

El 69,3% de los menores que han sufrido negligencia emocional en algún momento, la seguían padeciendo el último año (gráfico 49).

Gráfico 47. Gravedad de la negligencia emocional hacia el menor

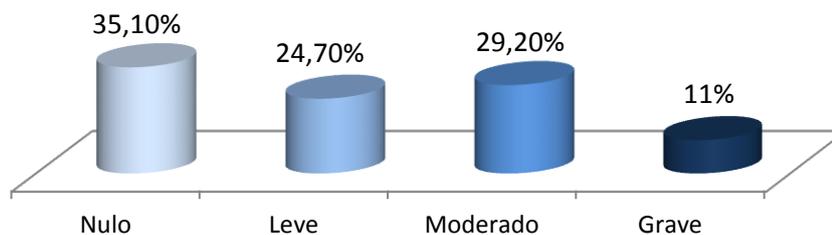


Gráfico 48. Duración de la negligencia emocional hacia el menor

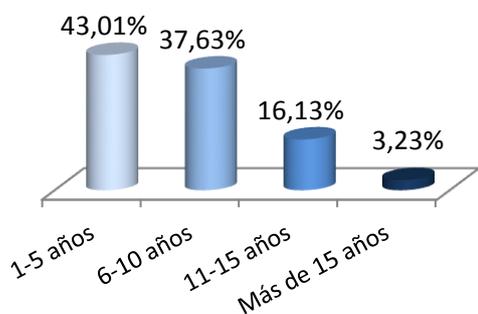
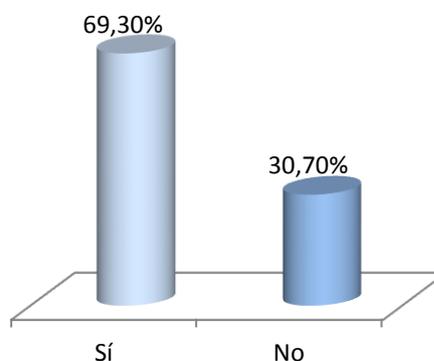


Gráfico 49. Se ha producido negligencia emocional durante el último año



Maltrato físico

El 37,9% de los menores ha sufrido maltrato físico al menos leve por parte del maltratador, siendo moderado o grave en el 10,1% de los casos (gráfico 50).

El 64,9% de los menores que han sufrido maltrato físico, lo han padecido durante más de 5 años, con una media de 7,6 años (dt 4,3) (gráfico 51).

El 33,9% de los menores que han sufrido maltrato físico en algún momento, lo han seguido padeciendo el último año (gráfico 52).

Gráfico 50. Gravedad del maltrato físico hacia el menor

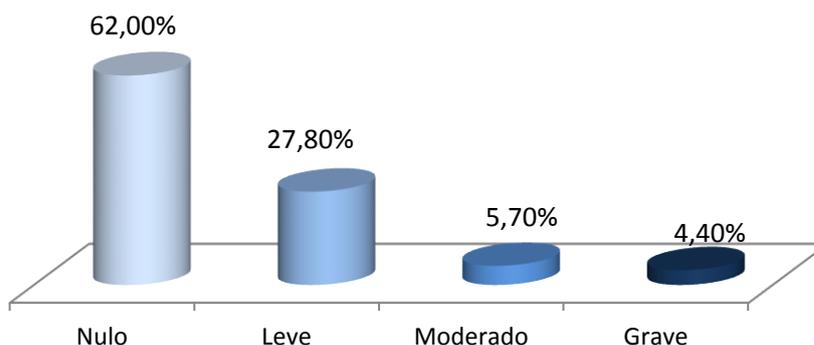


Gráfico 51. Duración del maltrato físico hacia el menor

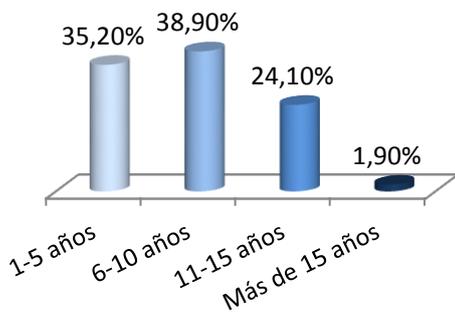
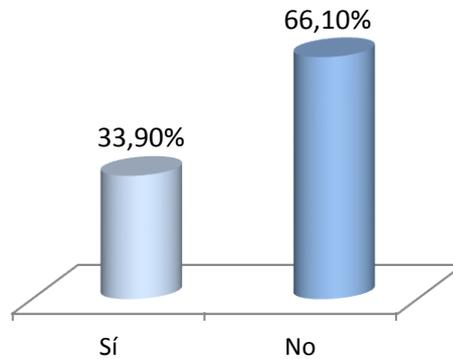


Gráfico 52. Se ha producido maltrato físico durante el último año



Maltrato psicológico

El 79,7% de los menores de la muestra, ha sufrido maltrato psicológico al menos leve por parte del maltratador de su madre. Este maltrato ha sido moderado o grave en el 52,5% de los casos (gráfico 53).

De los menores que han sufrido maltrato psicológico, el 54,4% lo han padecido durante más de 5 años, con una duración media de 6,7 años (dt 3,9) (gráfico 54).

El 61% de los menores que han sufrido maltrato psicológico en algún momento, lo han seguido padeciendo el último año (gráfico 55).

Gráfico 53. Gravedad del maltrato psicológico hacia el menor

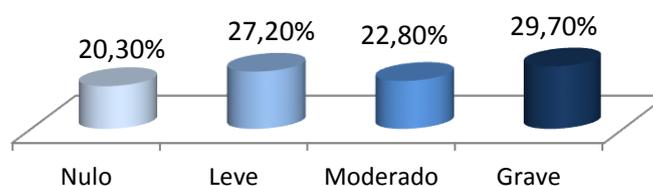


Gráfico 54. Duración del maltrato psicológico hacia el menor

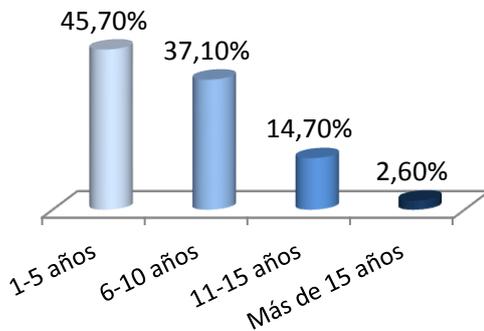
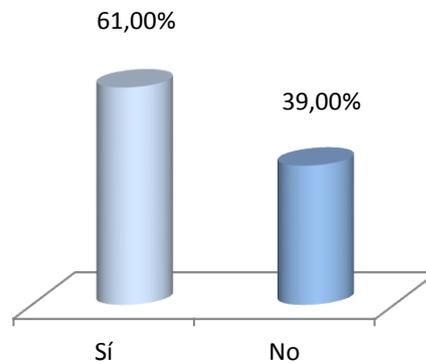


Gráfico 55. Se ha producido maltrato psicológico durante el último año



Abuso sexual

En esta muestra de menores no ha habido ningún caso de abuso sexual al menor por parte del maltratador de su madre.

4.4.4. Relación entre los diferentes tipos de maltrato

Todos los niños y niñas de la muestra han sufrido algún tipo de maltrato al menos de forma leve y sólo 3 de los menores (2%) no han sufrido ninguno de los 8 tipos de maltrato en gravedad moderada o severa.

En la tabla 8 puede observarse la relación existente entre los distintos maltratos. Así, por ejemplo, el 55,7% de los menores tienen madres que han sufrido maltrato psicológico y físico grave, el 48,7% de los menores han sufrido maltrato psicológico grave y han estado expuestos al maltrato psicológico grave de sus madres, etc.

Tabla 8. Relación entre los diferentes tipos de maltrato.

	1	2	3	4	5	6	7
1. Maltrato físico a la madre	57,2						
2. Maltrato psicológico a la madre	55,7	95,6					
3. Exposición del menor al maltrato físico de la madre	44,7	44,9	45,3				
4. Exposición del menor al maltrato psicológico de la madre	51,6	79,5	43,3	80,3			
5. Negligencia física al menor	9,6	14,8	9,6	13,6	14,7		
6. Negligencia emocional al menor	31,2	39,2	26,6	36,8	13,7	40,3	
7. Maltrato físico directo al menor	8,9	10,2	6,3	10,3	3,2	7,8	10,1
8. Maltrato psicológico directo al menor	39,2	51,6	32,9	48,7	12,2	33,1	10,1

* Lectura correcta de la tabla: El 55,7% de los menores han sufrido 'maltrato físico grave de la madre' y 'maltrato psicológico grave de la madre', el 44,7% han sufrido 'exposición al maltrato físico de la madre' grave y 'maltrato físico de la madre' grave.

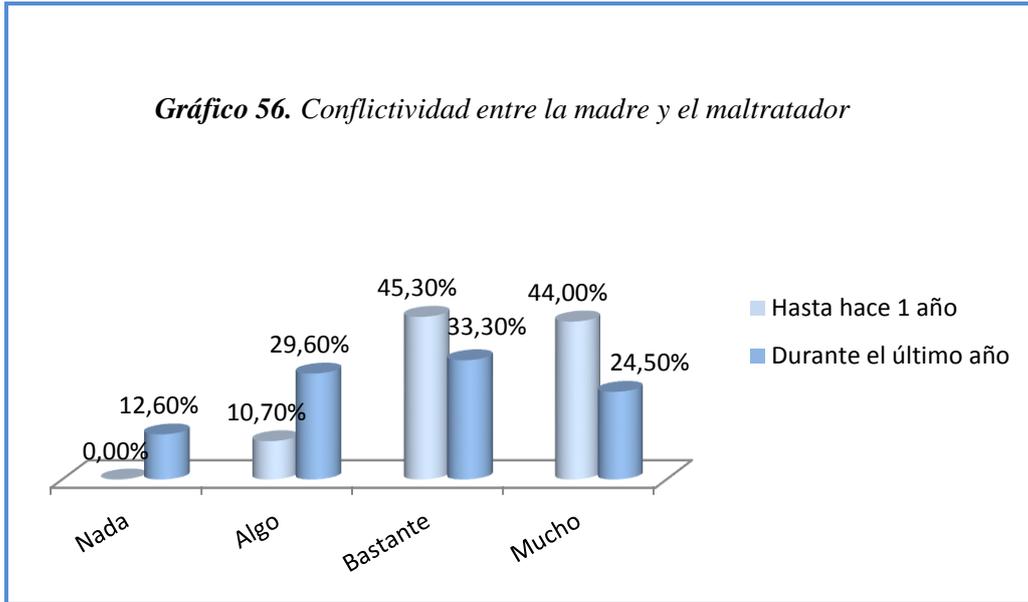
En la diagonal principal: El 57,2% de los menores han sufrido 'maltrato físico de la madre' de tipo grave, el 10,1% han sufrido 'maltrato físico al menor' de tipo grave.

4.4.5. Datos sobre conflictividad familiar

Teniendo en cuenta tanto la frecuencia como la intensidad de la conflictividad entre la madre y su agresor, hasta hace un año existía una conflictividad moderada o grave (correspondiente a Bastante/Mucho) en el 89,3% de los casos.

Durante el último año, los conflictos moderados o graves se han seguido dando en más de la mitad de la muestra (57,8%) y sólo en el 12,6% de los casos no ha habido ningún tipo de conflictividad el último año (gráfico 56).

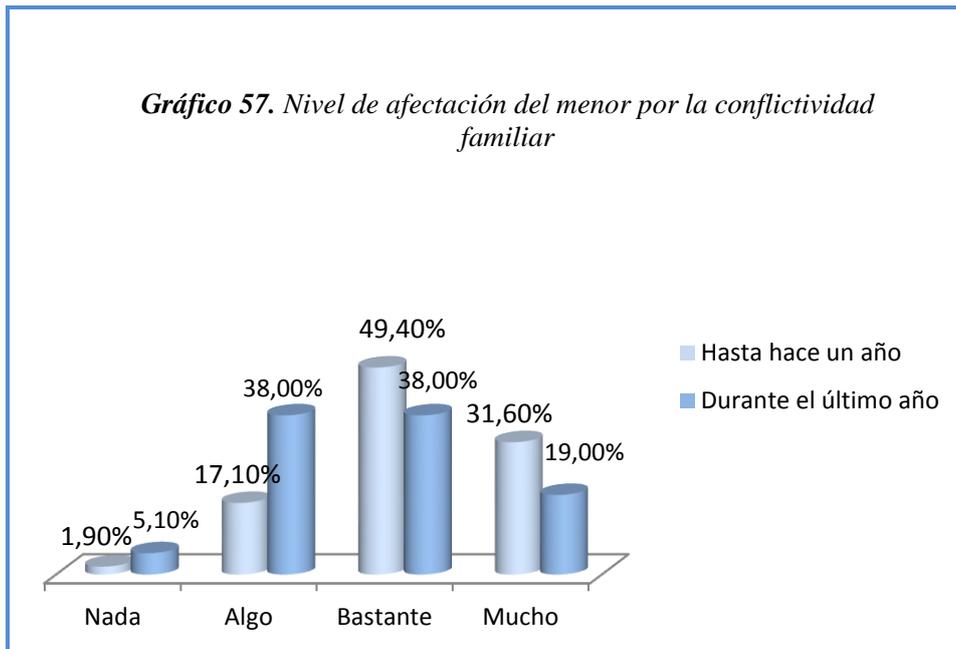
Gráfico 56. Conflictividad entre la madre y el maltratador



El profesional que atiende a los menores incluidos en este estudio, basándose en la información obtenida a través de entrevistas, pruebas objetivas y su impresión clínica, indica en qué medida el menor presenta malestar a nivel emocional, comportamental, cognitivo y de salud, asociado a los conflictos en la familia, así como la interferencia en el ámbito personal, escolar y social. Se ha tenido en cuenta el número y la gravedad de áreas afectadas.

En relación a la afectación del menor por la conflictividad familiar, se encuentra que el porcentaje de menores bastante afectados o muy afectados hasta hace un año es del 81%, y durante el último año es del 57% (gráfico 57).

Gráfico 57. Nivel de afectación del menor por la conflictividad familiar



4.4.6. Resumen

Todos los niños y niñas de la muestra han sufrido algún tipo de maltrato al menos de forma leve y sólo 3 de los menores (2%) no han sufrido ninguno de los 8 tipos de maltrato en gravedad moderada o severa.

El 74,1% de los menores han estado expuestos al maltrato físico (leve, moderado y grave) hacia la madre, siendo el porcentaje de menores expuestos de forma moderada o grave del 45,2%. La duración media de la exposición a este tipo de maltrato ha sido de 6,6 años. El 33,1% de los menores ha estado expuesto a este maltrato durante el último año.

El 99,3% de los menores de la muestra, ha estado expuesto al maltrato psicológico sufrido por su madre (leve, moderado, grave), siendo esta exposición moderada o grave en el 80,2% de los casos. La duración media de la exposición a este tipo de maltrato ha sido de 6,8 años. El 49,7% de los menores ha estado expuesto a este maltrato durante el último año.

Estos menores se han visto implicados en el conflicto entre su madre y su agresor de muy diversas maneras. Por ejemplo, el 51,6% se aleja del lugar del conflicto, el 42% se queda paralizado, el 16,6% pide ayuda a otra persona y el 38,9% de los niños y niñas ha sido objeto de violencia (física o psicológica) por parte del maltratador durante el conflicto

El 43% de los menores ha sufrido negligencia física de al menos gravedad leve por parte del maltratador y el 64,9% negligencia emocional. El 37,9% de los menores ha sufrido maltrato físico al menos leve por parte del maltratador, siendo moderado o grave en el 10,1% de los casos. La duración media de este maltrato ha sido de 7,6 años. El 33,9% de los menores que han sufrido maltrato físico en algún momento, lo han seguido padeciendo el último año. El 79,7% de los menores de la muestra, ha sufrido maltrato psicológico al menos leve por parte del maltratador de su madre, con una duración media de 6,7 años. Este maltrato ha sido moderado o grave en el 52,5% de los casos. El 61% de los menores que han sufrido maltrato psicológico en algún momento, lo han seguido padeciendo el último año.

En relación al nivel de conflictividad existente entre la madre y su agresor en el 89,3% de los casos había un nivel moderado o grave de conflictividad hasta hace un año. Durante el último año, los conflictos moderados o graves se han seguido dando en el 57,8% de los casos,

El 81% de los menores han estado bastante o muy afectados por esta conflictividad hasta hace un año, encontrando que durante el último año todavía siguen estándolo el 57% de ellos.

4.5. ALTERACIONES PSICOLÓGICAS DE MEVG

4.5.1. Prevalencias

Se ha estimado la prevalencia de seis indicadores de alteraciones psicológicas, un indicador de sintomatología variada que no se recoge en los anteriores, y uno de problemas de adaptación psicosocial.

Se han considerado cuatro niveles de gravedad (Nada, Algo, Bastante y Mucho), presentando a continuación las tasas de prevalencia de los niveles clínicamente significativos (Bastante y Mucho), lo que significa que los síntomas aparecen de forma habitual en el menor y afectan a su vida de forma negativa, es decir, provoca deterioro en el funcionamiento diario.

En primer lugar se exponen los resultados para la muestra total:

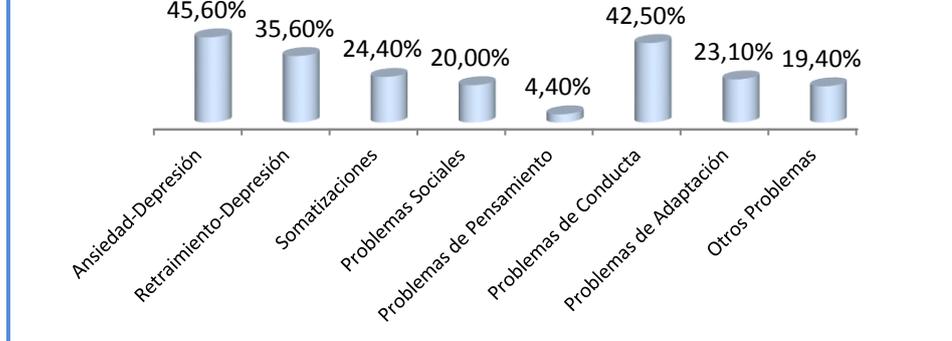
Las alteraciones psicológicas moderadas o graves más frecuentes son Ansiedad/Depresión (45,6%), Problemas de Conducta (42,5%), Retraimiento/Depresión (35,6%) y Somatizaciones (24,4%).

