

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

**Exposición infantil a violencia doméstica en una muestra comunitaria
en España y consecuencias psicopatológicas asociadas**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR

Ana Pérez Montoya

Director

Francisco Javier Labrador Encinas

Madrid, 2016

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
Facultad de Psicología



EXPOSICIÓN INFANTIL A VIOLENCIA
DOMÉSTICA EN UNA MUESTRA COMUNITARIA
EN ESPAÑA Y CONSECUENCIAS
PSICOPATOLÓGICAS ASOCIADAS

TESIS DOCTORAL PRESENTADA POR:
Ana Pérez Montoya

DIRECTOR:
Francisco J. Labrador Encinas

Madrid, 2015

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis doctoral no podría haberse llevado a cabo sin la colaboración de las personas e instituciones que menciono a continuación.

En primer lugar, debo agradecer a Francisco J. Labrador la confianza que ha depositado en mí, la supervisión que ha ejercido y el apoyo constante que me ha proporcionado: no solo ha sido el director de la tesis y una persona imprescindible en mi formación académica y profesional; también ha sido un admirable ejemplo, al que agradezco su infinita paciencia y sus acertados consejos.

En segundo lugar, doy las gracias a Jesús Sanz por ayudarme a comprender mejor la estadística y por ofrecerme su ayuda cada vez que la he necesitado.

Igualmente quiero expresar mi agradecimiento a Marta Labrador, compañera y amiga, con la que inicié este proyecto en 2010. Gracias a ella hoy puedo presentar este trabajo.

También quiero expresar mi gratitud a los profesores y coordinadores de los centros educativos que han colaborado en el estudio y que amablemente nos permitieron entrar en las clases de sus colegios e institutos: Instituto de Enseñanza Secundaria El Espinillo, Centro de Educación Infantil y Primaria Barcelona, Colegio Nuestra Señora de los Ángeles, Centro de Educación Infantil, Primaria y Secundaria Loyola de Palacio, Instituto de Enseñanza Secundaria José Saramago y Colegio Nuestra Señora de la Concepción. En este punto es de justicia mostrar mi agradecimiento especialmente a María del Carmen Álvarez, quien desde el primer momento se implicó enormemente en este proyecto y ha sido una persona clave para poder llevar a cabo esta investigación. También fue imprescindible la ayuda de Beatriz Pérez y Pilar Pérez, quienes hicieron posible y facilitaron el acceso a gran parte de la muestra.

No me olvido tampoco de los alumnos de estos centros, cuya colaboración ha hecho posible este trabajo.

Por supuesto, cómo no mencionar a mi familia, especialmente a mis padres: su constante apoyo en todos los aspectos ha sido imprescindible y decisivo para mi desarrollo personal y profesional. Estoy especialmente agradecida a Rosario y Carlos por su ayuda en el desarrollo de este trabajo.

Y quiero cerrar este capítulo de agradecimientos con Jaime, por ser mi principal apoyo. Gracias por darme fuerzas, motivarme y hacer posible que este proyecto haya llegado a su fin.

ÍNDICE DE TABLAS	IV
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	VII
RESUMEN	VIII
ABSTRACT	X
1. <u>MARCO TEÓRICO</u>	
1.1 INTRODUCCIÓN	1
1.2 DEFINICIÓN DE EXPOSICIÓN A VIOLENCIA DOMÉSTICA	
1.2.1 CONSIDERACIONES PREVIAS	
1.2.2 DEFINICION DE EXPOSICIÓN A VIOLENCIA DOMÉSTICA	2
1.2.3 TIPOS DE EXPOSICIÓN Y TAXONOMÍA	4
1.3 PREVALENCIA DE EXPOSICIÓN INFANTIL A VIOLENCIA DOMÉSTICA ...	8
1.4 CONSECUENCIAS DE LA EXPOSICIÓN INFANTIL A VIOL. DOM.	10
1.4.1 CONSIDERACIONES PREVIAS	
1.4.1.1 EXPOSICIÓN A VIOLENCIA DOMÉSTICA EN CONTEXTO DE MALTRATO INFANTIL	
1.4.1.2 HABILIDAD PARENTAL Y VIOLENCIA DOMÉSTICA	11
1.4.1.3 IMPACTO DE LA EXPOSICIÓN A VIOLENCIA DOMÉSTICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL DESARROLLO	13
1.4.2 CONSECUENCIAS PSICOPATOLÓGICAS	15
1.4.2.1 PROBLEMAS INTERNALIZANTES Y EXTERNALIZANTES	
1.4.2.2 TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	16
1.4.2.2.1 DIFICULTADES EN EL DIAGNÓSTICO DE TEPT EN NIÑOS EXPUESTOS A VIOLENCIA DOMÉSTICA	18
1.4.2.2.2 MANIFESTACIONES DE TEPT EN FUNCIÓN DE LA ETAPA DE DESARROLLO	20
1.4.3 VARIABLES MODERADORAS	26
1.4.3.1 SEXO	
1.4.3.2 EDAD	28
1.4.3.3 TIPOS DE EXPOSICIÓN	29
1.5 ESTUDIOS LLEVADOS A CABO EN ESPAÑA	34

1.6	DIFICULTADES EN EL ESTUDIO DE EXPOSICIÓN INFANTIL A VIOLENCIA DOMÉSTICA	36
1.7	REVISION DE META-ANÁLISIS	37
2.	<u>PARTE EMPÍRICA</u>	
2.1	OBJETIVOS E HIPÓTESIS	46
2.2	MÉTODO	48
2.2.1	DISEÑO	
2.2.2	DEFINICIÓN DE VARIABLES	
2.2.3	SELECCIÓN DE LA MUESTRA	49
2.2.4	INSTRUMENTOS	50
2.2.5	PROCEDIMIENTO	54
2.3	RESULTADOS	56
2.3.1	DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	
2.3.2	EXPOSICIÓN INFANTIL A VIOLENCIA DOMÉSTICA: RESULTADOS CEDV	61
2.3.2.1	ANÁLISIS DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	64
2.3.3	SINTOMATOLOGÍA: RESULTADOS CBCL Y CPSS	70
2.3.3.1	SINTOMATOLOGÍA INTERNALIZANTE Y EXTERNALIZANTE	
2.3.3.2	SINTOMATOLOGÍA TRAUMÁTICA	71
2.3.4	CONSECUENCIAS DE LA EXPOSICIÓN INFANTIL A VIOLENCIA DOMÉSTICA	
2.3.5	COMPARACIÓN DE GRUPOS: EXPUESTOS Y NO EXPUESTOS A VIOLENCIA DOMÉSTICA	92
2.3.6	COMPARACIONES ENTRE 2010 Y 2014	97
2.3.6.1	EXPOSICIÓN A VIOLENCIA DOMÉSTICA EN 2010 Y 2014	
2.3.6.2	SINTOMATOLOGÍA INTERNALIZANTE, EXTERNALIZANTE Y TRAUMÁTICA EN 2010 Y 2014	99
3.	<u>CONCLUSIONES</u>	114
4.	<u>DISCUSIÓN</u>	118
5.	<u>ANEXOS</u>	137
6.	<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	152

Tabla 1.	Descripción de la muestra: Sexo	56
Tabla 2.	Descripción de la muestra: Colegio	57
Tabla 3.	Descripción de la muestra: Edad	
Tabla 4.	Descripción de la muestra: Raza	58
Tabla 5.	Descripción de la muestra: Familia	59
Tabla 6.	Descripción de la muestra: Nivel económico	60
Tabla 7.	Resultados de la escala <i>Child Exposure to Domestic Violence (CEDV)</i>	62
Tabla 8.	Exposición a violencia doméstica en función del sexo	64
Tabla 9.	Comparación de medias de exposición a violencia doméstica en función del sexo	
Tabla 10.	Medias de exposición a violencia doméstica en función del tipo de familia	64
Tabla 11.	Prueba ANOVA para exposición a violencia doméstica en función del tipo de familia	65
Tabla 12.	Estadístico de Bonferroni para tipo de familia	
Tabla 13.	Medias de exposición a violencia doméstica en función de nivel económico	66
Tabla 14.	Prueba ANOVA para exposición a violencia doméstica en función de nivel económico	
Tabla 15.	Estadístico de Bonferroni para nivel económico	
Tabla 16.	Exposición a violencia doméstica en función de edad	67
Tabla 17.	Prueba ANOVA para exposición a violencia doméstica en función de nivel edad	
Tabla 18.	Estadístico de Bonferroni para edad	68
Tabla 19.	Exposición a violencia doméstica en función del tipo de colegio	69
Tabla 20.	Prueba T para exposición a violencia doméstica en función de tipo de colegio	
Tabla 21.	Puntuaciones del cuestionario <i>Child Behaviour Checklist (CBCL)</i>	70
Tabla 22.	Puntuaciones del cuestionario <i>Child PTSD Symptom Scale (CPSS)</i>	71
Tabla 23.	Correlaciones entre exposición infantil a violencia doméstica y sintomatología internalizante	72
Tabla 24.	Correlaciones entre exposición infantil a violencia doméstica y sintomatología externalizante	73
Tabla 25.	Correlaciones entre exposición infantil a violencia doméstica y sintomatología traumática	74
Tabla 26.	Correlaciones entre exposición infantil a violencia doméstica y sintomatología total	

Tabla 27.	Correlaciones entre implicación y sintomatología internalizante, externalizante, traumática y total	75
Tabla 28.	Correlaciones entre sintomatología internalizante y sexo, edad, colegio, exposición a violencia doméstica y año	77
Tabla 29.	Resumen del modelo de regresión lineal: Sintomatología internalizante	79
Tabla 30.	Prueba de ANOVA: Sintomatología internalizante	
Tabla 31.	Coefficientes estandarizados y correlaciones parciales y semiparciales: Sintomatología internalizante	80
Tabla 32.	Correlaciones entre sintomatología externalizante y sexo, edad, colegio, exposición a violencia doméstica y año	81
Tabla 33.	Resumen del modelo de regresión lineal: Sintomatología externalizante	82
Tabla 34.	Prueba de ANOVA: Sintomatología externalizante	
Tabla 35.	Coefficientes estandarizados y correlaciones parciales y semiparciales: Sintomatología externalizante	84
Tabla 36.	Correlaciones entre sintomatología traumática y sexo, tipo de colegio, edad, exposición a violencia doméstica y año	85
Tabla 37.	Resumen del modelo de regresión lineal: Sintomatología traumática	86
Tabla 38.	Prueba de ANOVA: Sintomatología traumática	
Tabla 39.	Coefficientes estandarizados y correlaciones parciales y semiparciales: Sintomatología traumática	88
Tabla 40.	Correlaciones entre sintomatología total y sexo, edad, tipo de colegio, exposición a violencia doméstica y año	89
Tabla 41.	Resumen del modelo de regresión lineal: Sintomatología total	90
Tabla 42.	Prueba de ANOVA: Sintomatología total	
Tabla 43.	Coefficientes estandarizados y correlaciones parciales y semiparciales: Sintomatología total	91
Tabla 44.	Sintomatología internalizante en grupo expuesto vs no expuesto a violencia doméstica	92
Tabla 45.	Comparación de medias entre grupo expuesto y no expuesto para sintomatología internalizante	93
Tabla 46.	Sintomatología externalizante en grupo expuesto vs no expuesto a violencia	
Tabla 47.	Comparación de medias entre grupo expuesto y no expuesto para sintomatología externalizante	94
Tabla 48.	Sintomatología traumática en grupo expuesto vs no expuesto a violencia doméstica	95
Tabla 49.	Comparación de medias entre grupo expuesto y no expuesto para sintomatología traumática	96
Tabla 50.	Sintomatología total en grupo expuesto vs no expuesto a violencia doméstica	97
Tabla 51.	Comparación de medias entre grupo expuesto y no expuesto para sintomatología total	

Tabla 52.	Medias de exposición a violencia doméstica en 2010 y 2014	
Tabla 53.	Comparación de medias: Exposición a violencia doméstica en 2010 y 2014	98
Tabla 54.	Medias de sintomatología internalizante y externalizante en 2010 y 2014	100
Tabla 55.	Prueba T: Sintomatología internalizante en 2010 y 2014	102
Tabla 56.	Prueba T: Sintomatología externalizante en 2010 y 2014	103
Tabla 57.	Medias de sintomatología traumática en 2010 y 2014	104
Tabla 58.	Prueba T: Sintomatología traumática en 2010 y 2014	105
Tabla 59.	Medias de sintomatología total en 2010 y 2014	106
Tabla 60.	Prueba T: Sintomatología total en 2010 y 2014	
Tabla 61.	Medias de sintomatología internalizante, externalizante, traumática y total en 2010 y 2014	107
Tabla 62.	Prueba T: sintomatología internalizante, externalizante, traumática y total	
Tabla 63.	Correlaciones entre exposición a violencia doméstica y sintomatología internalizante en 2010	108
Tabla 64.	Correlaciones entre exposición a violencia doméstica y sintomatología internalizante en 2014	109
Tabla 65.	Correlaciones entre exposición a violencia doméstica y sintomatología externalizante en 2010	110
Tabla 66.	Correlaciones entre exposición a violencia doméstica y sintomatología externalizante en 2014	
Tabla 67.	Correlaciones entre exposición a violencia doméstica y sintomatología traumática en 2010	111
Tabla 68.	Correlaciones entre exposición a violencia doméstica y sintomatología traumática en 2014	112
Tabla 69.	Correlaciones entre exposición a violencia doméstica y sintomatología total en 2010	
Tabla 70.	Correlaciones entre exposición a violencia doméstica y sintomatología total en 2014	113
Tabla 71.	Resumen de las correlaciones en 2010 y 2014	

Ilustración 1.	Descripción de la muestra: Sexo	56
Ilustración 2.	Descripción de la muestra: Colegio	57
Ilustración 3.	Descripción de la muestra: Edad	58
Ilustración 4.	Descripción de la muestra: Raza	59
Ilustración 5.	Descripción de la muestra: Familia	60
Ilustración 6.	Descripción de la muestra: Nivel económico	61
Ilustración 7.	Resultados de la escala <i>Child Exposure to Domestic Violence (CEDV)</i>	63
Ilustración 8.	Resultados de la escala <i>Child Exposure to Domestic Violence (CEDV)</i> en 2010 y 2011	98
Ilustración 9.	Medias de sintomatología internalizante y externalizante en 2010 y 2014	101
Ilustración 10.	Medias de sintomatología TEPT en 2010 y 2014	104

En los últimos años ha aumentado el interés científico y social sobre los niños que conviven en situaciones de violencia doméstica y han proliferado diversas investigaciones que analizan los efectos de la exposición infantil a la violencia doméstica. No obstante, son escasas las investigaciones realizadas en España, y la mayoría se centran en población clínica.

Objetivos:

Esta investigación tiene como principal objetivo valorar la presencia de exposición infantil a violencia doméstica en muestra comunitaria que permita capturar una imagen de la realidad en nuestra sociedad. También valora las consecuencias psicopatológicas asociadas: en concreto, se estudia la asociación entre exposición infantil a violencia doméstica y el desarrollo de sintomatología internalizante, externalizante y traumática. El segundo objetivo es estudiar si se producen cambios en cuanto a exposición infantil a violencia doméstica en el tiempo, en concreto entre 2010 y 2014.

Metodología:

Se contó con una muestra comunitaria seleccionada de forma incidental, formada por 925 sujetos (572 niños en el año 2010 y 353 en el año 2014) con edades comprendidas entre los 11 y 17 años.

Para medir la exposición infantil a violencia doméstica se empleó el instrumento *Child Exposure to Domestic Violence Scale*, CEDV (Edleson, Johnson y Shin, 2007). Este cuestionario es una prueba autoadministrada que evalúa frecuencia y grado de exposición a violencia doméstica y, además, valora otros aspectos tales como implicación, otros tipos de victimización, factores de riesgo o exposición a violencia comunitaria. Con el objetivo de valorar sintomatología internalizante y externalizante se empleó el cuestionario *Child Behavior Checklist* (CBCL) de Achenbach y Edelbrock (1991), en concreto se aplicó el formato para jóvenes *Youth Self Report* (YSR). Este cuestionario ha sido uno de los más empleados a lo largo de la literatura para valorar diferentes problemas en la infancia y adolescencia. Para medir sintomatología traumática se empleó el *Child PTSD Symptom Scale* (CPSS) de Foa, Johnson, Feeny y Tredwell (2001).

Resultados:

Los resultados obtenidos mostraron un 17% de exposición infantil a violencia doméstica, porcentaje que aumenta dramáticamente al considerar la exposición a conflicto familiar, que alcanza el 83,4%.

Se identifican las variables sexo, edad, tipo de familia y nivel económico como moduladoras en la exposición a violencia, de tal forma que los sujetos más expuestos a violencia doméstica fueron las niñas, los sujetos procedentes de familias reconstituidas, con un nivel económico bajo y los sujetos de mayor edad.

La exposición a violencia doméstica apareció estrechamente relacionada con el desarrollo de sintomatología internalizante (ansiedad, depresión, aislamiento y somatización), externalizante (conducta agresiva y conducta anormativa) y traumática (hiperactivación, evitación y pensamientos intrusivos), tal como se reflejó en los análisis correlacionales.

Además, se estudia el papel de la implicación en los episodios de violencia, encontrando que el 86,6% de los niños expuestos a violencia familiar se implican de alguna manera en estos episodios. Los resultados muestran que esta implicación en la violencia familiar está asociada a mayores niveles de psicopatología.

Al comparar las muestras de 2010 y 2014 se apreció una disminución significativa en el nivel de exposición a violencia doméstica y, como era de esperar, un descenso en los niveles de psicopatología.

Conclusiones:

Esta investigación pone de manifiesto que el nivel de exposición infantil a violencia doméstica en una muestra comunitaria es muy elevado y alcanza un nivel del 17%. Ser la niña, tener 17 años, un nivel económico bajo y convivir en una familia reconstituida son variables que aumentan la vulnerabilidad a la exposición infantil a violencia doméstica. Este estudio muestra además una clara asociación entre la exposición a violencia doméstica y el desarrollo de sintomatología internalizante, externalizante y traumática. Finalmente, se aprecia un descenso de la exposición a violencia doméstica entre 2010 y 2014, lo cual repercute de forma positiva en la psicopatología asociada.

Scientific and social interest regarding children who live with domestic violence has increased during the last few years. Different studies have focused on the effects of exposure to domestic violence in children, nevertheless not many studies have been carried out in Spain, and most of them used clinic samples.

Objectives:

The purpose of this study is to assess the presence of exposure to domestic violence in a community sample, in order to get a better understanding of this reality in our society. This study also analyses psychopathology outcomes associated with exposure to domestic violence, in particular internalizing, externalizing and posttraumatic symptomatology. The second part of this investigation focuses on whether changes in exposure might have occurred between 2010 and 2014 and its implications.

Methodology:

An incidental community sample was employed. It consisted of 925 participants, (572 children in 2010 and 353 children in 2014) aged 11 to 17.

To determine exposure to domestic violence, *The Child Exposure to Domestic Violence Scale*, CEDV (Edleson, Johnson & Shin, 2007) was used. This self-administered scale assesses frequency and level of exposure, but it also considers other aspects such as involvement in violence, other types of victimisation, risk factors or exposure to community violence. Internalizing and externalizing symptomatology were assessed with the *Youth Self Report* (YSR) from the *Child Behavior Checklist*, CBCL (Achenbach & Edelbrock, 1991). This has been one of the most employed questionnaires to determine different problems in infancy and adolescence along the scientific literature. The *Child PTSD Symptom Scale*, CPSS (Foa, Johnson, Feeny & Tredwell, 2001) was used to evaluate posttraumatic symptomatology.

Results:

Results showed that 17% of the children were exposed to domestic violence. This percentage drastically increases when considering exposure to family conflict, reaching to 83.4% of the sample.

Sex, age, type of family and economy were found as moderator for exposure to domestic violence. In particular, girls, children living in reconstructed families,

children with low incomes and older children, were more exposed to domestic violence.

Exposure to domestic violence appeared closely associated to internalizing symptomatology (anxiety, depression, withdrawal and somatic complaints), externalizing symptomatology (aggressive behaviour and rule-breaking behaviour), and posttraumatic symptomatology (intrusive thoughts, arousal and avoidance), obtaining strong correlations for all of them.

Child's involvement in domestic violence episodes was also studied. It was found that 86.6% of all children exposed to domestic violence had been involved during the episodes. Results showed a close relation between involvement and psychopathology, i.e. the greater involvement during episodes, the worse the psychopathology outcomes.

Samples from 2010 and 2014 were compared, showing a reduction in exposure to domestic violence, which, as it was predicted, had a positive impact on psychopathology levels.

Conclusions:

This study brings to light a large level of exposure to domestic violence within a community sample, in which 17% of the children had been exposed to domestic violence. Being a girl, aged 17, having low incomes and living in a reconstructed family, were risk variables that increased the vulnerability to exposure to domestic violence. A strong relation between exposure and internalizing, externalizing and posttraumatic symptomatology was found. Finally, a decrease in exposure to domestic violence was highlighted, having a positive impact on psychopathology levels.

1.1 INTRODUCCIÓN

La violencia doméstica es un fenómeno ampliamente estudiado en la literatura científica. Sin embargo, el interés por las víctimas de esta violencia se ha ido desplazando en los últimos años hacia los niños que están expuestos a la misma. Son las “víctimas silenciosas o invisibles” de la violencia doméstica.

Los primeros estudios experimentales no aparecen hasta los 80, y se conocen como la “primera generación” de investigación. Esta generación se centró en el estudio de la violencia contra las mujeres y su asociación con algunos tipos de sintomatología infantil. Fantuzzo (1989) lleva a cabo una revisión sobre la literatura de esta primera generación de estudios en la que pone de manifiesto numerosas inconsistencias y limitaciones metodológicas. Esta revisión generó a partir de 1990 la aparición de una “segunda generación de estudios” con diseños más sofisticados en los que se empiezan a incluir variables moderadoras. Las investigaciones posteriores han continuado por esta línea, ampliando las muestras de niños a adolescentes.

En los últimos 20 años se ha producido una oleada de estudios sobre niños que presencian la violencia doméstica, y coinciden en concluir que la exposición infantil a este tipo de violencia está asociada a un amplio rango de problemas psicológicos, emocionales, comportamentales, sociales y académicos (Fantuzzo y Lindquist, 1989; Jaffe, Wolfe y Wilson, 1990; Kolbo, Blakely y Engleman, 1996; Margolin y Gordis, 2000; Wolak y Finkelhor, 1998; Kitzmann, 2003; Wolfe, 2003; Sternberg, 2006, Ybarra, 2007; Holt, 2008; Chan y Yeung, 2009; Fletcher, 2010; Clifton, 2011; Zarling, 2013; Alcántara, López-Soler, Castro, López, 2013).

1.2 DEFINICION Y TAXONOMÍA DE EXPOSICIÓN INFANTIL A VIOLENCIA DOMÉSTICA

1.2.1 CONSIDERACIONES PREVIAS

A pesar del incremento de las publicaciones sobre esta materia, los esfuerzos por entender este problema se ven afectados por diferencias metodológicas y por la falta de una terminología y definiciones comunes.

En primer lugar, no todos los estudios ofrecen descripciones precisas de lo que consideran exposición infantil a violencia doméstica (EVD), como el tipo o

magnitud de exposición a violencia. Este problema limita la comprensión del fenómeno y dificulta la comparación de datos entre estudios.

Ejemplo de esta limitación es la revisión de 22 estudios llevada a cabo por Mohr, Noone Lutz, Fantuzzo y Perry (2000), quienes encuentran que tan solo el 43% de los estudios incluían alguna descripción sobre la naturaleza de la exposición infantil (Holden G. , 2003).

Por otro lado, los estudios que aportan algún tipo de información acerca de la naturaleza de la exposición se basan en los informes de las madres de estos niños, lo que lleva asociado otro problema resaltado en la literatura al respecto: la baja concordancia entre informantes.

Algunas investigaciones señalan que el grado de concordancia entre los informantes es bajo. Por ejemplo, en el estudio de Sternberg, Lamb y Dawud-Noursi (1998), tan solo el 18% de las familias estaban totalmente de acuerdo en cuanto al comportamiento abusivo de ambos padres. En otro estudio, Bayarri (2011) señala la importancia de obtener la información por parte de los niños expuestos, ya que los hallazgos encontrados en su estudio dependían del informante.

1.2.2 DEFINICIÓN DE EXPOSICIÓN INFANTIL A VIOLENCIA DOMÉSTICA (EVD)

En la literatura científica aparecen múltiples términos y definiciones de “exposición” y “violencia doméstica”.

El National Council of Juvenile and Family Court Judge’s (NCJFCJ, 2006) señala la complejidad existente sobre los resultados de las investigaciones debido a la disparidad en las definiciones psicosociales y legales. En unos estudios, los términos violencia, abuso y agresión se usan de forma intercambiable, mientras que otros los diferencian. Algunos términos empleados son específicos de género (maltrato a la mujer); sin embargo, no toda la violencia doméstica es llevada a cabo por hombres sobre mujeres. No todas las víctimas están casadas, por lo que el término abuso conyugal (“spousal abuse”) excluiría ex esposos, parejas del mismo sexo, parejas que conviven pero no están casadas, violencia durante el noviazgo o violencia en adolescentes. De la misma forma, el término doméstico puede ser demasiado general, ya que implica que se produce en el hogar, lo que incluiría violencia padre-hijo o violencia entre hermanos y excluiría aquella violencia que se produce fuera del contexto inmediato del hogar. Muchos investigadores prefieren emplear el término violencia en la pareja (“intimate partner violence”) ya que incluye tanto parejas presentes como pasadas y no diferencia en función del estatus marital o que sean del mismo sexo y es neutral en cuanto a género.

Un aspecto generalmente aceptado es la violencia doméstica como una forma de abuso (emocional, financiero, psicológico, físico y sexual). Hester, Pearson, y Harwin (2007) definen la violencia doméstica como “cualquier comportamiento violento o abusivo (físico, sexual, psicológico, emocional, verbal, financiero, etc.) que es usado por una persona para controlar y dominar a otra, con la que mantiene o ha mantenido una relación”.

Andrés Pueyo (2008) define la violencia contra la pareja como “un conjunto complejo de distintos tipos de comportamientos violentos, actitudes, sentimientos, prácticas, vivencias y estilos de relación entre miembros de una pareja (o ex pareja) íntima que produce daños, malestar y pérdidas personales graves en la víctima. La violencia contra la pareja no es sólo sinónimo de agresión física sobre la pareja, es un patrón de conductas violentas y coercitivas que incluye los actos de violencia física contra la pareja, pero también el maltrato y el abuso psicológico, las agresiones sexuales, el aislamiento y control social, el acoso sistemático y amenazante, la intimidación, la coacción, la humillación, la extorsión económica y las amenazas más diversas. Todas estas actividades, que se pueden combinar extender en el tiempo de forma crónica, tienen como finalidad someter a la víctima al poder y control del agresor. Por lo general, y sin mediar la intervención, la violencia contra la pareja es recurrente y repetitiva”.

Según el Instituto de la Mujer (IM), se entiende por Violencia de Género todo acto de violencia física o psicológica (incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad) que se ejerza contra una mujer por parte del hombre que sea o haya sido su cónyuge o esté o haya estado ligado a ella por una relación similar de afectividad aún sin convivencia.

Por Violencia Doméstica se entiende todo acto de violencia física o psicológica ejercido tanto por un hombre como por una mujer, sobre cualquiera de las personas enumeradas en el artículo 173.2 del Código Penal (descendientes, ascendientes, cónyuges, hermanos, etc.) a excepción de los casos específicos de violencia de género.

Teniendo en cuenta estas definiciones, en este estudio se emplea la primera de ellas, ya que el objeto de estudio es la exposición a violencia contra la madre, y el instrumento empleado valora exclusivamente violencia contra la madre. De esta forma, el término violencia doméstica empleado en este estudio no corresponde a la definición del IM, sino que hace referencia al concepto de violencia de género; es decir, violencia contra la mujer.

Respecto a la EVD, también ha habido bastante disparidad, pues en los primeros estudios se referían a los niños como “testigos” u “observadores”, aunque en los últimos años se ha pasado a emplear de forma más habitual el término “exposición a la violencia doméstica” (Holden, 1998). El NCJFCJ (2006) señala

que, debido a las diferencias en las definiciones legales y científicas respecto a lo que constituye ser testigo, se ha preferido emplear el término más general de “exposición”, ya que éste incluye también aquellas situaciones en las que el menor no observa directamente el episodio violento.

El término “exposición” se ha definido comúnmente como ver o escuchar la violencia. No obstante existen muchas formas en las que un menor puede estar expuesto a una situación de violencia: por ejemplo, cuando se fuerza al niño a observar un ataque a la madre, se le usa como espía mediante interrogatorios sobre las actividades de la madre o agrediéndolo mientras la madre lo tiene en brazos. A parte de ver o escuchar, algunas madres informan de que las consecuencias posteriores al incidente también suponen un efecto traumático en los niños. Por ejemplo, ver a la madre herida y necesitada de ayuda, intervenciones policiales o el traslado a un centro de acogida (Edleson, 2007).

Edleson describe el término “Exposición a violencia doméstica” como múltiples experiencias de los niños que viven en hogares en los que un adulto emplea la violencia como forma de coerción contra su pareja.

Tras revisar la literatura sobre la exposición infantil a violencia doméstica, se pone de manifiesto en primer lugar que no existe una definición estandarizada y común en este campo de investigación, y en segundo lugar la falta de inclusión de definiciones en los distintos estudios, siendo en muchas ocasiones complicado discernir qué se considera exposición a violencia y qué no.

Con el objetivo de avanzar hacia una terminología común, Holden (2003) propone una taxonomía sobre exposición infantil a violencia doméstica que se expone en el siguiente apartado. Ésta es la definición en la que se basa este estudio, por considerarse la más completa, que abarca diferentes dimensiones de la exposición y que ha sido ampliamente aceptada en la literatura científica.

1.2.3 TIPOS DE EXPOSICIÓN Y TAXONOMÍA

Holden (2003) señala que el concepto de “exposición” a violencia doméstica va más allá de un constructo dicotómico según el cual el niño observa/escucha o no observa/no escucha el suceso violento, sino que es un fenómeno más complejo que puede subdividirse en distintas categorías.

Holden trata de elaborar una taxonomía de exposición en la que propone diez categorías para precisar el término “exposición a violencia doméstica”, que van desde la implicación activa en el conflicto violento hasta el desconocimiento del mismo (las seis primeras categorías se refieren a la implicación directa mientras que las últimas implican algún tipo de exposición indirecta):

1. Exposición prenatal: efectos reales o imaginarios de la violencia doméstica en el desarrollo del feto. Por ejemplo, la madre embarazada vive en estado de terror o la madre percibe que la violencia doméstica ha afectado al feto.
2. Intervenciones: el niño trata de parar la agresión de manera física o verbal. Por ejemplo, tratando de defender a su madre o pidiendo que paren.
3. Victimización: el niño es física o verbalmente agredido durante un incidente. Por ejemplo, es agredido de manera intencional o es dañado de manera accidental por un objeto lanzado.
4. Participación: el niño es obligado a participar o se une "voluntariamente". Por ejemplo, es coaccionado para participar o es utilizado como un espía de la madre.
5. Testigo visual: el niño observa directamente el asalto. Por ejemplo, observa la agresión o está presente y escucha la agresión verbal.
6. Testigo auditivo: el niño no está presente, pero escucha la agresión. Por ejemplo, escucha gritos, amenazas o rotura de objetos.
7. Observa los efectos iniciales: el menor observa alguna de las consecuencias inmediatas de la agresión. Por ejemplo, ve heridas o ve a la policía, una ambulancia o los daños materiales.
8. Experimenta las consecuencias: el niño experimenta cambios en su vida como consecuencia de la agresión. Por ejemplo, experimenta la depresión materna, la separación del padre, el cambio de residencia, etc.
9. Escucha conversaciones o le cuentan sobre la agresión; adquiere conocimiento de la situación a través de la madre, un hermano, un familiar u otra persona.
10. El niño no tiene conocimiento del asalto. La agresión ha ocurrido cuando el niño no estaba presente en el hogar o cuando la madre pensaba que estaba dormido.

Holden agrupa a su vez estas categorías en distintos tipos de exposición a violencia doméstica:

- Exposición a violencia doméstica durante el embarazo: Este periodo se ha reconocido como de alto riesgo para sufrir abuso de la pareja (Campbell y Parker, 1999). El feto podría ser un objetivo directo de la agresión o indirecto (por ejemplo si la mujer es empujada por las escaleras). Es posible que el feto

se vea afectado por cambios fisiológicos debidos al estado de ansiedad o terror en el que la madre se encuentra.

- Implicación infantil en la violencia doméstica: Tres de las diez categorías mencionadas hacen referencia a algún tipo de implicación. Estas intervenciones pueden variar desde llamar a la policía hasta involucrarse físicamente para proteger a la madre.

En una muestra de Smith, el 30% de las madres informaron de que la reacción típica de sus hijos ante las agresiones era la intervención física o verbal para su defensa.

Fusco y Fantuzzo (2008) indican que el 75% de los niños expuestos a VD también estaban involucrados de alguna manera en dicha violencia. Encuentran tres formas claras de implicación:

1. El niño como parte de los eventos precipitantes (especialmente los niños de 6 años y menores).
2. El niño pide ayuda (especialmente las niñas de 7 años y mayores). En relación a estos datos, Edleson (2003) indica que en el 12% de las ocasiones el niño pidió ayuda o intervino físicamente en el suceso violento.
3. Implicación física por parte del niño (incluyendo las situaciones en las que el niño es herido, con independencia de la intencionalidad. En este caso los niños de 6 años y menores fueron los más propicios.

- Victimización: Otra manera de involucrarse en la agresión se produce cuando el niño se convierte además en víctima, bien de forma accidental o intencionada. En muchas ocasiones, las agresiones al niño se emplean como una manera de atemorizar y amenazar a la madre. Finalmente, el niño puede verse involucrado en la agresión mediante la participación en la misma, en muchas ocasiones porque es coaccionado por el padre.
- Testigo visual del abuso: En un estudio, más de la mitad de las madres informaron de que sus hijos habían presenciado directamente los abusos (Hutchison y Hirschel, 2001). Cuando el niño se encuentra en otra habitación o en la cama en el momento del asalto, puede escuchar la agresión, llantos, los objetos que se rompen, etc. Tal como se ha comentado anteriormente, Fusco y Fantuzzo (2008) señalan escuchar y ver como las formas de exposición más habituales. En función de las circunstancias, los padres serán más o menos conscientes de que su hijo está presenciando el incidente.

- Escuchar la violencia: Este tipo de exposición puede darse cuando el niño está en otra habitación, pudiendo escuchar gritos, objetos que se rompen, llantos o llamadas de socorro.
- Vivencia de las consecuencias del abuso: inicialmente pueden continuar varios días y pueden suponer la necesidad de acudir al hospital o servicios de emergencia; a largo plazo puede implicar el desplazamiento a un centro de acogida o a un nuevo hogar, o vivir los problemas psicológicos de las madres.
- Finalmente, el niño puede no ser consciente de la violencia, o que adquiera conocimiento de ella a través de conversaciones que escuche. En este sentido, es importante lo que el niño oiga, ya que de ello dependerán los posibles sentimientos de culpa y responsabilidad, lo que puede provocar problemas de ajuste posteriores (Holden, 1998; Rossman, 1990).

Holden señala algunas cuestiones empíricas que surgen a raíz de esta taxonomía. En primer lugar, la validez de las categorías discretas, ya que es habitual que los niños expuestos a violencia doméstica compartan más de una categoría (por ejemplo, es frecuente que el niño sea testigo visual, escuche los episodios de agresión y que se implique directamente en los mismos).

La cuestión más importante es hasta qué punto los tipos de exposición propuestos pueden ser útiles a la hora de comprender las reacciones y consecuencias de los niños ante la violencia interparental. Algunos autores señalan que este tipo de taxonomías pueden ser de gran utilidad si se encontrara relación entre las categorías de los tipos de exposición y el grado de severidad de las consecuencias posteriores en los niños. Sin embargo, los estudios revelan la existencia de muchas variables moderadoras entre los tipos de exposición y las secuelas; por ejemplo, edad del niño (o etapa de desarrollo), tipo de violencia sufrida y apoyo social.

A pesar de estas cuestiones, esta taxonomía permite valorar la exposición a violencia doméstica desde una visión más amplia, incluyendo formas de exposición que quedaban excluidas en algunas definiciones, como, por ejemplo, ser testigo de agresiones verbales o amenazas, y que pueden influir a la hora de valorar el efecto de la exposición a violencia doméstica. El cuestionario empleado en el presente estudio recoge las diversas categorías de EVD descritas en esta taxonomía. En resumen pues en este trabajo se considera que un niño está expuesto a violencia doméstica cuando ve, escucha, se involucra directamente o experimenta las secuelas de una agresión física, psicológica o sexual que se produce entre sus cuidadores.

1.3 PREVALENCIA DE EXPOSICIÓN INFANTIL A VIOLENCIA DOMÉSTICA

Las estimaciones más citadas sobre exposición infantil a violencia doméstica son las llevadas a cabo por Carlson y Straus.

Carlson (1984), basándose en los estudios sobre violencia doméstica, estima que al menos 3.3 millones de niños en EEUU están en riesgo de exposición a violencia interparental anualmente. Posteriormente (Carlson, 2000) incrementa estas cifras, estimando que entre un 10% y 20% de los niños americanos están expuestos a violencia doméstica anualmente. Basándose en los datos del Censo de los Estados Unidos, indicaría que aproximadamente entre 7 y 14 millones de niños americanos estarían expuestos a violencia familiar cada año.

Straus (1992), empleando informes retrospectivos con adultos, estima que podría haber hasta 10 millones de adolescentes en EEUU expuestos a la violencia doméstica cada año.

Otros autores han llevado a cabo estudios sobre la prevalencia de exposición infantil, empleando muestras comunitarias y muestras clínicas, por lo que los datos aportados son muy dispares.

Por ejemplo, O'Brien, John, Margolin y Erel (1994) describen que el 25% de los niños de una muestra comunitaria informaron haber sido testigos de algún tipo de agresión entre sus padres.

Mc Closkey y Figueredo (1995) señalan que el 20% - 25% de los niños en edad escolar que viven en hogares con violencia interparental informaron haberla presenciado de forma directa. Cuando los episodios de violencia interparental incluyen a las fuerzas de seguridad, estas cifras aumentan hasta el 95% de los casos. Estos autores señalan que hasta el 20% de los niños en una muestra comunitaria vieron a su padre dar una bofetada a su madre.

En un estudio llevado a cabo con estudiantes universitarios, Straus (1974) encuentra que el 16% había presenciado agresión física entre sus padres.

Thompson, Saltzman y Johnson (2003) señalan a partir de un sondeo nacional que el 33,2% de las mujeres maltratadas en Canadá y el 40,2% de las mujeres maltratadas en EEUU informaron de que sus hijos habían sido testigos de los episodios violentos. McGee (2000) encuentra que el 71% de los niños de mujeres maltratadas habían sido testigos del maltrato, y un 10% había presenciado una agresión sexual a la madre. McCloskey, Figuerdo, Koss (1995) informan de resultados similares.

Fusco y Fantuzzo (2008), estudian la prevalencia de exposición infantil a violencia doméstica, así como la naturaleza de la implicación en dicha violencia. Señalan

que en el 43% de todos los crímenes de violencia doméstica había niños en el entorno familiar, de los cuales hasta un 95% habían experimentado exposición sensorial a dicha violencia. Estos hallazgos son similares a los señalados por los mismos autores en 2007. En esta investigación señalan que hasta el 89% de los niños expuestos a VD habrían experimentado exposición sensorial a dicha violencia, siendo escuchar y ver las formas más frecuentes de exposición. Fusco y Fantuzzo (2008) además señalan que es más probable la exposición directa cuando la VD tiene como resultado daño físico para la víctima que cuando no hay daño físico.

En una investigación llevada a cabo en cinco ciudades diferentes, Fantuzzo, Boruch, Beriama, Atkins y Marcus (1997) encuentran que el número de niños presentes en familias en las que se produce violencia doméstica duplica la tasa en comparación con familias en la población general, siendo los niños menores de 5 años más propensos a estar expuestos a violencia doméstica y abuso de sustancias.

El Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la violencia contra niños y adolescentes (2006) calcula que hasta 275 millones de niños estarían expuestos a violencia doméstica en mundo. Basándose en estos datos, Unicef-Body Shop publica el informe *Behind Closed Doors* (2006), en el que estima en 188.000 los niños que podrían estar expuestos a violencia doméstica en nuestro país.

En España existen muy pocos datos disponibles sobre la prevalencia de violencia interparental. En la macroencuesta realizada por el Instituto de la Mujer (2011), el 10,9% de las mujeres afirmaron haber sufrido maltrato alguna vez en la vida y un 3% de las encuestadas reconocieron estar en situación de violencia doméstica en la actualidad. De las mujeres que sufrieron violencia doméstica, el 64,9% tenían hijos menores de edad cuando se produjo la situación de violencia doméstica, y esta cifra aumenta al 70,6% de las mujeres que afirman sufrir violencia doméstica en ese momento. Extrapolando los datos, 2.800.000 menores estaban expuestas a la situación de violencia que vivía su madre. De ellas, 840.000 son hijos de mujeres que han sufrido violencia doméstica en ese último año, lo que supondría que el 10,1% del total de menores residentes en España habrían estado expuestos a violencia doméstica en ese último año. Este porcentaje es similar al estimado por Carlson (2000) en muestra americana.

En conclusión, son pocos los estudios que arrojan datos precisos sobre prevalencia de exposición infantil a violencia doméstica. La mayor parte de las cifras aportadas son estimaciones aproximadas y poco afinadas, ya que cada una se basa en definiciones distintas e imprecisas, informes retrospectivos y medidas indirectas, y emplean diferentes tipos de muestras. Analizando los datos expuestos, los rangos de EVD parecen oscilar en muestras comunitarias entre el 10,1% (Instituto de la Mujer, 2011) y el 25% (O'Brien, Margolin, y Erel, 1994), mientras

que, tomando como referencia los hijos de mujeres maltratadas, las cifras aumentan hasta alcanzar un rango entre el 71% (Mc Gee, 2000) y 95% (Fusco y Fantuzzo, 2008). A pesar de la disparidad en los resultados, estas cifras permiten cierta comprensión en cuanto a la extensión del problema en la sociedad.

1.4 CONSECUENCIAS PSICOPATOLÓGICAS DE EXPOSICIÓN INFANTIL A VIOLENCIA DOMÉSTICA

1.4.1 CONSIDERACIONES PREVIAS

1.4.1.1 Exposición a violencia doméstica en el contexto del maltrato infantil

Existe una clara relación entre el maltrato contra la mujer y el abuso infantil (Cunningham y Baker, 2004; Edelson, 1999; Guille, 2004; Ross, 1996). Convivir con el maltrato materno puede ser considerado una forma de abuso emocional, ya que conlleva muchas implicaciones negativas en la salud mental del niño (Brandon y Lewis, 1996; citado por Holt, 2008).

Por otro lado, la violencia doméstica aparece como un factor de riesgo importante para sufrir maltrato físico y sexual en la infancia (Farmer y Owen, 1995; Kellog y Menard, 2003; McGee, 2000; Osofsky, 2003, citado por Holt, 2008). Las cifras de concurrencia de violencia doméstica y maltrato infantil varían en los distintos estudios en un rango del 45-70% (Margolin, 1998).

Straus, Gelles y Steinmetz (1980) encuentran que el 77% de los niños que vivían en hogares con niveles altos de violencia fueron maltratados a lo largo de su vida. Estos autores señalan además que las mujeres que habían sido maltratadas tenían el doble de probabilidad de maltratar físicamente a sus hijos en comparación con mujeres que no habían sido maltratadas (Strauss y Gelles, 1990).

En esta misma línea, Stark y Flitcraft (1988) llevan a cabo un estudio con mujeres referidas por maltrato infantil, de las cuales el 45% habían sido maltratadas ellas también. Este estudio fue replicado posteriormente en Boston, y se encontró que el 59% de las madres de niños maltratados habían sido maltratadas también por su pareja (McKibben, 1989, citado por Osofsky, 2003).

En un estudio llevado a cabo por Matud con muestra española (2007), el 55% de las mujeres maltratadas informaron de que su pareja también había ejercido la violencia contra sus hijos, siendo las formas más comunes el abuso psicológico y físico.

Los datos obtenidos en la encuesta española del Instituto de la Mujer (2011) revelan que el 54,7% de las mujeres que habían sufrido maltrato afirmaron que sus hijos también habían sido víctimas directas del maltrato. Esta cifra aumenta hasta el 61,7% de las mujeres maltratadas en ese último año. Extrapolando los datos, se estimaría que 517.000 menores (6,2% de los niños residentes en España) habrían sufrido directamente violencia en situaciones de violencia doméstica de su madre en ese último año.

En esta misma línea, un elevado número de investigaciones señala unos niveles elevados de concurrencia de exposición infantil a violencia doméstica y maltrato infantil. Los niños expuestos a violencia interparental tienen un mayor riesgo de sufrir otros tipos de maltrato, como negligencia emocional (Levendosky, Graham-Bermann, 2001, Osofosky, 1998). Es más, la mayoría de estos estudios han mostrado un solapamiento entre exposición y maltrato infantil que varía entre el 30 y el 60% (Edleson, 1999).

En una revisión de 42 estudios, Appel y Holden (1998) sugieren que la concurrencia de exposición y maltrato en muestras comunitarias americanas es del 6%, mientras que en muestras clínicas asciende en torno al 40%. Esta cifra oscila entre el 20-100% cuando se tomaba una definición de abuso infantil conservadora.

Lamers-Winkleman, Willeman, Visser (2012) hallan un nivel de concurrencia de ser testigo de violencia doméstica y haber sufrido maltrato físico del 51% en muestra holandesa.

A pesar de la disparidad en cuanto a las tasas de solapamiento entre EVD y maltrato infantil, los datos reflejan unas cifras muy elevadas. La mayor parte de los estudios muestran unas cifras de solapamiento que oscilan entre el 30 y 60% (Matud, 2007).

Este problema de concurrencia destapa una nueva cuestión sobre el posible efecto adicional de ser víctima y testigo de violencia frente a sólo ser víctima o testigo. Esta hipótesis se conoce como "Double whammy effect" o, tal como se referirá en este estudio, el "Efecto de doble victimización". Esta hipótesis será abordada en el apartado 1.4.3.3.

1.4.1.2 Habilidad parental y violencia doméstica

En general los resultados encontrados en los diferentes estudios coinciden en señalar que el buen funcionamiento psicológico materno y la capacidad parental (caracterizada por calidez, sensibilidad y niveles adecuados de control), sirven como factores de protección para los niños expuestos a violencia contra la pareja (Ybarra, 2007; Hungerford, Wait, Fritz, y Clements, 2012).

La evidencia empírica establece claramente que la capacidad de los progenitores se ve mermada a la hora de satisfacer las necesidades de los niños que se encuentran en casas de acogida (Levendosky y Graham-Bermann, 2001; McIntosh, 2002; Mullender, 2002).

En cuanto a las madres, el maltrato continuo afecta de manera negativa a la relación con sus hijos y a la calidad de la misma (Mullender, 2002; Cleaver, 1999; Levendosky, Huth-Bocks, Shapiro y Semel, 2003). Holden sugiere que el estrés y la depresión materna pueden fomentar un distanciamiento materno. Alternativamente, Holtzworth-Munroe, Smutzler, Sandin (1997) estiman que entre uno y dos tercios de las mujeres maltratadas sufren Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), baja autoestima, depresión y ansiedad, lo que puede fomentar el riesgo de problemas comportamentales y el impacto de la violencia en los niños (Levendosky y Graham-Bermann, 1998).

Tschann, Johnston, Kline y Wallerstein (1989) proponen la hipótesis de la capacidad parental, según la cual la violencia contra la pareja afecta de forma indirecta al ajuste del niño como resultado de prácticas parentales nocivas. Señalan que los niños expuestos a violencia doméstica son más propensos a desarrollar problemas de comportamiento externalizantes cuando se produce una interrupción en la relación padre-hijo.

Los resultados encontrados por Zarling, Taber-Thomas, Murray, Knuston, Lawrence, Valles, y Bank (2013) en su investigación apoyan la hipótesis de la capacidad parental como mediadora en la relación entre la exposición a violencia contra la pareja y el desarrollo de consecuencias negativas en el niño. En concreto, estudian el funcionamiento psicológico materno y la disciplina dura como potenciales variables mediadoras en niños entre 6 y 8 años. Los resultados señalan la disciplina dura como variable moderadora entre exposición a violencia doméstica y problemas externalizantes (aunque no internalizantes), lo que sustenta las teorías del aprendizaje social. Además, apuntan al funcionamiento psicológico materno como mediador en la relación exposición y problemas internalizantes, en concreto síntomas de ansiedad y depresión.

También se ha señalado que la violencia doméstica afecta a la capacidad de autoridad y control de los hijos, lo que puede resultar en agresiones físicas de los adolescentes a sus padres (Ulman y Strauss, 2003). Las agresiones hacia los padres aumentan según se incrementa la edad del niño, y son hasta 18 veces más frecuentes en familias en las que la madre sufre maltrato (McCloskey y Lichter, 2003).

Jouriles (2012) sugiere que tanto la exposición a violencia en la pareja como una crianza severa están asociadas a la perpetración de la violencia en las relaciones íntimas en adolescentes.

En resumen pues, la violencia doméstica tiene un efecto negativo en la habilidad parental. Por un lado, afecta al funcionamiento psicológico materno, ya que muchas de las mujeres víctimas de violencia doméstica sufren problemas psicológicos como TEPT o depresión, lo que a su vez supone un impacto negativo en la relación con sus hijos. Por otro lado, los estudios señalan que la habilidad parental actúa como variable moderadora entre la exposición a violencia y el desarrollo de diversos problemas infantiles, pudiendo servir como factor de protección infantil.

1.4.1.3 Impacto de la exposición a violencia doméstica desde la perspectiva del desarrollo

La evidencia empírica sugiere que crecer en un entorno abusivo puede poner en peligro el desarrollo personal del niño. La exposición a VD puede suponer un impacto diferente en función de la etapa evolutiva en la que se encuentre el menor, ya que la exposición temprana y prolongada puede generar mayores problemas afectando a las consiguientes etapas de desarrollo.

Desde esta perspectiva se entiende que los niños pequeños son totalmente dependientes de sus cuidadores principales. El estrés sufrido por el menor puede manifestarse en forma de irritabilidad, comportamientos regresivos (lenguaje o control de esfínteres), Osofsky, 1999; aparecen problemas de sueño, distrés emocional o miedo a quedarse solo (Lundy y Grossman, 2005).

De acuerdo con la perspectiva de la psicopatología del desarrollo, las experiencias tempranas aportan un fundamento para la consecuente adaptación, lo que puede moderar o exacerbar el impacto de eventos posteriores (Lamb, Gaensbauer, Malkin, y Schultz, 1985; Sroufe, 1979, Carlson, Levy, y Egeland, 1999). De esta manera, algunos investigadores opinan que la exposición temprana a la violencia doméstica, cuando la capacidad de regulación emocional aún no está desarrollada y la identificación del niño con sus padres es más fuerte, puede producir efectos negativos más severos y duraderos para la adaptación futura que la exposición más tardía (Fantuzzo, DePaola, Lambert, Martino, Anderson y Sutton, 1991; Hughes, 1988; Stagg, Wills, y Howell, 1989). Sin embargo, aunque existe cierta evidencia de que la asociación entre exposición a violencia doméstica y problemas de ajuste puede variar en función de la etapa evolutiva en la que el niño se encuentre en el momento de dicha exposición, no existen resultados concluyentes (Trickett y McBride-Chang, 1995).

Rossmann (1998) y Huth-Bocks, Levendosky, y Semel (2001) proponen que los niños pre-escolares que presencian la violencia doméstica presentan más problemas de comportamiento, dificultades sociales, síntomas de estrés postraumático, mayores dificultades para desarrollar empatía y peor autoestima que los niños

“no testigo”. Los efectos de la exposición son mayores en los niños pequeños debido a la dependencia de éstos con sus padres en todos los aspectos. Algunos investigadores han encontrado que las madres de este grupo de edad manifiestan que exhiben mayores problemas que cualquier otro grupo de edad (Levendosky, Huth-Bocks, Shapiro y Semel, 2003). Lundy y Grossman (2005) encuentran que los niños pre-escolares presentan comportamientos agresivos y posesivos, y Martín (2002) resalta los síntomas psicósomáticos como dolores de cabeza, dolores de estómago y asma, así como insomnio, pesadillas, sonambulismo y enuresis.

En cuanto a los niños escolares destacan problemas sociales y escolares, lo que además influye en su autoconcepto. Muchos niños tratan de ocultar la violencia doméstica por vergüenza, lo que les produce un sentimiento de tristeza y vulnerabilidad (Alexander, McDonald y Paton, 2005). Estos autores señalan que la falta de habilidades sociales puede provocar que estos niños desarrollen comportamientos agresivos con sus iguales, ejerciendo *bullying* hacia otros compañeros o, por el contrario, que se produzca un retraimiento de tal manera que presenten alto riesgo para sufrirlo (Cunningham y Baker, 2004). Lundy y Grossman encuentran en su estudio que un tercio de los niños de su muestra presentaba comportamientos agresivos con mayor frecuencia y un quinto de la muestra tenía dificultades a la hora de seguir las normas impuestas en el colegio.

En cuanto a los adolescentes, los investigadores sugieren que no suelen tener un apego seguro, por lo que su estilo relacional es evitativo, debido a la falta de confianza en las relaciones íntimas (Levendosky, 2002).

Wekerle y Wolfe (1999) encuentran que la exposición a la violencia doméstica es el mejor predictor para el comportamiento abusivo de los adolescentes varones, así como para la victimización de adolescentes (de ambos sexos) en sus relaciones íntimas.