En general, los menores de la muestra presentan tanto sintomatología internalizante como externalizante de rango clínico (tabla 9 y gráfico 58).

Tabla 9. MEVG que presentan alteraciones psicológicas moderadas o graves

Escala	N (%)
Ansiedad/Depresión	73 (45,6%)
Retraimiento/Depresión	57 (35,6%)
Somatizaciones	39 (24,4%)
Problemas Sociales	32 (20%)
Problemas de Pensamiento	7 (4,4%)
Problemas de Conducta	68 (42,5%)
Problemas de Adaptación	37(23,1%)
Otros Problemas	31 (19,4%)

Gráfico 58. MEVG que presentan alteraciones psicológicas moderadas o graves



Además de las alteraciones anteriores, se ha calculado la prevalencia de Estrés Postraumático. En este sentido, el 16,9% presenta esta sintomatología con gravedad moderada o severa (tabla 10).

Tabla 10. MEVG que presentan Estrés Postraumático

Estrés Postraumático	N (%)
Nada	109(68,1%)
Algo	24(15%)
Bastante	20(12,5%)
Mucho	7(4,4)

A continuación se describen las tasas de prevalencia de las alteraciones psicológicas moderadas o graves por sexo (tabla 11, gráfico 59) y por grupos de edad.

Con respecto al sexo, la alteración más prevalente en los chicos es de tipo externalizante: el 50,6% presentan Problemas de Conducta clínicamente significativos. A continuación se dan Problemas de Ansiedad/Depresión (44,9%), y de Retraimiento/Depresión (34,8%), que son internalizantes.

Por el contrario, en las chicas se ha obtenido una prevalencia mayor en sintomatología internalizante, con un 46,5% en Ansiedad/Depresión y un 36,6% en Retraimiento/Depresión, seguido de la externalizante (Problemas de Conducta) con un 32,4%.

La alteración con menores tasas de prevalencia en ambos sexos es Problemas de Pensamiento, si bien es mayor en chicos (5,6%) que en chicas (2,8%).

Por grupos de edad (tabla 11, gráfico 60), los niños y niñas de 6 a 11 años presentan porcentajes iguales en Problemas de Ansiedad/Depresión y Problemas de Conducta (43,6%). A continuación el problema más prevalente es Retraimiento/Depresión (31,7%).

En los adolescentes de 12 a 17 años la sintomatología más prevalente es Ansiedad/Depresión (49,2%), seguida de Retraimiento/Depresión (42,4%) y Problemas de Conducta (40,7%).

Tabla 11. Porcentaje de menores que presentan alteraciones psicológicas moderadas o graves, por sexo y por rangos de edad

Escala	Por sexo N (%)		Por edad N (%)	
	Chicos	Chicas	6 a 11 años	12 a 17 años
Ansiedad/Depresión	40 (44,9%)	33(46,5%)	44 (43,6%)	29 (49,2%)
Retraimiento/Depresión	31 (34,8%)	26 (36,6%)	32 (31,7%)	25 (42,4%)
Somatizaciones	21 (23,6%)	18 (25,4%)	26 (25,7%)	13 (22%)
Problemas sociales	16 (18%)	16 (22,5%)	22 (21,8%)	10 (16,9%)
Problemas de pensamiento	5 (5,6%)	2 (2,8%)	5 (5%)	2 (3,4%)
Problemas de conducta	45 (50,6%)	23 (32,4%)	44 (43,6%)	24(40,7%)
Problemas de adaptación	19 (21,3%)	18 (25,4%)	20(19,8%)	17 (28,8%)
Otros problemas	18 (20,2%)	13 (18,3%)	22 (21,8%)	9 (15,3%)

Gráfico 59. Porcentaje de menores que presentan alteraciones psicológicas moderadas o graves, por sexo

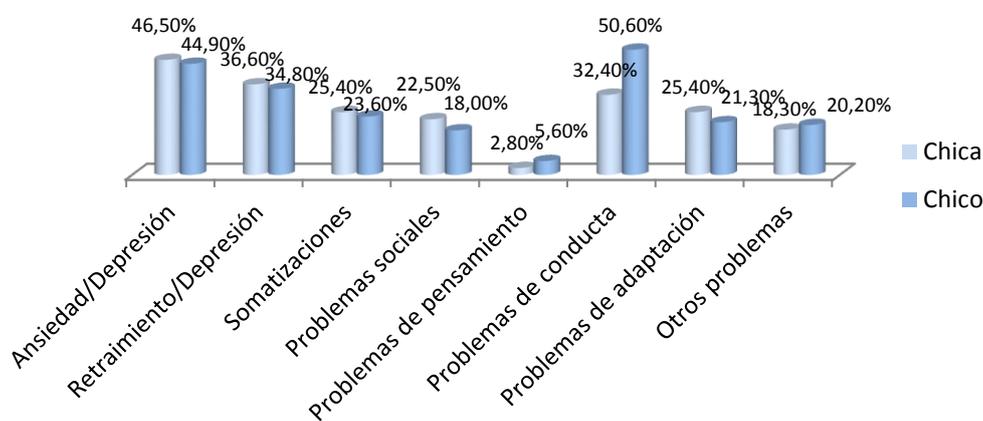
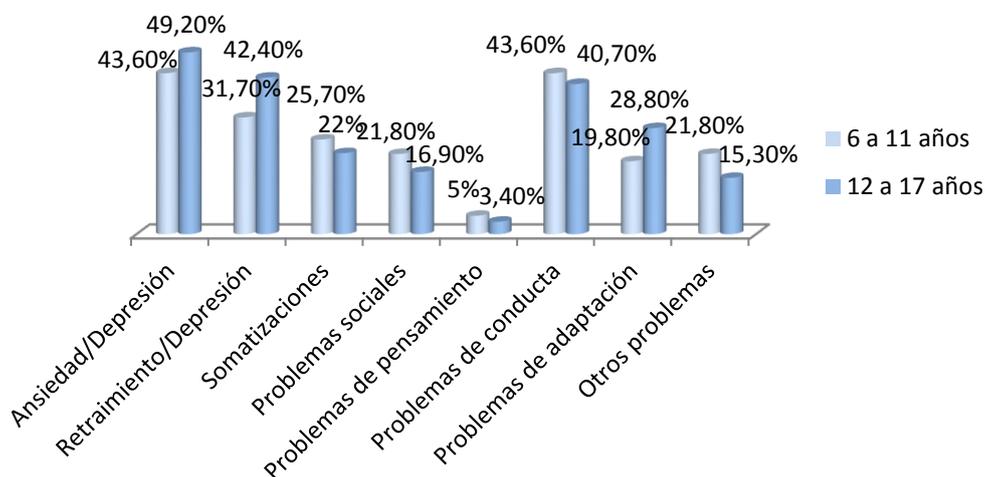


Gráfico 60. Porcentaje de menores que presentan alteraciones psicológicas moderadas o graves, por grupos de edad

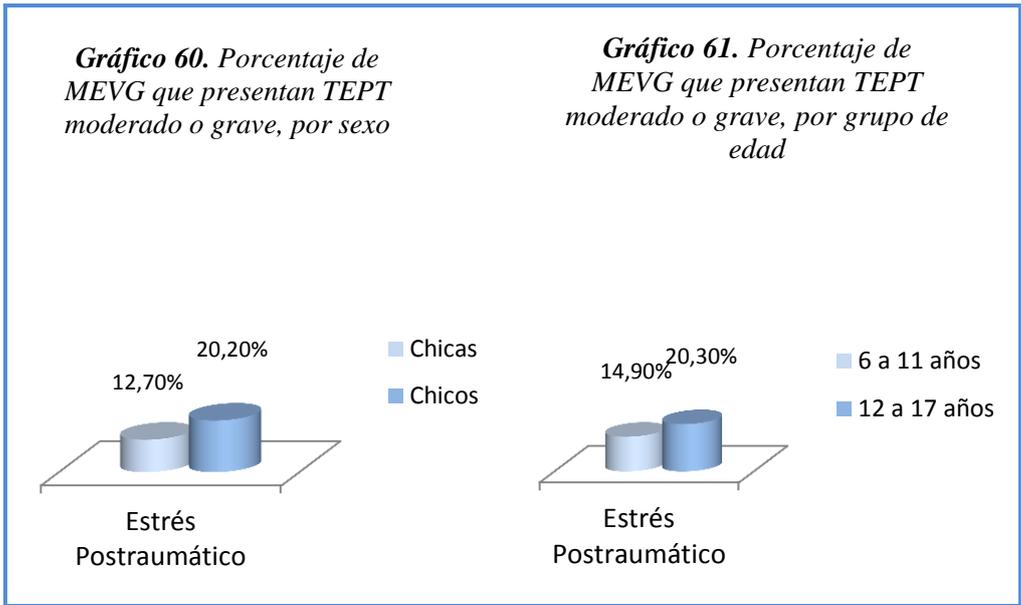


Solamente existen diferencias estadísticamente significativas entre niños y niñas en el porcentaje de menores que presentan la alteración Problemas de Conducta, encontrando un porcentaje significativamente mayor en chicos (50,6%) que en chicas (32,4%). No se han hallado diferencias estadísticamente significativas para ninguna alteración entre los dos grupos de edad.

Se han calculado las tasas de prevalencia del Estrés postraumático (TEPT) moderado o grave en los MEVG según las variables sexo y edad. Los porcentajes encontrados indican una mayor prevalencia de TEPT en chicos que en chicas (20,2% vs 12,7%) y en los adolescentes, de 12 a 17 años, que en los niños y niñas más pequeños, de 6 a 11 años (20,3% vs 14,9%) (tabla 12 y gráficos 60 y 61), aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas.

Tabla 12. Porcentaje de MEVG que presentan TEPT moderado o grave, según sexo y edad

	Por sexo N (%)		Por edad N (%)	
	Chicos	Chicas	6 a 11 años	12 a 17 años
Estrés postraumático	18 (20,2%)	9 (12,7%)	15 (14,9%)	12 (20,3%)



4.5.2. Número de alteraciones psicológicas

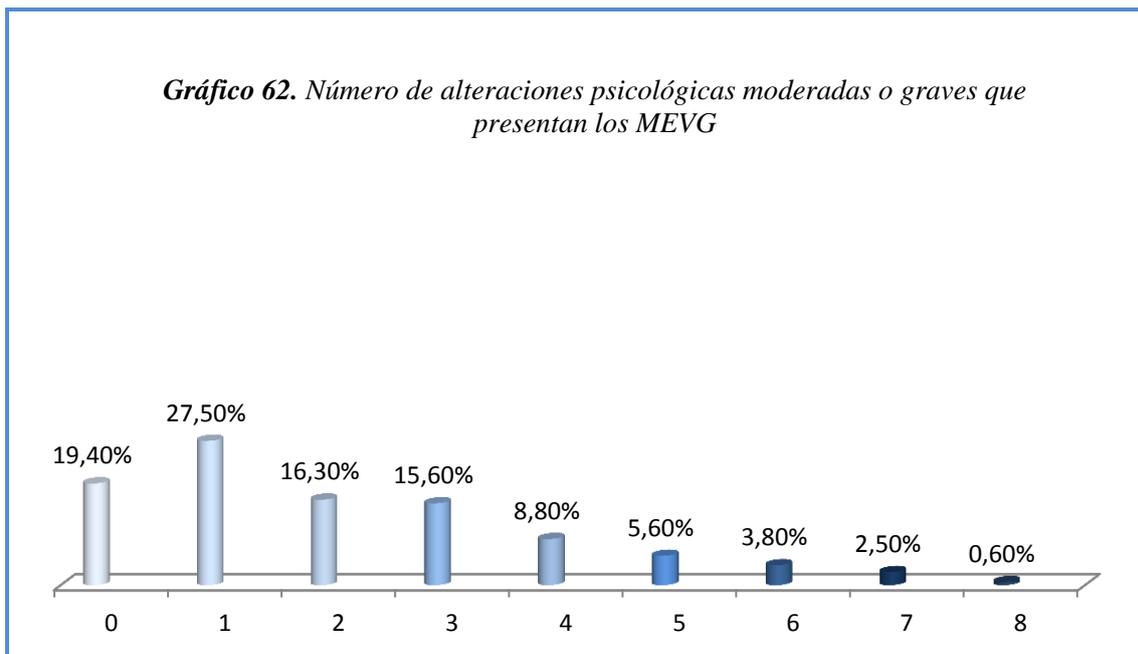
Para calcular el número de alteraciones psicológicas que presenta cada menor, se ha definido una variable como la suma del número de alteraciones que tiene el menor del total de 8 tipos de alteraciones. El criterio elegido para considerar que hay “presencia” de una alteración es que ésta tenga una gravedad de Bastante o Mucho.

El 99,4% (todos menos uno) presentan alguna alteración psicológica al menos de tipo leve. El 80,6% de los MEVG presenta alguna alteración psicológica de carácter moderado o grave. El 43,8% presentan 1 o 2 alteraciones y el 36,8 % muestran 3 o más alteraciones psicopatológicas de gravedad moderada o severa. El 19,4% de los niños y niñas de esta muestra no presentan ninguna alteración psicológica de las evaluadas de gravedad moderada o severa (tabla 13 y gráfico 62).

Tabla 13. Número de alteraciones psicológicas moderadas o graves que presentan los MEVG

Número de alteraciones	N (%)
0	31 (19,4%)
1	44 (27,5%)
2	26 (16,3%)
3	25 (15,6%)
4	14 (8,8%)
5	9 (5,6%)
6	6 (3,8%)
7	4 (2,5%)
8	1 (0,6%)

Gráfico 62. Número de alteraciones psicológicas moderadas o graves que presentan los MEVG



En relación al sexo, el mayor porcentaje, tanto en chicos como en chicas, se ha encontrado en los que tienen 1 alteración psicológica de carácter moderado o grave (25,8% chicos y 29,6% chicas).

En los chicos el segundo porcentaje hallado ha sido el de 3 alteraciones (21,3%), el 18% presentan 4 o más alteraciones y el 18% no presenta alteración alguna de las aquí evaluadas.

En las chicas, el 21,1% no presenta ninguna alteración, si bien hay un 25,3 % que tienen 4 o más alteraciones de gravedad moderada o severa (tabla 14 y gráfico 63).

Por grupos de edad, para los niños y niñas de 6 a 11 años, el mayor porcentaje corresponde a 1 alteración (32,7%), seguido de 0 alteraciones (17,8%) y 2 alteraciones (14,9%). El 21,8% presenta 4 o más alteraciones moderadas o graves.

En los adolescentes (12-17 años), el porcentaje más alto se da en la categoría “0 problemas” (22%), seguido de 3 problemas (20,3%), y de 1 y 2 problemas (18,6% en ambos casos). El 20,4% de ellos muestra 4 o más alteraciones de gravedad moderada o severa (tabla 14 y gráfico 64).

Tabla 14. Porcentaje de menores que presentan de 0 a 8 alteraciones psicológicas moderadas o graves, por sexo y edad

Número de alteraciones	Por sexo N (%)		Por edad N (%)	
	Chicos	Chicas	6 a 11 años	12 a 17 años
0	16 (18%)	15 (21,1%)	18 (17,8%)	13 (22%)
1	23 (25,8%)	21 (29,6%)	33 (32,7%)	11 (18,6%)
2	15 (16,9%)	11 (15,5%)	15 (14,9%)	11 (18,6%)
3	19 (21,3%)	6 (8,5%)	13 (12,9%)	12 (20,3%)
4	5 (5,6%)	9 (12,7%)	7 (6,9%)	7 (11,9%)
5	4 (4,5%)	5 (7%)	8 (7,9%)	1 (1,7%)
6	4 (4,5%)	2 (2,8%)	4 (4%)	2 (3,4%)
7	3 (3,4%)	1 (1,4%)	3 (3%)	1 (1,7%)
8	0 (0%)	1 (1,4%)	0 (0%)	1 (1,7%)

Gráfico 63. Alteraciones psicológicas en chicos y chicas expuestos a violencia de género

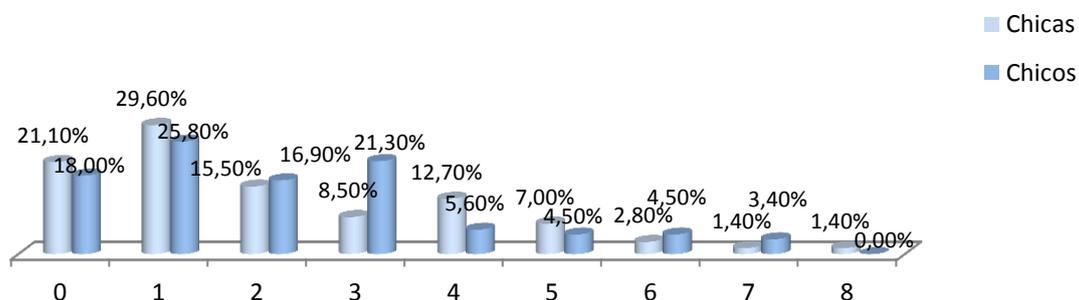
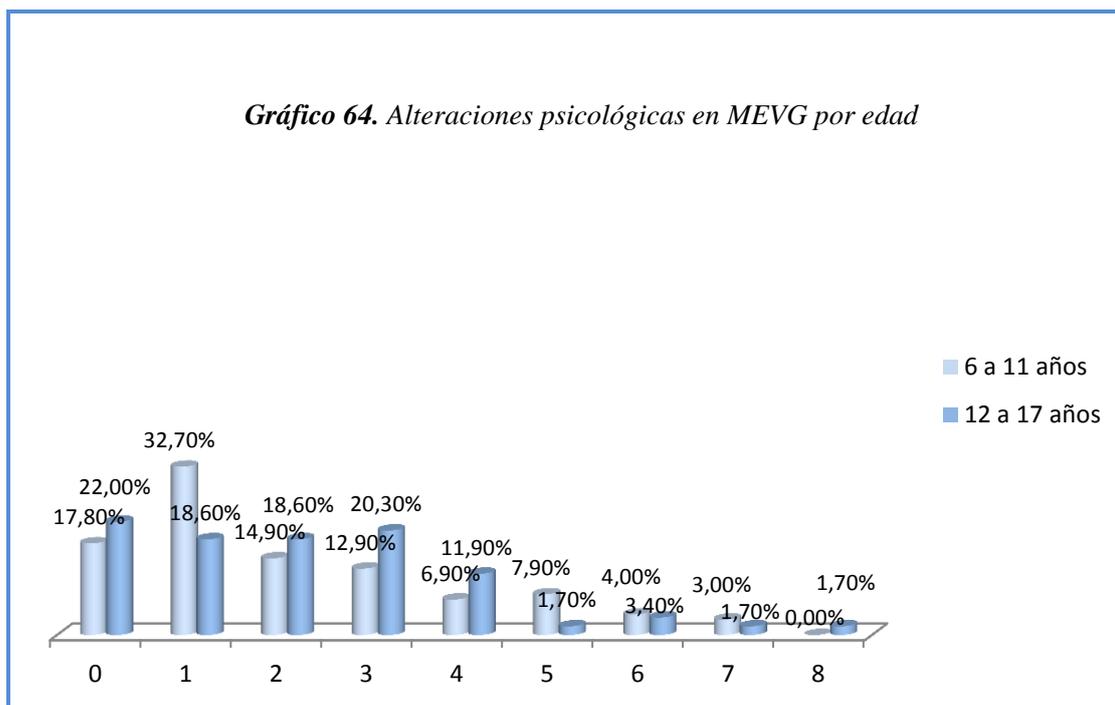


Gráfico 64. Alteraciones psicológicas en MEVG por edad



No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas por sexo en el número de alteraciones que presentan ($T(158) = 0,309$, $p = .758$) ni tampoco entre grupos de edad ($T(158) = -0,187$, $p = .852$).