Cuando los niños se van haciendo mayores, tendrán una participación más activa en la violencia doméstica, bien, tratando de prevenirla, bien interviniendo directamente, o proporcionando apoyo emocional a su madre (Hester, 2000). Pueden aparecer sentimientos de rabia hacia su padre (agresor) o hacia su madre (por no impedirlo). Los adolescentes pueden adoptar un rol de cuidadores de sus madres o hermanos, lo que puede generar un estrés muy elevado. (Goldblatt, 2003).

Muchos han sido los estudios que han abordado la edad como posible variable moderadora en el contexto de la exposición a violencia doméstica; sin embargo los resultados hallados son dispares y no parece haber un claro consenso. Este aspecto se aborda más adelante (ver apartado 1.4.3.2.).

1.4.2 CONSECUENCIAS PSICOPATOLÓGICAS

En las últimas dos décadas los investigadores han llevado a cabo un gran progreso en la comprensión de la violencia familiar y sus efectos en el desarrollo infantil.

La exposición infantil a violencia doméstica está asociada a problemas comportamentales, emocionales y cognitivos, así como a deterioro social y funcional. (Edleson, 1999; Fantuzzo y Lindquist, 1989; Jaffe, Wolfe y Wilson, 1990; Margolin y Gordis, 2000; Kitzmann, 2003; Wolfe, 2003; Sternberg, 2006; Ybarra, 2007; Holt, 2008; Chan and Yeung, 2009; Fletcher, 2010; Bayarri, 2011; Emery, 2011; Zarling, 2013; Alcántara, López-Soler, Castro, López, 2013), pudiendo las consecuencias de dicha exposición persistir hasta la edad adulta (Edleson, 1999; Kilpatrick y Williams, 1998).

Las investigaciones sobre exposición infantil a violencia doméstica se han centrado principalmente en el estudio de problemas internalizantes, externalizantes y Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).

En general, se entiende por trastornos internalizantes los problemas de ajuste que se manifiestan en comportamientos de inhibición, inquietud, evitación, y timidez, mientras que los trastornos externalizantes se refieren a las alteraciones del control de los comportamientos, como, agresión, impulsividad, negativismo desafiante, hiperactividad y problemas de conducta (Achenbach y Edelbrock, 1983). No obstante, en función del instrumento de evaluación empleado, no todos los estudios incluyen las mismas variables a la hora de definir sintomatología internalizante y externalizante. En concreto el instrumento empleado en este estudio, por ser el más comúnmente utilizado es el *Child Behaviour Check List* (CBCL, Achenbach, 1991), en el se incluyen como escalas de internalización ansiedad, depresión y somatización, y como escalas de externalización incluye conducta agresiva y anormativa.

1.4.2.1 Problemas internalizantes y externalizantes

Los diversos estudios sobre el tema han encontrado que los niños expuestos a violencia doméstica experimentan un amplio rango de consecuencias negativas en las que se incluyen problemas internalizantes y externalizantes. En concreto, presentan más síntomas depresivos, ansiedad y preocupaciones que los niños que no han sido expuestos a este tipo de violencia. Asimismo parecen estar más predispuestos a cometer agresiones físicas, así como a sufrir otros problemas comportamentales.

La mayor parte de los estudios han encontrado una asociación significativa entre la exposición infantil a violencia doméstica y problemas internalizantes y externalizantes (Fantuzzo, 1991; Mc Farlane, 2003; Sternberg, 2006; Lamers-Winkelman, 2012; Clifton 2013, Zarling, 2013; Alcántara, 2013).

Sin embargo los resultados presentados no son unánimes. Así algunos autores han encontrado relación sólo con problemas internalizantes (Christopoulos, 1987; Cummings, Pepler y Moore, 1999; Holden y Ritchie 1991) o sólo con problemas externalizantes (Sternberg, 1993, Kernic), o no han encontrado relación (Jaffe, Wolfe, Wilson, y Zak, 1985; Wolfe, Jaffe, Wilson y Zak, 1985; Wolfe, Zak, Wilson y Jaffe, 1986). Edleson (1999) apunta que algunos niños expuestos a violencia doméstica no desarrollan ningún efecto negativo, mostrando una gran resiliencia.

1.4.2.2 Trastorno de estrés postraumático

La exposición infantil a violencia doméstica está asociada al desarrollo de problemas emocionales, comportamentales y traumáticos (Chang y Yeung, 2009; Kitzmann 2003; Lamers-Winkelman, 2012).

Múltiples estudios señalan la violencia interparental como un factor precursor del Trastorno de Estrés Postraumático en niños. Kilpatrick (1997) encuentra una fuerte asociación entre EVD y TEPT, indicando que la exposición puede actuar como un estresor comparable en cuanto al impacto que supone a otras experiencias directas de violencia u otros actos abusivos.

Las cifras sobre TEPT en niños expuestos a violencia doméstica varían entre los distintos estudios. Rossman, Hughes y Rosenberg (2000), en un análisis de varios estudios, informan de que entre el 13 y 50% de los jóvenes expuestos a la violencia interparental cumplían los criterios para el diagnóstico de TEPT. En una muestra comunitaria de niños expuestos a violencia doméstica, sólo el 13% de los niños cumplían los criterios diagnósticos de TEPT; sin embargo, en torno al 50% cumplían criterios de pensamientos intrusivos, un quinto de la muestra presentaba evitaciones de los estímulos traumáticos y dos quintos de la muestra experimentaba síntomas de hiperactivación relacionados con los estímulos traumáticos. (Graham-Bermann y Levendosky, 1998; citado por Vickerman y Margolin, 2007). Levendosky (2013) apunta que aproximadamente la mitad de los niños entre 1 y 7 años expuestos a violencia doméstica desarrollaron algún síntoma de trauma. La tasa de TEPT hallada en este estudio resultó baja, siendo el grupo de 7 años los que presentaron mayor incidencia (21%).

Estos resultados indican que, a pesar de no cumplir los criterios para el diagnóstico de TEPT, gran parte de los niños expuestos desarrollan algún tipo de sintomatología traumática.

El TEPT en niños expuestos a violencia doméstica es un fenómeno complejo para cuya comprensión es necesario considerar varios aspectos.

En primer lugar, se produce un elevado solapamiento entre exposición infantil a violencia y maltrato. El nivel de concurrencia de maltrato infantil y violencia doméstica varía entre el 6% en muestra comunitaria y 41% en muestras clínicas (Appel y Holden, 1998). Margolin (1998) señala que entre el 45 y el 70% de los niños expuestos sufren además maltrato físico. Lamers-Winkleman (2012) encuentra una concurrencia entre exposición y maltrato físico del 51%. A pesar de que no existe consenso respecto al posible efecto aditivo en los niños que son testigos de violencia familiar y que también son víctimas de la misma, varios autores señalan que los niños que además son víctimas presentan un peor funcionamiento que los que son testigos de violencia pero no la sufren (Sternberg, 2006). En algunos casos, la coincidencia de violencia doméstica y agresiones a niños se da por casualidad y no de forma intencionada: por ejemplo, algunos niños pequeños no se separan de uno de sus progenitores por miedo y algunos adolescentes tratan de intervenir para parar las peleas de sus padres (Fantuzzo, Boruch, Beriama, Atkins y Marcus, 1997; Laumakis, Margolin y John, 1998).

La EVD también está asociada a otras formas de maltrato como negligencia (Levendosky y Graham-Bermann, 2001) y abuso sexual (Lamers-Winkelmann, 2012).

En muchos casos, los niños expuestos se enfrentan a otras experiencias adversas como divorcio, separación, drogodependencia en alguno de los cuidadores principales, problemas psiquiátricos familiares, encarcelamiento de algún miembro de la familia o traslado a un centro de acogida entre otros. El estudio llevado a cabo por Lamers-Winkelmann (2012) indica que la vivencia de experiencias adversas en la infancia correlaciona con la severidad y duración de la violencia familiar. A pesar de que el número de experiencias adversas no correlacionaba con el desarrollo de problemas emocionales o comportamentales, estos autores encuentran relación con el desarrollo de sintomatología traumática.

Las consecuencias de la EVD pueden variar en función de la frecuencia, severidad y cronicidad de la exposición (Kitzmann, 2003). En general, la exposición no se da a un único suceso limitado en el tiempo, sino que se trata de una situación prolongada cuya severidad varía desde presenciar insultos y amenazas hasta empujones, palizas o incluso el fallecimiento de la madre.

La frecuencia de violencia familiar presenciada está relacionada con el número de síntomas postraumáticos desarrollados (Levendosky, Bogat, Martínez-Torteya, 2013; Graham-Bermann, 2006; Levendosky, 2002; Rossman, 2007), por lo que los niños expuestos con mayor frecuencia presentarán más síntomas postraumáticos. La cronicidad de la violencia familiar supone una amenaza constante de nuevos episodios y la hace especialmente presente debido al elevado número de

estímulos traumáticos asociados. Incluso si la violencia se produce de forma esporádica o sólo una vez, las reacciones traumáticas del niño pueden generalizarse a otras situaciones menos severas, como manifestaciones de rabia o agresiones verbales, lo cual tiene una probabilidad de ocurrencia alta entre los miembros de la familia (Margolin y Vickerman, 2007). Los niños que conviven con la violencia familiar no tienen la seguridad en sus hogares, ya que existe la amenaza constante por la repetición de la violencia y no existe además manera de escapar de los recuerdos sobre los incidentes previos.

Rossmann y Ho (2000) describen la experiencia de los niños de la violencia doméstica como una zona de guerra, ya que en muchas ocasiones pueden predecir cuándo se producirá el ataque, mientras que en otras el daño es inesperado. Esto fomenta en los niños una sensación de peligro y de inseguridad. Otra característica única en la exposición a violencia doméstica es el hecho de que es una persona querida (padre) la que ejerce un acto violento contra la víctima, en este caso, su madre. El miedo y el sentimiento de indefensión pueden ser especialmente sobrecogedores cuando la amenaza o el daño es provocado por uno de los padres, y dirigido contra el niño, el otro padre o un hermano. En sucesos traumáticos como desastres naturales o accidentes, el apoyo de los padres se ha probado como un amortiguador importante que ayuda a minimizar los síntomas postraumáticos (Margolin y Vickerman, 2007). En la violencia familiar este soporte no se proporciona debido a que es uno de los progenitores quien perpetra el acto traumático, por lo que es una figura de peligro.

Por otro lado, el progenitor víctima de esta violencia (la madre) puede no ser capaz de proporcionar seguridad. Las madres con TEPT tienden a responder de manera más impulsiva y rápida con sus hijos y suelen subestimar el estrés del menor (Chemtob y Carlson, 2004). En muchos casos, la madre sufre otros problemas mentales, lo que afecta a su capacidad para proporcionar apoyo y calidez a sus hijos.

El maltrato infantil y la exposición a la violencia doméstica pueden incluirse en la categoría de "traumas complejos" (Cook et al., 2005; Van der Kolk, 2005). Estos autores se refieren al trauma complejo como "la vivencia de eventos traumáticos múltiples, crónicos, y prolongados, habitualmente de naturaleza interpersonal (por ejemplo abuso físico o sexual, guerra, violencia comunitaria) que se producen desde una edad temprana."

1.4.2.2.1 Dificultades en el diagnóstico de TEPT en niños expuestos a violencia doméstica

La naturaleza crónica de la EVD es uno de los factores que dificulta el diagnóstico de TEPT, ya que es posible que no exista un único acontecimiento traumático precipitante o un acontecimiento que sobresalga del resto. Es más,

estos acontecimientos pueden no suponer una amenaza a su integridad física o de su madre, tal como requiere el criterio 1 de TEPT (DSM-IV-TR, APA, 2000). Tampoco es posible identificar el funcionamiento previo del menor, debido a la dificultad para establecer un único suceso en un momento determinado.

Según el DSM-IV-TR, el diagnóstico para el Trastorno de Estrés Postraumático requiere que el niño presente como mínimo un síntoma de re-experimentación, tres síntomas de evitación y embotamiento y dos síntomas de hiperactivación.

El DSM-IV-TR reconoce que el TEPT puede manifestarse en niños de manera diferente a la de los adultos; por ejemplo, es habitual que los síntomas de re-experimentación se manifiesten mediante juegos que reproducen el evento o con pesadillas. Para establecer un diagnóstico adecuado es preciso tener en cuenta las diversas manifestaciones del TEPT en las diferentes etapas de desarrollo.

En la revisión del DSM-5 se introducen varios cambios para el diagnóstico de TEPT. En primer lugar deja de pertenecer a la categoría de trastornos de ansiedad y pasa a una nueva clase denominada trastornos traumáticos o eventos estresantes. Respecto a los criterios diagnósticos, se pasa de tres grupos principales de síntomas a cuatro, ya que el grupo C (evitación y embotamiento) se divide en dos (grupos C y D), resultando: intrusión, evitación, alteraciones negativas en cogniciones y estado anímico, y alteraciones en activación fisiológica y reactividad.

Se añaden además tres nuevos síntomas. En el criterio D (alteraciones negativas en cogniciones y estado anímico) se incluye culpa a uno mismo o a otros, persistente y distorsionada, y estado emocional negativo persistente. En el criterio E (alteraciones en activación y reactividad) se añade comportamiento temerario o destructivo.

Se elimina el criterio A2 del DSM-IV (miedo, indefensión y horror ante la situación traumática), ya que la investigación sugiere que no aportaba precisión diagnóstica.

También se añade un subtipo de TEPT con síntomas disociativos, aplicable a los sujetos que cumplen los criterios para el diagnóstico de TEPT y además experimentan síntomas de despersonalización y desrealización.

Uno de los cambios importantes es la separación de criterios diagnósticos para niños de 6 años o menores (subtipo preescolar). Dado que los niños más pequeños tienen una capacidad cognitiva abstracta y expresión verbal emergentes, la investigación ha demostrado que los criterios deben ser más conductuales y sensibles en relación al desarrollo para detectar TEPT en niños preescolares. Respecto al criterio sobre la reacción inmediata al evento

traumático, se elimina la condición por la que el niño debía manifestar distrés extremo en el momento del trauma. Si el niño es muy pequeño para verbalizar de forma precisa sus reacciones, y si no hay un adulto testigo, no habría manera de tener conocimiento de estas reacciones. En cuanto a los síntomas intrusivos, el antiguo síntoma de imágenes recurrentes e intrusivas del evento requería tres condiciones: recurrencia, intrusividad y que generara malestar. La investigación ha demostrado que los niños preescolares no siempre manifiestan abiertamente este malestar. Sin embargo los cambios más importantes para niños preescolares se introducen en el apartado de "evitación y alteraciones negativas en cogniciones y estado de ánimo", dado que muchos de los síntomas de evitación y cogniciones negativas son altamente internalizantes. El principal cambio es que se pasa a exigir un único síntoma de evitación, cogniciones negativas y estado de ánimo, en lugar de los tres que eran necesarios anteriormente. La disminución del interés por actividades significativas puede manifestarse en una reducción del juego. Los sentimientos de desapego se pueden manifestar de forma conductual mediante aislamiento social. Respecto a la sintomatología de activación, sólo se introducen cambios en la descripción de los síntomas, de tal manera que "irritabilidad" o "explosiones de ira" se modificaron para incluir "pataletas extremas" para incrementar la validez aparente.

Estos cambios parecen responder a la necesidad de adaptar los criterios diagnósticos de TEPT a los niños, diferenciándolos de los criterios para los adultos. Destaca la nueva inclusión del tipo TEPT preescolar, en la que se tienen en cuenta las peculiaridades de esta etapa de desarrollo. Este aspecto se debate en el siguiente apartado, en el que se pone de relieve las diferentes manifestaciones del TEPT cada etapa evolutiva.

En este estudio se emplean los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, ya que no se contaba con la nueva revisión cuando se inició la investigación en 2010, y tampoco se contaba con instrumentos adaptados a esta nueva clasificación.

1.4.2.2.2 Manifestaciones de TEPT en función de la etapa de desarrollo

En los últimos años se ha debatido hasta qué punto el TEPT se manifiesta de manera similar en adultos y en niños. La evidencia sugiere que los niños sufren muchos de los síntomas que presentan los adultos. En el meta-análisis de Fletcher (1996) aparece que la incidencia de síntomas concretos en niños y adultos era comparable: por ejemplo, recuerdos intrusivos (34% y 45% para niños y adultos respectivamente), pesadillas (31% y 36%), re-experimentación del suceso (39% y 29%), malestar ante los recuerdos (51% y 26%), evitación de recuerdos (32% y 33%), disminución de interés por actividades (36% y 28%), dificultades de concentración (41% y 41%), hipervigilancia (25% y 27%) y respuesta exagerada de sobresalto (28% y 38%). Asimismo Fletcher informa de otros problemas asociados

en niños traumatizados, como respuestas disociativas (48%), baja autoestima (34%), depresión (25%), ansiedad de separación (23%) y ansiedad generalizada (39%).

No obstante es habitual que el TEPT tenga manifestaciones diferentes en función de la etapa de la infancia en la que se produzca el suceso traumático (Mash y Terdal, 1997). En los distintos estudios los niños preescolares muestran menos síntomas cognitivos (menos síntomas de re-experimentación) y pocos síntomas evitativos (incapacidad para recordar algún aspecto del trauma o evitación de pensamientos y emociones o conversaciones sobre el suceso). Sin embargo existe poca investigación acerca de las diferentes manifestaciones del TEPT en las distintas etapas evolutivas (Cohen, 1998; Drell, Siegal, Gaensbauer, 1993; Scheeringa, Zeanah, Drell y Larrieu, 1995).

Kerig, Fedorowicz, Brown y Warren (2000) llevan a cabo una revisión de la literatura sobre la manifestación de TEPT en niños y adolescentes, y establecen una diferenciación de los síntomas en función de la etapa de desarrollo:

Los niños preescolares manifiestan diferentes síntomas de re-experimentación del suceso traumático entre los que se incluyen juego repetitivo, terrores nocturnos y pesadillas, sonidos e imágenes intrusivas que reviven el suceso, ansiedad de separación, ansiedad ante extraños, miedos regresivos, problemas de alimentación o sensibilidad a ruidos altos. Dentro de la categoría de evitación, los niños en edad preescolar manifiestan ausentismo más que la evitación activa de pensamientos y sentimientos típicos en la edad adulta. También manifiestan comportamientos fóbicos, confusión, comportamientos regresivos, apego ansioso, tristeza e indefensión y sensación de acortamiento de futuro. En la categoría de síntomas de hiperactivación, los niños preescolares presentan dificultades para dormir, rabietas y mal comportamiento, inatención a instrucciones, sensibilidad ante estímulos auditivos y una respuesta exagerada de alarma.

Los niños en edad escolar manifiestan diferentes síntomas de re-experimentación, entre los que se encuentran fantasías recurrentes de venganza o rescate, pesadillas y terrores nocturnos, imágenes y sonidos que reviven el trauma, miedos específicos del trauma y miedos cotidianos, así como reactividad y quejas somáticas. Dentro de la categoría de síntomas evitativos aparecen el estar ausente, comportamientos fóbicos, distorsión temporal, presagios, rechazo al colegio, aislamiento social, falta de interés en el juego, tristeza, culpa y sensación de soledad y sensación de acortamiento de futuro. En la categoría de hiperactivación los niños escolares presentan dificultad para dormir, oposicionismo y mal comportamiento, dificultades escolares, obsesión con detalles del trauma y respuesta de alarma exagerada.

Los adolescentes manifiestan los síntomas de re-experimentación a través de fantasías recurrentes de venganza y rescate, pesadillas, sensación de que el suceso está ocurriendo, miedos específicos del trauma y miedos cotidianos, reactividad y quejas somáticas. Entre los síntomas evitativos destacan el estar ausente, comportamientos fóbicos, distorsión temporal, presagios, absentismo escolar, aislamiento y mal comportamiento contra otros (ejemplos de esto son robar o pelear), tristeza y culpa y sensación de acortamiento de futuro. En la categoría de activación, los adolescentes presentan insomnio o falta de sueño profundo, comportamiento agresivo, rabia, dificultades académicas, hipervigilancia y respuesta exagerada de alerta.

- Manifestaciones de TEPT en niños expuestos a violencia doméstica

En el estudio llevado a cabo por Levendosky (2013) con niños expuestos a violencia doméstica, se señala que la probabilidad de desarrollar síntomas traumáticos incrementa según lo hace la edad del niño. Encuentra una tasa de TEPT baja, siendo sólo la tasa de los niños de 7 años (21%) la más próxima a las tasas que se han informado en la literatura. Una explicación de esto sería que los niños pequeños raramente reúnen todos los criterios para el diagnóstico de TEPT, sucediendo lo mismo con otros trastornos de ansiedad e internalizantes. Los autores sugieren que podría deberse a que los niños pequeños no encajan en este perfil de testigo de violencia contra la pareja de la misma manera que lo hacen niños mayores o adultos.

En este estudio se describe un patrón de desarrollo para tres de las categorías de TEPT, de tal forma que la sintomatología de activación aparece asociada a los niños expuestos entre 1 y 5 años; la sintomatología evitativa aparece más asociada entre los 5 y 7 años, mientras que la re-experimentación lo hace a los 7 años. Los autores sugieren una diferencia en la manifestación de la sintomatología en función de la etapa de desarrollo del niño: en los niños más jóvenes es más frecuente la falta de regulación emocional, y según van creciendo, aparece más sintomatología relacionada con la disregulación cognitiva y comportamental (reexperimentación y evitación).

Lehmann (2000) lleva a cabo una revisión sobre diversos estudios basados en el TEPT en niños expuestos a violencia doméstica. En concreto destaca las siguientes manifestaciones:

- Reexperimentaciones del suceso: algunos porcentajes de síntomas intrusivos de los distintos estudios son 36% (Graham-Bermann y Levendosky, 1998), 60.8% (Fitzpatrick y Boldizar, 1993), 60% (Lehmann, 1997) y 88% (Horowitz, Weine, y Jekel, 1995).

- Juegos repetitivos: el juego repetitivo se ha denominado “juego postraumático”, ya que el niño repite de manera compulsiva temas o aspectos determinados del trauma. (Terr, 1981, 1991). Se han encontrado ejemplos de juego postraumático en juegos de disparos (Pynoos y Nader, 1988), juegos de mamá (Eth y Pynoos, 1994), juegos de muerte (Malmquist, 1986; Pynoos y Eth, 1984, 1985), superhéroes (Silvern y Kaersvang, 1989), bomberos (Silvern, Karyl, y Landis, 1995) y juegos que representan actos de violencia comunitaria (Osofsky, Wewers, Hann, y Fick, 1993).

- Reactividad fisiológica: los síntomas somáticos se consideran respuestas psicofisiológicas como consecuencia del trauma. Algunos síntomas somáticos destacados son dolores de cabeza, dolores de estómago, asma recurrente, náuseas, diarrea, etc. La presencia de estos síntomas se produce en todas las etapas del desarrollo.

- Problemas de sueño: las dificultades de sueño se producen con mucha frecuencia en niños que han sufrido trauma. Pynoos y Nader (1988) encuentra que el 60% de los niños que fueron testigo de una agresión sexual a sus madres presentaron problemas de sueño. Las madres también informaron de que sus hijos estaban permanentemente fatigados. De manera similar, Fitzpatrick y Boldizar (1993) y Lehmann (1997) informan de problemas de sueño en el 37% y el 51% de los niños respectivamente. En otro estudio, Martínez y Richters (1993) encuentran que el 73% de los niños presentaban dificultades en el sueño.

- Miedos específicos: muchos niños desarrollan miedos, incluyendo el miedo a las armas y drogas (Martínez y Richters, 1993), miedo a que el agresor regrese y le dañe y miedos relacionados con la oscuridad o dormir solos (Burman y Alen-Meares, 1994; Scheeringa et al., 1995). Otros niños desarrollan miedos relacionados directamente con los acontecimientos traumáticos (Pynoos y Nader, 1988). Asimismo, otros estudios señalan la aparición de miedo a perder el control debido a su deseo de venganza contra el agresor (Eth y Pynoos, 1985; Pynoos y Eth, 1984, 1985, 1986; Pynoos y Nader, 1988).

- Distorsiones en la memoria: por ejemplo, Pynoos (1990, 1994) encuentra que la mayoría de los niños pequeños omiten los momentos de máxima amenaza o su proximidad con la violencia. Por otro lado, las distorsiones de memoria no parecen asociarse con niños mayores. Pynoos y Eth (1985, 1986) encuentran que los adolescentes pueden aportar detalles de los sucesos, y estos resultados los confirman otros autores (Further, Peterson, Prout, Schwarz, 1991; Black et al., 1992, 1993; Black y Kaplan, 1988, 1993; Pynoos y Eth, 1984; Pynoos y Eth, 1985).

- Embotamiento/Regresión: la mayor parte de los estudios revisados informan de alguna forma de embotamiento o regresión. Algunos niños responden al trauma con embotamiento social y afectivo respecto a sus amigos o familiares (Osofsky, 1995; Martínez y Richters, 1993; Pynoos y Nader, 1988). También señalan que algunos niños muestran desinterés por el estudio (Silvern, 1995). Con respecto a los comportamientos regresivos, los autores señalan numerosos episodios de enuresis (Burman y Allen-Meares, 1994; Malmquist, 1986; Scheeringa et al., 1995), así como comportamientos inapropiados con los amigos (Pynoos y Nader, 1988).
- Acortamiento de futuro: Fitzpatrick y Boldizar (1993) encontraron que el 50,8% de los niños de su muestra informaron de sentimientos de acortamiento de futuro. De la misma manera, Martínez y Richters (1993) encuentran que los niños sentían mayor desesperanza respecto al futuro al compararlo con las percepciones maternas.
- Dificultades escolares: las dificultades escolares es uno de los problemas más comunes del TEPT. Dyson (1991), Burman y Allen-Meares (1994), así como Pynoos y Eth (1984) informan de que el 100% de los niños en edad escolar mostraron dificultades en concentración y aprendizaje. Asimismo Rossman (1994) encuentra una correlación entre la actuación académica y reacciones postraumáticas severas. En un estudio posterior, Rossman (1998) informa de un peor funcionamiento cognitivo, especialmente en los niños testigo. Los problemas escolares parecen ser una consecuencia de un peor procesamiento cognitivo, de adversidades familiares, de la fatiga asociada al estrés, del miedo sobre lo que pueda sucederle a uno de sus padres mientras él está en la escuela o de un diagnóstico inadecuado de trastornos de aprendizaje.
- Irritabilidad/ira: los síntomas de irritabilidad, ira y problemas de control de impulsos son problemas muy comunes en la mayor parte de los estudios. En parte, el aumento de activación en estos niños puede estar asociado al estrés generado por haber presenciado los múltiples actos violentos, así como a cambios secundarios; por ejemplo, nuevo hogar, colegio, etc. (Black y Kaplan, 1998; Burman y Allen-Meares, 1994; Dyson, 1991; Malmquist, 1986). Song (1998) encuentra que el sentimiento de ira parece ser el síntoma traumático más importante a la hora de predecir comportamiento violento en la adolescencia.
- Respuestas emocionales asociadas: los niños traumatizados muestran un elevado número de respuestas emocionales negativas, como baja autoestima (Dyson, 1991; Holaday et al., 1992; Silvern y Kaersvang, 1989), pérdida de confianza en los demás (Pynoos y Eth, 1984; 1985),

atribuciones negativas incluyendo sentimientos de vulnerabilidad y la creencia de que el mundo es peligroso (Lehmann, 1997). Otras respuestas emocionales son la depresión y desesperanza (Dyson, 1991; Black y Kaplan, 1998; Black et al., 1992, 1993; Eth y Pynoos, 1994; Song et al., 1998), ansiedad de separación, respuestas disociativas (Song et al., Rossman, 1994) y culpa por no haber intervenido (Black et al., 1993; Pynoos y Nader, 1988; Pynoos y Eth, 1984).

Lehmann (2000) en su estudio también examina los factores asociados a reacciones traumáticas:

- Múltiples traumas: aproximadamente el 85% de los casos los niños tuvieron historias de traumas previos, tales como presenciar violencia comunitaria, haber sido abusado física o sexualmente o haber estado expuesto a guerra. Famularo et al., (1991) encuentra que el 80% de los sujetos tenían una historia previa de trauma incluyendo abuso físico y sexual. Muchos autores señalan que los múltiples traumas incrementan los síntomas de distrés.
- Edad: aproximadamente en el 65% de los estudios los niños más pequeños muestran mayor malestar. Al comparar los distintos grupos de edad, los niños más jóvenes suponen un mayor riesgo para presentar sintomatología TEPT (Black et al., 1992; 1993; Lehmann, 1997; Pynoos y Eth, 1984, 1985, 1986). Black encuentra que el 58% de los niños escolares presentaban mayores problemas emocionales al compararlos con los adolescentes. Martínez y Richters (1993) informan de que el haber visto armas y drogas junto con haber presenciado violencia doméstica tenía peores consecuencias para los niños más pequeños.
- Sexo: no existe consenso respecto al sexo. Unos estudios indican que las niñas muestran mayores niveles de sintomatología TEPT (Fitzpatrick y Boldizar, 1993; Holaday et al., 1993), mientras que en otros aparece lo contrario (Black et al., 1993; Rossman, 1998; Song et al., 1998), finalmente en otros estudios no encuentran diferencias (Lehmann, 1997; Martínez y Richters, 1993).
- Reacción familiar: la mayor parte de los estudios coinciden en que las reacciones traumáticas de los niños se minimizan cuando los padres proporcionan un apoyo adecuado al niño (Rossman et al., 1997). Por otro lado, Kilpatrick y Williams (1998) encuentran que el bienestar materno no es un predictor de los síntomas traumáticos, lo que coincide con los hallazgos de Rossman (1998) que indican que la adversidad familiar no contribuye al desarrollo de sintomatología TEPT en niños. En los casos en los que se ha producido un asesinato, se destacan algunas circunstancias que pueden favorecer el desarrollo

de sintomatología traumática como, por ejemplo, quedarse huérfano, vivir múltiples mudanzas o cambios de colegio, tener sentimientos de estigmatización así como sufrir complicaciones legales. En los estudios en los que no se produce homicidio, destacan algunas circunstancias como el conflicto familiar, la falta de una figura paterna no violenta, así como los múltiples abusos o las dificultades económicas.

1.4.3 VARIABLES MODERADORAS

Muchas investigaciones coinciden en señalar que la exposición a violencia doméstica supone un impacto negativo en los menores. No obstante, son varias las cuestiones que continúan abiertas para las que no se ha encontrado consenso: por ejemplo, el papel que juegan las variables sexo y edad en el desarrollo de sintomatología internalizante, externalizante y traumática o el posible efecto de distintos tipos de exposición.

1.4.3.1 Sexo

Son frecuentes las investigaciones que abordan el sexo como posible variable moderadora en el impacto de la exposición infantil a violencia doméstica. De nuevo, los resultados son contradictorios. No todos los autores hallan el sexo como variable moderadora, y entre aquellos que lo hacen tampoco hay acuerdo respecto a qué sexo o en relación a qué consecuencias.

Son muchos los estudios que encuentran diferencias significativas en cuanto al sexo (Sternberg, 1993; Yates, 2003; Zaring, 2012; Jouriles, 2012), aunque discrepan respecto a las consecuencias psicopatológicas asociadas a cada uno:

Algunos estudios sobre violencia doméstica sugieren que los niños son más vulnerables al impacto de los sucesos estresantes, incluyendo violencia familiar, que las niñas (Jaffe, Wolfe, Wilson, y Zak, 1986; Ramos, 2011).

En contraste, otros investigadores han encontrado que las niñas que viven la violencia doméstica son más propensas a manifestar problemas internalizantes y externalizantes que los niños (Cummings, Pepler, y Moore, 1999; Holden y Ritchie, 1991; Sternberg, 1993; Sternberg, Lamb, y Dawud-Noursi, 1998; Alcántara, 2013). Moyland y Herrenkhol (2009) señalan el sexo como variable predictora para todas las consecuencias excepto depresión. En concreto, indican que las niñas presentan mayor riesgo de desarrollar problemas internalizantes (Sternberg, 1993) mientras que los niños tienen más riesgo para los problemas externalizantes (Evans, 2008; McDonald, 2009).

Yates (2003) apunta esta diferencia de género, sugiriendo que la violencia doméstica es igualmente dañina para niñas y niños; sin embargo, la forma en la que estos problemas comportamentales se manifiestan puede variar en función del sexo. Los resultados muestran mayores asociaciones entre la exposición a violencia en la infancia media y el desarrollo de problemas externalizantes para los niños, y la exposición temprana y el desarrollo de problemas internalizantes para niñas (a la edad de 16 años).

Jouriles (2012) señala el sexo como variable moderadora en la relación entre crianza severa y exposición a violencia doméstica para la perpetración de la violencia en las relaciones entre adolescentes, encontrando mayores asociaciones para las niñas. Los resultados sugieren que la sintomatología traumática media el efecto de la crianza severa en la perpetración de la violencia, especialmente para niñas.

Zarling et al (2013) encuentra que las niñas presentan una mayor tendencia a tener más valoraciones cognitivas de miedo y hostilidad (lo cual aparece asociado tanto a problemas internalizantes como externalizantes), mientras que los niños experimentan de forma más frecuente disciplina dura (asociado a problemas externalizantes). De esta forma sugiere que cualquier influencia que el género pueda tener en las consecuencias de violencia contra la pareja podría plantearse como variables de proceso asociadas al sexo en lugar de diferencias estadísticas entre niños niñas.

Sin embargo, otros estudios informan de consecuencias similares para niños y niñas o no encuentran diferencias significativas (Carlson, 1990; Fantuzzo, 1991; Gleason, 1995; Grych, Jouriles, Swank, McDonald, y Norwood, 2000; O'Keefe, 1994; Wolfe, 2003; Kitzmann, 2003; Sternberg, 2006; Matud, 2007; Evans, Davies y DiLillo, 2008; Chan y Yeung, 2009; Bayarri, 2011; Lamers-Winkleman et al, 2012). Wolfe y Evans encontraron que los niños presentaban niveles superiores de problemas externalizantes que las niñas, aunque dichas diferencias no son significativas. Bayarri (2011) tampoco encuentra el sexo como variable moderadora en la relación exposición a violencia y psicopatología en niños entre 4 y 17 años (coincidiendo con Moyland, 2010 y Fletcher, 2010).

Tras una revisión de la literatura sobre el sexo como posible variable moderadora en la relación entre EVD y consecuencias psicopatológicas, se puede concluir la falta de consenso en este campo. En el apartado 1.7 se revisan varios meta-análisis que tratan de aportar claridad a ésta, entre otras cuestiones. En cuatro de los cinco meta-análisis revisados, los autores fallan a la hora de encontrar diferencias significativas en función del sexo (Kitzmann, 2003; Wolfe, 2003; Sternberg, 2006; Chang, 2009), lo que sugiere que los niños y niñas presentarían niveles similares de sintomatología internalizante, externalizante y traumática.

1.4.3.2 Edad

Algunos autores han encontrado un mayor impacto negativo en preescolares (Fantuzzo, Boruch, Beriama y Atkins, 1997; Fantuzzo et al., 1991; Hughes, 1988; Stagg, Wills y Howell, 1989). Por ejemplo, los niños preescolares de familias violentas pueden sufrir problemas de sueño, síntomas somáticos, distrés emocional, miedo a quedarse solos, y enuresis (Osofsky, 1995; Osofsky y Scheeringa, 1997; Zeanah y Scheeringa, 1997).

Otros estudios han señalado una mayor aparición de problemas comportamentales y emocionales en niños escolares (Carlson, 1990; Edelson, 1999; Sternberg, 1993), así como mayores dificultades de adaptación escolar y dificultades relacionales: tienen peores resultados académicos, interactúan con sus iguales de manera más agresiva y muestran más síntomas de depresión y ansiedad (Carlson, 1990; Jaffe, Hurley y Wolfe, 1990).

En muchos casos las investigaciones apuntan a un mayor impacto en función de la edad, la consecuencia estudiada o el tipo de violencia sufrida.

Por ejemplo, Sternberg (2006) halla la edad como variable moderadora para problemas externalizantes, pero no internalizantes. En concreto, apunta que entre los 7 y 14 años cualquier forma de violencia supone un mayor riesgo para problemas externalizantes, mientras que entre los 4 y 6 años sólo los niños maltratados tenían mayor riesgo frente a los testigos. Yates (2003) sugiere que tanto la edad como el sexo influyen en la relación entre exposición y el ajuste comportamental del niño. Encuentra una asociación entre la exposición a violencia en la infancia media en niños y el desarrollo de problemas externalizantes (en ese momento), y la exposición en la infancia temprana a violencia en niñas y el desarrollo de problemas internalizantes (en la adolescencia).

En la revisión realizada por Taylor et al (2012) se señala que los niños pequeños (0-3 años) tienden a tener una peor afectación de la exposición a violencia que los niños mayores (Fantuzzo, 1991, 1997), resultando en mayores problemas emocionales, problemas sociales y retrasos en el desarrollo, agresión, síntomas de trauma y una menor habilidad verbal, cognitiva y motora.

Emery (2011) señala que la relación entre violencia interparental y problemas de comportamiento se atenúa según la edad de exposición aumenta. En esta línea apunta la revisión de la literatura llevada a cabo por Muresan y Lorelei (2012), sugiriendo que cuanto más temprana es la primera exposición a violencia doméstica mayores serán los problemas de ajuste.

El estudio de Levendosky, Bogat, Martínez-Torteya (2013) sobre TEPT en niños expuestos a violencia doméstica encuentra que la probabilidad de desarrollar sintomatología traumática aumenta a medida que aumenta la edad del niño. Señalan que puede deberse a que los niños más jóvenes no encajan en el mismo perfil de respuesta que los niños mayores.

A pesar de que la edad se ha señalado como variable moderadora en numerosos estudios, son muchos los autores que no han encontrado dicho efecto (Kitzmann, 2003; Litrownick, 2003; Wolfe, 2003; Evans, Davies y DiLillo, 2008; Chang y Yeung, 2009; Bayarri, 2011; Zarling, 2013). Los resultados encontrados en estos casos subrayan que la EVD tiene un impacto similar en los niños a todas las edades.

En muchos casos, la edad no sólo se ha encontrado como variable moderadora para el desarrollo de determinadas secuelas, sino que también aparece asociada a otras variables como el tipo o la frecuencia de exposición, tal como se comenta en el siguiente apartado.

De nuevo, no existe consenso para establecer diferencias en función de la edad del menor. Son muchos los estudios que defienden que la exposición tiene peores consecuencias en las etapas más tempranas del desarrollo infantil (Hughes, 1988; Fantuzzo, 1991; Muresan y Lorelei, 2012; Taylor, 2012); sin embargo otros investigadores señalan mayores problemas psicológicos en edades más tardías (Sternberg, 2006).

1.4.3.3 Tipos de exposición

Otros factores que influyen en las secuelas son la intensidad, severidad y la presencia de distintas formas de violencia a las que el niño está expuesto.

Los niveles de psicopatología aumentan según incrementa el nivel de exposición a violencia doméstica (Bayarri, 2011).

EL número total de síntomas traumáticos presentados por los menores expuestos está relacionado con la frecuencia de exposición a violencia doméstica (Levendosky, Bogat, Martínez-Torteya, 2013; Graham-Bermann, 2006; Levendosky, 2002; Rossman, 2007).

En el estudio de Jouriles (1998) destaca que los niños expuestos a episodios de violencia en los que se emplean armas tienen un mayor riesgo para presentar problemas comportamentales. En esta misma línea, Lemmey (2001), Levendosky y Graham-Bermann (1998) destacan que los niveles mayores de violencia física contra la madre se asociaban a mayores problemas internalizantes y comportamentales en los niños. Kitzmann (2003) señala en su meta-análisis que los

niños experimentaban un mayor impacto cuando presenciaban violencia física entre sus padres que ante cualquier otra forma de abuso (por ejemplo agresiones verbales).

Gewirtz y Medhanie (2008) encuentran que el nivel de violencia a la que está expuesto un niño correlaciona con la edad del mismo, de tal manera que los niños mayores, de ambos sexos, presencian más episodios violentos. Además destacan una asociación positiva entre la edad de los niños y el uso de armas durante los episodios; es decir, que los niños mayores presencian un mayor número de episodios violentos en los que se emplean armas. Straus et al (1980) apunta que los niños menores de cinco años tienen mayor riesgo de presenciar violencia doméstica y abuso de sustancias.

Kernic (2003) halla en su estudio que sólo la duración del maltrato físico añadía algún efecto a la exposición a violencia interparental, de tal forma que los niños expuestos a violencia doméstica de larga duración presentaban niveles límite o clínicos para la escala total del CBCL.

Los estudios revisados parecen coincidir al apuntar en la línea de que cuanta mayor frecuencia, intensidad y duración de la exposición a violencia doméstica, peores serán las consecuencias psicopatológicas.

- Efecto de doble victimización

Dado que la violencia marital y el maltrato físico infantil están muy asociados, muchos investigadores plantean la hipótesis de que los niños que experimentan ambos tipos de violencia (ser testigo y víctima de violencia doméstica) sufrirán problemas más severos que aquellos que sólo hayan sufrido un tipo de violencia. De esta forma se ha investigado si el maltrato infantil supone un efecto aditivo en el contexto de exposición a violencia doméstica. A este efecto se le conoce como "Efecto de doble victimización" ("Double whammy effect").

De nuevo, no existe un consenso claro entre los diferentes estudios. Mientras que algunas investigaciones confirman la hipótesis de la doble victimización, otros fallan a la hora de señalar dicho efecto.

- Testigo versus víctima y testigo de EVD

Hughes, Parkinson y Vargo (1989) informan del "efecto de la doble victimización", según el cual los niños que hayan vivido ambos tipos de violencia presentarán problemas más severos que los que tan sólo hayan sido testigo de la violencia doméstica.

En esta línea apunta el estudio de Kernic (2003), en el que los niños testigo y víctimas de la violencia doméstica duplicaban la probabilidad de puntuar en el

nivel clínico de la escala total del CBCL en comparación con el grupo de expuestos.

Sternberg (2006) apoya este efecto aditivo. Encuentra que el grupo de niños que habían sido testigos y además maltratados presentaban mayor riesgo para el desarrollo de problemas internalizantes que el grupo de niños víctimas o el grupo de testigos, para todas las edades. Respecto a los problemas externalizantes, sólo encuentra este efecto en el rango de edad de 4 a 6 años.

Matud (2007) halla resultados similares, indicando este efecto aditivo para el grupo de víctimas y testigo en el desarrollo de problemas internalizantes. En este caso, el ser testigo incrementaba las probabilidades de desarrollar problemas físicos y mentales, pero los niños que además de ser testigo de la violencia eran víctimas de ella desarrollaban más problemas de salud.

Moyland, Herrenkhol et al (2009) también confirman la hipótesis de la doble victimización, encontrando que la exposición dual (testigo y víctima) se asociaba de forma consistente a un mayor riesgo para todo el rango de problemas internalizantes y externalizantes.

Sin embargo, otros investigadores no han encontrado este efecto aditivo o lo han hecho en subgrupos específicos.

Sternberg (1993) sugiere que la exposición dual no tiene un efecto aditivo a la experiencia traumática, ya que señala que los niños que presencian violencia doméstica no diferían de forma consistente de los grupos de niños maltratados físicamente o maltratados y testigo.

Kitzmann (2003) informa que los niños que habían sido abusados físicamente y que además habían sido testigos de la violencia doméstica tendían a presentar peores consecuencias que los que sólo habían sido testigos; sin embargo, el tamaño del efecto encontrado no difería de manera significativa. Wolfe (2003) también apunta en esta dirección, hallando diferencias entre el grupo víctimas y testigos frente al grupo testigos, pero con un tamaño del efecto pequeño, pudiendo explicarse dichas diferencias por el tipo de muestra.

Estos datos sugerirían que el hecho de ser testigo es tan dañino como ser testigo y además víctima, o como ser víctima de violencia doméstica.

- Testigo versus víctima de VD

Otra cuestión sobre la que se han centrado varios autores se dirige a aclarar si los niños testigo de la violencia doméstica presentan secuelas similares a los niños que la sufren de manera directa. Sternberg (1993) encuentra que el ser víctima

de violencia tenía peores consecuencias que el presenciarse. En su meta-análisis, Kitzmann (2003) encuentra que las víctimas directas tendían a presentar peores consecuencias que las que solo eran testigo, aunque la diferencia no fue significativa. En este mismo sentido apunta el estudio de Rossman y Joyce (2000), en el que el porcentaje de niños que cumplía criterios diagnósticos de TEPT era mayor para el grupo de los niños testigo y víctimas de VD, aunque la diferencia con respecto al grupo de testigos no fue significativa.

Parece haber una tendencia a presentar mayor psicopatología como víctima que como testigo, pero dicha diferencia no es significativa (Kitzmann, 2003; Bayarri, 2011). De nuevo, los datos sugieren que el hecho de ser testigo de violencia doméstica produce secuelas prácticamente similares que el ser víctima de la violencia.

Esta cuestión abre un debate en torno a la posibilidad de conceptualizar a los niños expuestos a violencia doméstica dentro de la categoría víctimas de violencia.

Holden (2003) defiende que los niños expuestos a violencia doméstica cumplen los criterios para maltrato, ya que viven en un entorno que es abusivo psicológicamente. Estos niños cumplen gran parte de las manifestaciones de maltrato psicológico:

- Estar atemorizado: la mayor parte de los niños que conviven en hogares en los que se produce violencia doméstica están atemorizados. Estar expuesto a la agresión verbal o física de un padre incrementa los niveles de activación fisiológica, produce estrés emocional y puede desencadenar trauma. Observar la violencia genera miedo por la seguridad de la víctima. Es común la intimidación, incluyendo amenazas con dar palizas o matarle a él o la madre si el menor informa sobre la violencia o presenta cargos. Otra forma común de amenazar al niño es mediante la amenaza de maltratar, o el maltrato a la mascota. También puede ser amenazado con ser abandonado. Observar el maltrato físico a la madre provoca una alta activación y desencadena sentimientos de miedo e indefensión.
- Estar corrompido: implica modelar, permitir o fomentar el comportamiento antisocial o inapropiado. Al estar expuesto a violencia doméstica, el menor recibe el mensaje de que la violencia es la forma efectiva de solucionar conflictos.
- Rechazo: actos verbales y no verbales que degradan o rechazan al niño.

- Negación de respuesta emocional: muchas madres maltratadas reconocen invertir poco tiempo o soporte emocional con sus hijos. Respecto a los padres, existe poca información disponible, pero parece probable que los maltratadores no tengan una apropiada respuesta emocional para sus hijos.
- Aislamiento: muchas veces el padre aísla a la familia, o el niño se aísla con el objetivo de evitar al maltratador. De esta forma, el niño no tiene oportunidades de una adecuada socialización tanto con sus iguales como con los adultos.
- Negligencia: otra forma de maltrato psicológico consiste en no atender a las necesidades médicas, de salud mental y educacionales.

Holden subraya además el riesgo de estos niños a sufrir abuso físico o incluso sexual. Tal como se ha comentado anteriormente, existe un solapamiento entre EVD y maltrato (Appel y Holden, 1998), alcanzando una cifra del 30 al 60%.

Considerar a los niños expuestos como víctimas de violencia doméstica conllevaría unas implicaciones jurídicas y sociales importantes. Un ejemplo es el caso de Minnesota (1999), donde se llevó a cabo un cambio en la definición legal de negligencia infantil para incluir la exposición a violencia familiar. Los municipios de Minnesota estimaron que este cambio supondría un incremento de en torno a 9100 nuevos informes de exposición a violencia doméstica al año. Sin embargo, Minnesota respondió aproximadamente a 17.000 informes anuales, lo que supuso un incremento radical en la carga de trabajo para las agencias de protección de menores y la imposibilidad de abordar esta nueva demanda debido a la falta de recursos económicos. Lamentablemente, Minnesota se retractó en esta definición, dejando fuera del sistema a muchos de los niños que habían sido identificados previamente. Este suceso remarca la importancia de poner en marcha una serie de recursos antes de llevar a cabo cualquier cambio (Edleson, 2006). En otros casos, la inclusión de la EVD dentro del concepto de maltrato ha sido implementada de forma satisfactoria. Por ejemplo, en Alaska (1998). En este caso la inclusión no supuso una sobrecarga de los servicios de protección de menores, ya que sólo era requerido informar en aquellos casos en que la exposición supusiera un riesgo para la salud mental.

En España recientemente se ha modificado la ley de violencia de género, de tal manera que los menores expuestos a violencia doméstica son reconocidos como víctimas de violencia de género.

1.5 ESTUDIOS LLEVADOS A CABO EN ESPAÑA

En los últimos años ha aumentado el volumen de investigación en este campo. Sin embargo aún son pocos los estudios que se llevan a cabo en España. A pesar de la disparidad en la metodología empleada en las distintas investigaciones, se pone de manifiesto una asociación clara entre exposición infantil a violencia doméstica y el desarrollo de diversos problemas psicológicos y de salud.

Corbalán y Patró (2003) llevan a cabo un estudio en el que evalúan a 40 hijos de mujeres maltratadas residentes en centros de acogida. Según la información aportada por las madres, el 32% de los menores presentaban síntomas de ansiedad y el 27,5% presentaron tristeza y aislamiento.

Alcántara, López-Soler, Castro y López (2013) señalan que los niños testigos de la violencia de género presentan una serie de problemas conductuales y emocionales graves, coincidiendo con Edleson, 1999; Hornor 2005; McFarlane et al., 2003; Mitchell y Finkelhor, 2001; Rivett et al., 2006; Skopp et al., 2005; Sternberg, 2006; Sullivan, 2004; Wolfe, 2003. Estos autores llevan a cabo un estudio en Murcia sobre las consecuencias psicológicas de la exposición a violencia doméstica sobre una muestra clínica de 91 menores. Encuentran que el 71% de los menores había sufrido negligencia por parte del padre, el 52% maltrato emocional y el 48,5% maltrato físico.

Según señalan Alcántara, López-Soler, Castro y López (2013), los menores expuestos a violencia doméstica difieren significativamente de la población normal. Empleando el CBCL, encuentran que la prevalencia clínica de los síndromes fue entre 5 y 10 veces mayor con respecto a lo esperable en menores de la misma edad. En concreto presentan mayores niveles de problemas internalizantes (ansiedad/depresión, retraimiento y quejas somáticas) y externalizantes (agresividad). Señalan que las niñas y los menores de menor edad manifestaron prevalencias superiores.

Matud (2007) lleva a cabo un estudio sobre la salud en niños que conviven con violencia doméstica en las Islas Canarias. Emplea los informes de 420 madres víctimas de violencia doméstica para valorar la asociación entre violencia doméstica y salud infantil. El 27,4% de las madres informaron que sus hijos padecían algún tipo de problema psicológico, siendo los problemas externalizantes los más frecuentes (11,7% de los menores), mientras que el 5,6% de los niños desarrollaron problemas internalizantes. El 55% de las mujeres informó de que su pareja había sido también violenta con sus hijos (la forma más frecuente fue abuso psicológico y físico). Este estudio señala que cuando los niños eran víctimas de violencia experimentaban mayores niveles de problemas de salud

tanto física como psicológica, lo que confirma el efecto aditivo de la doble victimización. La variable sexo fue irrelevante en la asociación entre abuso de la madre y problemas de salud en los niños, así como en el tipo de secuela sufrida.

Bayarri (2011) estudia la relación entre varios tipos de exposición a violencia doméstica y psicopatología infantil, así como el papel del sexo y edad como posibles variables moderadoras. Para ello emplea una muestra clínica de 144 niños españoles entre 4 y 17 años. Encuentra que los niveles de psicopatología aumentan cuando lo hace el nivel de exposición. No encuentra efecto moderador en las variables sexo o edad y señala que con independencia del grado de exposición a violencia doméstica se producen los mismos niveles de psicopatología en niños y niñas.

Este estudio pone de manifiesto la necesidad de obtener información directa del niño, ya que encuentran resultados diferentes dependiendo de la fuente de información (madre o hijo). En concreto, cuando la información se obtiene del niño, se detecta que los niños víctimas de violencia presentan mayores niveles de ansiedad-depresión, problemas de pensamiento, conducta agresiva, problemas internalizantes y problemas externalizantes que los niños testigo.

El Proyecto de Investigación DETECTA sobre "Sexismo y Violencia de Género en la juventud andaluza e Impacto de su exposición en menores" promovido por el Instituto Andaluz de la Mujer de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía (Ramos, de la Peña, Luzón y Recio, 2011) pone de manifiesto la relación entre exposición infantil a violencia doméstica y el desarrollo de problemas internalizantes, externalizantes y escolares.

Este estudio recoge una muestra de 45 menores entre 12 y 17 años y detecta patrones psicopatológicos externalizados, tanto niñas como niños, siendo especial la incidencia en los varones, posiblemente debida a la identificación con el rol paterno y los estereotipos de género. También señalan diferencias entre menores expuestos a violencia de género y el grupo control en todas las subescalas relacionadas con patología interna. En cuanto a la afectación en el ámbito académico los resultados apuntan a que el 22,2% de los sujetos del grupo expuesto presenta "muy a menudo" bajo rendimiento escolar, frente al 8,1% del grupo control. Por el contrario el 36,1% del grupo expuesto lo presenta "algunas veces" frente al 40,7% del grupo expuesto. Por último, el porcentaje de sujetos que no presentan bajo rendimiento escolar es claramente superior en el grupo control, un 51,2% frente al 41,7%.

Otras investigaciones valoran las consecuencias psicopatológicas de la exposición a violencia doméstica en menores tutelados en régimen de acogimiento residencial, familiar o adoptados (por ejemplo Fernández-Molina, del Valle, Fuentes, Bernedo y Bravo, 2011).

Tras revisar los estudios sobre exposición infantil a violencia doméstica en España, se concluye que existen grandes diferencias metodológicas en los diferentes estudios, lo que dificulta la comparación de resultados. Por otro lado, se pone en evidencia la falta de estudios que empleen muestras comunitarias y que aporten por tanto una imagen sobre la realidad en la sociedad española respecto a este problema. De esta forma se hacen necesarios estudios que valoren prevalencia de exposición infantil en muestra normal y, en segundo lugar, el estudio de las consecuencias psicopatológicas asociadas en este tipo de muestra, ya que las características de los menores que provienen de muestras clínicas se espera que sean muy diferentes a la muestra normal. Por tanto cabe preguntarse si estos efectos encontrados en los menores pertenecientes a muestras clínicas aparecen también en población normal.