4.5.3. Relación entre las alteraciones psicológicas

El porcentaje de comorbilidad más alto se encuentra entre problemas de Ansiedad/Depresión y problemas de Retraimiento/Depresión, presentes, ambas alteraciones de forma moderada o severa, en un 23,8% de los menores; un 23,1% presentan Ansiedad/Depresión y Problemas de Conducta; un 16,9% Ansiedad/Depresión y Problemas de Adaptación, y un 15% Ansiedad/Depresión y Somatizaciones.

A su vez, los Problemas de Adaptación tienen una elevada comorbilidad con Retraimiento/Depresión (14,4%) y con Problemas de Conducta (14,4%).

Ansiedad/Depresión, Retraimiento/Depresión y Problemas de Conducta, junto con Problemas de Adaptación, son las variables que presentan una asociación más frecuente con otras alteraciones psicológicas (tabla 15).

Tabla 15. MEVG que presentan dos alteraciones moderadas o graves

	Ans /Depr	Depr /Retr	Somat	P. Soc	P. Pens	P. Cond	P. Adapt
Ansiedad/Depresión	45,6						
Retraimiento	23,8	35,6					
Depresión/	15	13,1	24,4				
Somatizaciones	12,5	10,6	6,9	20			
P. Sociales	3,1	3,1	2,5	2,5	4,4		
P. Pensamiento	23,1	14,4	10,6	12,5	3,1	42,5	
P. Conducta	16,9	14,4	10,6	12,5	3,1	14,4	23,1
P. Adaptación	12,5	9,4	10,6	9,4	2,5	13,8	11,3
Otros Problemas							

**Lectura correcta: el 23,8% de los menores sufren simultáneamente ansiedad/depresión y retraimiento/depresión de carácter moderado o grave.*

Los valores de la diagonal principal indican el porcentaje de menores que sufren cada trastorno de forma moderada o grave: 45,6% presentan ansiedad/depresión

En la tabla 16 se presentan los resultados del análisis de la matriz de correlaciones con el fin de determinar la existencia de relaciones directas entre las diferentes alteraciones o trastornos. Los resultados de este análisis indican que todas las alteraciones mantienen relaciones entre sí de signo positivo (con la excepción de Retraimiento/Depresión y Problemas de Conducta, que fue prácticamente nula y no significativa).

Destacan las altas correlaciones observadas entre los Problemas de Adaptación y el resto de alteraciones: Ansiedad/Depresión ($r=.301$); Retraimiento/Depresión ($r=.304$); Somatizaciones ($r=.276$); Problemas Sociales ($r=.467$); Problemas de Pensamiento ($r=.245$); Problemas de Conducta ($r=.218$) y Otros Problemas ($r=.406$), todas ellas estadísticamente significativas

También son importantes y estadísticamente significativas las correlaciones encontradas entre "Problemas de Ansiedad/Depresión" y otras alteraciones, tales como: Retraimiento/Depresión ($r=.314$), Somatizaciones ($r=.181$), Problemas Sociales ($r=.169$) y Otros Problemas ($r=.186$).

Retraimiento/Depresión presenta correlaciones estadísticamente significativas con: Somatizaciones ($r=.216$), Problemas Sociales ($r=.183$), Problemas de Pensamiento ($r=.160$) y Otros Problemas ($r=.186$), además de con los Problemas de Adaptación ya mencionados anteriormente.

Tabla 16. Matriz de correlaciones entre los ocho diferentes tipos de alteraciones psicológicas moderadas o graves en el menor

	Ans/Dep	Retr/Depr	Somat	P. Soc.	P. Pens.	P. Cond.	P. Adapt.
Ansiedad/Depresión	1,000						
Retraimiento/Depresión	0,314**	1,000					
Somatizaciones	0,181*	0,216**	1,000				
P. Sociales	0,169*	0,183*	0,116	1,000			
P. Pensamiento	0,111	0,160*	0,163*	0,199*	1,000		
P. Conducta	0,152	-0,032	0,013	0,202*	0,125	1,000	
P. Adaptación	0,301**	0,304**	0,276**	0,467**	0,245**	0,218**	1,000
Otros probl.	0,186*	0,131*	0,348*	0,348**	0,204**	0,282**	0,406**

* $p < .05$ ** $p < .01$. Los valores que figuran en esta tabla son los coeficientes de correlación phi entre cada pareja de alteraciones

Por otra parte, se ha examinado la relación existente entre la sintomatología del TEPT y las diferentes alteraciones psicopatológicas, donde, tanto cada alteración psicopatológica, como la sintomatología de TEPT se dicotomizaron en 'bajo' (nada + baja) y 'alto' (moderada + alta).

Los resultados ponen de manifiesto una relación positiva y estadísticamente significativa entre la presencia de sintomatología de TEPT en el menor y tres alteraciones: Ansiedad/Depresión, Retraimiento/Depresión y Somatizaciones (tabla 17).

Tabla 17. Sintomatología TEPT y otras alteraciones psicológicas en MEVG

Tipo de alteración psicológica	TEPT		Phi	
	Baja	Alta		
Ansiedad/Depresión	34,6%	100%	0,492***	
Retraimiento/Depresión	29,3%	66,7%	0,292***	
Somatizaciones	21,1%	40,7%	0,172*	
Problemas sociales	20,3%	18,5%	-0,017	
Problemas de pensamiento	3,8%	7,4%	0,067	
Problemas de conducta	42,1%	44,4%	0,018	
Problemas de adaptación	21,1%	33,3%	0,109	
Otros problemas	18,8%	22,2%	0,032	

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$. Los porcentajes que figuran en la tabla indican con qué frecuencia los menores que manifiestan tener baja o alta sintomatología de TEPT presentan cada una de las otras alteraciones psicopatológicas. La prueba estadística aplicada fue la prueba Chi-cuadrado de Pearson para el análisis de tablas de contingencia

Complementando el análisis previo, en el que se encuentra que a más sintomatología TEPT hay una mayor prevalencia de alteraciones psicopatológicas, se comprobó el número medio de trastornos graves en función de si los menores presentaban sintomatología TEPT alta o baja. En este sentido, los resultados muestran que el grupo de menores con baja sintomatología TEPT presentó una media de 1,91 problemas psicopatológicos, mientras que el grupo con alta sintomatología de TEPT alcanzó una media de 3,33. Esta diferencia resultó ser estadísticamente significativa y el tamaño del efecto fue de magnitud clínicamente relevante (tabla 17). Por tanto, se puede afirmar que los menores que tienen alta sintomatología TEPT suelen tener asociados un mayor número de alteraciones psicopatológicas de carácter moderado o grave que los menores con baja sintomatología TEPT.

Confirmado este resultado se observa que, de los 31 menores que no presentan ninguna alteración psicopatológica moderada o grave, ninguno de ellos presenta sintomatología TEPT alta.

Tabla 18. Prueba T de comparación de medias entre sintomatología de TEPT alta vs. baja y número de alteraciones psicopatológicas moderadas o graves en MEVG

Sint. TEPT	N	Media	DT	T	GL	p	d
Baja	133	1,91	1,81	-3,743	158	< .001	-0,79
Alta	27	3,33	1,75				

4.5.4. Resumen

El 99,4% (todos menos uno) de los MEVG presentan alguna alteración psicológica al menos de tipo leve.

El 80,6% de los MEVG presenta alguna alteración psicológica de carácter moderado o grave, siendo la media de problemas de tipo moderado o grave de 2,15 (dt 1,87).

En general, los menores de la muestra presentan tanto sintomatología internalizante como externalizante de rango clínico siendo las alteraciones psicológicas moderadas o graves más frecuentes Ansiedad/Depresión (45,6%), Problemas de Conducta (42,5%), Retraimiento/Depresión (35,6%) y Somatizaciones (24,4%).

Por sexo, la alteración más prevalente en los chicos es de tipo externalizante (el 50,6% presentan Problemas de Conducta clínicamente significativos). Por el contrario, en las chicas, la alteración más frecuente es de tipo internalizante (46,5% presentan Ansiedad/Depresión moderada o grave).

Ansiedad/Depresión, Retraimiento/Depresión y Problemas de Conducta y Problemas de Adaptación, son las variables que presentan una asociación más frecuente con otras alteraciones psicológicas. Así, el porcentaje de comorbilidad más alto entre las alteraciones se da entre problemas de Ansiedad/Depresión y problemas de Retraimiento/Depresión, presentes, ambas alteraciones de forma moderada o severa, en un 23,8% de los menores; un 23,1% presentan Ansiedad/Depresión y Problemas de Conducta; un 16,9% Ansiedad/Depresión y Problemas de Adaptación, y un 15% Ansiedad/Depresión y Somatizaciones.

Por otra parte, en lo que respecta al grado de correlación existente entre las diferentes alteraciones psicológicas, se observa que en general todas las alteraciones mantienen relaciones entre sí de signo positivo. La alteración 'Problemas de Adaptación' presenta una correlación significativa, tanto estadística como clínica, con todas las demás alteraciones psicológicas, siendo su correlación con los Problemas Sociales la más fuerte ($r=.467$). Así mismo, los problemas de Ansiedad/Depresión presentan también correlaciones significativas con Retraimiento/Depresión, Somatizaciones, Problemas Sociales y Otros Problemas.

Con respecto al TEPT, el 31,9% de los menores presenta esta sintomatología con intensidad al menos leve. El 16,9% de los menores de la muestra presenta Estrés Postraumático de gravedad moderada o severa.

Existe una relación positiva y estadísticamente significativa entre la presencia de sintomatología de TEPT moderada o grave en el menor y tres alteraciones: Ansiedad/Depresión, Retraimiento/Depresión y Somatizaciones.

Los menores que tienen sintomatología de TEPT moderada o grave presentan un mayor número de alteraciones psicopatológicas de carácter moderado o grave (media de alteraciones 3,33) que los menores con sintomatología de TEPT baja o inexistente (media de alteraciones 1,91). Esta diferencia es estadísticamente significativa y clínicamente relevante.

4.6. RELACIÓN ENTRE LOS DIFERENTES TIPOS DE MALTRATO, NIVEL DE CONFLICTIVIDAD FAMILIAR Y PROBLEMAS PSICOLÓGICOS EN LOS MENORES ESPUESTO A VIOLENCIA DE GÉNERO

En este apartado se describen las relaciones encontradas entre el maltrato hacia la madre, la exposición de los menores a éste, el maltrato hacia el menor y la conflictividad familiar, con las alteraciones psicológicas de los menores.

La muestra se corresponde a 160 menores que han estado expuestos a violencia de género en el hogar y han sido atendidos en centros especializados por este motivo. Todos los menores de la muestra han sufrido algún tipo de maltrato, al menos de forma leve, y sólo 3 de los 160 menores no han sufrido ninguno de los 8 tipos de maltrato de forma moderada o severa.

A continuación se compara la relación que existe entre el tipo de maltrato sufrido y los trastornos psicológicos que presenta el menor.

En primer lugar, se muestra (tabla 19) el porcentaje de menores que sufren cada uno de los trastornos en algún grado (leve, moderado o grave), en función del tipo de maltrato (moderado o grave) sufrido.

Tabla 19. Relación entre los diferentes tipos de maltrato de intensidad moderada o grave y la presencia de trastornos al menos de carácter leve

Trastornos (leve+moderado+grave) Maltrato (moderado + grave)	Ansiedad/ Depresión	Retraimiento/ Depresión	Somatizaciones	Problemas Sociales	Problemas de Pensamiento	Problemas de Conducta	Problemas de Adaptación	Otros Problemas
Maltrato físico grave hacia la madre	85,7%	80,2%	49,5%	50,5%	13,2%	80,2%	68,1%	64,8%
Maltrato psicológico grave hacia la madre	84,8%	80,8%	53,0%	49,7%	15,9%	80,1%	72,8%	66,2%
Conflictividad grave en el pasado entre madre y maltratador	85,2%	78,9%	53,5%	50,0%	15,5%	80,3%	73,2%	66,2%
Conflictividad grave último año entre madre y maltratador	85,9%	78,3%	47,8%	43,5%*	13,0%	81,5%	72,8%	63,0%
Exposición grave del menor al maltrato físico hacia la madre	83,3%	77,8%	54,2%	47,2%	9,7%**	81,9%	63,9%**	63,9%
Exposición grave del menor al maltrato psicológico hacia la madre	86,5%	81,7%	53,2%	46,8%	12,7%***	80,2%	69,0%	69,0%
Negligencia Física grave	95,7%	91,3%	69,6%*	47,8%	39,1%	78,3%	82,6%	82,6%
negligencia Emocional grave	93,5%**	85,5%	61,3%*	56,5%	29,0%***	85,5%	83,9%**	75,8%*
maltrato Físico grave	93,8%	93,8%	62,5%	68,8%	18,8%	87,5%	100,0%	81,3%
maltrato Psicológico grave	89,2%	86,7%*	60,2%**	50,6%	21,7%*	83,1%	77,1%	74,7%**
TOTAL MENORES MUESTRA	85%	80%	52,5%	50%	16,3%	80%	71,9%	66,9%

Lectura correcta de la tabla: Del total de menores cuyas madres han sufrido maltrato físico de intensidad moderada o grave, el 85,7% presenta Ansiedad/Depresión, el 80,2% Retraimiento/Depresión, el 49,5% somatizaciones, etc.

*** $p < .01$ ** $p < .05$ * $p < .10$

Todos los trastornos están presentes en más del 50% de los menores salvo "Problemas de pensamiento" que tiene una incidencia del 16,3% (el escaso número de menores que presentan problemas de pensamiento -26- desaconseja realizar un análisis más detallado del mismo).

Los tres trastornos más frecuentes son la Ansiedad/depresión, los Problemas de Conducta y el Retraimiento/depresión:

- La Ansiedad/Depresión está presente en el 85% de los menores de la muestra. Entre aquellos que han sufrido algún maltrato de intensidad moderada o grave, la presencia de ansiedad/depresión supera el 90% en el caso de los menores que han sufrido negligencia física (95,7%), maltrato físico (93,8%) o negligencia emocional (93,5%) y roza el 90% entre los que han sufrido maltrato psicológico de carácter moderado o grave (89,2%).
- Los Problemas de Conducta están presentes en el 80% de los menores. De los menores que han sufrido maltrato físico de intensidad moderada o grave, el 87,5% presenta Problemas de Conducta. El porcentaje de menores afectados por este trastorno también es bastante superior a la media en el caso de los menores que han sufrido negligencia emocional (85,5%).
- El Retraimiento/depresión está presente en el 80% de los menores, alcanzando el 93,8% entre los que han sufrido maltrato físico de carácter moderado o grave, el 91,3% entre aquellos menores que han sufrido negligencia física de carácter moderado o grave, el 86,7% entre los que han sufrido maltrato psicológico de intensidad moderada o grave, y el 85,5% entre quienes han sufrido negligencia emocional moderada o grave.

Además, el porcentaje de trastornos de tipo moderado o grave sobre el total para el conjunto de menores de esta muestra, oscila entre el 29% en el caso de Otros problemas y 53,7% en el caso de la ansiedad/depresión (Tabla 20).

El vivir en un hogar en el que hay violencia de género incrementa no sólo el porcentaje de menores que sufren trastornos sino también la gravedad de éstos.

Tabla 20. Porcentaje de trastornos moderados o severos sobre el total de trastornos por tipo de maltrato

%trastornos graves/ total trastornos	Ansiedad / Depresión	Retraimiento / Depresión	Somatizaciones	Problemas Sociales	Problemas de Pensamiento	Problemas de Conducta	Problemas de Adaptación	Otros Problemas
Maltrato físico grave hacia la madre	60,3%	49,3%	51,1%	41,3%	25,0%	63,0%	35,5%	27,1%
Maltrato psicológico grave hacia la madre	56,3%	45,1%	46,3%	42,7%	29,2%	55,4%	32,7%	29,0%
Conflictividad grave en el pasado entre madre y maltratador	53,7%	45,5%	47,4%	39,4%	27,3%	53,5%	28,8%	25,5%
Conflictividad grave último año entre madre y maltratador	59,5%	43,1%	47,7%	47,5%	33,3%	60,0%	35,8%	37,9%
Exposición grave del menor al maltrato físico hacia la madre	61,7%	55,4%	56,4%	44,1%	28,6%	66,1%	43,5%	28,3%
Exposición grave del menor al maltrato psicológico hacia la madre	56,0%	47,6%	46,3%	42,4%	37,5%	62,4%	34,5%	31,0%
Negligencia Física grave	72,7%	52,4%	56,3%	54,5%	33,3%	61,1%	57,9%	21,1%
negligencia Emocional grave	63,8%	50,9%	57,9%	51,4%	27,8%	62,3%	46,2%	38,3%
maltrato Físico grave	73,3%	53,3%	60,0%	45,5%	0,0%	64,3%	37,5%	23,1%
maltrato Psicológico grave	66,2%	54,2%	54,0%	47,6%	27,8%	63,8%	42,2%	27,4%
TOTAL MENORES	53,7%	44,5%	46,4%	40,0%	26,8%	53,1%	32,2%	29,0%

Lectura correcta de la tabla: Del total de menores cuyas madres han sufrido maltrato físico de intensidad moderada o grave y presentan Ansiedad/Depresión, el 60,3% presenta Ansiedad/Depresión de tipo moderado o grave. Del total de menores cuyas madres han sufrido maltrato físico de intensidad moderada o grave y presentan Retraimiento/Depresión, el 49,3% presenta Retraimiento/Depresión de tipo moderado o grave.