1.6 DIFICULTADES EN EL ESTUDIO DE LOS EFECTOS DE EXPOSICIÓN A VIOLENCIA DOMÉSTICA

Es difícil llevar a cabo estudios sobre los efectos de algunos factores moderadores como el tipo de violencia, edad y sexo en los problemas de ajuste posterior en niños.

Una cuestión clave en la investigación de niños expuestos a violencia doméstica es la definición y medida de la violencia y exposición de los niños a la misma. Una adecuada definición es el punto de partida para facilitar la comunicación en esta área de investigación y permitir el progreso científico mediante una buena comprensión de las variables independientes.

Es importante destacar las inconsistencias metodológicas entre los distintos estudios.

En primer lugar no existe consistencia en cuanto a la composición de la muestra en los distintos estudios. Muchas investigaciones seleccionan sus muestras de los centros de acogida para mujeres, lo que implica un tipo de violencia más severa, además de la naturaleza estresante que de por sí tienen estos centros. De esta manera, en muchas ocasiones, los sujetos que se incluyen en las mismas, tienen un alto riesgo psicológico. Existe evidencia de que los niños que viven en centros de acogida presentan características diferentes y niveles significativamente superiores de estrés psicológico que los niños expuestos que no viven en estos centros. De esta forma, las conclusiones de estos estudios no pueden generalizarse a la totalidad de los niños expuestos a violencia doméstica (Fantuzzo y Mohr, 1999).

Otro problema encontrado es la inclusión de muestras en los estudios que no son lo suficientemente grandes para valorar de manera adecuada los efectos de dichas variables.

Otros problemas encontrados son la confianza dada a muestras de las que se desconoce su veracidad y validez; la dependencia de los informes sobre problemas de comportamiento de sujetos que están traumatizados o que tienden a proteger a sus hijos (las madres de los niños expuestos); dificultades para acceder directamente a los niños, algunos de los cuales son demasiado pequeños para ser entrevistados y se necesita la aprobación de los padres para aprobar su participación (Osofsky, 2003). Otro problema que aparece, tal como se comentó anteriormente, es la baja concordancia entre informantes. Dependiendo de la fuente de información los resultados pueden variar significativamente.

El empleo de diferentes instrumentos de evaluación complica la comparación de resultados y la extracción de conclusiones.

De esta manera, la mejor forma de sintetizar los resultados se centra en la revisión de meta-análisis de pequeños estudios llevados a cabo sobre dichos efectos.

1.7 META-ANÁLISIS SOBRE EXPOSICIÓN A VIOLENCIA DOMÉSTICA

En los últimos años se han realizado varios meta-análisis con el objetivo de clarificar los efectos predominantes de la exposición a violencia doméstica, así como de determinar el papel de determinadas variables como el sexo, la edad, o la doble victimización. Se comentan a continuación:

1. *“Child Witnesses to Domestic Violence: A Meta-Analytic Review”*, Katherine M. Kitzmann, Noni K. Gaylord, Aimee R. Holt, y Erin D. Kenny, 2003.

Este meta-análisis revisa 118 estudios sobre las consecuencias psicosociales de los niños expuestos a violencia interparental. Todos los estudios recogidos muestran una asociación significativa entre la exposición a VD y diversos problemas infantiles. El tamaño del efecto medio encontrado ($d = -0.34$) indicaría que el 63 % de los niños testigo se desenvuelven peor que los niños no expuestos. Esto supone que el 37% de los que son testigos funcionan de manera similar o mejor que los niños no testigos.

Estos autores tratan de establecer si existen diferencias entre los niños que presencian VD de aquellos que además de presenciarla la sufren directamente (*Efecto de doble victimización*), para lo que comparan los grupos de niños testigo frente a niños maltratados físicamente, y niños

testigo frente a niños testigo y maltratados físicamente. En contra de lo esperado, encuentran que estos grupos no difieren, sino que presentan niveles similares en cuanto a problemas de ajuste. Los niños expuestos a violencia interparental y que además eran físicamente maltratados no presentaban diferencias con aquellos que únicamente estaban expuestos a violencia doméstica, lo que sugiere que la violencia en la familia puede ser suficientemente disruptiva en el desarrollo infantil.

Los efectos de la exposición a violencia doméstica pueden ser incluso mayores que cuando se presencia cualquier otra forma de conflicto destructivo.

En cuanto a las variables moderadoras, encuentran que los estudios correlacionales en los que se empleaba la *Conflict Tactics Scale* (CTS) presentaban tamaños de efecto mayores que los que empleaban otros instrumentos de evaluación. Los resultados varían también en función de la fuente de información, de tal forma que los estudios que tomaban los informes maternos tendían a presentar peores consecuencias en los menores que los estudios que se basaban en los informes de los menores.

No encuentran diferencias en cuanto a la muestra empleada, de tal forma que los tamaños de efecto encontrados eran similares en muestras comunitarias, muestras clínicas, muestras recogidas de centros de acogida o muestras comunitarias de riesgo.

En cuanto al tipo de consecuencias derivadas de la exposición, encuentran que no existen diferencias en el tamaño del efecto para los problemas internalizantes y los externalizantes, presentando niveles similares. A pesar de que los estudios cualitativos previos indicaban mayores problemas escolares y sociales, en este meta-análisis no se encuentran diferencias significativas con el resto de niños.

La agresividad y el trastorno de estrés postraumático son dos consecuencias (externalizante e internalizante respectivamente) que han recibido mucha atención en la literatura, por lo que los autores deciden analizarlas de manera independiente. Encuentran que, para todos los estudios, el tamaño de efecto de la agresividad, es mucho menor que cualquier otra forma de problema externalizante. Sin embargo, para el estrés postraumático, el tamaño de efecto era mayor que cualquier otro problema internalizante.

Estos autores estudian las interacciones entre género, edad y tipo de consecuencia como posibles moderadoras del tamaño del efecto. Sin embargo no encuentran ninguna diferencia significativa.

2. "The Effects of Children's Exposure to Domestic Violence: A Meta-Analysis and Critique", David A. Wolfe, Claire V. Crooks, Vivien Lee, Alexandra McIntyre-Smith, y Peter G. Jaffe, 2003.

Este meta-análisis revisa 41 estudios sobre las consecuencias de la exposición de niños a violencia doméstica. Cuarenta de los cuarenta y un estudios indican que la exposición infantil a VD está asociada a problemas emocionales y comportamentales, siendo el tamaño del efecto pequeño (0,28).

Este estudio también aborda las variables tratadas anteriormente, como sexo, edad, etapa de desarrollo o tipo de consecuencias derivadas de la exposición. Sin embargo, edad, sexo y tipo de consecuencia no resultaron variables moderadoras significativas.

En un primer momento encuentran que los niños presentan diferencias significativas, sin embargo estas diferencias se atribuyen a un defecto de la muestra y, una vez eliminados los cuatro estudios que estaban afectando, las diferencias desaparecen.

Al comparar las distintas etapas de desarrollo, encuentran que los niños en edad escolar presentan un mayor tamaño de efecto ($z_r = 0,23$), seguidos por los preescolares ($z_r = 0,22$), y adolescentes ($z_r = 0,11$). Las diferencias entre las etapas de desarrollo es significativa; sin embargo los autores explican que este análisis ejemplifica una de las problemáticas derivadas del uso de pocos estudios en la metodología meta-analítica, ya que estos resultados provienen de estudios con alta variabilidad metodológica. Al eliminar dos estudios que afectaban significativamente a los resultados obtenidos, las diferencias en cuanto a etapas evolutivas desaparecieron ($Z_r = 0,21$, $0,21$ y $0,23$ para preescolares, escolares y adolescentes respectivamente).

Respecto al tipo de consecuencia, valoran los estudios que aportan información sobre problemas internalizantes y externalizantes, pero las diferencias no fueron significativas ($Z_r = 0,21$ para problemas externalizantes y $Z_r = 0,19$ para internalizantes).

Recogen cuatro estudios que analizan las consecuencias de la exposición a VD frente a los que además son víctimas de la misma. Encuentran que los niños que presencian y sufren la violencia doméstica funcionan peor que aquellos que solo son testigos, aunque el efecto hallado es pequeño.

A pesar de que se esperaría un impacto negativo en cognición y aprendizaje, en este meta-análisis no incluyen variables académicas y cognitivas debido a la falta de estudios que faciliten dicha inclusión. De manera similar, comienza a aparecer cierta evidencia sobre la relación entre exposición a VD y TEPT; sin embargo, la falta de estudios al respecto no permite extraer conclusiones firmes. El tamaño de efecto para los tres estudios valorados sobre TEPT es de 0,51. En un análisis preliminar estos autores encuentran que el TEPT aparece como una de las secuelas de la exposición, especialmente en niños pequeños. En el estudio de Lehmann (1997) se encuentra que más de la mitad de la muestra presentaba sintomatología TEPT, lo que podría posibilitar una interacción entre el trauma y la etapa de desarrollo en la que se encuentre el menor en el momento de la exposición.

3. *“Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes”*, Sarah E. Evans, Corrie Davies, David DiLillo, 2008.

Este meta-análisis estudia la relación entre exposición a VD en la infancia y síntomas internalizantes, externalizantes y traumáticos, para lo que revisan 60 estudios. Encuentran un efecto moderado para la relación entre exposición y síntomas internalizantes (0,48) y externalizantes (0,47), y un efecto aún mayor para los síntomas traumáticos ($d = 1,54$).

Los estudios revisados muestran que los niños expuestos a VD presentan un mayor número de comportamientos internalizantes y externalizantes. En concreto, aparecen más síntomas depresivos, síntomas de ansiedad y preocupaciones que los niños que no han estado expuestos a VD. Además son más propensos a las agresiones físicas y problemas de conducta. También se encuentra que la exposición a VD conlleva síntomas traumáticos en forma de imágenes intrusivas, re-experimentaciones de los sucesos en sueños o *flashbacks*, hiperactivación, respuesta exagerada de sobresalto o retraimiento emocional.

Analizan los factores de desarrollo como posibles moderadores del efecto de la exposición a VD, ya que se podría pensar que el efecto puede variar en función de la etapa de desarrollo en la que se encuentre el niño, debido a las habilidades de afrontamiento o la percepción de los sucesos. Aunque algunos estudios parecen apuntar que los niños más pequeños pudieran estar más afectados, existen muy pocos estudios longitudinales para poder extraer conclusiones firmes.

En este análisis comparan tres grupos de edad (0-5, 6-12 y 13-18 años) y no encuentran diferencias significativas entre los diferentes grupos y los problemas internalizantes / externalizantes. Coincide con Kitzmann (2003) y

Wolfe (2003) al señalar que la edad no aparece como variable moderadora entre exposición y consecuencias.

En cuanto al sexo, los estudios revisados en este meta-análisis sugieren que los niños muestran un mayor número de problemas externalizantes, coincidiendo con Wolfe (2013). No obstante, al comparar estos resultados con los obtenidos por Wolfe (2003), la diferencia encontrada no es significativa.

Finalmente se estudia si la interacción de los factores anteriores (sexo y edad) respecto a la exposición a VD muestra resultados relevantes. Sin embargo no se encuentran diferencias significativas entre los distintos grupos de edad y el sexo.

A modo de conclusión, este meta-análisis apoya la hipótesis de la relación entre la exposición a VD y la aparición de síntomas internalizantes, externalizantes y traumáticos en niños. A pesar de las diferencias metodológicas con los meta-análisis anteriores (Kitzmann, 2003 y Wolfe, 2003) los resultados coinciden, lo que refuerza la relación entre exposición a VD y el mayor riesgo para problemas de conducta y emocionales durante la infancia y adolescencia.

En cuanto a las variables moderadoras, este estudio coincide con Wolfe en que los problemas externalizantes son mayores en niños que en niñas, aunque no hay una mayor asociación entre niñas y problemas internalizantes. Al comparar la interacción entre edad y sexo y los problemas derivados de la exposición, los nulos resultados no coinciden con Carlson (2000) y Wolfe (2003), aunque sí lo hacen con Kitzmann (2003). No obstante, la muestra en la que se basa este meta-análisis es reducida por lo que se precisan más datos para arrojar conclusiones firmes.

Finalmente, tratan de comprobar la hipótesis acerca de que los niños reclutados de refugios de mujeres tendrán más problemas psicosociales. Estos autores coinciden con Kitzmann en la fuerte asociación entre EVD y problemas internalizantes, externalizantes y traumáticos es similar en las distintas muestras.

4. *"Children living with violence within the family and its sequel :A meta-analysis from 1995–2006"*, Yuk-Chung Chan, Jerf Wai-Keung Yeung, 2009.

Este meta-análisis trata de estudiar las secuelas de los niños que viven en las familias violentas, para lo que se basan en 37 artículos publicados desde 1995 hasta 2006. En este análisis no encuentran efectos significativos con respecto al diseño del estudio, muestra, etapa de desarrollo y sexo,

aunque sí aparece un efecto significativo para diferentes tipos de secuelas en los niños, en concreto para problemas internalizantes (0,22), externalizantes (0,21) y síntomas traumáticos (0,35).

El tamaño del efecto encontrado (0.201) parece concordante con los de Kitzmann y Wolfe, por lo que se podría concluir que existe una asociación entre la violencia familiar y los problemas de ajuste infantiles.

En contra de lo hallado por Wolfe y Kitzmann (2003) en este estudio aparece una dispersión significativa en los diferentes tipos de secuelas como resultado de la exposición a VD. Secuelas como TEPT, problemas internalizantes y externalizantes aparecen más fuertemente afectadas por la exposición a VD; sin embargo otras como percepciones/cogniciones acerca de la exposición a VD, relaciones interpersonales y competencia tienen un menor impacto. No obstante, los autores señalan que no es posible extraer una conclusión definitiva en cuanto a la heterogeneidad, y es posible que otros factores distales y próximos influyan en el tamaño del efecto.

Al analizar las características de los niños en términos de edad y sexo, al igual que Kitzmann (2003) y Wolfe (2003), no encuentran diferencias significativas, lo que sugiere que la relación entre exposición a violencia familiar y problemas de ajuste está menos afectado por variables como sexo o edad.

5. *"Type of violence, age and gender differences in the effects of family violence on children's behaviour problems: A mega-analysis"*, Kathleen J. Sternberg, Laila P. Baradaran, Craig B. Abbott, Michael E. Lamb, Eva Guterman, 2006.

En esta investigación cuentan con 1870 participantes para examinar los efectos que tienen el tipo de violencia familiar, la edad y el sexo en los problemas de comportamiento de los niños.

Confirman que los niños que experimentan múltiples formas de violencia familiar tienen mayor riesgo de presentar problemas psicológicos, sociales y académicos que los que sufren una única forma de abuso. Al igual que Kitzmann (2003), señalan que los niños que presencian la violencia interparental presentan el mismo riesgo que aquellos que además de presenciarla son víctimas de ella.

Examinan también la importancia de las variables sexo y edad.

Estos autores no encuentran diferencias en cuanto a sexo como variable moderadora. Respecto a la edad, los resultados encontrados no

confirman la predicción proveniente de la psicopatología del desarrollo, según la cual la exposición infantil a violencia doméstica tendrá peores consecuencias cuando se produzca en la infancia temprana. Destacan la edad como variable moderadora del efecto de la exposición, aunque tan solo para los problemas externalizantes (y no para los internalizantes). Encuentran que los niños entre 7 y 14 años que experimentan cualquier tipo de violencia muestran un mayor riesgo en cuanto a problemas clínicos externalizantes que los niños que no están expuestos. Sin embargo en niños entre 4 y 6 años solo presentan un mayor riesgo los que se encuentran en la condición de testigo y abusado. Este hallazgo es consistente con Conte y Schuerman (1987), que afirma que el daño físico en edades tardías puede conllevar consecuencias especialmente severas, ya que los niños mayores pueden reflejarse en el significado del abuso y pueden sentir culpa o ira. Widom (1998) también informa de que los niños abusados en la pre adolescencia eran más propensos a ser arrestados en su juventud que los que habían sido abusados en etapas anteriores.

En cuanto a los problemas internalizantes aparecen resultados distintos. Para todos los grupos de edad, tanto los niños testigo como los testigos y abusados presentan un mayor riesgo para problemas internalizantes severos que sus iguales.

En general, la hipótesis de la doble victimización parece evidente al analizar los problemas internalizantes: los niños abusados-testigo presentan un mayor riesgo que el grupo de víctimas o el de testigo de violencia familiar, independientemente de la edad. En cuanto a los problemas externalizantes, los niños abusados-testigo se asocian a un mayor riesgo para el rango de edad de 4 a 6.

Para todas las edades, los niños presentan un mayor riesgo cuando sufren múltiples formas de violencia doméstica. Los menores abusados-testigos tuvieron un 187% más probabilidad de tener problemas clínicos internalizantes que el grupo de comparación de niños que no han sufrido ningún tipo de violencia; 117% más probabilidad de tener estos problemas que el grupo de víctimas, y un 38% más probabilidad de tenerlos que el grupo de niños testigo en cualquier edad. En los niños testigo, la probabilidad de presentar problemas clínicos internalizantes fue un 107% mayor que sus iguales de hogares no violentos.

Los datos encontrados no apoyan la predicción de que los niños abusados físicamente tendrían un mayor riesgo para los problemas externalizantes e internalizantes severos. Estos resultados son congruentes con los aportados por Kitzmann et al., 2003, según los cuales los niños que observan el abuso interparental no difieren de los que son abusados físicamente.

En contra de algunos hallazgos (Cummings et al., 1999; Holden y Ritchie, 1991; Jaffe et al., 1986; Sternberg et al., 1993), el sexo no obtuvo ningún efecto en los problemas derivados de las familias violentas. Estos resultados son consistentes con Christopoulos et al., 1987; Davis y Carlson, 1987; Holden y Ritchie, 1991; Hughes et al., 1989; Moore et al., 1990, así como son los meta-análisis recientes de Kitzmann, 2003 y Wolfe, 2003.

Conclusiones de los meta-análisis

Los meta-análisis revisados coinciden al señalar una asociación entre la exposición infantil a violencia doméstica y el desarrollo de diversos problemas infantiles. En concreto indican una asociación con el desarrollo de problemas internalizantes, externalizantes y sintomatología postraumática. Es importante destacar que de los meta-análisis revisados sólo dos consideran sintomatología traumática, centrándose el resto en sintomatología internalizante y externalizante. Respecto al papel que juegan las variables moderadoras, los resultados de los distintos meta-análisis fallan a la hora de encontrar una relación significativa con las variables sexo y edad. De esta forma se sugiere que los niños y niñas presentan niveles similares de sintomatología internalizante, externalizante y traumática (Kitzmann, 2003; Wolfe, 2003; Chang, 2009). Teniendo en cuenta la edad, la mayor parte de los estudios no encuentran esta variable significativa, concluyendo que todas las edades estarían igualmente afectadas por las consecuencias de la exposición a violencia (Kitzmann, 2003; Wolfe, 2003; Sternberg, 2006; Evans, 2008; Chang, 2009). No obstante, el estudio de Sternberg (2006) señala esta variable como moderadora para el desarrollo de sintomatología externalizante (y no internalizante) en el grupo de 7-14 años.

Algunos de los meta-análisis también consideran la hipótesis de la doble victimización (exposición y maltrato) y estudian su posible efecto aditivo frente a los niños que únicamente están expuestos. En este caso los resultados son contradictorios. Kitzmann (2003) no encuentra diferencias entre los grupos testigo y testigo y abusado físicamente. Sin embargo Wolfe encuentra que los niños que sufren doble victimización presentan peor funcionamiento que los testigo, aunque dicho tamaño del efecto es pequeño.

La revisión de la literatura científica permite extraer varias conclusiones. En primer lugar, se pone de manifiesto que, a pesar de la discrepancia en cuanto a las cifras, la exposición infantil a violencia doméstica es un fenómeno muy extendido en nuestra sociedad que genera una serie de secuelas psicopatológicas en los menores que la sufren. La problemática asociada a la EVD más estudiada, y que parece obtener altas asociaciones, es la sintomatología internalizante, externalizante y traumática. En segundo lugar, se desconoce el papel que desempeñan algunas variables, tales como el sexo,

edad, o tipo de victimización, ya que no se encuentran conclusiones consistentes en los diferentes estudios.

Por último, se pone de manifiesto una serie de inconsistencias metodológicas a lo largo de las investigaciones, que dificultan las conclusiones en este campo, partiendo de una falta de definición común de EVD, hasta el tipo de muestra empleada o los instrumentos aplicados.

2.1 OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Este es un estudio exploratorio cuyo principal objetivo es valorar la presencia de exposición infantil a violencia doméstica en una muestra comunitaria, así como sus posibles efectos psicopatológicos. En concreto, se estudia la asociación entre exposición infantil a violencia doméstica y el desarrollo de sintomatología internalizante, externalizante y traumática.

El segundo objetivo se centra en la valoración de posibles diferencias con el paso del tiempo respecto a exposición infantil a violencia y los efectos asociados. En particular se valora si se produce un cambio entre los años 2010 y 2014.

Para valorar los objetivos propuestos se plantean las siguientes hipótesis generales y específicas:

- H1: Determinar la prevalencia de exposición a violencia doméstica en niños.
- H2: Las niñas presenciarán mayores niveles de exposición a violencia doméstica que los niños.
- H3: Los niños que viven en familias reconstituidas presencian mayores niveles de exposición a violencia familiar que los que viven en familias tradicionales o monoparentales.
- H4: Los niños que conviven en familias con un nivel económico bajo presencian más violencia doméstica.
- H5: Los niños de edades menores presencian más violencia familiar que los mayores.
- H6: Los niños pertenecientes a colegio público estarán más expuestos a violencia doméstica frente a los de colegio concertado.
- H7: Los sujetos expuestos a violencia doméstica presentarán mayores niveles de síntomas internalizantes medidos con el instrumento CBCL, frente a los que no hayan estado expuestas a violencia familiar. En concreto presentarán niveles superiores en las escalas:

- a) Problemas internalizantes
 - b) Ansiedad/Depresión
 - c) Aislamiento/Depresión
 - d) Quejas somáticas
- H8: Los sujetos expuestos a violencia doméstica presentarán mayores niveles de síntomas externalizantes medidos con el instrumento CBCL, frente a los que no hayan estado expuestos a violencia familiar. En concreto presentarán niveles superiores en las escalas:
- a) Problemas externalizantes
 - b) Agresividad
 - c) Conducta anormativa
- H9: Los sujetos expuestos a violencia doméstica presentarán mayores niveles de estrés postraumático frente a los que no hayan estado expuestos a violencia familiar, en las subescalas de *The Child PTSD Symptom Scale* (CPSS):
- a) TEPT total
 - b) Pensamientos intrusivos
 - c) Evitación
 - d) Hiperactivación
 - e) Afectación
- H10: Los sujetos con mayores niveles de implicación en episodios de violencia doméstica presentarán mayores niveles de psicopatología, medida con las escalas:
- a) Problemas internalizantes
 - b) Problemas externalizantes
 - c) TEPT total

Se plantean además las siguientes hipótesis exploratorias:

- H11: Valorar si se produce un cambio en exposición infantil a violencia doméstica entre los años 2010 y 2014
- H12: Valorar si se produce un cambio en sintomatología internalizante, externalizante y traumática entre 2010 y 2014.

2.2 MÉTODO

2.2.1 DISEÑO

Se ha llevado a cabo un diseño descriptivo correlacional en el que se comparan tres medidas de la variable dependiente (VD: síntomas internalizantes, externalizantes y traumáticos) con la variable independiente Exposición a violencia doméstica total (VI: Exposición a violencia doméstica total).

2.2.2 DEFINICIÓN DE VARIABLES

- Variable independiente (VI): exposición a violencia doméstica, medida con la escala *The Child Exposure to Domestic Violence*, traducida ad hoc. En concreto se emplea el sumatorio de las subescalas Violencia Doméstica y Exposición a Violencia en el Hogar, en las cuales mayores puntuaciones implican mayores niveles de exposición a violencia doméstica.
- Variable dependiente (VD):
 - a) síntomas internalizantes (medidos con *Child Behavior CheckList*, CBCL)
 - b) síntomas externalizantes (medidos con *Child Behavior CheckList*, CBCL)
 - c) síntomas traumáticos (medidos con *The Child PTSD Symptom Scale* (CPSS))

Las tres medidas de la variable dependiente están compuestas por las siguientes subescalas:

Síntomas internalizantes:

- Ansiedad/Depresión
- Aislamiento/Depresión
- Quejas somáticas
- Problemas internalizantes

Síntomas externalizantes:

- Conducta anormal
- Agresividad
- Problemas externalizantes

Síntomas traumáticos:

- Pensamientos intrusivos
- Evitación
- Hiperactivación
- Afectación
- Total TEPT

- Variables contaminadoras:

- Presión social: Para minimizar esta variable contaminadora se asegura la confidencialidad de los cuestionarios: no se ha incluido el nombre de los participantes en ningún documento y se han mantenido unas condiciones adecuadas en el aula en la que se lleva a cabo la investigación.

2.2.3 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra total fue seleccionada de forma incidental, en función de la disponibilidad de institutos o colegios para el investigador. La muestra total se divide en dos submuestras: muestra de 2010 y muestra de 2014.

En 2010 fueron seleccionados tres centros:

- Instituto de Enseñanza Secundaria El Espinillo (público): 364 alumnos.
- Centro de Educación Infantil y Primaria Barcelona (concertado): 37 alumnos.
- Colegio Nuestra Señora de los Ángeles (concertado): 171 alumnos.

En el primero de los centros se seleccionaron 364 (63,6%) alumnos; en el Colegio Barcelona fueron seleccionados 37 (6,47%) participantes y en el centro Nuestra Señora de los Ángeles se seleccionaron 171 participantes (29,9%). En total, en 2010 se obtuvo una muestra de 572 sujetos, de los cuales 278 (48,8%) fueron varones y 292 (51,2%) mujeres.

En 2014 se contó con la colaboración de tres centros:

- Centro de Educación Infantil, Primaria y Secundaria Loyola de Palacio (público): 67 alumnos.
- Instituto de Enseñanza Secundaria José Saramago (público): 203 alumnos.
- Colegio Nuestra Señora de la Concepción (concertado): 83 alumnos.

En el Centro de Educación Infantil, Primaria y Secundaria Loyola de Palacio se contó con la colaboración de 67 (19%) alumnos, en el Instituto de Enseñanza Secundaria José Saramago se contó con 203 (57,5%) alumnos y en el Colegio Nuestra Señora de la Concepción participaron 83 (23,5%) alumnos. En total en 2014 se obtuvo una muestra de 353 sujetos, de los cuales 180 (51%) fueron niños y 173 (49%) niñas.

De esta forma la muestra total fue de 925 niños, de los cuales el 49,6% fueron niños y el 50,4% niñas. Respecto al tipo de colegio, un 57,3% de la muestra total se obtuvo en colegio público y un 42,7% en colegio privado o concertado.

La selección de los participantes vino dada por los siguientes criterios de inclusión:

- Edad comprendida entre 11 y 17 años.
- Haber entregado el consentimiento paterno para participar en el estudio.