Si se analiza el porcentaje de trastornos de tipo moderado o grave sobre el total, en el caso de los dos más frecuentes (Ansiedad y Problemas de Conducta):

- Para el total de menores de la muestra, la proporción de ansiedad de tipo moderado o grave sobre el total de menores que sufren ansiedad es del 53,7%. Este porcentaje es aún mayor en el caso de quienes han sufrido los distintos tipos de maltrato con intensidad moderada o grave. Así, por ejemplo, en el caso de los menores que han sufrido maltrato físico moderado o grave, el 73,3% de quienes presentan ansiedad la sufren de forma moderada o grave. La proporción de ansiedad de tipo moderado o grave sobre el total de menores que tienen ansiedad es del 72,7 % en el caso de los que han sufrido negligencia física moderada o grave, 66,2% entre quienes han sufrido maltrato psicológico, 63,8% entre quienes han padecido negligencia emocional, 61,7% entre los menores que han sufrido conflictividad familiar en el último año, o 60,3% entre aquellos cuyas madres han sufrido maltrato físico.
- El 53,1% de los menores que sufren Trastornos de conducta, presentan este trastorno con intensidad moderada o grave. Este porcentaje es aún mayor en el caso de quienes han sufrido los distintos tipos de maltrato con intensidad moderada o grave. Así, por ejemplo, en el caso de los menores que han estado expuestos de forma grave al maltrato físico hacia la madre, el 66,1% sufren Trastornos de Conducta moderados o graves. La proporción de trastornos de conducta de tipo moderado o grave sobre el total de menores que tienen trastornos de conducta es del 64,3% entre quienes han sufrido maltrato físico, 63,8% entre quienes han sufrido maltrato psicológico, o 63% entre aquellos cuyas madres han sufrido maltrato físico.

En definitiva, y tal y como puede observarse en la tabla 20, el sufrir algún tipo de maltrato de forma moderada o grave también incrementa el porcentaje de trastornos de carácter moderado o grave. Y esto es así tanto en el caso del maltrato que se sufre de forma directa como en el caso de que la madre haya sufrido maltrato o el menor haya estado expuesto al maltrato de la madre.

Por último, se analiza la relación existente entre el maltrato (moderado o grave) sufrido por el menor y la presencia de alteraciones psicológicas de carácter moderado o grave (tabla 21):

Tabla 21. Relación entre los diferentes tipos de maltrato de intensidad moderada o grave y la presencia de trastornos moderados o graves

Trastornos moderado+grave) Maltrato (moderado + grave)	Ansiedad/Depresión	Retraimiento/Depresión	Somatizaciones	Problemas Sociales	Problemas de Pensamiento	Problemas de Conducta	Problemas de Adaptación	Otros Problemas
Maltrato físico grave hacia la madre	51,6%*	39,6%	25,3%	20,9%	3,3%	50,5%**	24,2%	17,6%
Maltrato psicológico grave hacia la madre	47,7%	36,4%	24,5%	21,2%	4,6%	44,4%	23,8%	19,2%
Conflictividad grave en el pasado entre madre y maltratador	45,8%	35,9%	25,4%	19,7%	4,2%	43,0%	21,1%	16,9%
Conflictividad grave último año entre madre y maltratador	51,1%*	33,7%	22,8%	20,7%	4,3%	48,9%*	26,1%	23,9%*
Exposición grave del menor al maltrato físico hacia la madre	51,4%	43,1%*	30,6%	20,8%	2,8%	54,2%***	27,8%	18,1%
Exposición grave del menor al maltrato psicológico hacia la madre	48,4%	38,9%	24,6%	19,8%	4,8%	50,0%***	23,8%	21,4%
Negligencia Física grave	69,6%**	47,8%	39,1%*	26,1%	13,0%	47,8%	47,8%***	17,4%
negligencia Emocional grave	59,7%***	43,5%*	35,5%**	29,0%**	8,1%	53,2%**	38,7%***	29,0%**
maltrato Físico grave	68,8%*	50,0%	37,5%	31,3%	0,0%	56,3%	37,5%	18,8%
maltrato Psicológico grave	59,0%***	47,0%***	32,5%***	24,1%	6,0%	53,0%***	32,5%	20,5%
TOTAL MENORES MUESTRA	45,6%	35,6%	24,4%	20,0%	4,4%	42,5%	23,1%	19,4%

Lectura correcta de la tabla: Del total de menores cuyas madres han sufrido maltrato físico de intensidad moderada o grave, el 51,6% presenta Ansiedad/Depresión de carácter moderado o grave, el 39,6% Retraimiento/Depresión moderado o grave, el 25,3% somatizaciones de tipo moderado o grave, etc.

*** $p < .01$ ** $p < .05$ * $p < .10$

Cuando se tienen en cuenta únicamente los trastornos de carácter moderado o grave, los tres trastornos más frecuentes son de nuevo la Ansiedad/depresión (45,6% de los menores de la muestra lo sufren), los Problemas de Conducta (42,5%) y el Retraimiento/depresión (35,6%).

La presencia de estos trastornos con intensidad moderada o grave entre los menores que han sufrido cada maltrato de forma moderada o grave, es aún mayor. Por ejemplo:

En el caso de la Ansiedad/depresión, el 68,8% de los menores que han sufrido maltrato físico presentan este trastorno con intensidad moderada o grave. Lo mismo sucede con el 69,6% que han sufrido negligencia física, el 59,7% de quienes han sufrido negligencia emocional, 59% de quienes han

sufrido maltrato psicológico, 51,6% de aquellos menores cuyas madres han sufrido maltrato físico o 47,7% de los menores cuyas madres han sufrido maltrato psicológico.

Los problemas de conducta de intensidad moderada o grave se encuentran en el 56,3% de quienes han sufrido maltrato físico, 54,2% de quienes han sufrido conflictividad familiar el último año, 53,2% de quienes han sufrido negligencia emocional, 53% de quienes han sufrido maltrato psicológico, o el 50,5% de los menores cuyas madres han sufrido maltrato físico.

Tabla 22. Relación entre los diferentes tipos de maltrato de intensidad moderada o grave y la presencia de trastornos por estrés postraumático

Maltrato (moderado + grave)	TEPT (leve+ moderado+grave)	TEPT (moderado+grave)
Maltrato físico grave hacia la madre	37,4%*	23,1%**
Maltrato psicológico grave hacia la madre	32,5%	17,9%
Conflictividad grave en el pasado entre madre y maltratador	33,8%	17,6%
Conflictividad grave último año entre madre y maltratador	29,3%	17,4%
Exposición grave del menor al maltrato físico hacia la madre	34,7%	23,6%**
Exposición grave del menor al maltrato psicológico hacia la madre	34,1%	17,5%
Negligencia Física grave	52,2%**	26,1%
negligencia Emocional grave	45,2%**	25,8%**
maltrato Físico grave	62,5%***	37,5%
maltrato Psicológico grave	43,4%***	22,9%**
TOTAL MENORES MUESTRA	31,9%	16,9%

*** $p < .01$ ** $p < .05$ * $p < .10$

El 31,9% de los menores de la muestra sufren algún grado de TEPT (tabla 22). Cuando estos menores han sufrido algún maltrato de forma moderada o grave, la incidencia del TEPT es aún mayor estando presente en el 62,5% de los que han sufrido maltrato físico, 52,2% de los menores que han sufrido negligencia física, 45,2% de los que han sufrido negligencia emocional o 43,4% de quienes han padecido maltrato psicológico.

El 16,9% de los menores de la muestra tienen TEPT moderado o grave y, de nuevo, la presencia de éste es mayor entre quienes han sufrido algún maltrato grave o moderado. Por ejemplo, el 37,5% de quienes han sufrido maltrato físico, 26,1% de los que han sufrido negligencia física grave, 25,8% en el caso de la negligencia emocional grave o 23,1% cuando la madre ha sufrido maltrato físico grave.

5. CONCLUSIONES

En este estudio participaron cuatro CCAA: Baleares, La Rioja, Castilla La Mancha y Murcia. Los datos analizados fueron proporcionados por los profesionales de la psicología que atienden a los MEVG que presentan problemas.

La muestra se corresponde a 160 menores que han estado expuestos a violencia de género en el hogar y han sido atendidos en centros especializados por este motivo. Las edades de estos menores están comprendidas entre los 6 y 17 años, con una edad media de 10,6 (dt 2,9) siendo el 55,6% chicos y el 44,4% chicas.

El 98,7% de los menores convive con su madre biológica.

La muestra de madres estuvo formada por 112 mujeres, con edades comprendidas entre 23 y 54 años, y una edad media de 38,5. Todas ellas han sido víctimas de violencia de género por parte de su pareja o expareja, y han sido atendidas en servicios especializados de violencia de género.

El 76,6% de estas madres ha interpuesto alguna denuncia por violencia de género, de las cuales en un 82,4% ha habido orden de alejamiento, aunque en el 46,9% de las ocasiones el maltratador la ha incumplido. El 12% de las madres han estado en un hogar de acogida con sus hijos. En el 90,1% de los casos el maltratador es el padre biológico de los menores que componen la muestra de este estudio.

El 77,5% de estas mujeres no tiene pareja estable en la actualidad.

El 75% de las madres del estudio eran de nacionalidad española, así como también el 80% de los padres maltratadores. El 60,3% de las madres tenía un nivel socioeconómico bajo o muy bajo.

El 64% de las madres estaban separadas o divorciadas de su maltratador y el 24% en trámites de separación.

En el 97% de los casos, la patria potestad del menor estaba compartida entre la madre y el padre. Sin embargo, el 93% de las madres ostentaba la custodia y en el 5% de los casos el régimen era de custodia compartida. En un 37,4% de los casos se encontraban tramitando un procedimiento legal en relación a sus hijos e hijas (custodia, visitas, pensión alimenticia, etc.). Un 69,1% de los padres biológicos maltratadores no cumplía con el pago de la pensión por sus hijos e hijas. En el 84,7% de los

casos el padre maltratador disponía de un régimen de visitas, de los cuales el 13,3% era con tutela, y el 61% de los padres cumplía regularmente con dicho régimen de visitas.

El 60,3% de las madres ha convivido con su maltratador durante más de 10 años. En cuanto al tipo de maltrato que han sufrido las madres, el 56,7% han sufrido maltrato físico moderado o severo y el 36% leve, con una duración media de 7,74 años.

El 100% de las madres ha sufrido maltrato psicológico siendo éste moderado o severo en el 93,6% de los casos. Su duración media ha sido de 9,17 años.

En el 89,3% de los casos se mantenía una conflictividad continua entre la madre y su agresor hasta hace 1 año y en un 57,8% en el último año. Esta conflictividad afectaba al 81% de los menores hasta hace 1 año, y a un 57% en el último año.

El 42,5% de los menores ha estado conviviendo con la persona que ha maltratado a su madre entre 6 y 10 años, el 33,7% ha convivido con el maltratador durante más de 10 años. En la actualidad, el 94,9% no conviven con el maltratador.

Todos los menores de la muestra han sufrido algún tipo de maltrato, al menos de forma leve, y sólo 3 de los 160 menores no han sufrido ninguno de los 8 tipos de maltrato de forma moderada o severa.

El 74,1% de los menores ha estado expuesto al maltrato físico sufrido por la madre siendo el porcentaje de menores expuestos de forma moderada o grave del 45,2%.

El 99,3% de los menores ha estado expuesto al maltrato psicológico sufrido por la madre, siendo esta exposición moderada o grave en el 80,2% de los casos. De los menores expuestos a este maltrato psicológico, el 52% lo ha estado durante más de 5 años, con una duración media de 6,8 años.

El 91,8% de los menores ha estado presente durante los episodios de maltrato psicológico, el 96,2% ha escuchado algún episodio mientras ocurría, el 98,1% ha escuchado conversaciones sobre el episodio, el 92,5% ha observado las consecuencias inmediatas del episodio, y el 98,1% ha experimentado las secuelas del episodio

El 51,6% de los menores se ha alejado del lugar del conflicto, el 42% se ha quedado paralizado, un 16,6% ha pedido ayuda y un 38,9% ha sido agredido por el maltratador durante episodios concretos de conflicto.

En cuanto al maltrato directo sufrido por el menor, un 43% ha sufrido negligencia física al menos leve por parte del maltratador, con una duración media de 7,3 años. El 47% la siguen padeciendo.

El 64,9% de los menores ha sufrido negligencia emocional al menos leve, con una duración media de 7 años, y el 69,3% ha seguido sufriendo este maltrato durante el último año.

Con respecto al maltrato físico, el 37,9% de los menores ha sufrido algún episodio de esta índole, con una duración media de 7,6 años. De estos, el 33,7% lo sigue padeciendo.

El 79,7% de los menores de este estudio ha sido víctima de maltrato psicológico, con una media de 6,7 años, y el 61% de ellos lo ha seguido sufriendo durante el último año.

Existe una alta relación entre los 8 tipos de maltrato analizados.

El 99,4% de los menores presentan alguna alteración psicológica al menos leve y el 80,6% presentan al menos una alteración psicológica moderada o grave. El 43,8% presentan 1 o 2 alteraciones moderadas o graves y el 36,8% tres o más de las ocho alteraciones psicológicas evaluadas.

Para poder analizar si la exposición a la violencia de género tiene consecuencias negativas sobre la salud mental de los menores, es necesario comparar la prevalencia de trastornos psicopatológicos en menores expuestos a violencia de género y menores no expuestos.

Según la Organización Mundial de la Salud, se estima que entre el 10% y el 20% de la población infantil presenta algún trastorno psicológico, porcentajes muy inferiores a la prevalencia de trastornos en los menores expuestos a violencia de género hallados en este estudio (99,4% tienen algún trastorno al menos leve y 80,6% algún trastorno moderado o grave).

Por otra parte, en el caso de la población infantil general el 90% de los trastornos son de tipo leve y el 10% de tipo moderado o grave. En cambio, entre los menores expuestos a la violencia de género, el porcentaje de trastornos de tipo moderado o grave sobre el total de menores que presentan algún trastorno es de un 81,1%.

En esta muestra, todos los trastornos están presentes, al menos en forma leve, en más del 50% de los menores salvo "Problemas de pensamiento".

Además, el porcentaje de trastornos de tipo moderado o grave sobre el total de trastornos, para el conjunto de menores de esta muestra oscilan entre el 29% en el caso de Otros problemas y 53,7% en el caso de la Ansiedad/depresión. El vivir en un hogar en el que hay violencia de género incrementa no sólo el porcentaje de menores que sufren trastornos sino también la gravedad de éstos.

Los MEVG presentaron las siguientes alteraciones con intensidad moderada o grave: 45,6% Problemas de Ansiedad/Depresión; 42,5% Problemas de Conducta; 35,6% Retraimiento/Depresión; 24,4% Somatizaciones; 23,1% Problemas de Adaptación, 20% Problemas Sociales; 19,4% Otros Problemas y 4,4% Problemas de Pensamiento.

No se observaron en estas prevalencias diferencias relevantes entre chicos y chicas, con la excepción de los Problemas de Conducta, donde los chicos presentaron una prevalencia del 50,6% frente al 32,4% de las chicas.

Los Problemas de Ansiedad/Depresión y de Retraimiento/Depresión presentan la comorbilidad más alta, lo que indica que la sintomatología que más caracteriza a este colectivo es de tipo depresivo. Al mismo tiempo, se observó también una elevada comorbilidad entre Problemas de Conducta y de Ansiedad/Depresión. Por tanto los MEVG presentan sintomatología depresiva junto a sintomatología ansiosa y a problemas de conducta.

En relación a la sintomatología de Estrés Postraumático (TEPT), se observó una prevalencia del 31,9%, 16,9% si sólo se tiene en cuenta esta sintomatología cuando su intensidad es moderada o severa. En general, la tendencia encontrada ha sido que la sintomatología grave de TEPT incrementa la probabilidad de sufrir cualquier otra alteración psicológica, pero en especial los Problemas de Ansiedad/Depresión, Retraimiento/Depresión y Somatizaciones.

Además, los menores con TEPT moderado o severo presentan de media 3,33 trastornos moderados o graves frente a los 1,91 de los menores que no sufren TEPT o lo padecen de forma leve.

Por último, el sufrir algún tipo de maltrato de forma moderada o grave también incrementa el porcentaje de trastornos de carácter moderado o grave. Y esto es así tanto en el caso del maltrato que se sufre de forma directa como en el caso de que la madre haya sufrido maltrato o el menor haya estado expuesto al maltrato de la madre.

La incidencia de TEPT también aumenta entre quienes han sufrido algún maltrato grave o moderado.

Los resultados muestran la gravedad de las consecuencias de la exposición a la violencia de género en los niños y niñas, comparables a los encontrados en maltrato infantil directo en menores tutelados, y muy superiores a las tasas de prevalencia encontradas en población infantil general y en población clínica.

Los datos ponen de relieve la necesidad de considerar la exposición a violencia de género como un tipo de maltrato infantil directo.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Achenbach, T. M. (1978). The Child Behavior Profile: I. Boys aged 6–11. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 478–488.
- Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991a). *Manual for the Child Behavior Checklist and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991c). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. (1993). *Empirically based taxonomy: How to use syndromes and profile types derived from the CBCL/4-18, TRF and YSR*. University of Vermont: Burlington.
- 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.
- Agosta, C. y Colombo, R. (2005). *Mi cuerpo me pertenece*. Buenos Aires: Cauquén.
- Agosta, C., Barilari, Z. y Colombo, R. (2005). *Abuso y maltrato infantil. Inventario de frases revisado*. Buenos Aires, Cauquén.
- Aláez, M., Martínez-Arias, R. y Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12 (4), 525-532.
- Alcántara, M. (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., 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.
- Alday, J., Alonso, V., Fernández-Calatrava, B., García-Baró, R., González-Juárez, C., Pérez-Pérez, E., y Poza, A. (2005). Variaciones del consumo de recursos ambulatorios en la atención especializada de salud mental a niños y adolescentes. *Gaceta Sanitaria*, 19, 448-455.

- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4^a ed. rev.)*. Washington, DC: APA.
- Babcock, R. L. y DePrince, A. P. (2012). Childhood betrayal trauma and self-blame appraisals among survivors of intimate partner abuse. *Journal of Trauma & Dissociation*, 13 (5), 526-538.
- Bair-Meritt, 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.
- Bayarri, E., Ezpeleta, L. y Granero, R. (2011). Exposure to intimate partner violence, psychopathology, and functional impairment in children and adolescents: moderator effect of sex and age. *Journal of Family Violence*, 26 (7), 535-543.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D. y Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Helplessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865
- Bender, L. (1938). *A Visual Motor Gestalt Test and Its Clinical Use. Research Monograph*, 3. Nueva York: American Orthopsychiatric Association.
- Berciano, M. J. (2011) (Coord.). *BALORA, Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo y desamparo en los Servicios Sociales Municipales y Territoriales de Atención a la Infancia y Adolescencia en la Comunidad Autónoma Vasca*. Dirección de Servicios Sociales, Departamento de Empleo y Asuntos Sociales, Gobierno Vasco.
- Blanco, A., Díaz, D., Gaborit, M. y Amaris, M.C. (2010). El sentido del mundo y el significado del yo: Inventario de Cogniciones Postraumáticas (ICPT) en población hispana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42 (1), 97-110.
- Blasco, C., Savall, Sánchez y Martínez, M. (2002). *Violencia de pareja: Papel del sistema sanitario jurídico y social en la recuperación de la salud integral de la mujer víctima*. Congreso Internacional de Violencia de Género Medidas y Propuestas para los 27. Comunidad Valenciana 2007.
- Bobes, J., Calcedo-Barba, A., García, M., François, M., Rico-Villademoros, E., González, M. P., Bascarán, M. T., Bousoño, M. y Grupo español de trabajo para el estudio del trastorno por estrés postraumático (2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28 (4), 207-18.
- Briere, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children: Professional Manual*. Florida: Psychological Assessment Resources Inc.

- 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, 1-8.
- Buck, J. (2008). H-T-P (Casa-árbol-persona). *Técnica proyectiva de dibujo manual y guía de interpretación*. España: TEA ediciones.
- Caballo, V. (1997). Cuestionario Exploratorio de Personalidad. CEPER. *Revista Conductual*, 9, (3). 560-562.
- Cáceres, J. (2002). Análisis cuantitativo y cualitativo de la violencia doméstica en la pareja. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 61, 57-67.
- Capafóns, A. y Silva, S. (1985). *CACIA Cuestionario de Autocontrol infantil y adolescente*. Madrid, España: TEA ediciones.
- 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.
- Cattell, R. B. Eber, H. W. y Tatsuoka, M. M. (1970). *Handbook for the Sixteen Personality Factor Questionnaire*. Champaign, IL: Institute for Personality and Ability Testing.
- Cid, J., Tejero, A. y Torrubia, R. (1997). *Adaptación española del Cuestionario de Esquemas de Young* (Spanish version of the Young Schema Questionnaire). Manuscrito no publicado.
- Cohen J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Colombo, R. (2009). *El juego de las interrelaciones familiares. Aplicación en clínica y en evaluación*. Buenos Aires: Cauquén.
- Colombo, R. Barilari, Z. y Agosta. C. (2006). *Abuso y maltrato infantil. Indicadores de abuso y maltrato infantil en la prueba gráfica "Persona bajo la lluvia"*. Buenos Aires: Cauquén.
- Conde, V. y Sánchez de Vega (1969). La Escala Autoaplicada para la depresión de Zung. *Archivos de Neurobiología*, 32, 535-558.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Landtree, Ch., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liataud, J., Mallah, K., Olafson, E. y van der Kolk, B. (2005). Complex Trauma in Children and Adolescent. *Psychiatric Annals*, 35 (5), 390-398.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, Inc.

- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A. y Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64, 577–584.
- 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.
- Corman, L. (1967). *El test del dibujo de la familia*. Buenos Aires. Kapelusz.
- Corman, L. (2001) *Test de Pata Negra: Manual*. Madrid: TEA Ediciones S.A.
- Davidson, J. R. T., Book, S.W., Colket, J.T., Tupler, L. A., Roth, S., David, D., Hertzberg, M., Mellman, T., Beckham, J. C., Smith, R. D., Davison, R. M., Katz, R., y Feldman, M. E. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 27, 153-160.
- Defensor del Menor de Andalucía (2012). *Informe Anual 2012*. <http://www.defensordelpuebloandaluz.es/>
- Del Barrio, V., Moreno, C. y López, R. (1999). Childrens´ s Depression Inventory (Kovacs, 1992) en población española. *Clínica y Salud*, 4, 25-32.
- Del Barrio, V., Spielberger, C. D. y Aluja, A. (2005). *STAXI-NA. Inventario de expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.
- Del Barrio, V. (2012). Los trastornos psicológicos en niños reciben escasa atención en nuestro sistema sanitario. Entrevista en Revista Infocop. http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4109.
- Delegación del gobierno para la Violencia de Género (2015). *Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015: Avance de resultados*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- <http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/publicaciones/estudiosinvestigaciones/home.htm>
- Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2014). *Víctimas mortales por violencia de género*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2015). *Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015: Avance de Resultados*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Dubner, A. E. y Motta, R. W. (1999). Sexually and physically abused foster care children and posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 367–373.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1987). Registro de Conductas Objetivo. En Labrador, F.J., Cruzado, J. A. y Muñoz, M. *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*. Madrid. Pirámide.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1987). *Escala de percepción global de cambio*. Manuscrito no publicado.

- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Zubizarreta, I. y Sarasúa, B. (1997b). Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 503-526.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Elklit, A. (2002). Victimization and PTSD in a Danish national youth probability sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 174–181.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, S. B. G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. London: Hodder & Stoughton.
- Ezpeleta, L., Osa, N. de la, Doménech, J. M., Navarro, J. B. y Losilla, J. M. (1997). Fiabilidad test-retest de la adaptación española de la Diagnostic Interview for Children and Adolescents – DICA-R. *Psicothema*, 9, 529-539.
- Ezpeleta, L., Osa, N. de la, Júdez, J., Doménech, J. M., Navarro, J. B. y Losilla, J. M. (1997). Diagnostic agreement between clinician and the Diagnostic Interview for Children and Adolescents – DICA-R in a Spanish outpatient sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 431-440.
- Ezpeleta, L., Granero, R., Osa N. de la, Doménech, J. M. y Guillamón, N. (2002). Perception of need of health and use services in children and adolescents. Do they share the same predictors? *Psicothema*, 14, 532-539.
- Famularo, R., Fenton, T., Kinscherff, R. y Augustyn, M. (1996). Psychiatric comorbidity in childhood posttraumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect*, 20, 953-961.
- Feixas, G., Pucurull, O., Roca, C., Paz, C., García-Grau, E. y Bados, A. (2012). Escala de satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4): la versión en español. *Revista de Psicoterapia*, XXIII (89), 51-58.
- 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 (AEPCP). Documento no publicado.
- Fernández- Molina, M., Del Valle, J., Fuentes, J., Bernedo, I. M. y Bravo, A. (2011). Problemas de conducta de los adolescentes en acogimiento preadoptivo, residencial y con familia extensa. *Psicothema*, 23 (1), 1-6.

- Foa, E., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F. y Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): *Development and validation. Psychological Assessment, 11*, 303-314.
- 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*, 376-384.
- Furtado, L., Carvalhaes, R. y Goncalves, S. (2009). Violencia e transtorno de estresse pos-traumatico na infancia. *Ciência y Saúde Coletiva, 14* (2), 417-433.
- Giaconia, R. M., Reinherz, H. Z., Silverman, A. B., Pakiz, B., Frost, A. K. y Cohen, E. (1995). Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34* (10), 1369-1380.
- Gillis, J. S. (1980). *CAS: Cuestionario de Ansiedad Infantil*. Madrid: TEA.
- Graham-Bermann, S. A., Gruber, G., Howell, K. H. y Girz, L. (2009). Factors discriminating among profiles of resilience and psychopathology in children exposed to intimate partner violence (IPV). *Child Abuse & Neglect, 33* (9), 648-660.
- Granero, R. y Ezpeleta, L. (1997). *Entrevista diagnóstica para niños y adolescentes (EDNA-IV) [Computer program]*. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Grau, J. y Portero, D. (1978). *Confección de una escala para evaluar la ansiedad patológica: la EAP*. Reporte de investigación, Facultad de Psicología de la Universidad Central.
- Grych, J., Jouriles, E., Swank, P., McDonald, R. y Norwood, W. (2000). Patterns of adjustment among children of battered women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68* (1), 84-94.
- Hammer E. (1997). *Tests proyectivos gráficos*. 2ª ed. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Harter, S. y Pike, R. (1984). The Pictorial Scale of Perceived Competence and Social Acceptance for young children. *Child Development, 55*, 1969-1982.
- Hazen, A. L., Connelly, C. D., Kelleher, K. J., Barth, R. P., y Landsverk, J. A. (2006). Female caregiver's experiences with intimate partner violence and behavior problems in children investigated as victims of maltreatment. *Pediatrics, 117*, 99-109.
- Hernández, P. (1983). TAMAI. *Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil*. Manual. Madrid: TEA Publicaciones de Psicología Aplicada.
- Hoksbergen, R. A. C., ter Laak, J., van Dijkum, C., Rijk, S., Rijk, K. y Stoutjesdijk, F. (2003). Posttraumatic Stress Disorder in Adopted Children from Romani. *American Journal of Orthopsychiatry, 73* (3), 255-265.

- Hudson, W. W., y McIntosh, S. R. (1981). The assessment of spouse abuse: Two quantifiable dimensions. *Journal of Marriage and the Family*, 43, 873-888.
- Huth-Bocks, A. C., Levendosky, A. A. y Semel, M. A. (2001). The direct and indirect effects of domestic violence on young children's intellectual functioning. *Journal of Family Violence*, 16, 269-290.
- 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*, 3, 290-298.
- Kaplan, H. y Sadock, B. (2003). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry*. Tenth edition. P 623-636.
- Kernick, M., Wolf, M., Holt, V., McKnight, B., Huebner, C. y Rivara, F. (2003). Behavioral problems among children whose mothers are abused by an intimate partner. *Child Abuse and Neglect*, 27, 1231-1246.
- Kilpatrick, 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.
- 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.
- Knickerbocker, L., Heyman, R.E., Slep, A.M., Jouriles, E. N. y McDonald, R. (2007). Co-occurrence of child and partner maltreatment: Definitions, prevalence, theory, and implications for assessment. *European Psychologist*, 12, 36-44.
- 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*, Online First.
- Lamers-Winkelmann, F., De Schipper J. C., y Oosterman, M. (2012). Children's physical health complaints after exposure to intimate partner violence. *British Journal of Health Psychology*, 17 (4), 771-84.
- Lang, M. y Tisher, M. (1997). *CDS: Cuestionario de depresión para niños*. Madrid: TEA ediciones.
- Larsen, D., Attkisson, C., Hargreaves, W. y Nguyen, T. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.
- Lehmann, P. (1997). The development of posttraumatic stress disorder (PTSD) in a sample of child witnesses to mother assault. *Journal of Family Violence*, 12, 241-257.

- Lemos, S. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del Psicólogo*, 24, 19-28.
- Lemmy, D., McFarlane, J., Willson, P. y Malecha, A. (2001). Intimate partner violence. Mothers' perspectives of effects on children. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 26, 98-103.
- López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13 (3), 159-174.
- López-Soler, C., Castro, M., Daset, L., Alcántara, M., Fernández, V., Prieto, M. y Puerto, J. C. (2008). Consecuencias del maltrato grave en la infancia: conceptualización y diagnóstico de las reacciones postraumáticas complejas. *Revista Ciencias Psicológicas*, II (2), 103-119.
- López-Soler, C., 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.
- López-Soler, C. y Paredes, A. (2013). *Salud mental en menores pediátricos: psicopatología empírica*. Trabajo Fin de Máster, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia.
- López-Soler, C., Castro, M., Alcántara, M., López-García, J. J. y Fernández, V. (Youth Services Review, en prensa). Prevalence of Post-traumatic Stress Disorder in Spanish children victims of domestic abuse: direct versus exposure to intimate partner violence.
- Lozano, L. García-Cueto, E. y Lozano, L. M. (2007). *CECAD. Cuestionario educativo-clínico: ansiedad y depresión*. Madrid: TEA Ediciones.
- Lubit, R. (2006). *Posttraumatic stress disorder in children*. Retrieved from <http://www.emedicine.com/pe/topic3026.html>.
- Machover, K. (1973). *Test figura Humana de Karen Machover*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Majdalani, M. P., Alemán, M., Fayanás, R., Guedes, A., y Mejía, R. M. (2005). Validación de un cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género en las consultas clínicas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17 (2), 79-83.
- Matud, M. P., Carballeira, M., y Marrero, R. J. (2003). Validación de un inventario de valuación del maltrato a la mujer por su pareja: el APCM. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 1, 5-17.
- McCloskey, L. A. y Walker, M. (2000). Posttraumatic stress in children exposed to family violence and single-event trauma. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39 (1), 108-115.

- McLaughlin, K. A., Green, J. G., 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): II. Associations with persistence of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry*, 62, 124–132.
- Meltzer, H., Doos, L., Vostanis, P., Ford, T. y Goodman, R. (2009). The mental health of children who witness domestic violence. *Child and Family Social Work*, 14, 491-501.
- Mertin, P. y Mohr, P. B. (2002). Incidence and correlates of posttraumatic symptoms in children from backgrounds of domestic violence. *Violence and Victims*, 17, 555-567.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer 2013-2016 (2013)*. Centro de Publicaciones.
- National Child Traumatic Stress Network (2003). *Complex Trauma in Children and Adolescents*. In Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J. y van der Kolk, B. (Ed). White Paper from the National Child Traumatic Stress Network Complex Trauma Task Force.
- National Center for PTSD (2006). *Fact Sheet and Child Measures* http://www.ncptsd.vagov/fact/specific/fs_children.html.
- Navarro-Pardo, E., Meléndez, Meléndez, J. C., Sales, A. y Sancerni, M. D. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema*, 24 (3), 377-383.
- Newborg, J., Stock, J. R. y Wnek, L. (1996). *Inventario de Desarrollo Batelle*. Madrid: TEA Ediciones.
- Nguyen, T. D. y Larsen, S. (2012). Prevalence of children witnessing parental violence. *Review of European Studies*, 1 (4), 148-154.
- Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. *IV Informe anual del observatorio estatal de violencia sobre la mujer: Informe Ejecutivo*. http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/publicaciones/observatorioestatalVM/InformesAnuales/Informes_anuales/IV_Informe_Anual.htm.
- 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.
- Oliván Gonzalvo, G. (2004). *Niños adoptados en otros países y su adaptación al nuevo entorno*. Universidad Internacional de Cataluña: Facultad de Periodismo Especializado.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª Rev. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*. Madrid: MEDITOR.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: OMS.

- Osofsky, J. D. (1995). Children who witness intimate partner violence: The invisible victims. *Social Policy Report: The Society for Research in Child Development*, 9 (3), 1-16.
- Oswald, S., Fegert, J. y Goldbeck, L. (2010). Post-traumatic stress symptoms in Foster children following maltreatment and neglect. *Verhaltenstherapie*, 20,37-44.
- Parellada, J., San Sebastián, J. y Martínez, R. (2009). *ESPERI: Cuestionario para detección de los trastornos del conocimiento en niños y adolescentes*. Instituto de orientación psicológica. Madrid: Editorial EOS.
- Patró, R. y Liminana, R. M. (2005). Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales de psicología*, 21 (1), 11-17.
- Pedreira, J. L., y Sardinero, E. (1996). Prevalencia de trastornos mentales de la infancia en Atención Primaria Pediátrica. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 24, 173-190.
- Piotrowski, C. C. (2011). Patterns of adjustment among siblings exposed to intimate partner violence. *Journal of Family Psychology* 1 (25), 19–28.
- 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.
- Pynoos, R. S. (2002). *Child Post Traumatic Stress – Reaction Index (CPTS-RI)*. Available from Robert Pynoos, MD. Trauma Psychiatry Service ULCA Medical Plaza. Los Angeles.
- Ramos, E., De la Peña, E. M., Luzón, J. M. y Recio, P. (2011). *Andalucía detecta-Andalucía interviene. Impacto de la Exposición a Violencia de Género en Menores. Resultados y Recomendaciones*. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer.
- Raven, J. C., Court, J. y Raven J. (1993). *Test de matrices progresivas. Escalas coloreada, general y avanzada: manual*. Buenos Aires: Paidós.
- Reich, W., Shayka, J. J. y Taibleson, Ch. (1991). *Diagnostic Interview Schedule for Children and Adolescent -DICA-R (L. Ezpeleta, Trans.)*. Unpublished manuscript, Washington University, Division of Child Psychiatry.
- Reich, W., Leacock, N. y Shanfeld, C. (1994). *Diagnostic Interview for children and adolescent-revised (DICA-R)*. St. Louis M.O.: Washington University.
- Reich, W., Leacok, N. y Shanfeld, K. (1997). *DICA-IV Diagnostic Interview for Children and Adolescents – IV (Computer Software)*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems, Inc.
- Reynolds, C. R. y Kamphaus, R. W. (1992). *BASC – Behavioral Assessment System for Children Manual*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Richters, J. E. y Martínez, P. (1990). *Things I have seen and heard: A structured interview for assessing young children's violence exposure*. Washington, DC: National Institute of Mental Health.

- Roberts, A. L., McLaughlin, K. A., Conron, K. J. y Koenen, K. C. (2011). Adulthood stressors, history of childhood adversity, and risk of perpetration of intimate partner violence. *American Journal of Preventive Medicine*, 40 (2), 128–138.
- 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). Ed. Limencop, S.L.
- Sainero, A., Bravo, A., y Fernandez del Valle, J. (2013). Examining needs and referrals to mental health services for children in residential care in Spain: an empirical study in an autonomous community. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, <http://dx.doi.org/10.1177/1063426612470517>.
- Sarasúa, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E. y Corral, P. (1996). Perfil psicológico del maltratador a la mujer en el hogar. En E. Echeburúa (Dir.), *Personalidades Violentas* (111-128). Madrid: Pirámide.
- 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.
- Seisdedos, N. (1990). *Cuestionario de Autoevaluación de la ansiedad STAIC*. Madrid. TEA Ediciones S.A.
- Silva, F. y Martorell, M. C. (1989). *BAS-1,2: Batería de Socialización*. Madrid: TEA ediciones.
- Skopp, N. A., McDonald, R., Manke, B. y Jouriles, E. (2005). Siblings in domestically violent families: experiences of interparent conflict and adjustment problems. *Journal of Family Psychology*, 19, 324-333.
- 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 Interpersonal Violence*. 26 (1), 111–136.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). *STAI manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1982). *Cuestionario de ansiedad Estado – Rasgo para niños, STAIC*. Madrid. TEA Ediciones.
- Sterneberg, K. J., Baradaran, L. P, Abbot, C. B., Lamb, M. E. y Guterman, E. E. (2006). Type of violence, age and gender differences in the effects of family violence on children's behavior problems: A mega-analysis. *Development Review*, 26, 89-112.
- Turner, R. J. y Lloyd, D. A. (1995). Leftime traumas and mental health: the significance of acumulative adversity. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 360-376.
- Unitat' Epidemiologia i de Diagnòstic en Psicopatologia del Desenvolupament -UAB- y Servicio de Psicología Aplicada -UNED (2010). *Baremos para CBCL 6-18 (2001)*. Población española. http://www.ued.uab.cat/pub/Baremos_espanoles_CBCL6-18.pdf.