Cabe señalar que parte del profesorado de los centros educativos manifestó su preocupación, ya que en algunos casos tenían conocimiento de que parte de los alumnos que no obtuvieron el consentimiento familiar convivían en un contexto de violencia doméstica.

2.2.4 INSTRUMENTOS

El material empleado constó de una batería de test formada por los siguientes instrumentos, que aparecen como anexos al presente trabajo:

Instrumentos de evaluación de la variable independiente (Exposición a Violencia Doméstica)

- *Child Exposure to Domestic Violence*, CEDV: Jeffrey L. Edleson, Katy K. Johnson, Narae Shin (2007).

Se trata de una prueba autoadministrada cuyo objetivo es evaluar el nivel de exposición a violencia doméstica en niños de 10 a 16 años. Consta de 42 ítems que se dividen en 3 secciones:

- Sección 1: Incluye series de preguntas que valoran de manera específica los tipos de exposición a violencia que el niño ha podido experimentar. En esta primera sección además se le pide al niño que especifique cómo ha conocido él esta situación de violencia. En esta sección los ítems se responden en una escala tipo likert de 0-3 puntos en la que deben escoger "nunca", "algunas veces", "muchas veces" y "siempre".
- Sección 2: Está formada por 23 ítems con la misma escala likert en la que se le pregunta al niño con qué frecuencia ha intervenido en actos violentos, así como sobre factores de riesgo presentes en su vida.
- Sección 3: Consiste en 9 preguntas sobre aspectos demográficos que incluyen sexo, edad, raza, situación de vida actual y composición familiar.

Las dos primeras secciones se dividen además en seis subescalas:

- Exposición a violencia familiar (Ítem 1-10): Los 10 primeros ítems del cuestionario valoran si el menor ha estado expuesto a situaciones de violencia doméstica, y la frecuencia de la misma. La escala se puntuó en función de la frecuencia (nunca = 0, algunas veces = 1, muchas veces = 2 y siempre = 3).

Esta escala no consta de un punto de corte a partir del cual diferenciar niños expuestos de los que no han sido expuestos a violencia doméstica. Se

considera expuesto todo caso que haya puntuado positivo en esta primera escala "Exposición a violencia familiar". Sin embargo, las situaciones que recoge esta escala incluyen tanto conflictos familiares como episodios violentos de diversos grados, y abarcan desde la exposición a conflicto parental (un desacuerdo), hasta la exposición a violencia física y emocional. Por ejemplo, el primer ítem pregunta "¿Con qué frecuencia los adultos en tu familia están en desacuerdo?", mientras que el ítem 9 pregunta "¿Con qué frecuencia la pareja de tu madre la ha amenazado con usar un cuchillo, pistola, u otro objeto para herirla?".

Por esta razón consideramos que no todos los niños que puntúan positivo en esta escala están realmente expuestos a violencia, sino que pueden haber presenciado una discusión entre los padres, y por ello se decide crear un punto de corte para tratar de diferenciar a aquellos niños expuestos a conflicto familiar de los que están expuestos a violencia doméstica. El punto de corte se establece en 4, justificando esta decisión en la idea de que aquellos niños que hayan presenciado violencia doméstica habrán puntuado positivo en el ítem relativo a desacuerdos familiares. Dado que el máximo que se puede puntuar en ese ítem es 3 (en función de la frecuencia), se asume éste criterio como punto de corte.

- Grado de exposición a violencia en el hogar (Ítems 1-10): Los 10 primeros ítems también valoran el nivel o grado de exposición de violencia doméstica, es decir, las formas en las que el menor ha estado expuesto. Una vez el sujeto indica la frecuencia con la que ocurre el suceso, debe marcar una opción acerca de cómo tuvo conocimiento de esa situación: "Lo vi desde cerca, mientras estaba ocurriendo", "Lo vi desde lejos, mientras estaba ocurriendo", "Lo oí mientras estaba pasando", "Me enteré de ello más tarde", "Vi las consecuencias (alguien estaba herido, algún objeto estaba roto, vino la policía)". En este caso se puede señalar varias opciones, y puntúa de forma ascendente según incrementa el nivel de exposición, desde "vi las consecuencias" = 1 hasta "lo vi de cerca mientras estaba pasando" = 5.

Con el objetivo de facilitar el análisis de resultados en este estudio se crea la medida Exposición a Violencia Doméstica Total (EVD), consistente en el sumatorio de las medidas Exposición a violencia familiar y Grado de exposición. Se decide tener en cuenta ambas subescalas en este sumatorio ya se considera importante no sólo considerar la frecuencia (variable Exposición), sino también el grado en el que el menor ha estado expuesto. De esta forma se aporta una definición de exposición más compleja, que no se limita al hecho de estar expuesto o no, sino que tiene en cuenta otras dimensiones como la frecuencia o el grado de exposición.

- Implicación en la violencia doméstica (Ítems 11-17): Esta subescala valora si el menor se involucra directamente en los episodios de violencia doméstica.

- Factores de riesgo (Ítems 18-21): Valora la presencia de factores de riesgo en el contexto familiar tales como drogadicción o delincuencia.
- Exposición a Violencia Comunitaria (Ítems 22-29): Valora en qué medida el niño está expuesto a violencia en su comunidad (barrio, colegio y medios de comunicación).
- Otra victimización (Ítems 30-33): Esta subescala evalúa otros tipos de victimización. En concreto discrimina entre abuso sexual (dentro y fuera de la familia) y abuso físico o psicológico.

No existen medidas adecuadas de exposición infantil a violencia doméstica que además hayan superado unas pruebas psicométricas rigurosas. Es muy frecuente que se lleven a cabo adaptaciones de *Conflict Tactics Scale* (Straus, 1979; Straus, Hamby, Boney-McCoy y Sugarman, 1996) para valorar los distintos niveles de exposición. Estas adaptaciones varían mucho entre sí, lo que dificulta el empleo de un método estandarizado de medida de exposición, tanto prevalencia como incidentes puntuales. Este es el objetivo principal por el cual fue desarrollada esta escala.

Asimismo, los autores señalan la importancia del autoinforme en estos casos, ya que en la literatura se ha demostrado en numerosas ocasiones que los niños aportan información diferente a la de sus padres y otros informantes (Sternberg, Lamb, Guterman y Abbott, 2006). Un dato importante es el señalado por O'Brien, John, Margolin y Erel (1994), que encuentran que incluso cuando ambos padres informaban de que sus hijos no estaban expuestos a violencia doméstica, el 21% de los niños eran capaces de dar descripciones detalladas sobre episodios de violencia doméstica en sus hogares.

Propiedades psicométricas

Fiabilidad: En cuanto a la consistencia interna, los coeficientes alfa de Cronbach para cada subescala de CEDV, oscilan en un rango de $\alpha = 0.50$ a 0.85 en la primera semana y de $\alpha = 0.50-0.76$ en la segunda. El Coeficiente α para la escala general fue de 0.86 y 0.84 para la primera y segunda semana respectivamente. El Coeficiente de correlación de Pearson para cada subescala oscila en un rango de 0.57 a 0.70 . Las puntuaciones para cada una de las escalas se mantuvieron estables en las semanas 1 y 2.

Validez: para evaluar la validez convergente los autores establecen correlaciones entre el TISH (*Things I've Seen or Heard*) y la escala CEDV, mostrando una relación positiva estadísticamente significativa entre ambas pruebas, tanto para el nivel de exposición a violencia doméstica ($r = 0.494$, $p < 0.001$) como el nivel de exposición a violencia comunitaria ($r < 0.397$, $p < 0.001$).

Este instrumento no posee una versión en castellano, por lo que se ha realizado una traducción ad hoc. Para la misma se ha contado con tres expertos, pertenecientes a la Universidad Complutense de Madrid.

Es importante destacar que es el único autoinforme elaborado específicamente para valorar el nivel de exposición a violencia doméstica en niños, y que ha recibido apoyo en la literatura. Asimismo se considera una herramienta adecuada ya que permite diferenciar a los niños expuestos a violencia doméstica de los que además son víctimas de ella.

Instrumentos de evaluación de las variables dependientes (sintomatología internalizante, sintomatología externalizante y sintomatología traumática)

- Child Behavior Checklist (CBCL), Achenbach y Edelbrock (1991). Está diseñado para evaluar conductas adaptativas y conductas problemas de niños y adolescentes en un rango entre los 2 a los 16 años. Puede ser aplicada de manera individual o grupal. Existen tres formatos diferentes: escala para padres, para profesores y el formato para jóvenes (YSR), este último respondido desde los 11 años en adelante.

Se escoge esta prueba debido a que ha sido la más empleada en la investigación en este ámbito, por lo que permitirá una mejor comparación de resultados. Asimismo, posee unas propiedades psicométricas adecuadas y evalúa de manera específica las dimensiones que son objetivo de este estudio.

La escala de problemas abarca dos dimensiones amplias (que se toman para este estudio):

1. Problemas internalizantes: Corresponde a trastornos emocionales e incluye aislamiento, síntomas somáticos, ansiedad y depresión.
2. Problemas externalizantes: Corresponde a trastornos conductuales e incluye conducta agresiva y conducta anormativa.

El formato de respuesta es una escala tipo Likert de tres puntos (en la que 0= No es cierto, 1= Algo, algunas veces cierto, y 2 = Cierto muy a menudo o bastante a menudo). Las respuestas son puntuadas sobre un perfil cuya puntuación ha sido estandarizada separadamente por sexo y rango de edad.

Los puntos de corte permiten establecer la diferencia entre rangos normales de competencias (50-65), problemas (65-70) y rangos con significación clínica (>70). Las características psicométricas de la prueba son adecuadas, la fiabilidad test retest para el listado de conductas, con intervalo de una semana, es de 0.95 y de 0.99, en adaptación social. (Achenbach y Edelbrock, 1981,1983). La validez concurrente de la escala es buena según Mash y Jonson, 1983. Existen baremos

para población española escolar (del Barrio y Cerezo, 1990) y preescolar (Moreno y del Barrio, 1991) así como factorización de la escala (Cerezo, del Barrio, Cantero, 1993), con unos resultados paralelos a los Achenbach.

Para la TRF la fiabilidad test-retest con una semana de intervalo es de 0.89 y la validez es también adecuada (Edelbrock y Achenbach, 1984).

Para la YSR la fiabilidad test-retest con un intervalo de una semana es de 0.81; la validez criterial es también adecuada según sus autores.

- *The Child PTSD Symptom Scale (CPSS)*, Foa (2002) y Foa, Johnson, Feeny y Tredwell (2001), adaptación de Bustos, Rincón y Aedo (2009). Se trata de una escala autoinforme cuyo objetivo se centra en evaluar el Trastorno de Estrés Postraumático en niños con edades comprendidas entre los 8 y 15 años.

La primera parte de la prueba consta de tres subescalas (17 ítems) con un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos:

1. Pensamientos intrusivos (5 ítems)
2. Evitación (7 ítems)
3. Hiperactivación (5 ítems)

La segunda parte de la prueba consta de 7 ítems adicionales que conforman la subescala Afectación, de respuesta dicotómica (Sí/No) para valorar el impacto o la interferencia del problema en distintas áreas de la vida del sujeto.

No se disponen de los datos normativos de esta prueba.

Teniendo en cuenta los criterios diagnósticos DSM-IV, se considera que un sujeto presenta Trastorno de Estrés Postraumático cuando cumple un síntoma de la subescala Pensamientos Intrusivos, tres síntomas en la subescala Evitación, y dos síntomas en la subescala Hiperactivación. Asimismo, es necesario que la persona puntúe positivo al menos uno de los siete ítems en la subescala Afectación.

2.2.5 PROCEDIMIENTO

El procedimiento para llevar a cabo la investigación consistió en un primer momento de la selección y elaboración de una batería de test, basada en la literatura revisada. En esta fase fue necesaria la traducción del cuestionario *ChildExposure to Domestic Violence*, para la que se contó con la supervisión de tres expertos psicólogos clínicos de la Universidad Complutense de Madrid.

En un segundo momento se llevó a cabo una prueba de la batería de test con 5 sujetos, en la que se comprobó el tiempo real de cumplimentación del cuestionario y las dudas respecto a las instrucciones del mismo.

La muestra fue recogida en dos momentos temporales: en mayo de 2010 y en octubre y diciembre de 2014.

En ambos casos se contactó con los centros seleccionados, desde los cuales se entregaron los consentimientos a los padres de los cursos seleccionados. Una vez obtenidos los consentimientos firmados se procedió a su aplicación en función de la disponibilidad de cada centro.

En 2010 las pruebas fueron administradas por dos psicólogas, entrenadas previamente y se aplicaron de manera colectiva en las aulas de cada centro, empleando un máximo de una hora por grupo para su cumplimentación.

Se prestó especial atención a las dificultades de comprensión de la batería de test, por lo que al inicio de cada aplicación se explicaron las instrucciones y se hizo un ejemplo colectivo para solventar posibles errores en la cumplimentación de los cuestionarios. Las investigadoras permanecieron en todo momento en el aula para resolver las dudas de los participantes.

Asimismo se remarcó el carácter anónimo de la investigación, por lo que ningún alumno debía escribir sus datos en las hojas de respuesta. Para evitar la presión social, en la medida posible los alumnos se distribuyeron por el aula de manera que se asegurara la privacidad.

En 2014 las pruebas fueron administradas por una de las dos psicólogas citadas, manteniendo el mismo procedimiento que en 2010. No obstante, en 2010 se advirtió que parte de los sujetos cumplimentaban el cuestionario CPSS aun no habiendo trauma; y en gran parte de los que lo cumplimentaban acorde a una situación traumática, dicha situación no estaba relacionada con violencia doméstica. Por esta razón en 2014 se hizo especial hincapié en no cumplimentar este cuestionario si no se había experimentado una situación traumática.

2.3 RESULTADOS

Los análisis estadísticos realizados se llevaron a cabo mediante el programa informático SPSS-15.

2.3.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

En total se obtuvo una muestra de 925 sujetos, de los cuales 459 (49,6%) fueron niños y 466 (50,4%) niñas. Esta muestra total se subdivide en dos:

- Muestra de 2010: en la que se obtuvieron 572 sujetos, de los cuales 278 (48,8%) fueron niños y 292 (51,2%) niñas.
- Muestra de 2014: en la que se obtuvieron 353 sujetos, consistente en 180 (51%) niños y 173 (49%) niñas.

Tabla 1 Descripción de la muestra: sexo

	Total	2010	2014
Niños	459 (49,6%)	279 (48,8%)	180 (51,0%)
Niñas	466 (50,4%)	293 (51,2%)	173 (49,0%)
	925	572	353

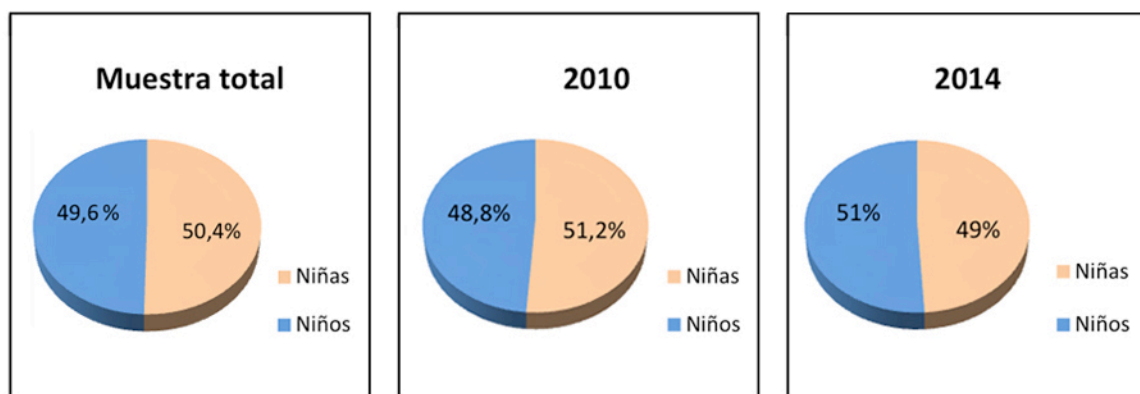


Ilustración 1 Sexo

En 2010 se obtuvieron 260 (45,5%) niños pertenecientes a colegio público y 312 (54,5%) de colegio concertado. En 2014 se contó con 270 (76,5%) alumnos de colegio público frente a 83 (23,5%) de colegio concertado. Teniendo en cuenta la muestra total, se obtuvieron 530 alumnos de colegio público (57,3%) y 395 (42,7%) de colegio concertado.

Tabla 2 Descripción de la muestra: Colegio

Tipo de colegio	2010		2014		Total	
	Frecuencia	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje válido
Público	260	45,5	270	76,5	530	57,3
Concertado	312	54,5	83	23,5	395	42,7
Total	572	100,0	353		925	100,0

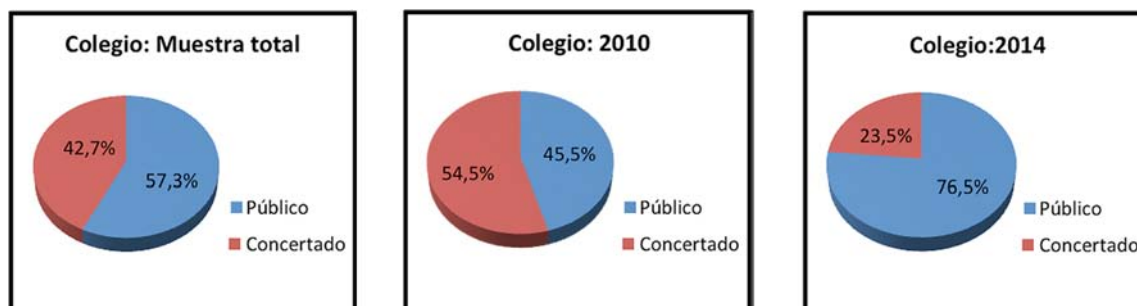


Ilustración 2 Colegio

La edad de las participantes oscila entre 11 y 17 años. En 2010, las edades que concentraron un mayor porcentaje de participantes fueron los 12 y 13 años, representando el 33,6% y 33,7% de la muestra, seguidos de los sujetos de 14 años (14,2%), 11 años (12,4%), y 15 años (6,1%). Sin embargo en 2014, las edades con mayores porcentajes fueron los 13 y 14 años, representando el 27,2% y 32,6% de la muestra respectivamente, seguidos de los sujetos de 12 (17%), 15 años (14,4%), 16 años (5,4%) y 17 años (3,4%).

Teniendo en cuenta la muestra total, las edades más representadas son los 12 (27,2%), 13 (31,2%) y 14 años (21,2%).

Tabla 3 Descripción de la muestra: Edad

EDAD	2010		2014		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
11	71	12,4%	0	0%	71	6,2%
12	192	33,6%	60	17,0%	252	27,2%
13	193	33,7%	96	27,2%	289	31,2%
14	81	14,2%	115	32,6%	196	21,2%
15	35	6,1%	51	14,4%	86	9,3%
16			19	5,4%	19	2,1%
17			12	3,4%	12	1,3%

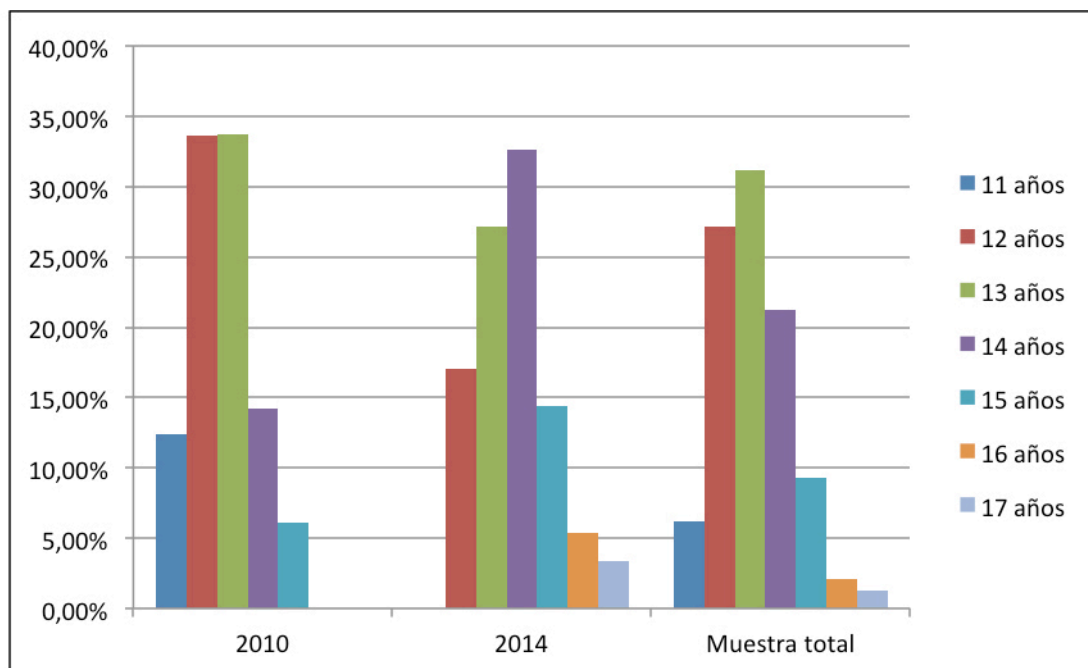


Ilustración 3 Edad

Tabla 4 Descripción de la muestra: Raza

Raza	2010		2014		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Blanca	445	77,8%	267	75,6%	712	77,0%
Negra	3	0,5%	3	0,8%	6	0,6%
Latino	108	18,9%	41	11,6%	149	16,1%
Asiático	3	0,5%	6	1,7%	9	1,0%
Árabe	5	0,9%	24	6,8%	29	3,1%
Gitano	4	0,7%	5	1,4%	9	1,0%
Multirracial	2	0,3%	6	1,7%	83	0,9%
Perdidos	2	0,3%	1	0,3%	3	0,3%

Tanto en 2010 como en 2014 la raza más frecuente fue la blanca, que representa el 77,8% y 75,6% respectivamente, seguida por la raza latina, que supuso el 18,9% de la muestra en 2010 y el 11,6% en 2014. Teniendo en cuenta la muestra total, se obtuvo un 77% de los niños de raza blanca, seguidos por el 16,1% de niños de raza latina. Tal como se muestra en el siguiente gráfico, aparecen otras razas con menores representaciones.

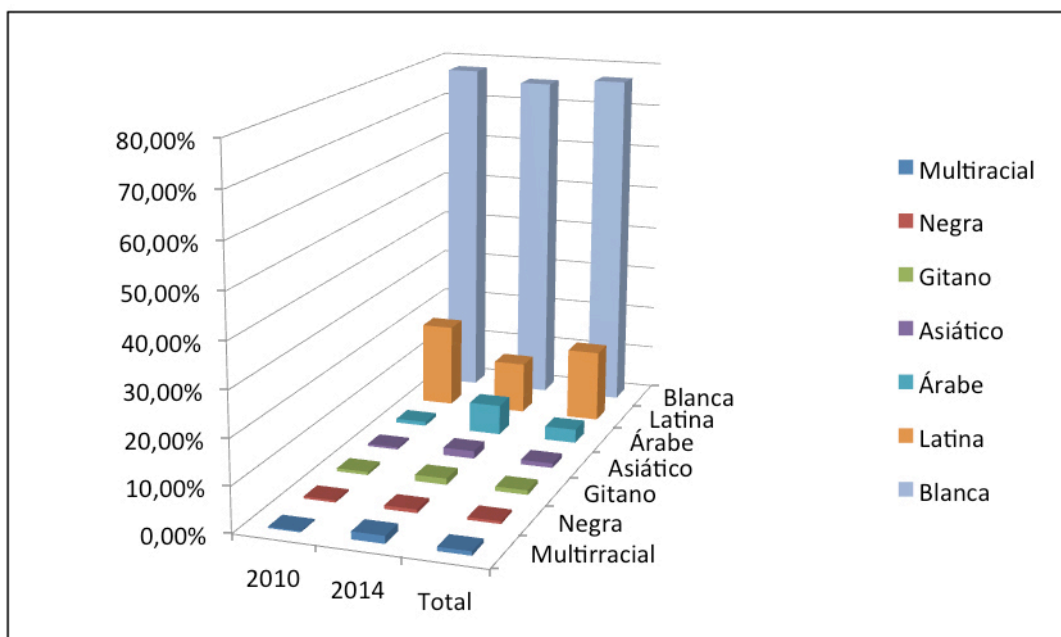


Ilustración 4 Raza

Composición familiar

Respecto a la composición familiar, el 79% de la muestra total pertenecía a la categoría familia tradicional (padre-madre), un 10,8% a familia monoparental y un 9,6% a familia reconstituida.

En 2010 el 81,8% de los niños vivían con ambos padres, el 10,5% pertenecían a familia monoparental (principalmente por divorcio) y el 7% a familia reconstituida. En 2014 el 74,5% de los niños vivían con ambos padres, el 11,3% pertenecían a la categoría familia monoparental y el 13,9% de los niños pertenecían a familia reconstituida. Se aprecia una disminución en el porcentaje de familias padre-madre y un aumento de las familias monoparentales y reconstituidas.

Tabla 5 Descripción de la muestra: Familia

	2010		2014		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Padre-Madre	468	81,8%	263	74,5%	731	79,0%
Monoparental	60	10,5%	40	11,3%	100	10,8%
Reconstituida	40	7,0%	49	13,9%	89	9,6%
Perdidos	4	0,7%	1	0,3%	5	0,5%

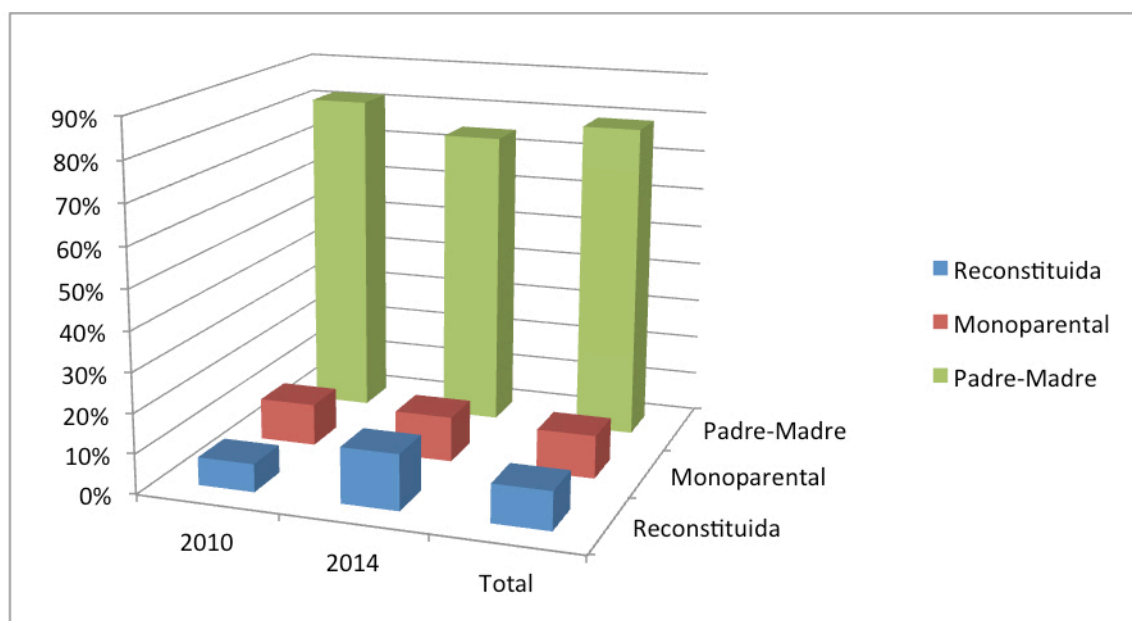


Ilustración 5 Familia

Nivel económico

La mayor parte de la muestra consideró mantener un nivel económico suficiente (56,3% en 2010 y 53,5% en 2014), seguidos por los que consideraron tener un nivel más que suficiente (25,5% y 27,2%), los que desconocen su situación económica (10% y 11%) y finalmente los que consideran insuficiente su nivel económico (8,2% en ambos años).