- Van der Kolk, B.A. (2005). Child Abuse and Victimization. *Psychiatric Annals*, 35 (3), 374-378.
- Van der Kolk, B. A., Pynoos, R. S., Cicchetti, D., Cloitre, M., D'Andrea, W., Ford, J. D., Lieberman, A. F., Putnan, F. W., Saxe, G., Spinazzola, J., Stolbach, B. C. y Teicher, M. (2009). *Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V*. This article is the proposition submitted to the APA'S DSM-5 committee.
- Walker, L. E. (1979). *The battered woman*. New York, NY: Harper & Row.
- Walker, L. E. (1984). *The battered woman syndrome*. New York, NY: Springer.
- Wolfe, V. V. y Lehmann, P. (1992). The Children's Impact of Traumatic Events Scale- Family Violence Form (CITES-FVF). Unpublished assessment instrument, Children's Hospital of Western Ontario.
- Wood, S. L. y Sommers, M. S. (2011). Consequences of intimate partner violence on child witnesses: a systematic review of the literature. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 24, 223–36.
- Young, J. E. y Brown, G. (1994). Young Schema Questionnaire (2^a ed.). En J. E. Young (1994), *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (ed. rev.). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange
- Young, J. E., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, M., van Vreeswijk, M y Klokman, J. (2008). *Schema Mode Inventory*. Schema Therapy Institute, 130 West 42nd St., Ste. 501, New York, NY 10036.
- Yount, K. M., Pham, H. T., Minh, T. H., Krause, K. H., Schuler, S. R., Anh, H. T., VanderEnde, K. y Kramer, M. R. (2014). Violence in childhood, attitudes about partner violence, and partner violence perpetration among men in Vietnam. *Annals of Epidemiology*, 24, 333-339.
- Zung, W. W. K. y Dirham, N.C. (1965). A Self-Rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.

7. ANEXOS

7.1. ANEXO 1: LISTADO DE ARTÍCULOS SOBRE MEVG PUBLICADOS ENTRE 2010-2014

Se ha realizado una búsqueda sobre MEVG en las principales bases de datos sobre estudios en psicología, como Medline, Pubmed, Psycodoc, Psycinfo, PsycARTICLES y PsycCRITIQUES. Algunos de los artículos más significativos aparecen en la siguiente tabla.

Alcántara, M., 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.

Almas, A. N., Phillips, D. A., Henderson, H. A., Hane, A. A., Degnan, K. A., Moas, O. L., y Fox, N. A. (2011). The relations between infant negative reactivity, non-maternal childcare, and children's interactions with familiar and unfamiliar peers. *Social Development*, 20 (4), 718-740.

Babcock, R. L. y DePrince, A. P. (2012). Childhood betrayal trauma and self-blame appraisals among survivors of intimate partner abuse. *Journal of Trauma & Dissociation*, 13, 526-538.

Babcock, R. L. y DePrince, A. P. (2013). Factors contributing to ongoing intimate partner abuse: childhood betrayal trauma and dependence on one's perpetrator. *Journal of Interpersonal Violence*, 28 (7), 1385-1402.

Bayarri, E., Ezpeleta, L. y Granero, R. (2011). Exposure to intimate partner violence, psychopathology, and functional impairment in children and adolescents: moderator effect of sex and age. *Journal of Family Violence*, 26 (7), 535-543.

Buchanan, F., Power, C. y Verity, F. (2013). Domestic violence and the place of fear in mother/baby relationships: "what was I afraid of? Of making it worse". *Journal of Interpersonal Violence*, 6, 1- 22.

De la Vega, A., de la Osa, N., Ezpeleta, L., Granero, R. y Doménech, J. M. (2011). Differential effects of psychological maltreatment on children of mothers exposed to intimate partner violence. *Child Abuse & Neglect*, 35, 524-531.

De la Vega, A., de la Osa, N., Granero, R. y Ezpeleta, L. (2013). Severity of Psychological Maltreatment and Accumulative Risk for Psychopathology in Children of Mothers Exposed to Intimate Partner Violence. *Journal of Family Violence*, 28, 427-434.

Engnes, K., Lidén, E. y Lundgren, I. (2012). Experiences of being exposed to intimate partner violence during pregnancy. *International Journal of Qualitative Studies of Health and Well-being*, 7, 11199.

Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H. A. y Hamby, S. (2011). School, police, and medical authority involvement with children who have experienced victimization. *Archives of Pediatrics Adolescent Med* 165 (1), 9-15.

Fortin, A., Doucet, M. y Damant, D. (2011). Children's appraisals as mediators of the relationship between domestic violence and child adjustment. *Violence and Victims*, 26 (3), 377-92.

Garrido, E. F., Culhane, S. E., Petrenko, C. L. M. y Taussig, H. N. (2011). Psychosocial consequences of caregiver transitions for maltreated youth entering foster care: the moderating impact of community violence exposure. *American Journal of Orthopsychiatry*. 81 (3), 382–389.

Garrido, E. F., Culhane, S. E., Petrenko, C. L. M. y Taussig, H.N. (2011). Psychosocial consequences of intimate partner violence (IPV) exposure in maltreated adolescents: assessing more than IPV occurrence. *Journal of Family Violence*. 26 (7), 511–518.

Garrido, E. F. y Taussig, H. N. (2013). Do parenting practices and prosocial peers moderate the association between intimate partner violence exposure and teen dating violence?. *Psychology of Violence*, 3 (4), 354–3660.

Grip, K. 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*. (Master's thesis, University of Gothenburg, Department of Psychology, Gothenburg, Sweden). Retrieved from <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/30153>.

Grip, K. K., Almqvist, Axberg, U. y Broberg, A.G (2011). Maternal report on child outcome after a community-based program following intimate partner violence. *Nordic Journal of Psychiatry*, early online.

Grip, K. K., Almqvist, 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), 635-55.

Guček, N. K., Švab, I. y Selič, P. (2013). The prevalence of domestic violence in primary care patients in Slovenia in a five year period (2005-2009). *Croat Medical Journal* 52, 728-34.

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*, 3, 290-298.

Jun, H., Corliss, H. L., Boynton-Jarrett, R., Spiegelman, D., Austin, S. B. y Wright, R. J. (2012). Growing up in a domestic violence environment: relationship with developmental trajectories of body mass index during adolescence into young adulthood. *Journal Epidemiological Community Health*, 66 (7), 629–635.

Lamers-Winkelmann, F., De Schipper J. C. y Oosterman, M., (2012). Children's physical health complaints after exposure to intimate partner violence. *British Journal of Health Psychology*, 17 (4), 771-84.

Lokhmatkina, N. V., Feder G., Blake, S., Morris, R., Powers, V. y Lightman S. (2013). Longitudinal measurement of

cortisol in association with mental health and experience of domestic violence and abuse: study protocol. *BMC Psychiatry*, 13, 188.

Meekers, D., Pallin, S. C. y Hutchinson, P. (2013). Intimate partner violence and mental health in Bolivia. *BMC Women's Health*, 13, 28.

Meekers, D., Pallin, S. C. y Hutchinson, P. (2013). Prevalence and correlates of physical, psychological, and sexual intimate partner violence in Bolivia. *Global Public Health*, 8 (5),588-606.

Menard, S., Weiss, A. J., Franzese, R. J. y Covey, H. C. (2014). Types of adolescent exposure to violence as predictors of adult intimate partner violence. *Child Abuse & Neglect*, 38, 627-639.

Miller, L. E., Cater, A. K., Howell, K. H. y Graham-Bermann, S. A. (2014). Perpetration patterns and environmental contexts of IPV in Sweden: Relationships with adult mental health. *Child Abuse & Neglect*, 38, 147-158.

Miranda, J. K., 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.

Miranda, J. K., de la Osa, N., Granero, R. y Ezpeleta, L. (2013). Multiple mediators of the relationship among maternal childhood abuse, intimate partner violence, and offspring psychopathology. *Journal of Interpersonal Violence*, 28, 2941-2965.

Nguyen, T. D. y Larsen, S. (2012). Prevalence of children witnessing parental violence. *Review of European Studies*, 4, (1), 148-154.

Ogbonnaya, I. N., Macy, R. J., Kupper, L. L., Martin, S. L. y Bledsoe-Mansori, S. E. (2013). Intimate partner violence and depressive symptoms before pregnancy, during pregnancy, and after infant delivery: an exploratory study. *Journal of Interpersonal Violence*, 28 (10), 2112-33.

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.

Peters, E. N., Khondkaryan, E. y Sullivan, T. P. (2012). Associations between expectancies of alcohol and drug use, severity of partner violence, and posttraumatic stress among women. *Journal of Interpersonal Violence*. 27(11), 2108–2127.

Petrenko, C. L. M., Friend, A., Garrido, E. F., Taussig, H. N. y Culhane, S. E. (2012). Does subtype matter? Assessing the effects of maltreatment on functioning in preadolescent youth in out-of-home care. *Child Abuse & Neglect*, 36 (9), 633–644.

Pinchevsky, G. M., Wright, E. M. y Fagan, A. A. (2013). Gender differences in the effects of exposure to violence

on adolescent substance use. *Violence and Victims*, 28 (1), 122–144.

Piotrowski, C. C. (2011). Patterns of adjustment among siblings exposed to intimate partner violence. *Journal of Family Psychology*, 25 (1), 19–28.

Piotrowski, C. C., Tailor, K., Cormier, D. C. (2014). Siblings exposed to intimate partner violence: Linking sibling relationship quality & child adjustment problems. *Child Abuse & Neglect*, 38 (1), 123- 34.

Roberts, A. L., McLaughlin, K. A., Conron, K. J. y Koenen, K. C. (2011). Adulthood stressors, history of childhood adversity, and risk of perpetration of intimate partner violence. *American Journal of Preventive Medicine*. 40 (2), 128–138.

Roman, N. V. y Frantz, J. M. (2013). The prevalence of intimate partner violence in the family: a systematic review of the implications for adolescents in Africa. *Family Practice*, 30 (3), 256-65.

Sommers, M. S., Brunner, L. S., Brown, K. M., Buschur, C., Everett, J. S., Fargo, J. D., Fisher, B. S., Hinkle, C. y Zink, T. M. (2012). Injuries from intimate partner and sexual violence: Significance and classification systems. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 19 (5), 250-263.

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.

Stover, C. S., Easton, C. J. y McMahon, T. J. (2013). Parenting of men with co-occurring intimate partner violence and substance abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 28 (11), 2290–2314.

Sullivan, T. P., Ashare, R. L., Jaquier, V. y Tennen, H. (2012). Risk factors for alcohol problems in victims of partner violence. *Substance Use & Misuse*, 47 (6), 673–685.

Swopes, R. M., Simonet, D. V., Jaffe, A. E., Tett, R. P. y Davis, J. L. (2013). Adverse childhood experiences, posttraumatic stress disorder symptoms, and emotional intelligence in partner aggression. *Violence and Victims*, 28 (3) 513-530.

Tomoda, A. Sheu, Y., Rabi, K., Suzuki, H., Navalta, C. P., Polcari, A. y Teicher, M. H. (2011). Exposure to parental verbal abuse is associated with increased gray matter volume in superior temporal gyrus. *NeuroImage*, 54, S260–S266.

Tomoda A., Polcari A., Anderson, C. M. y Teicher. M. H. (2012). Reduced visual cortex gray matter volume and thickness in young adults who witnessed domestic violence during childhood. *PLoS ONE* 7(12): e52528.

Turner, H. A., Finkelhor, D., Shattuck, A. y Hamby, S. (2012). Recent victimization exposure and suicidal ideation in adolescents. *Archives of Pediatrics Adolescent Medicine*, 166 (12), 1149-54.

Vatnar, S. K. B. y Bjørkly, S. (2011). Victim of and witness to violence: an interactional perspective on mothers' perceptions of children exposed to intimate partner violence. *Violence and Victims*, 26 (6), 830-52.

Volpe, E. M., Hardie, T. L., Cerulli, C., Sommers, M. S. y Morrison-Beedy, D. (2013). What's age got to do with it? Partner age difference, power, intimate partner violence, and sexual risk in urban adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 28 (10), 2068-2087.

Wood, S. L. y Sommers, M. S. (2011). Consequences of intimate partner violence on child witnesses: a systematic review of the literature. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24, 223-236.

Yount, K. M., Pham, H. T., Minh, T. H., Krause, K. H., Schuler, S. R., Anh, H. T., VanderEnde, K. y Kramer, M. R.. (2014). Violence in childhood, attitudes about partner violence, and partner violence perpetration among men in Vietnam. *Annals of Epidemiology*, 24, 333-339.

Ziaei, S., Tabassum, R., Naved y Ekström, E. (2014). Women's exposure to intimate partner violence and child malnutrition: findings from demographic and health surveys in Bangladesh. *Maternal and Child Nutrition*, 10 (3), 347-359. Article first published online: 20 AUG 2012.

7.2. ANEXO 2: CUESTIONARIO DE DATOS GENERALES

7.2.1. Modelo

CUESTIONARIO INICIAL

1. Nombre de la Comunidad Autónoma y localidad donde se desarrolla el servicio:

2. Nombre del servicio/centro:

3. Teléfono de contacto:

4. Fecha de cumplimentación del cuestionario: __/__/__

5. Nombre y apellidos de la persona que rellena el cuestionario:

6. Puesto que desempeña:

7. Correo electrónico:

8. Tipo de servicio/centro:

Casa de acogida

Servicio externo

Otro (especificar):

9. Tipo de financiación:

(Señale más de una opción si fuera necesario)

Público

Concertado

Privado

Otro (especificar):

10. ¿Cuándo se inició el servicio? __/__/__

11. ¿Cuántas personas componen su plantilla? ¿Podría describir brevemente los diferentes puestos que ocupan estas personas?

Nombre	Titulación	Actividad	Tipo de relación/contrato

12. ¿Es un servicio específico para menores?

Sí No

13. ¿Cuántos menores han sido atendidos, aproximadamente, desde el inicio del servicio? Si conoce el número exacto indíquelo:____, o marque alguna de las opciones:

0-50 50-100 100-150 más de 150

14. ¿Cuántas madres han sido atendidas, aproximadamente, desde el inicio del servicio? Si conoce el número exacto indíquelo:____, o marque alguna de las opciones:

0-50 50-100 100-150 más de 150

15. ¿Recogen información acerca del tipo de maltrato que ha sufrido la madre?

No Sí Físico
 Psicológico
 Abuso sexual

En caso de marcar "Sí", ¿a través de qué instrumentos? (Señale más de una opción si fuera necesario)

Entrevista Clínica. Tests y cuestionarios (Escriba el nombre de todas las pruebas)

16. ¿Recogen información acerca del tipo de maltrato que ha sufrido el niño?

No Sí

En caso de marcar "Sí", ¿podría indicar a través de qué persona recogen la información sobre el maltrato a los menores? (Señale más de una opción si fuera necesario)

A través del menor A través de la madre Otra persona (especificar):

¿Qué instrumentos emplean para recoger la información sobre el maltrato a los menores? (Señale más de una opción si fuera necesario)

Valoración Clínica Tests y cuestionarios. (Escriba el nombre de todas las pruebas):

17. ¿Evalúan posibles alteraciones psicológicas en los menores?