Tabla 6 Nivel económico

	2010		2014		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Suficiente	47	8,2%	29	8,2%	76	8,2%
Insuficiente	322	56,3%	189	53,5%	511	55,2%
Más que suficiente	146	25,5%	96	27,2%	242	26,2%
Desconoce	57	10%	39	11%	96	10,4%

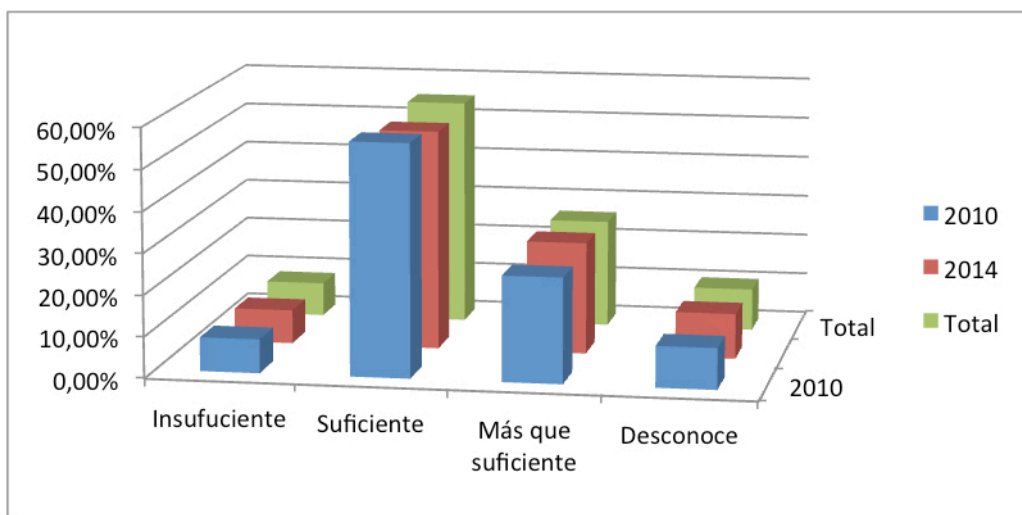


Ilustración 6 Nivel económico

2.3.2 EXPOSICIÓN INFANTIL A VIOLENCIA DOMÉSTICA: RESULTADOS CEDV

A continuación se presenta una descripción de las puntuaciones obtenidas en la Escala de Exposición a Violencia Doméstica (CEDV) en la muestra total. Las descripciones de las puntuaciones para las submuestras de 2010 y 2014 se detallan en el apartado 2.3.6.1.

Las medias para las distintas variables de la escala CEDV en la muestra total (925 sujetos) aparecen reflejadas en la tabla 7. A pesar de que sería interesante considerar todas las variables de dicho cuestionario, se tendrán en cuenta aquellas variables que estén directamente relacionadas con el objetivo del presente estudio.

La primera parte del cuestionario (10 ítems), formado por Exposición a violencia familiar y Grado de exposición, evalúa si el menor ha estado expuesto a violencia doméstica, la frecuencia de la misma y el grado de exposición (por ejemplo, ver las consecuencias, oírlo de lejos mientras sucedía, o verlo directamente). En concreto, La subescala Exposición a violencia familiar valora si el menor ha estado expuesto a situaciones de violencia doméstica, así como la frecuencia de las mismas, y la subescala Grado de exposición hace referencia al nivel o grado en el que el menor ha estado expuesto a las situaciones de violencia.

La segunda parte del cuestionario (23 ítems) valora la implicación en situaciones de violencia doméstica, violencia comunitaria, factores de riesgo, y otras formas de victimización.

La subescala Implicación valora la involucración directa del menor en distintas situaciones de violencia doméstica. La subescala Exposición a violencia comunitaria tiene por objetivo valorar la exposición del menor a violencia en su vecindario, en la escuela y medios de comunicación. La subescala Factores de

riesgo valora por ejemplo drogadicción o delincuencia en la familia, así como cambios importantes en la vida del menor. Finalmente, Otra victimización valora la presencia de abuso sexual y físico sobre el menor.

Con el objetivo de facilitar análisis posteriores se crea la medida Exposición a Violencia Doméstica Total (EVD), consistente en el sumatorio de las medidas Exposición a violencia familiar y Grado de exposición.

Se decide tener en cuenta ambas subescalas en este sumatorio, ya que se considera importante no sólo considerar la frecuencia (variable Exposición), sino también el grado en el que el menor ha estado expuesto. De esta forma se aporta una definición de exposición más compleja, que no se limita al hecho de estar expuesto o no, sino que tiene en cuenta otras dimensiones como la frecuencia o el grado de exposición.

En la tabla 7 aparecen reflejadas las medias para cada una de las variables descritas anteriormente.

La media de Exposición a violencia familiar es de 2,14 sobre 30, y Grado de exposición obtiene una media de 6,60 sobre 50. De esta forma, el sumatorio de ambas medias que constituye la variable Exposición a Violencia Doméstica Total (EVD) es de 8,74.

La variable Implicación alcanza una media de 1,16 sobre 21. Grado de exposición en la comunidad obtiene 7,48 sobre 24, Factores de riesgo obtiene una media de 2,02 sobre 12, y Otra victimización obtiene una media de 0,64 sobre 12.

Destaca el elevado nivel de exposición a violencia en la comunidad respecto al resto de variables. A pesar de que se trata de una variable muy diferente a las relacionadas con exposición a violencia doméstica, sería interesante valorar su papel.

Tabla 7 Resultados Escala CEDV

Escala de Exposición a Violencia Doméstica CEDV	Muestra total		
	N	Media	Desv. típ.
Exposición a violencia familiar (0-30)	925	2,14	1,941
Grado de exposición en el hogar (0-50)	925	6,60	5,835
EVD Total	925	8,74	7,643
Implicación en violencia familiar (0-21)	925	1,16	2,062
Grado de exposición en la comunidad (0-24)	925	7,48	3,266
Factores de riesgo (0-12)	925	2,02	1,856
Otra victimización (0-12)	925	,66	0,998

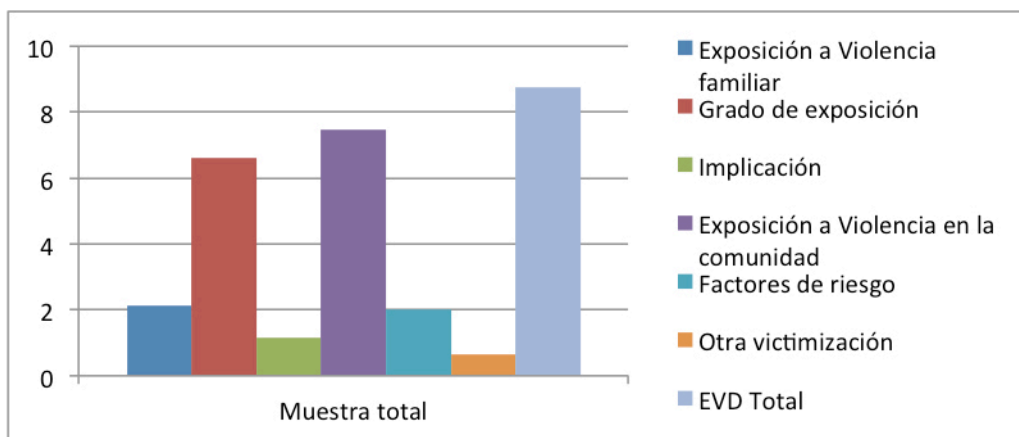


Ilustración 7 CEDV

Esta escala no consta de un punto de corte a partir del cual diferenciar niños expuestos de los que no han sido expuestos a violencia doméstica. Se considera expuesto todo caso que haya puntuado positivo en la primera escala, "Exposición a violencia familiar". Dentro de esta escala aparecen ítems que valoran diferentes grados de exposición y abarcan desde la exposición a conflicto parental (un desacuerdo) a la exposición a violencia física y emocional. Es importante señalar que no todos los niños que puntúan positivo en esta escala están expuestos a violencia, sino que pueden haber presenciado una discusión entre los padres. Por esta razón, se considerará a los niños que han puntuado positivo como expuestos a conflicto familiar.

La exposición a conflicto parental, como una forma de exposición a violencia doméstica, obtuvo una prevalencia muy alta: el 83,4% (772 niños) estuvieron expuestos en algún momento de su vida a conflicto parental.

Dado que no existe un punto de corte establecido para determinar la prevalencia de los niños que han estado expuestos a violencia (física o emocional), se decide establecer un punto de corte en 4. Esta decisión se justifica en la idea de que aquellos niños que hayan presenciado violencia doméstica habrán puntuado positivo en el ítem relativo a desacuerdos familiares. Dado que el máximo que se puede puntuar en ese ítem es 3 (en función de la frecuencia), se asume éste criterio como punto de corte.

Teniendo en cuenta esto, el porcentaje de niños expuestos a violencia doméstica fue del 16,86% (157 sujetos) frente al 83% no expuesto.

Esta escala valora también el nivel de implicación de los menores en los episodios violentos. Tomando el grupo de niños expuestos a conflicto parental, el 46,9% (362 sujetos) de los menores intervino en dicho conflicto. Esta cifra aumenta drásticamente en el grupo de menores expuestos a violencia doméstica, en el cual el 86,6% (136 sujetos) se implicó de alguna manera en los sucesos.

2.3.2.1 Análisis de variables sociodemográficas

En este apartado se trata de dar respuesta a las cuestiones planteadas en la revisión de la literatura científica sobre el papel que ejercen determinadas variables en la exposición infantil a violencia doméstica.

En concreto, se analizan las variables sexo, edad, nivel económico, tipo de familia y tipo de colegio. Los análisis llevados a cabo son comparaciones de medias para los cuales se toma la variable Exposición a violencia doméstica total como variable de referencia.

- Sexo: Las niñas presentan unos niveles superiores de exposición a violencia doméstica ($X = 9,64$) frente a los niños ($X = 7,82$), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($t = -3,661$; $n. s. = 0,001$).

Tabla 8 EVD en función de sexo

	Sexo	N	Media	Desviación tip.	Error típ. de la media
EVD Total	Niños	459	7,82	6,605	,308
	Niñas	466	9,64	8,454	,392

Tabla 9 Comparación de medias EVD: sexo

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Superior	Inferior
Se han asumido varianzas iguales	19,956	,001	-3,654	923	,001	-1,825	,499	-2,805	-,845
No se han asumido varianzas iguales			-3,661	877,671	,001	-1,825	,498	-2,803	-,846

- Tipo de familia: Los mayores niveles de EVD aparecen asociados a las familias reconstituidas ($X = 12,40$), al compararlas con las monoparentales ($X = 9,92$) y las familias formadas por ambos padres ($X = 8,17$).

Tabla 10 Medias EVD por tipo de familia

EVD Total	N	Media	Desviación típica	Error típico
Padre-madre	731	8,17	7,073	,262
Monoparental	100	9,92	9,260	,926
Reconstituida	89	12,40	9,042	,959

La prueba de ANOVA (tabla 11) indica diferencias estadísticamente significativas a nivel 0,01 ($F = 13,810$). Con el objetivo de precisar dónde se encuentran estas diferencias, se lleva a cabo el estadístico de Bonferroni, cuyos resultados aparecen en la tabla 12. Las diferencias estadísticamente significativas a nivel 0,01 aparecen asociadas a la comparación entre familia reconstituida y familia tradicional ($I - J = 4,236$), siendo el resto de comparaciones de medias no significativas. Estos resultados indican que, aunque el nivel de EVD en familias monoparentales y reconstituidas sea superior al de las familias tradicionales, sólo las reconstituidas muestran diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 11 Prueba ANOVA para tipo de familia

EVDT	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	1572,584	2	786,292	13,810	,001
Intra-grupos	52209,102	917	56,935		
Total	53781,686	919			

Tabla 12 Bonferroni para tipo de familia

(I) composición familiar	(J) composición familiar	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite superior	Límite inferior
padre madre	monoparental	-1,752	,805	,089	-3,68	,18
	reconstituida	-4,236(*)	,847	,001	-6,27	-2,20
monoparental	padre madre	1,752	,805	,089	-,18	3,68
	reconstituida	-2,484	1,100	,072	-5,12	,15
reconstituida	padre madre	4,236(*)	,847	,001	2,20	6,27
	monoparental	2,484	1,100	,072	-,15	5,12

* La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

- Nivel económico: Los niños con un nivel económico bajo presencian mayores niveles de EVD ($X = 13,14$), frente a los niños con nivel económico suficiente ($X = 8,64$), alto ($X = 7,98$), o aquellos que lo desconocen ($X = 8,74$).

La prueba de ANOVA (tabla 14) no permite aceptar la hipótesis de igualdad de varianzas ($F = 10,118$; n. s. = 0,001), por lo que se concluye que las medias poblacionales son diferentes, siendo estas diferencias estadísticamente significativas a nivel 0,01. La prueba de Bonferroni (tabla 15) permite señalar en qué grupos se encuentran las diferencias detectadas. En este caso, el grupo de nivel económico No hay suficiente presenta diferencias estadísticamente significativas al compararlo con el resto de grupos (Nivel suficiente, Nivel alto y Desconoce).

Tabla 13 Medias EVD en función de nivel económico

	N	Media	Desviación típica	Error típico
No hay suficiente	76	13,14	10,839	1,243
Suficiente	511	8,64	7,367	,326
Más que suficiente	242	7,98	6,595	,424
Desconoce	96	8,74	7,458	,761

Tabla 14 ANOVA para nivel económico

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	1722,252	3	574,084	10,118	,001
Intra-grupos	52258,435	921	56,741		
Total	53980,688	924			

Tabla 15 Bonferroni para nivel económico

(I) nivel económico	(J) nivel económico	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite superior	Límite inferior
No hay suficiente	suficiente	4,509(*)	,926	,001	2,06	6,96
	más que suficiente	5,165(*)	,990	,001	2,55	7,78
	no lo sé	5,436(*)	1,157	,001	2,38	8,49
Suficiente	no hay suficiente	-4,509(*)	,926	,001	-6,96	-2,06
	más que suficiente	,657	,588	1,000	-,90	2,21
	no lo sé	,928	,838	1,000	-1,29	3,14
Más que suficiente	no hay suficiente	-5,165(*)	,990	,001	-7,78	-2,55
	suficiente	-,657	,588	1,000	-2,21	,90
	no lo sé	,271	,909	1,000	-2,13	2,67
No lo sé	no hay suficiente	-5,436(*)	1,157	,001	-8,49	-2,38
	suficiente	-,928	,838	1,000	-3,14	1,29
	más que suficiente	-,271	,909	1,000	-2,67	2,13

* La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

- Edad: Las medias de EVD (tabla 16) más elevadas aparecen en los grupos de edades mayores. En concreto, el grupo de 17 años fue el más expuesto ($X = 17,58$), seguido del grupo de 15 años ($X = 10,83$) y el de 16 años ($X = 9,00$).

La prueba de ANOVA (tabla 17) indica que hay diferencias significativas en EVD entre los distintos grupos de edad ($F = 4,221$; $n.s. = ,001$). Estas diferencias se encuentran al comparar el grupo de 17 años con el resto de grupos de edad, a excepción del grupo de 15 años, para el que no aparecen diferencias. En concreto, la diferencia de medias (I - J) al

comparar el grupo de 17 años con el de 11 años fue de 9,161 (n.s. = ,002), con el grupo de 12 años fue de 9,163 (n.s. = ,001), con el de 13 años fue de 9,435 (n.s. = ,001), con el de 14 años fue de 8,935 (n.s. = ,002), y con el de 16 años fue de 8,583 (n. s. = ,045).

Tabla 16 EVD en función de edad

	N	Media	Desviación típica	Error típico
11	71	8,42	6,853	,813
12	252	8,42	7,727	,487
13	289	8,15	6,770	,398
14	196	8,65	7,347	,525
15	86	10,83	8,921	,962
16	19	9,00	7,226	1,658
17	12	17,58	16,031	4,628
Total	925	8,74	7,643	,251

Tabla 17 ANOVA: edad

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	1449,339	6	241,557	4,221	,001
Intra-grupos	52531,348	918	57,224		
Total	53980,688	924			

Tabla 18 Prueba de Bonferroni: edad

(I) Edad	(J) Edad	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite superior	Límite inferior
11	12	,002	1,016	1,000	-3,09	3,10
	13	,274	1,002	1,000	-2,78	3,33
	14	-,225	1,048	1,000	-3,42	2,97
	15	-2,403	1,213	1,000	-6,10	1,29
	16	-,577	1,954	1,000	-6,53	5,38
12	17	-9,161(*)	2,361	,002	-16,35	-1,97
	11	-,002	1,016	1,000	-3,10	3,09
	13	,272	,652	1,000	-1,71	2,26
	14	-,227	,720	1,000	-2,42	1,97
	15	-2,405	,945	,232	-5,28	,47
13	16	-,579	1,800	1,000	-6,06	4,90
	17	-9,163(*)	2,235	,001	-15,97	-2,35
	11	-,274	1,002	1,000	-3,33	2,78
	12	-,272	,652	1,000	-2,26	1,71
	14	-,499	,700	1,000	-2,63	1,63
14	15	-2,677	,929	,085	-5,51	,15
	16	-,851	1,792	1,000	-6,31	4,61
	17	-9,435(*)	2,229	,001	-16,22	-2,64
	11	,225	1,048	1,000	-2,97	3,42
	12	,227	,720	1,000	-1,97	2,42
15	13	,499	,700	1,000	-1,63	2,63
	15	-2,178	,978	,552	-5,16	,80
	16	-,352	1,818	1,000	-5,89	5,19
	17	-8,935(*)	2,250	,002	-15,79	-2,08
	11	2,403	1,213	1,000	-1,29	6,10
16	12	2,405	,945	,232	-,47	5,28
	13	2,677	,929	,085	-,15	5,51
	14	2,178	,978	,552	-,80	5,16
	16	1,826	1,918	1,000	-4,02	7,67
	17	-6,758	2,331	,080	-13,86	,34
17	11	,577	1,954	1,000	-5,38	6,53
	12	,579	1,800	1,000	-4,90	6,06
	13	,851	1,792	1,000	-4,61	6,31
	14	,352	1,818	1,000	-5,19	5,89
	15	-1,826	1,918	1,000	-7,67	4,02
17	17	-8,583(*)	2,789	,045	-17,08	-,09
	11	9,161(*)	2,361	,002	1,97	16,35
	12	9,163(*)	2,235	,001	2,35	15,97
	13	9,435(*)	2,229	,001	2,64	16,22
	14	8,935(*)	2,250	,002	2,08	15,79
	15	6,758	2,331	,080	-,34	13,86
	16	8,583(*)	2,789	,045	,09	17,08

* La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

- Tipo de colegio: La media de exposición a violencia doméstica en función del tipo de colegio aparece reflejada en la tabla 19. El colegio público presenta una media de 8,45, mientras que la media del colegio concertado es 9,12.

La prueba T para muestras independientes (tabla 20) señala que no existen diferencias entre los grupos, por lo que los niveles de exposición a violencia doméstica son similares en el colegio público y concertado.

Tabla 19 EVD en función del colegio

Tipo de colegio		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
EVD Total	Público	530	8,45	7,882	,342
	Concertado	395	9,12	7,304	,368

Tabla 20 Prueba T: tipo de colegio

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	Prueba T para la igualdad de medias								
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Superior	Inferior
EVD Total	Se han asumido varianzas iguales	1,309	,253	-1,308	923	,191	-,664	,508	-1,661	,332
	No se han asumido varianzas iguales			-1,323	880,614	,186	-,664	,502	-1,650	,322

Teniendo en cuenta estos análisis, se concluye que las variables sexo, edad, nivel económico y tipo de familia desempeñan un papel significativo en la exposición infantil a violencia doméstica. En concreto aumenta la vulnerabilidad a presenciar violencia doméstica el ser niña, tener 17 años, pertenecer a un nivel económico bajo y convivir en una familia reconstituida.

Sin embargo, el tipo de colegio no es una variable relevante a la hora de presenciar violencia doméstica.

2.3.3 SINTOMATOLOGÍA: CBCL y CPSS

2.3.3.1 Sintomatología internalizante y externalizante

Con el objetivo de valorar sintomatología internalizante y externalizante se emplea el cuestionario YSR del *Child Behavior Checklist* (CBCL). Esta prueba se compone por ocho síndromes: Ansiedad/Depresión, Aislamiento/Depresión, Quejas somáticas, Problemas sociales, Problemas de pensamiento, Problemas de atención, Conducta Anormal y Conducta agresiva. Además aporta dos índices generales para Problemas internalizantes y Problemas externalizantes.

Es importante señalar que sólo serán empleadas las subescalas pertenecientes a sintomatología internalizante (Ansiedad/depresión, Aislamiento/depresión, Somatización y Problemas internalizantes) y externalizante (Conducta anormal, Conducta agresiva y Problemas externalizantes) para el análisis de datos posterior. Esta decisión está basada en la revisión de la literatura presentada.

Tabla 21 Resultados del cuestionario Children Behaviour Checklist, CBCL

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. tip.
Ansiedad-Depresión	920	0	96	59,16	8,708
Aislamiento-Depresión	920	50	96	58,55	7,551
Quejas somáticas	920	50	98	62,66	8,154
Problemas sociales	920	50	88	58,99	7,384
Problemas de pensamiento	920	50	95	68,91	5,888
Problemas de atención	920	50	97	61,11	8,235
Conducta anormal	920	50	96	62,93	6,705
Conducta agresiva	920	50	81	57,14	5,926
Problemas internalizantes	920	33	89	60,70	10,210
Problemas externalizantes	920	34	87	59,45	7,149

Las puntuaciones obtenidas en el cuestionario YSR del *Child Behavior Checklist* (CBCL) se muestran en la siguiente tabla. Cabe destacar que los puntos de corte en este cuestionario están establecidos de la siguiente manera: puntuaciones normales entre 50-65, puntuaciones límite entre 65-70, y puntuaciones con significación clínica a partir de 70.

En la muestra total se cuenta con 925 sujetos, de los cuales 5 fueron casos perdidos debido a la no cumplimentación de este cuestionario. Por esta razón los análisis se llevan a cabo sobre 920 sujetos.

Se observa que la mayoría de las medias entran en el rango de normalidad, a excepción de la variable Problemas de pensamiento ($X = 68,91$) que quedaría incluida en el rango límite. Teniendo en cuenta las variables que serán incluidas en este estudio, las medias más elevadas corresponden a Conducta anormal

(perteneciente a la sintomatología externalizante), con media 62,93, y Somatización (correspondiente a sintomatología internalizante) con media 62,66.

La escala Problemas internalizantes obtiene una media de 60,70 (rango normal) y Problemas externalizantes obtiene una media de 59,45 (rango normal).

2.3.3.2 Sintomatología traumática

Las puntuaciones obtenidas en la escala *Child PTSD Symptom Scale* (CPSS) para la muestra total se muestran en la tabla 22. Este cuestionario está compuesto por tres escalas correspondientes a los grupos de síntomas del trastorno de estrés postraumático: Pensamientos intrusivos, Evitación e Hiperactivación. Incluye además una escala adicional de Afectación, que permite valorar el nivel de afectación del trauma en distintas áreas de la vida del niño. Por último la escala sintomatología total, está formada por las escalas Pensamientos intrusivos, Evitación, Hiperactivación y Afectación.

La media de Pensamientos intrusivos fue de 1,62 sobre 15, valor que representaría la máxima puntuación. La media de Evitación fue 2,17 sobre 27, la media para Hiperactivación fue 2,02 sobre 18 y la media para Afectación fue de 0,99 sobre 7.

Por último, la media para la escala de sintomatología total fue de 6,80 sobre 59.

Tabla 22 Puntuaciones cuestionario CPSS

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Pensamientos intrusivos	925	0	15	1,62	2,814
Evitación	925	0	27	2,17	3,624
Hiperactivación	925	0	18	2,02	3,238
Afectación	925	0	7	,99	1,733
TEPT	925	0	59	6,80	10,180

2.3.4 CONSECUENCIAS PSICOPATOLÓGICAS DE LA EXPOSICIÓN INFANTIL A VIOLENCIA DOMÉSTICA

En este apartado se analizan las consecuencias psicopatológicas asociadas a la EVD empleando el programa SPSS.

Se plantean dos objetivos:

En primer lugar, el estudio de las consecuencias psicopatológicas asociadas a EVD en la muestra total; en un segundo lugar, se valora si se produce un cambio a lo largo del tiempo, en concreto entre los años 2010 y 2014 (apartado 2.3.6.2).

Para ambos objetivos se estudian las consecuencias internalizantes, externalizantes y traumáticas, descritas previamente, y las variables empleadas para el análisis son Problemas internalizantes, Problemas externalizantes, y TEPT total.

Muestra total

- Análisis de correlaciones:

Mediante el programa SPSS-15 se llevaron a cabo las correlaciones entre las distintas variables. Para ello se estableció el Coeficiente de correlación de Pearson con prueba de significación bilateral.

➤ Exposición a violencia doméstica y Sintomatología internalizante:

En la tabla 23 se presentan las correlaciones entre exposición a violencia doméstica y sintomatología internalizante. Todas las correlaciones obtenidas son estadísticamente significativas a nivel 0,001. La correlación más elevada al considerar la puntuación EVD es la obtenida con la variable Ansiedad/ Depresión (.413), seguida por Problemas internalizantes (.397), Aislamiento/ Depresión (.336), y Quejas somáticas: 0,333.

Tabla 23 Correlaciones entre EVD y Sint. Internalizante

		EVD Total	Ansiedad/ Depresión	Aislamiento/ Depresión	Quejas somáticas	Problemas internalizantes
EVD total	Correlación de Pearson	1	,413(**)	,336(**)	,333(**)	,397(**)
	Sig. (bilateral)		,001	,001	,001	,001
	N	925	920	920	920	920
Ansiedad/ Depresión	Correlación de Pearson	,413(**)	1	,598(**)	,518(**)	,765(**)
	Sig. (bilateral)	,001		,001	,001	,001
	N	920	920	920	920	920
Aislamiento/ Depresión	Correlación de Pearson	,336(**)	,598(**)	1	,476(**)	,728(**)
	Sig. (bilateral)	,001	,001		,001	,001
	N	920	920	920	920	920
Quejas somáticas	Correlación de Pearson	,333(**)	,518(**)	,476(**)	1	,766(**)
	Sig. (bilateral)	,001	,001	,001		,001
	N	920	920	920	920	920
Problemas internalizantes	Correlación de Pearson	,397(**)	,765(**)	,728(**)	,766(**)	1
	Sig. (bilateral)	,001	,001	,001	,001	
	N	920	920	920	920	920

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

➤ Exposición a violencia doméstica y Sintomatología externalizante:

En la tabla 24 aparecen las correlaciones entre exposición infantil a violencia doméstica y sintomatología externalizante. Todas las correlaciones son estadísticamente significativas a nivel 0,001.