No Sí

En caso de marcar "Sí", ¿podría indicar a través de qué persona recogen la información sobre las alteraciones psicológicas de los menores? (Señale más de una opción si fuera necesario)

A través del menor A través de la madre Otra(especificar):

En caso de que evalúen las posibles alteraciones, ¿a través de qué instrumentos realizan esta evaluación? (Señale más de una opción si fuera necesario)

Valoración Clínica Tests y cuestionarios. (Escriba el nombre de las pruebas):

18. **¿Qué tipo de criterios diagnósticos emplean (DSM IV-TR, CIE-10, otros)?**

DSM-IV-TR CIE-10 Otros (especificar):

19. **¿Informatizan los datos?**

No Sí (especifique el modo):

20. **¿Disponen de un protocolo de evaluación específico?**

No Sí

21. **¿Siguen un programa o tipo específico de tratamiento o intervención?**

No Sí (especifique el tipo):

22. **¿Cree que es conveniente establecer una guía para poder atender más adecuadamente la problemática de estos menores?**

No Sí

23. **¿Estaría interesado/a en participar en una comisión para el diseño de un protocolo específico de evaluación e intervención con infancia expuesta a violencia de género?**

No Sí

7.2.2. Resumen de resultados

7.2.2.1. Número de servicios por Comunidad Autónoma incluidos en la fase 1 del estudio

Comunidad	Ciudad	Nombre del centro	Nombre del servicio
Castilla la Mancha	Guadalajara		Proyecto de Intervención Psicológica para Menores Víctima de Violencia de Género en la Provincia de Guadalajara (itinerante)
Castilla la Mancha	Azuqueca de Henares		Proyecto de Intervención Psicológica para Menores Víctima de Violencia de Género en la Provincia de Guadalajara
Cataluña	Cornellá	Centre de Salut Mental Infantil y Juvenil de Sant Joan de Déu	
Ceuta	Ciudad Autónoma de Ceuta	Integralia, Cruz Roja Ceuta	
Comunidad Valenciana	Alicante	Casa de acogida de Benacantil	
Comunidad Valenciana	Alicante	Casa de acogida de Pedreguer	
Extremadura	Cáceres/Badajoz	Servicio de atención Especializada a Menores Víctimas de Violencia de Género	
Islas Baleares	Mallorca	Fundació IReS	Programa Mentories: Atención Psicosocial para Hijos e hijas de Mujeres Víctimas de Violencia de Género
La Rioja	Logroño	Asociación Pro-infancia riojana (APIR)	Programa de Atención Integral a Menores Expuestos a Violencia de Género
Melilla	Ciudad Autónoma de Melilla	Centro de información a la mujer	
Principado de Asturias	Oviedo, Gijón y Avilés	Red de Casas de Acogida del Principado de Asturias	
Región de Murcia	Murcia	Asociación para el Desarrollo de la Salud Mental en la Infancia y Juventud, "Quiero Crecer"	Servicio de Atención Psicológica a Hijos e hijas de Mujeres Víctimas de Violencia de Género

7.2.2.2. Tipo de servicio

Nombre Comunidad	Tipo de servicio
Castilla la Mancha Guadalajara	Casa de acogida, servicio externo, otro (Oficina Atención a las víctimas del Juzgado)
Castilla la Mancha Azuqueca de Henares	Casa de acogida, servicio externo
Cataluña	Otro (Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil)
Ceuta	Servicio externo (ONG)
Comunidad Valenciana. Alicante	Casa de acogida
Comunidad Valenciana. Alicante	Casa de acogida
Extremadura	Casa de acogida, servicio externo
Islas Baleares	Servicio externo (ONG)
La Rioja	Servicio externo (ONG)
Melilla	Otro (Centro de la Mujer)
Principado de Asturias	Casas de acogida
Región de Murcia	Servicio externo (ONG)

Tipo de servicio	N (%)
Casa acogida	3 (25%)
Casa+Externo	3 (25%)
Centro Salud Mental	1 (8,30%)
ONG	4 (33,30%)
Centro de la Mujer	1 (8,30%)

7.2.2.3. Tipo de financiación

Nombre de la Comunidad	Tipo de financiación
Castilla la Mancha Guadalajara	Otro (Convenio entre Obra social de Caja Guadalajara y el Instituto de la Mujer de Castilla la Mancha)
Castilla la Mancha Azuqueca de Henares	Otro (Convenio entre Ayuntamiento y La Caixa)
Cataluña	Concertado
Ceuta	Público
Comunidad Valenciana. Alicante	Concertado
Comunidad Valenciana. Alicante	Público
Extremadura	Público
Islas Baleares	Público, privado (MIXTO)
La Rioja	Público
Melilla	Público
Principado de Asturias	Público
Región de Murcia	Público

Tipo de financiación	N (%)
Público	7 (58,30%)
Mixto	3 (25%)
Convenio de colaboración	2 (16,70%)

7.2.2.4. Plantilla de los servicios

Número de empleados	N (%)
1-3 empleados	4 (33,3%)
4- 6 empleados	4 (33,3%)
Más de 6 empleados	4 (33,3%)

Tipo de titulación	N (%)
Psicólogo/a	32 (52,5%)
Psicopedagogo/a	2 (3,3%)
Educador/a	6 (9,8%)
Trabajador/a Social	12 (19,7%)
Abogado/a	1 (1,6%)
Otra titulación	8 (13,1%)
Total	61 (100%)

7.2.2.5. Especificidad del servicio

Servicio específico para menores	
	N (%)
Sí	7 (58,30%)
No	5 (41,70%)

7.2.2.6. Número de menores y de madres atendidos por CCAA

Nombre comunidad/Ciudad	Menores atendidos	Madres atendidas
Castilla la Mancha. Guadalajara	Más de 150 (196)	Más de 150
Castilla la Mancha. Azuqueca de Henares	0-50 (27)	0-50 (23)
Cataluña. Cornellá	Más de 150	Más de 150
Ceuta. Ciudad Autónoma De Ceuta	50-100	100-150
Comunidad Valenciana. Benacantil (Alicante)	Más de 150	Más de 150
Comunidad Valenciana. Pedreguer (Alicante)	50-100	100-150
Extremadura / Cáceres	Más de 150	Más de 150
Islas Baleares. Mallorca	Más de 150	Más de 150
La Rioja. Logroño	100-150 (121)	50-100 (90)
Melilla. Ciudad Autónoma De Melilla	Más de 150	Más de 150
Principado de Asturias. Oviedo, Gijón, Avilés	Más de 150	Más de 150
Región de Murcia	Más de 150 (407)	Más de 150 (285)

7.2.2.7. Información acerca del maltrato a la madre

7.2.2.7.1. Tipo de información que recogen

Todos los servicios que han cumplimentado este cuestionario recogen información acerca del maltrato físico, psicológico y abuso sexual que ha sufrido la madre.

7.2.2.7.2. Medios a través de los cuáles recogen la información de maltrato

Comunidad Autónoma	Entrevista	Tests / cuestionarios
Castilla la Mancha. Guadalajara	x	
Castilla la Mancha. Azuqueca de Henares (Guadalajara)	x	
Cataluña	x	x
Ceuta		x
Comunidad Valenciana. Benacantil (Alicante)	x	
Comunidad Valenciana. Pedreguer (Alicante)	x	x
Extremadura	x	
Islas Baleares	x	
La Rioja	x	
Melilla	x	x
Región de Murcia	x	x
Principado de Asturias	x	

7.2.2.7.3. Pruebas, tests o cuestionarios que usan para recoger información acerca del maltrato a la madre

Comunidad Autónoma	Nombre de las pruebas
Cataluña	Cuestionario de violencia de género (Pia Majdalani, Alemán, Fayanás, Guedes y Mejía, 2005; adaptado por el equipo)
Ceuta	Entrevistas estructuradas y semiestructuradas para víctimas de maltrato (elaboradas por el servicio) Escala de gravedad de síntomas del TEPT (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta, y Sarasúa, 1997b; adaptado por el servicio) Escala autoaplicada para la depresión de Zung (SDS) (Zung y Dirham, 1965); adaptación española de Conde y Sánchez de la Vega (1969) Inventario de Autoestima de Coopersmith (Coopersmith, 1967) Escala de Ansiedad Patológica (EAP) (Grau y Portero, 1978) Escala de Trauma de Davidson (DTS) (Davidson et al., 1997; adaptación española de Bobes et al., 2000) Entrevista de valoración de peligrosidad (elaborada por el servicio)
Comunidad Valenciana. Pedreguer (Alicante)	Historia clínica: cuestionario autobiográfico (elaborado por el servicio) Cuestionario exploratorio de personalidad (CEPER) (Caballo, 1997) Cuestionario de personalidad de Eysenck (EPQ) (Eysenck y Eysenck, 1975) Cuestionario de ansiedad estado-rasgo para adultos (STAI) Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) Inventario de depresión de Beck (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961) Inventario de cogniciones postraumáticas (ICPT) (Foa, Ehlers, Clark, Tobias y Orsillo, 1999; adaptación española de Blanco, Díaz, Gaborit y Amaris, 2010) Escala de desesperanza de Beck (BHS) (Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974) Entrevista de autoestima (elaborada por el servicio)
Melilla	Entrevista semiestructurada para las víctimas de maltrato doméstico (Echeburúa y Corral, 1998; adaptada por el servicio) Index of Spouse Abuse (ISA) (Hudson y Mcintosh, 1981; adaptación española de Cáceres, 2002) Escala de gravedad de síntomas del TEPT (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta, y Sarasúa, 1997b; adaptado por el servicio) Inventario de depresión de Beck (BDI)(Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961) Escala de autoestima (elaborada por el servicio) Escala de conductas objetivo (Echeburúa y Corral, 1987; adaptada por el servicio) Escala de percepción global de cambio (Echeburúa y Corral, 1987; adaptada por el servicio) Cuestionario de satisfacción con el tratamiento (Larsen, Attkisson, Hargreaves y Nguyen, 1979; adaptación española de Feixas et al., 2012; adaptado por el servicio) Inventario de personalidad de 16 factores de Cattell (16PF) (Cattell, Eber y Tatsuoka, 1970) Test de Matrices Progresivas Coloreadas de Raven (Raven, Court y Raven, 1993)
Región de Murcia	Historia clínica infantil violencia de género (elaborada por el servicio: GUIIA-PC, Grupo Universitario de Investigación en Infancia y Adolescencia - Psicología Clínica) Inventario de evaluación del maltrato a la mujer por su pareja (APCM) (Matud et al., 2003), adaptado por el servicio, GUIIA-PC)

7.2.2.8. Información acerca del maltrato al menor

7.2.2.8.1. Tipo de información que recogen

Todos los servicios que han cumplimentado este cuestionario recogen información acerca del maltrato que ha sufrido el menor. Además, todos recaban esta información a través de la madre y a través del menor, excepto los servicios presentes en la Ciudad Autónoma de Melilla y en Benacantil (Alicante), que solamente recogen la información a través de la madre. Finalmente, los servicios presentes en las CCAA de Cataluña, Extremadura e Islas Baleares y en la Ciudad Autónoma de Ceuta recaban información sobre el maltrato hacia el menor a través de otras personas, como el servicio que deriva o la policía, etc.

7.2.2.8.2. Medios a través de los cuáles recogen la información de maltrato

Comunidad Autónoma	Valoración clínica	Tests/ cuestionarios
Castilla la Mancha. Guadalajara	x	x
Castilla la Mancha. Azuqueca de Henares (Guadalajara)	x	x
Cataluña	x	x
Ceuta		x
Comunidad Valenciana. Benacantil (Alicante)	x	
Comunidad Valenciana. Pedreguer (Alicante)	x	x
Extremadura	x	
Islas Baleares	x	
La Rioja	x	
Melilla	x	
Principado de Asturias	x	
Región de Murcia	x	x

7.2.2.8.3. Pruebas, tests o cuestionarios que usan para recoger información acerca del maltrato al menor

Nombre de la Comunidad Autónoma	Nombre de las pruebas
Castilla la Mancha	Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo y desamparo en los Servicios Sociales Municipales y Territoriales de Atención y Protección a la Infancia y Adolescencia en la Comunidad Autónoma Vasca (BALORA) (Berciano, 2011)
Cataluña	Cosas que yo he visto y escuchado (Things I Have Seen and Heard) (Richters y Martinez, 1990). Adaptado por el servicio Índice de reacción al TEPT-UCLA (UCLA PTSD Reaction Index) (Pynoos, Rodriguez, Steinberg, Stuber y Frederick, 1998)
Ceuta	Cuestionarios para la detección de los trastornos de comportamiento en niños y adolescentes (ESPERI) (Parellada, San Sebastián y Martínez, 2009) Inventario de frases revisado (IFR) (Agosta, Barilari y Colombo, 2005) Indicadores de abuso y maltrato infantil en la prueba “Persona bajo la lluvia”. Colombo, Barilari, y Agosta (2006). Juego de interrelaciones familiares (Colombo, 2009) Test (Casa-Árbol-Persona (H-T-P) (Buck, 2008) Test de la Figura Humana (Machover, 1973) - Test de la Familia (Corman, 1967).
Comunidad Valenciana (Alicante, Pedreguer)	- Terapia de juego - Terapia con historias
Región de Murcia	Inventario de condiciones de maltrato en la infancia (ICMI). Elaborado por el servicio, GUIIA-PC, en base a Matud et al. (2003), Oliván-Gonzalvo (2004) y Walker (1979, 1984)

7.2.2.9. Evalúan posibles alteraciones psicológicas en los menores

En todos los servicios estudiados, excepto en los servicios presentes en el Principado de Asturias y en Benacantil (Alicante), se evalúan las posibles alteraciones psicológicas en los menores. Además, esta evaluación se hace a través de la madre y a través del menor en todos los servicios, excepto en el servicio presente en la Comunidad Autónoma de Melilla, en el que no se recoge la información del

menor. Además, también se usa información de otras personas para esta evaluación de alteraciones en los servicios de Extremadura, Islas Baleares, Pedreguer (Alicante) y Murcia.

	Las evalúan	A través del menor	A través de la madre	A través de otra persona
Castilla la Mancha. Guadalajara	x	x	x	
Castilla la Mancha. Azuqueca de Henares (Guadalajara)	x	x	x	
Cataluña	x	x	x	
Ceuta	x	x	x	
Comunidad Valenciana. Pedreguer (Alicante)	x	x	x	x
Extremadura	x	x	x	x
Islas Baleares	x	x	x	x
La Rioja	x	x	x	
Melilla	x	x	x	
Región de Murcia	x	x	x	x

7.2.2.9.1. Pruebas, tests o cuestionarios que usan para recoger información acerca de las alteraciones psicológicas del menor

Nombre de la Comunidad Autónoma	Nombre de las pruebas
Castilla la Mancha	Inventario del comportamiento de niños (CBCL) (Achenbach, 1991a) Test (Casa-Árbol-Persona (H-T-P) (Buck, 2008) Test Pata Negra (Corman, 2001)
Cataluña	UCLA PTSD Reaction Index (Pynoos, Rodriguez, Steinberg, Stuber y Frederick, 1998) Cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo para niños (STAIC) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982) Cuestionario de depresión infantil (CDI) (Kovacs, 1992; adaptación española Del Barrio, Moreno y López (1999)
Ceuta	Cuestionario educativo clínico ansiedad y depresión (CEDAC) (Lozano, García-Cueto y Lozano, 2007) Batería de socialización (BAS 1, 2). Silva y Martorell (1989) Inventario de problemas juveniles (IPJ) Cuestionario de ansiedad infantil (CAS) (Gillis, 1997; adaptación española de Gómez y Pulido, 1989) Test (Casa-Árbol-Persona (H-T-P) (Buck, 2008).

	<p>Test de la Familia (Corman, 1967)</p> <p>Mi cuerpo me pertenece (Agosta y Colombo, 2005)</p>
<p>Comunidad Valenciana. (Alicante, Pedreguer)</p>	<p>Cuestionario de depresión infantil (CDI) (Kovacs, 1992; adaptación española Del Barrio, Moreno y López (1999)</p> <p>Cuestionario de ansiedad infantil (CAS) (Gillis, 1980; adaptación española de Gómez y Pulido, 1989)</p> <p>Test de Bender (Bender, 1938)</p> <p>Test de la Figura Humana (Machover, 1973)</p>
<p>Extremadura</p>	<p>Test Pata Negra (Corman, 2001)</p> <p>Cuestionario de depresión infantil (CDI) (Kovacs, 1992; adaptación española Del Barrio, Moreno y López (1999)</p> <p>Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) (Lang y Tisher, 1997)</p> <p>Cuestionario de Autocontrol infantil y adolescente (CACIA) (Capafóns y Silva, 1985)</p> <p>Cuestionario educativo clínico ansiedad y depresión (CEDAC) (Lozano, García-Cueto y Lozano, 2007)</p> <p>Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI) (Hernández, 1983)</p> <p>Cuestionario de esquemas de Young (CEY) (Young y Brown, 1994; adaptación española de Cid, Tejero y Torrubia, 1997)</p> <p>Inventario de modos de esquemas (SMI) (Young et al., 2008)</p> <p>Escala de gravedad de síntomas de TEPT (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta, y Sarasúa, 1997b).</p>
<p>Región de Murcia</p>	<p>Inventario del comportamiento de niños, CBCL (Achenbach, 1991a)</p> <p>Inventario del comportamiento de niños para profesores, TRF (Achenbach, 1991c)</p> <p>Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes, BASC (S-P-T) (Reynolds y Kamphaus, 1992)</p> <p>Inventario de Desarrollo BATTELLE, versión "screening" (Newborg, Stock y Wnek, 1996)</p> <p>Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, CPSS (Foa et al., 2001)</p> <p>Test de la Figura Humana (Machover, 1973) Test de la Familia (Corman, 1967)</p>

7.2.2.9.2. Tipo de criterios diagnósticos que usan

Todos los servicios que evalúan las alteraciones psicológicas de los menores lo hacen a través de los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, excepto el servicio de La Rioja. Por otra parte, solamente en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y en la Comunidad Valenciana (Pedreguer, Alicante) se usan además los criterios diagnósticos CIE-10, de la Organización Mundial de la Salud. Cataluña y Extremadura utilizan además otros criterios diagnósticos.

	DSM-IV-TR	CIE-10	Otros criterios
Castilla la Mancha. Guadalajara	x		
Castilla la Mancha. Azuqueca de Henares (Guadalajara)	x		
Cataluña	x		x
Ceuta	x		
Comunidad Valenciana. Pedreguer (Alicante)	x	x	
Extremadura	x		x
Islas Baleares	x		
Melilla	x		
Región de Murcia	x	x	

7.2.2.10. Informatización de los datos

Informatizan los datos	
	N (%)
Sí	9 (75%)
No	3 (25%)

7.2.2.11. Protocolo de evaluación psicológica específico

Disponen de un protocolo de evaluación específico	
	N (%)
Sí	7 (63,6%)
No	4 (36,4)

7.2.2.12. Programa específico de intervención psicológica

Disponen de un programa específico de intervención	
	N (%)
Sí	9 (75%)
No	3 (25%)

7.2.2.13. Estimación de la conveniencia de establecer una guía para atender a los menores víctimas de violencia de género

Es conveniente elaborar una de atención a MVVG	
	N (%)
Sí	12 (100%)
No	0 (0%)

7.3. ANEXO 3: CUESTIONARIO DE INDICADORES CLÍNICOS

7.3.1. Modelo

CÓDIGO:

EDAD:

FECHA:

SEXO

	NADA	ALGO	BASTANTE	MUCHO
ANSIEDAD / DEPRESIÓN				
Miedos - Fobias. Especificar:				
Preocupaciones				
Estrés Postraumático				
Ansiedad de separación				
Otros:				
a.				
b.				
DEPRESIÓN / RETRAIMIENTO				
Tristeza				
Disforia				
Autoestima negativa				
Aislamiento				
Otros:				
a.				
b.				
SOMATIZACIONES				
Pesadillas				
Dolores de cabeza				
Dolores de estómago				
Problemas de piel				
Otros:				
a.				
b.				
PROBLEMAS SOCIALES				
Dependencia				
Rechazo social				
Celos				
Otros:				
a.				
b.				
PROBLEMAS DE PENSAMIENTO				
Obsesiones				
Comportamiento extraño				
Ideas extrañas				

Otros:				
a.				
b.				
	NADA	ALGO	BASTANTE	MUCHO
PROBLEMAS DE CONDUCTA				
Problemas de atención				
Inquietud psicomotriz				
Impulsividad				
Comportamiento disruptivo				
Comportamiento agresivo				
Baja tolerancia a la frustración				
Ataques de ira				
Otros:				
a.				
b.				
PROBLEMAS DE ADAPTACIÓN				
Inadaptación personal				
Inadaptación social				
Inadaptación escolar				
Inadaptación familiar				
Otros:				
a.				
b.				
OTROS PROBLEMAS				
Problemas de sueño				
Problemas de alimentación				
Problemas en el control de esfínteres				
Inestabilidad emocional				
Dificultades de aprendizaje				
Otros:				
a.				
b.				

Indique cómo ha obtenido los indicadores clínicos:

Entrevista clínica. Especificar: _____ Observación clínica

Cuestionarios y test. Madre Menor

Especificar: _____

¿Se ha establecido un diagnóstico específico del caso?

SI Especificar: _____ NO

¿Qué clasificación diagnóstica ha utilizado?

DSM-IV-TR CIE-10 Otras: _____

7.3.2. Resumen de resultados

CÓDIGO:

EDAD:
SEXO

FECHA:

	NADA	ALGO	BASTANTE	MUCHO
ANSIEDAD / DEPRESIÓN	24 (15%)	63 (39,4%)	54 (33,8%)	19 (11,9%)
Miedos - Fobias. Especificar:	86 (53,8%)	20 (12,5%)	37 (23,1%)	17 (10,6%)
Preocupaciones	49 (30,6%)	56 (35%)	42 (26,3%)	13 (8,1%)
Estrés Postraumático	109(68,1%)	24 (15%)	20 (12,5%)	7 (4,4%)
Ansiedad de separación	99 (62,3%)	40 (25,2%)	14 (8,8%)	6 (3,8%)
Otros:				
a.				
b.				
DEPRESIÓN / RETRAIMIENTO	32 (20%)	71 (44,4%)	42 (26,3%)	15 (9,4%)
Tristeza	44 (27,5%)	68 (42,5%)	36 (22,5%)	12 (7,5%)
Disforia	82 (51,3%)	52 (32,5%)	19 (11,9%)	7 (4,4%)
Autoestima negativa	62 (38,8%)	54 (33,8%)	33 (20,6%)	11 (6,9%)
Aislamiento	101 (63,1%)	36 (22,5%)	17 (10,6%)	6 (3,8%)
Otros:				
a.				
b.				
SOMATIZACIONES	76 (47,5%)	45 (28,1%)	29 (18,1%)	10 (6,3%)
Pesadillas	105 (65,6%)	33 (20,6%)	13 (8,1%)	9 (5,6%)
Dolores de cabeza	112 (70%)	25 (15,6%)	14 (8,8%)	9 (5,6%)
Dolores de estómago	116(73%)	23 (14,5%)	14 (8,8%)	6 (3,8%)
Problemas de piel	138 (86,8%)	15 (9,4%)	5 (3,1%)	1 (0,6%)
Otros:				
a.				
b.				
PROBLEMAS SOCIALES	80 (50%)	48 (30%)	28 (17,5%)	4 (2,5%)
Dependencia	105 (65,6%)	45 (28,1%)	6 (3,8%)	4 (2,5%)
Rechazo social	126 (78,8%)	24 (15%)	9 (5,6%)	1 (0,6%)
Celos	108 (67,5%)	25 (15,6%)	19 (11,9%)	8 (5%)
Otros:				
a.				
b.				
PROBLEMAS DE PENSAMIENTO	134 (83,8%)	19 (11,9%)	6 (3,8%)	1 (0,6%)
Obsesiones	133 (83,1%)	19 (11,9%)	8 (5%)	0
Comportamiento extraño	146 (91,3%)	12 (7,5%)	1 (0,6%)	1 (0,6%)
Ideas extrañas	151 (94,4%)	6 (3,8%)	1 (0,6%)	2 (1,3%)
Otros:				
a.				
b.				

	NADA	ALGO	BASTANTE	MUCHO
PROBLEMAS DE CONDUCTA	32 (20%)	60 (37,5%)	55 (34,4%)	13 (8,1%)
Problemas de atención	87 (54,4%)	38 (23,8%)	32 (20%)	3 (1,9%)
Inquietud psicomotriz	116 (73%)	25 (15,7%)	17 (10,7%)	1 (0,6%)
Impulsividad	104 (65%)	37 (23,1%)	17 (10,6%)	2 (1,3%)
Comportamiento disruptivo	93 (58,1%)	42 (26,3%)	19 (11,9%)	6 (3,8%)
Comportamiento agresivo	78 (48,8%)	51 (31,9%)	26 (16,3%)	5 (3,1%)
Baja tolerancia a la frustración	85 (53,1%)	47 (29,4%)	20 (12,5%)	8 (5%)
Ataques de ira	86 (55,1%)	37 (23,7%)	28 (17,9%)	5(3,2%)
Otros:				
a.				
b.				
PROBLEMAS DE ADAPTACIÓN	45 (28,1%)	78 (48,8%)	34 (21,3%)	3 (1,9%)
Inadaptación personal	81 (50,6%)	60 (37,5%)	17 (10,6%)	2 (1,3%)
Inadaptación social	112 (70%)	31 (19,4%)	14 (8,8%)	3 (1,9%)
Inadaptación escolar	105 (65,6%)	37 (23,1%)	17 (10,6%)	1 (0,6%)
Inadaptación familiar	66 (41,3%)	54 (33,8%)	35 (21,9%)	5 (3,1%)
Otros:				
a.				
b.				
OTROS PROBLEMAS	53 (33,1%)	76 (47,5%)	29 (18,1%)	2 (1,3%)
Problemas de sueño	111 (69,4%)	22 (13,8%)	15 (9,4%)	12 (7,5%)
Problemas de alimentación	95 (59,4%)	57(35,6%)	8 (5%)	0
Problemas en el control de esfínteres	107 (66,9%)	48 (30%)	5 (3,1%)	0
Inestabilidad emocional	68 (42,5%)	79 (49,4%)	13 (8,1%)	0
Dificultades de aprendizaje	126 (79,2%)	19 (11,9%)	11 (6,9%)	3 (1,9%)
Otros:				
a.				
b.				

Indique cómo ha obtenido los indicadores clínicos:

Entrevista clínica: 120 (75%)

Observación clínica: 120 (75%)

Cuestionarios y test: 120 (75%) Madre: 120 (75%) Menor: 80 (50%)

¿Se ha establecido un diagnóstico específico del caso?

SI: 4 (2,5%)

NO: 155 (97,5%)

¿Qué clasificación diagnóstica ha utilizado?

DSM-IV-TR: 3 (3,6%)

CIE-10: 0

Otras: 0

7.4. ANEXO 4: CUESTIONARIO DE MALTRATO Y CONFLICTIVIDAD

7.4.1. Modelo

CÓDIGO:

FECHA:

A. Datos sociodemográficos y convivencia actual

	Nacionalidad		Situación laboral		Nivel socioeconómico				
	Española	Extranjera	Activa	No activa	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy Alto
Madre									
Padre									

	Estudios			
	Sin estudios	Estudios primarios	Secundarios	Universitarios
Madre				
Padre				

Estado civil entre los padres					Número de hijos			
Solteros	Casados	En trámites separación / divorcio		Separados / Divorciados	Comunes	No comunes		
						Madre	Padre	
La madre tiene pareja estable		El padre tiene pareja estable		Personas con las que convive el menor (marque todas las opciones necesarias)				
Sí	No	Sí	No	Madre	Padre	Pareja de la madre	Familiares (tíos, abuelos, etc.)	Otros

B. Datos de la situación legal del menor y visitas con el padre

Patria potestad		Custodia		Procedimiento legal abierto entre los padres sobre custodia, visitas, etc.		El padre cumple con sus obligaciones económicas	
Madre	Padre	Madre	Padre	Sí	No	Sí	No

Existe un régimen de visitas		Las visitas son tuteladas		El padre cumple con el régimen de visitas	
Sí	No	Sí	No	Sí	No

C. Datos sobre maltrato

C.1. Maltrato hacia la madre

El maltratador es el padre biológico del menor		Convivencia de la madre con el maltratador						
		Duración				Conviven actualmente		
Sí	No	1-5 años	5-10 años	10-15 años	Más de 15 años	Sí	No	

	Intensidad del maltrato hacia la madre				Duración (en años)	Se ha producido en el último año	
	Nulo	Leve	Moderado	Grave		SÍ	NO
Maltrato Físico							
Maltrato psicológico							

Denuncias por maltrato			Se ha establecido orden de alejamiento					La madre ha necesitado hogar de acogida	
Sí		No	Sí			No	Sí	No	
Hace más de 1 año	En el último año		Hace más de 1 año	En el último año	Ha incumplido la orden de alejamiento				
					Sí	No			

Nivel de conflictividad entre la madre y el maltratador							
Hasta hace 1 año				Durante el último año			
Nada	Algo	Bastante	Mucho	Nada	Algo	Bastante	Mucho

C.2. Maltrato hacia el menor

Convivencia del menor con el maltratador							
Duración					Conviven actualmente		
0 años	1-5 años	5-10 años	10-15 años	Más de 15 años	Sí	No	

C.2.1 Exposición del menor al maltrato hacia la madre

	Intensidad de la exposición del menor al maltrato hacia la madre				Duración (en años)	Se ha producido en el último año	
	Nulo	Leve	Moderado	Grave		Sí	NO
Maltrato Físico							
Maltrato psicológico							

Tipo de exposición del menor al maltrato hacia la madre	Físico		Psicológico	
	Sí	No	Sí	No
Perinatal (durante el embarazo)				
Estuvo presente durante el episodio				
Escuchó el episodio mientras ocurría				
Escuchó conversaciones sobre el episodio				
Observó las consecuencias inmediatas del episodio (heridas, objetos rotos, policía, reacciones emocionales intensas en adultos, etc.)				
Experimentó las secuelas del episodio (síntomatología materna, fin de convivencia de los progenitores, cambios de residencia, etc.)				

Implicación del menor en los episodios de conflictividad	Sí	No
Se involucra físicamente (se mete en medio, empuja, intenta separarlos...)		
Se involucra verbalmente (pide que paren, grita...)		
Pide ayuda (a un vecino, familiar, policía...)		
Ignora la situación (como si no estuviera ocurriendo el episodio)		
Se aleja del lugar (se va a su habitación, sale de casa...)		
Se queda paralizado/a, bloqueado/a (sin decir ni hacer nada)		
Es objeto de violencia física o psicológica (le empuja, le insulta...)		

C.2.2. Maltrato directo hacia el menor

	Intensidad del maltrato directo hacia el menor				Duración (en años)	Se ha producido en el último año	
	Nulo	Leve	Moderado	Grave		Sí	No
Negligencia física							
Negligencia emocional							
Maltrato Físico							
Maltrato psicológico							
Abuso sexual							

C.3. Afectación del menor por la conflictividad familiar

Nivel de afectación del menor por la conflictividad familiar							
Hasta hace 1 año				Durante el último año			
Nada	Algo	Bastante	Mucho	Nada	Algo	Bastante	Mucho

7.4.2. Resumen de resultados

A. Datos sociodemográficos y convivencia actual

	Nacionalidad		Situación laboral		Nivel socioeconómico				
	Española	Extranjera	Activa	No activa	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy Alto
Madre	75%	25%	67,9%	32,1%	11,7%	48,6%	36%	3,6%	0
Padre	80%	20%	64,2%	35,8%	7%	47,7%	41,9%	2,3%	1,2%

	Estudios			
	Sin estudios	Estudios primarios	Secundarios	Universitarios
Madre	6,5%	44,4%	37%	12%
Padre	16,7%	62,1%	18,2%	3%

Estado civil entre los padres				Número de hijos		
Solteros	Casados	En trámites separación / divorcio	Separados / Divorciados	Comunes	No comunes	
					Madre	Padre
5%	7%	24%	64%	Media 2 hijos	Media 0.2	Media 0.1

La madre tiene pareja estable		El padre tiene pareja estable		Personas con las que convive el menor (marque todas las opciones necesarias)				
Sí	No	Sí	No	Madre	Padre	Pareja de la madre	Familiares (tíos, abuelos, etc.)	Otros
22,5%	77,5%	35,8 %	64,2%	98,7%	5,7%	11,3%	32,7%	7,5%

B. Datos de la situación legal del menor y visitas con el padre

Patria potestad		Custodia		Procedimiento legal abierto entre los padres sobre custodia, visitas, etc.		El padre cumple con sus obligaciones económicas	
Madre	Padre	Madre	Padre	Sí	No	Sí	No
100%	97%	98%	7%	37,4%	62,6%	30,9%	69,1%

Existe un régimen de visitas		Las visitas son tuteladas		El padre cumple con el régimen de visitas	
Sí	No	Sí	No	Sí	No
84,7%	15,3%	12,9%	87,1%	59,5%	40,5%

C. Datos sobre maltrato

C.1. Maltrato hacia la madre

El maltratador es el padre biológico del menor		Convivencia de la madre con el maltratador					
		Duración				Conviven actualmente	
Sí	No	1-5 años	5-10 años	11-15 años	Más de 15 años	Sí	No
90,1%	9,9%	17,1%	22,5%	29,7%	30,6%	1,9%	98,1%

	Intensidad del maltrato hacia la madre				Duración (en años)	Se ha producido en el último año	
	Nulo	Leve	Moderado	Grave		Sí	NO
Maltrato Físico	7,2%	36%	30,6%	26,1%	1-5 años: 48,4% 6-10 años: 26,3% 11-15 años: 11,6% Más de 15 años: 13,7%	31,1%	68,9%
Maltrato psicológico	0	6,4%	40,9%	52,7%	1-5 años: 39,4% 6-10 años: 26 11-15 años: 17,3% Más de 15 años: 17,3%	51,4%	48,6%

Denuncias por maltrato			Se ha establecido orden de alejamiento				La madre ha necesitado hogar de acogida		
Sí (76,6%)		No	Sí (82,4%)				No	Sí	No
Hace más de 1 año	En el último año		Hace más de 1 año	En el último año	Ha incumplido la orden de alejamiento				
					Sí	No			
61,2%	38,8	23,4%	57,1%	42,9%	46,9%	53,1%	17,6%	12%	88%

Nivel de conflictividad entre la madre y el maltratador							
Hasta hace 1 año				Durante el último año			
Nada	Algo	Bastante	Mucho	Nada	Algo	Bastante	Mucho
0%	10,7%	45,3%	44%	12,6%	29,6%	33,3%	24,5%

C.2. Maltrato hacia el menor

Convivencia del menor con el maltratador						
Duración					Conviven actualmente	
0 años	1-5 años	5-10 años	10-15 años	Más de 15 años	Sí	No
2,5%	21,3%	42,5%	28,1%	5,6%	5,1%	94,9%

C.2.1. Exposición del menor al maltrato hacia la madre

	Intensidad de la exposición del menor al maltrato hacia la madre				Duración (en años)	Se ha producido en el último año	
	Nulo	Leve	Moderado	Grave		SÍ	NO
Maltrato Físico	25,8%	28,9%	22,6%	22,6%	1-5 años: 48,7 % 6-10 años: 33,6% 11-15 años: 14,2% Más de 15 años: 3,5%	33,1%	66,9%
Maltrato psicológico	0,6%	19,1%	36,9%	43,3%	1-5 años: 48% 6-10 años: 35,8% 11-15 años: 12,2% Más de 15 años: 4,1%	49,7%	50,3%

Tipo de exposición del menor al maltrato hacia la madre	Físico		Psicológico	
	SÍ	No	SÍ	No
Perinatal (durante el embarazo)	38 (35,50%)	69 (64,5%)	63 (44,7%)	78 (55,3%)
Estuvo presente durante el episodio	100 (84%)	19 (16%)	146 (91,8%)	13 (8,2%)
Escuchó el episodio mientras ocurría	104 (88,1%)	14 (11,9%)	153 (96,2%)	6 (3,8%)
Escuchó conversaciones sobre el episodio	108 (90,8%)	11 (9,2%)	154 (98,1%)	3 (1,9%)
Observó las consecuencias inmediatas del episodio (heridas, objetos rotos, policía, reacciones emocionales intensas en adultos, etc.)	106 (88,3%)	14 (11,7%)	147 (92,5%)	12 (7,5%)
Experimentó las secuelas del episodio (síntomatología materna, fin de convivencia de los progenitores, cambios de residencia, etc.)	107 (89,9%)	12 (10,1%)	154 (98,1%)	3 (1,9%)

Implicación del menor en los episodios de conflictividad	Sí	No
Se involucra físicamente (se mete en medio, empuja, intenta separarlos...)	31 (19,9%)	125 (80,1%)
Se involucra verbalmente (pide que paren, grita...)	62 (39,7%)	94 (60,3%)
Pide ayuda (a un vecino, familiar, policía...)	26 (16,6%)	131 (83,4%)
Ignora la situación (como si no estuviera ocurriendo el episodio)	58 (36,9%)	99 (63,1%)
Se aleja del lugar (se va a su habitación, sale de casa...)	81 (51,6%)	76 (48,4%)
Se queda paralizado/a, bloqueado/a (sin decir ni hacer nada)	66 (42%)	91 (58%)
Es objeto de violencia física o psicológica (le empuja, le insulta...)	61 (38,9%)	96 (61,1%)

C.2.2. Maltrato directo hacia el menor

	Intensidad del maltrato directo hacia el menor				Duración (en años)	Se ha producido en el último año	
	Nulo	Leve	Moderado	Grave		Sí	No
Negligencia física	89 (57,1%)	44 (28,2%)	16 (10,3%)	7 (4,5%)	1-5 años: 37,3% 6-10 años: 43,3% 11-15 años: 14,9% Más de 15 años: 4,5%	31 (47%)	35 (53%)
Negligencia emocional	54 (35,1%)	38 (24,7%)	45 (29,2%)	17 (11%)	1-5 años: 43,0% 6-10 años: 37,6% 11-15 años: 16,1% Más de 15 años: 3,2%	70 (69,3%)	31 (30,7%)
Maltrato Físico	98 (62%)	44 (27,8%)	9 (5,7%)	7 (4,4%)	1-5 años: 35,2% 6-10 años: 38,9% 11-15 años: 24,1% Más de 15 años: 1,9%	20 (33,9%)	39 (66,1%)
Maltrato psicológico	32 (20,3%)	43 (27,2%)	36 (22,8%)	47 (29,7%)	1-5 años: 45,7% 6-10 años: 37,1% 11-15 años: 14,7% Más de 15 años: 2,6%	75 (61%)	48 (39%)
Abuso sexual	157 (100%)	0	0	0			

C.3. Afectación del menor por la conflictividad familiar

Nivel de afectación del menor por la conflictividad familiar							
Hasta hace 1 año				Durante el último año			
Nada	Algo	Bastante	Mucho	Nada	Algo	Bastante	Mucho
3 (1,9%)	27 (17,1%)	78 (49,4%)	50 (31,6%)	8 (5,1%)	60 (38%)	60 (38%)	30 (19%)