La mayor asociación para la variable EVD se encuentra con la variable Problemas externalizantes, que alcanza una correlación de 0,389, seguida de Conducta agresiva (0,378) y Conducta anormativa (0,338).

Tabla 24 Correlaciones entre EVD y Sint. Externalizante

		EVD Total	Conducta anormativa	Conducta agresiva	Problemas externalizantes
EVD Total	Correlación de Pearson	1	,338(**)	,378(**)	,389(**)
	Sig. (bilateral)		,001	,001	,001
	N	925	920	920	920
Conducta anormativa	Correlación de Pearson	,338(**)	1	,704(**)	,886(**)
	Sig. (bilateral)	,001		,001	,001
	N	920	920	920	920
Conducta agresiva	Correlación de Pearson	,378(**)	,704(**)	1	,903(**)
	Sig. (bilateral)	,001	,000		,001
	N	920	920	920	920
Problemas externalizantes	Correlación de Pearson	,389(**)	,886(**)	,903(**)	1
	Sig. (bilateral)	,001	,001	,001	
	N	920	920	920	920

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

➤ Exposición a violencia doméstica y Sintomatología traumática:

En la tabla 25 se muestran las correlaciones entre exposición a violencia doméstica y sintomatología traumática. Todas las correlaciones son estadísticamente significativas a nivel 0,001. La medida total de TEPT alcanza una correlación de 0,371 con EVD. Pensamientos intrusivos obtiene una correlación con exposición a violencia doméstica de 0,299; Evitación obtiene una correlación de 0,339; Hiperactivación alcanza una correlación de 0,345, y Afectación de 0,340.

Tabla 25 Correlaciones entre EVD y Sint. Traumática

		EVD Total	Pensamientos intrusivos	Evitación	Hiperactivación	Afectación	TEPT total
EVD Total	Correlación de Pearson	1	,299(**)	,339(**)	,345(**)	,340(**)	,371(**)
	Sig. (bilateral)		,001	,001	,001	,001	,001
	N	925	925	925	925	925	925
Pensamientos intrusivos	Correlación de Pearson	,299(**)	1	,787(**)	,730(**)	,553(**)	,883(**)
	Sig. (bilateral)	,001		,001	,001	,001	,001
	N	925	925	925	925	925	925
Evitación	Correlación de Pearson	,339(**)	,787(**)	1	,777(**)	,654(**)	,932(**)
	Sig. (bilateral)	,001	,001		,001	,001	,001
	N	925	925	925	925	925	925
Hiperactivación	Correlación de Pearson	,345(**)	,730(**)	,777(**)	1	,705(**)	,916(**)
	Sig. (bilateral)	,001	,001	,001		,001	,001
	N	925	925	925	925	925	925
Afectación	Correlación de Pearson	,340(**)	,553(**)	,654(**)	,705(**)	1	,780(**)
	Sig. (bilateral)	,001	,001	,001	,001		,001
	N	925	925	925	925	925	925
TEPT total	Correlación de Pearson	,371(**)	,883(**)	,932(**)	,916(**)	,780(**)	1
	Sig. (bilateral)	,001	,001	,001	,001	,001	
	N	925	925	925	925	925	925

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tras realizar los análisis correlacionales se puede concluir que la exposición a violencia doméstica está asociada de forma significativa al desarrollo de sintomatología internalizante (ansiedad/depresión, aislamiento/depresión, somatización), sintomatología externalizante (conducta anormativa, conducta agresiva) y sintomatología traumática (pensamientos intrusivos, hiperactivación y evitación).

Por último, se crea la variable sintomatología total a partir del sumatorio de las variables Problemas internalizantes, Problemas externalizantes y TEPT. La siguiente tabla muestra la correlación entre exposición a violencia doméstica y sintomatología total, que alcanza un valor de 0,469, estadísticamente significativo y bastante elevado.

Tabla 26 Correlación entre EVD y Sintomatología total

		EVD Total	Sintomatología total
EVD Total	Correlación de Pearson	1	,469(**)
	Sig. (bilateral)		,001
	N	925	920
Sintomatología total	Correlación de Pearson	,469(**)	1
	Sig. (bilateral)	,001	
	N	920	920

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Algunas investigaciones han señalado el papel que tiene la implicación en los episodios de violencia doméstica en el desarrollo de consecuencias psicopatológicas en niños. En este apartado se incluye un análisis en el que se valora dicho papel. En concreto, se presentan las correlaciones entre la variable implicación y el desarrollo de sintomatología internalizante, externalizante, traumática y total (tabla 27).

La correlación entre Implicación y Problemas internalizantes es de 0,313, con Problemas externalizantes de 0,331, con TEPT de 0,319 y con sintomatología total de 0,393. Todas las correlaciones son estadísticamente significativas a nivel 0,01.

Tabla 27 Correlaciones entre Implicación y sintomatología internalizante, externalizante, traumática y total

		Implicación en violencia familiar	Problemas internalizantes	Problemas externalizantes	TEPT total	Sintomatología total
Implicación en violencia familiar	Correlación de Pearson	1	,313(**)	,331(**)	,319(**)	,393(**)
	Sig. (bilateral)		,001	,001	,001	,001
	N	925	920	920	925	920
Problemas internalizantes	Correlación de Pearson	,313(**)	1	,536(**)	,407(**)	,842(**)
	Sig. (bilateral)	,001		,001	,001	,001
	N	920	920	920	920	920
Problemas externalizantes	Correlación de Pearson	,331(**)	,536(**)	1	,378(**)	,768(**)
	Sig. (bilateral)	,001	,001		,001	,001
	N	920	920	920	920	920
TEPT total	Correlación de Pearson	,319(**)	,407(**)	,378(**)	1	,641(**)
	Sig. (bilateral)	,001	,001	,001		,001
	N	925	920	920	925	920
Sintomatología total	Correlación de Pearson	,393(**)	,842(**)	,768(**)	,641(**)	1
	Sig. (bilateral)	,001	,001	,001	,001	
	N	920	920	920	920	920

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Regresiones lineales:

Con el objetivo de determinar si la sintomatología encontrada se debe a la EVD y no a la posible influencia de otras variables, se lleva a cabo un estudio de regresiones lineales. En este análisis se tienen en cuenta las variables sexo, edad y año.

Para facilitar los análisis se emplean tres medidas totales de sintomatología internalizante, externalizante y traumática. Por último, se establece una medida de sintomatología total, resultado del sumatorio de estas tres medidas totales.

➤ Sintomatología internalizante:

En la tabla 28 aparecen las correlaciones entre las variables incluidas en el análisis.

Se observa que la correlación más importante se da entre problemas internalizantes y exposición a violencia doméstica total, que alcanza un valor de 0,397 (n.s. = 0,001). Se producen otras correlaciones significativas a nivel estadístico que sin embargo son correlaciones muy débiles. Por ejemplo, la correlación entre problemas internalizantes y sexo es de 0,085 (n.s. = 0,005), la correlación entre problemas internalizantes y edad es de 0,097 (n.s. = 0,002); entre problemas internalizantes y año es de -0,070 (n.s. = 0,017) y la correlación entre problemas internalizantes y tipo de colegio no es estadísticamente significativa.

Tabla 28 Correlaciones entre Sint. Internalizante y sexo, edad, colegio, EVD y año

		Problemas internalizantes	sexo	Edad	tipo de colegio	EVD Total	Año
Correlación de Pearson	Problemas internalizantes	1,000	,085	,097	-,053	,397	-,070
	sexo	,085	1,000	-,030	-,019	,124	-,023
	Edad	,097	-,030	1,000	-,363	,104	,412
	Tipo de colegio	-,053	-,019	-,363	1,000	,043	-,310
	EVD Total	,397	,124	,104	,043	1,000	-,095
	Año	-,070	-,023	,412	-,310	-,095	1,000
	Sig. (unilateral)	Problemas internalizantes	.	,005	,002	,056	,001
sexo		,005	.	,179	,287	,001	,248
Edad		,002	,179	.	,001	,001	,000
Tipo de colegio		,056	,287	,001	.	,095	,000
EVD Total		,001	,001	,001	,095	.	,002
Año		,017	,248	,001	,001	,002	.
N		Problemas internalizantes	920	920	920	920	920
	Sexo	920	920	920	920	920	920
	Edad	920	920	920	920	920	920
	Tipo de colegio	920	920	920	920	920	920
	EVD Total	920	920	920	920	920	920
	Año	920	920	920	920	920	920

En primer lugar se realizó un análisis de regresión lineal jerárquico para la variable dependiente sintomatología internalizante. Los resultados de este análisis (tabla 29) revelaron que el modelo primero, aquel que incluía las variables de control de sexo, edad y tipo de colegio, era estadísticamente significativo ($F = 5,44$, $p < 0,001$) y explicaba casi un 2% de la variabilidad en la sintomatología internalizante. Además, los resultados también revelaron que el sexo y la edad, pero no el tipo de colegio, mostraban coeficientes de regresión estadísticamente significativos, es decir, que, tras controlar el efecto de las demás variables predictoras, el sexo y la edad, pero no el tipo de colegio, estaban asociadas significativamente con la sintomatología internalizante. Puesto que tanto el sexo como la edad mostraban en ese primer modelo coeficientes de regresión estandarizados de parecida magnitud (0,088 y 0,094, respectivamente) así como coeficientes de correlación parcial de igual valor (0,088 y 0,088, respectivamente), ambas variables parecían tener igual peso a la hora de explicar las diferencias individuales en sintomatología internalizante. Además, puesto que ambas variables mostraban coeficientes de regresión y de correlación parcial de signo positivo, tales signos indicaban que las niñas presentaban mayores niveles de sintomatología internalizante que los niños y que las niñas y los niños de mayor edad presentaban mayores niveles de sintomatología internalizante que los de menor edad.

Sin embargo, al añadir al modelo primero de regresión la variable exposición a la violencia (modelo segundo), se produjo un aumento importante y estadísticamente significativo en la variabilidad explicada en la sintomatología internalizante, pasando esta de casi un 2% a un 16% (F del cambio = 161,88, $n.s.$ = 0,001) y resultando, obviamente, este segundo modelo también estadísticamente significativo (F = 45,27, $n.s.$ = 0,001). De hecho, los resultados del análisis revelaron que al incluir la exposición a la violencia, las variables de sexo y edad dejaron de ser predictores significativos de la sintomatología internalizante, de manera que tras controlar el efecto de las demás variables predictoras, la única variable asociada de forma estadísticamente significativa con la sintomatología internalizante fue la exposición a la violencia, que mostraba un coeficiente de correlación parcial de 0,388 con dicha sintomatología, coeficiente que puede considerarse grande según los estándares de Doucouliagos (2011).

Al añadir al modelo segundo de regresión la variable de año de la muestra (modelo tercero) se produjo igualmente un aumento de la variabilidad explicada en la sintomatología internalizante, pero en este caso el aumento, aunque estadísticamente significativo, fue muy pequeño, pasando solamente de un 16% de varianza explicada a un 17% (F del cambio = 5,80, $n.s.$ = 0,016). En este tercer modelo que, obviamente, también fue estadísticamente significativo (F = 37,56, $n.s.$ = 0,001), las siguientes variables se mostraron como predictores estadísticamente significativos de la sintomatología internalizante tras controlar el efecto de las demás variables predictoras: tipo de colegio, exposición a la violencia y año de la muestra. Los signos y valores de los coeficientes de regresión estandarizados y de las correlaciones parciales de dichas variables (véase la tabla 31) indicaban que una mayor exposición a la violencia estaba relacionada con una mayor sintomatología internalizante, que las niñas y los niños que asistían al colegio concertado mostraban mayor sintomatología internalizante que las niñas y los niños que asistían al colegio público, que las niñas y los niños de la muestra de 2010 presentaban mayor sintomatología internalizante que las niñas y los niños de la muestra de 2014, y que de esas tres variables, la exposición a la violencia era, con mucha diferencia, la variable más importante a la hora explicar la variabilidad en la sintomatología internalizante, mostrando una correlación parcial de 0,377, la cual puede considerarse grande según los estándares de Doucouliagos (2011).

Tabla 29 Resumen del modelo: Sint Internalizante

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Estadísticos de cambio					Durbin-Watson
					Sig. del cambio en F	Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	
1	,132(a)	,018	,014	10,137	,018	5,441	3	916	,001	
2	,406(b)	,165	,162	9,349	,148	161,882	1	915	,001	
3	,413(c)	,170	,166	9,324	,005	5,803	1	914	,016	1,962

a Variables predictoras: (Constante), tipo de colegio, sexo, Edad

b Variables predictoras: (Constante), tipo de colegio, sexo, Edad, EVDTTotal

c Variables predictoras: (Constante), tipo de colegio, sexo, Edad, EVDTTotal, Año

d Variable dependiente: Problemas internalizantes

Tabla 30 ANOVA Sintomatología internalizante

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	1677,221	3	559,074	5,441	,001(a)
	Residual	94122,362	916	102,754		
	Total	95799,583	919			
2	Regresión	15826,147	4	3956,537	45,268	,001(b)
	Residual	79973,436	915	87,403		
	Total	95799,583	919			
3	Regresión	16330,674	5	3266,135	37,565	,0001c)
	Residual	79468,908	914	86,946		
	Total	95799,583	919			

a Variables predictoras: (Constante), tipo de colegio, sexo, Edad

b Variables predictoras: (Constante), tipo de colegio, sexo, Edad, EVDTTotal

c Variables predictoras: (Constante), tipo de colegio, sexo, Edad, EVDTTotal, Año

d Variable dependiente: Problemas internalizantes

Tabla 31 Coeficientes estandarizados y correlaciones parciales y semiparciales para sintomatología internalizante

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		t	Sig.	Intervalo de confianza para B al 95%		Correlaciones			Estadísticos de colinealidad		
	B	Error típ.	Beta				Limite inferior	Limite superior	Ordencero	Parcial	Semiparcial	Tolerancia	FIV	
1 (Constante)	49,876	3,941			12,654	,001	42,141	57,611						
Sexo	1,792	,669	,088		2,678	,008	,479	3,105	,085	,088	,088	,998	1,002	
Edad	,769	,288	,094		2,669	,008	,204	1,335	,097	,088	,087	,867	1,154	
Colegio	-,346	,725	-,017		-,478	,633	-,1769	1,077	-,053	-,016	-,016	,867	1,153	
2 (Constante)	52,176	3,640			14,336	,001	45,033	59,319						
Sexo	,751	,622	,037		1,206	,228	-,471	1,973	,085	,040	,036	,981	1,020	
Edad	,310	,268	,038		1,156	,248	-,216	,837	,097	,038	,035	,851	1,175	
Colegio	-,135	,672	-,055		-,190	,091	-,2453	,183	-,053	-,056	-,051	,860	1,163	
EVD Total	,524	,041	,391		12,723	,001	,443	,604	,397	,388	,384	,965	1,037	
3 (Constante)	49,891	3,752			13,297	,001	42,528	57,254						
Sexo	,752	,621	,037		1,212	,226	-,466	1,971	,085	,040	,037	,981	1,020	
Edad	,554	,286	,068		1,936	,053	-,008	1,115	,097	,064	,058	,745	1,343	
Colegio	-,426	,681	-,069		-,2095	,036	-,2762	-,090	-,053	-,069	-,063	,833	1,201	
EVD Total	,510	,041	,381		12,305	,001	,429	,591	,397	,377	,371	,947	1,057	
Año	-,1719	,713	-,082		-,2409	,016	-,3119	-,318	-,070	-,079	-,073	,785	1,274	

➤ Sintomatología externalizante:

La tabla 32 muestra las correlaciones entre Problemas externalizantes y las variables analizadas: sexo, edad, tipo de colegio, EVD y año.

La correlación más fuerte se produce entre Sintomatología externalizante total y EVD Total, alcanzando un valor de 0,389. Las variables sexo, edad y año obtienen también correlaciones estadísticamente significativas, aunque en este caso son débiles (0,116, 0,182 y -,077 respectivamente).

Tabla 32 Correlaciones entre Sint. Externalizante y sexo, edad, colegio, EVD y año

		Problemas externalizantes	sexo	Edad	tipo de colegio	EVD Total	Año
Correlación de Pearson	Problemas externalizantes	1,000	,116	,182	-,003	,389	-,077
	sexo	,116	1,000	-,030	-,019	,124	-,023
	Edad	,182	-,030	1,000	-,363	,104	,412
	tipo de colegio	-,003	-,019	-,363	1,000	,043	-,310
	EVD Total	,389	,124	,104	,043	1,000	-,095
	Año	-,077	-,023	,412	-,310	-,095	1,000
Sig. (unilateral)	Problemas externalizantes	.	,001	,001	,461	,001	,010
	sexo	,001	.	,179	,287	,001	,248
	Edad	,001	,179	.	,000	,001	,001
	tipo de colegio	,461	,287	,001	.	,095	,001
	EVD Total	,001	,001	,001	,095	.	,002
	Año	,010	,248	,001	,001	,002	.
N	Problemas externalizantes	920	920	920	920	920	920
	sexo	920	920	920	920	920	920
	Edad	920	920	920	920	920	920
	tipo de colegio	920	920	920	920	920	920
	EVD Total	920	920	920	920	920	920
	Año	920	920	920	920	920	920

La tabla 33 muestra el resumen de los tres modelos analizados en la regresión lineal. El ANOVA realizado muestra que los tres modelos son significativos, siendo las F= 16,996, 49,714 y 42,846, respectivamente (n.s. = 0,001 en los tres modelos). Se observa que las mayores diferencias aparecen asociadas a la EVD Total.

El modelo 1, compuesto por las variables sexo, edad y colegio, explica el 5,3% de la variabilidad de la sintomatología externalizante total. Al añadir la variable EVD en el segundo modelo, se produce un aumento considerable y estadísticamente significativo en la variabilidad explicada en la sintomatología externalizante, pasando del 5,3% al 17,9% (F de cambio = 140,124, n.s. = 0,001). Finalmente, en el

tercer modelo se introduce la variable año de la muestra. En este caso se produce un ligero aumento de la variabilidad de la sintomatología externalizante explicada, pasando del 17,5% al 19%, siendo este cambio estadísticamente significativo (F de cambio = 12,810, n.s. = 0,001).

Tabla 33 Resumen del modelo: Sint. Externalizante

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Estadísticos de cambio					Durbin-Watson
					Sig. del cambio en F	Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	
1	,230(a)	,053	,050	6,969	,053	16,996	3	916	,001	1,967
2	,423(b)	,179	,175	6,494	,126	140,124	1	915	,001	
3	,436(c)	,190	,185	6,452	,011	12,810	1	914	,001	

- a Variables predictoras: (Constante), tipo de colegio, sexo, Edad
b Variables predictoras: (Constante), tipo de colegio, sexo, Edad, EVDTTotal
c Variables predictoras: (Constante), tipo de colegio, sexo, Edad, EVDTTotal, Año
d Variable dependiente: Problemas externalizantes

Tabla 34 ANOVA: Sint. Externalizante

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	2476,481	3	825,494	16,996	,001(a)
	Residual	44490,909	916	48,571		
	Total	46967,390	919			
2	Regresión	8385,014	4	2096,253	49,714	,001(b)
	Residual	38582,377	915	42,167		
	Total	46967,390	919			
3	Regresión	8918,275	5	1783,655	42,846	,001(c)
	Residual	38049,116	914	41,629		
	Total	46967,390	919			

- a Variables predictoras: (Constante), tipo de colegio, sexo, Edad
b Variables predictoras: (Constante), tipo de colegio, sexo, Edad, EVDTTotal
c Variables predictoras: (Constante), tipo de colegio, sexo, Edad, EVDTTotal, Año
d Variable dependiente: Problemas externalizantes

Teniendo en cuenta los Coeficientes Beta estandarizados (tabla 35), se observa que la variable EVD es la que mayor peso tiene (0.361). Las variables sexo, edad, colegio y año, también son significativas, aunque presentan coeficientes más débiles.

En el primer modelo se observa que las variables sexo, edad y tipo de colegio, presentan Coeficientes Beta de 0,123, 0,213, y 0,077 respectivamente (n.s. = 0,001; n.s. = 0,001 y n.s. = 0,027), indicando mayores niveles de sintomatología externalizante en niñas, sujetos de mayor edad y los pertenecientes a colegio concertado. En este primer modelo la variable edad muestra coeficientes de regresión y correlaciones

parciales superiores al resto de variables, indicando que ésta es la variable con mayor peso a la hora de explicar sintomatología externalizante.

En el modelo 2, sexo y edad continúan siendo estadísticamente significativas, pero los coeficientes son menores (0,076 y 0,161 respectivamente). El tipo de colegio deja de ser significativo al incluir la variable Exposición a violencia doméstica. La variable EVD es la que mayor peso obtiene tanto en el coeficiente de regresión estandarizado como en la correlación parcial, indicando que es la EVD la variable predictora más importante para la sintomatología externalizante.

Finalmente, en el tercer modelo se introduce la variable año de la muestra. Tras controlar el efecto de las demás variables, las variables que se mostraron como predictores estadísticamente significativos de la sintomatología externalizante fueron sexo, edad, EVD y año de la muestra (Coeficientes Beta = 0,076, 0,205 y -0,120).

Estos datos apuntan a que las niñas, los sujetos de mayor edad, y los sujetos de la muestra de 2010 presentan mayores niveles de sintomatología externalizante. Sin embargo, tal como se ha indicado anteriormente, es la variable EVD la que mayor peso tiene en el desarrollo de sintomatología externalizante.

En la tabla 35 además se muestran las correlaciones parciales y semiparciales entre las variables analizadas. Se observa que la variable exposición a violencia doméstica continúa manteniendo una correlación positiva con sintomatología externalizante aun cuando los posibles efectos de las variables son controlados, y obtiene una correlación parcial de 0,350, la cual puede considerarse grande según los estándares de Doucouliagos (2011).

Tabla 35 Coeficientes estandarizados y correlaciones parciales y semiparciales: Sintomatología externalizante

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		t	Sig.	Intervalo de confianza para B al 95%		Correlaciones			Estadísticos de colinealidad		
	B	Error típ.	Beta				Límite inferior	Límite superior	Orden cero	Parcial	Semi-parcial	Tolerancia	FIV	
1 (Constante)	42,069	2,710			15,525	,001	36,751	47,387						
Sexo	1,764	,460	,123		3,834	,001	,861	2,666	,116	,126	,123	,998	1,002	
Edad	1,223	,198	,213		6,171	,001	,834	1,612	,182	,200	,198	,867	1,154	
Colegio	1,105	,499	,077		2,216	,027	,127	2,083	-,003	,073	,071	,867	1,153	
2 (Constante)	43,555	2,528			17,230	,001	38,594	48,517						
Sexo	1,091	,432	,076		2,524	,012	,243	1,940	,116	,083	,076	,981	1,020	
Edad	,926	,186	,161		4,970	,001	,561	1,292	,182	,162	,149	,851	1,175	
Colegio	,595	,466	,041		1,276	,202	-,320	1,511	-,003	,042	,038	,860	1,163	
EVD Total	,338	,029	,361		11,837	,001	,282	,394	,389	,364	,355	,965	1,037	
3 (Constante)	41,206	2,596			15,872	,001	36,111	46,301						
Sexo	1,093	,430	,076		2,543	,011	,249	1,936	,116	,084	,076	,981	1,020	
Edad	1,177	,198	,205		5,944	,001	,788	1,565	,182	,193	,177	,745	1,343	
Colegio	,296	,471	,021		,629	,530	-,628	1,220	-,003	,021	,019	,833	1,201	
EVD Total	,324	,029	,346		11,309	,001	,268	,381	,389	,350	,337	,947	1,057	
Año	-1,767	,494	-,120		-3,579	,001	-2,736	-,798	-,077	-,118	-,107	,785	1,274	

➤ Sintomatología traumática:

A continuación se presenta el análisis de regresiones lineales para la sintomatología traumática.

En la tabla 36 aparecen las correlaciones entre sintomatología traumática y sexo, colegio, edad, EVD y año. Excepto tipo de colegio, todas las correlaciones son estadísticamente significativas, siendo EVD la variable más importante (0,371), indicando que a mayor exposición a violencia, se produce mayor sintomatología traumática.

Tabla 36 Correlaciones entre Sintomatología traumática y sexo, tipo de colegio, edad, EVD y año

		TEPT total	sexo	Edad	tipo de colegio	EVD Total	Año
Correlación de Pearson	TEPT total	1,000	,139	,103	,002	,371	-,104
	sexo	,139	1,000	-,029	-,017	,119	-,022
	Edad	,103	-,029	1,000	-,358	,103	,415
	tipo de colegio	,002	-,017	-,358	1,000	,043	-,305
	EVD Total	,371	,119	,103	,043	1,000	-,094
	Año	-,104	-,022	,415	-,305	-,094	1,000
Sig. (unilateral)	TEPT total	.	,001	,001	,481	,001	,001
	sexo	,001	.	,188	,298	,001	,257
	Edad	,001	,188	.	,001	,001	,001
	tipo de colegio	,481	,298	,001	.	,096	,001
	EVD Total	,001	,001	,001	,096	.	,002
	Año	,001	,257	,001	,001	,002	.
N	TEPT total	925	925	925	925	925	925
	sexo	925	925	925	925	925	925
	Edad	925	925	925	925	925	925
	tipo de colegio	925	925	925	925	925	925
	EVD Total	925	925	925	925	925	925
	Año	925	925	925	925	925	925

Los tres modelos de la regresión lineal son estadísticamente significativos. El primer modelo, compuesto por las variables sexo, edad y tipo de colegio, obtiene una R cuadrado de 0,033 y $F = 10,475$ ($n.s. = 0,001$), por lo que explica un 3,3% de la variabilidad de la sintomatología traumática. Al añadir la EVD en el segundo modelo, se produce un aumento estadísticamente significativo en la variabilidad explicada en la sintomatología traumática (F de cambio = 129,06, $n.s. = 0,001$), pasando del 3,3% al 15,2% (R cuadrado = 0,152), siendo este modelo estadísticamente significativo ($F = 41,214$, $n.s. = 0,001$). De esta forma, la EVD explicaría el 15,2% de la sintomatología traumática.

Por último, el modelo 3, en el que se incluye la variable año, también resultó estadísticamente significativo ($F = 35,925$, $n.s. = 0,001$). En este caso se aprecia un ligero incremento en la variabilidad de la sintomatología traumática explicada, siendo este cambio significativo (R de cambio = $12,677$, $n.s. = 0,001$). Este modelo obtiene un R cuadrado de $0,164$ por lo que explica el $16,4\%$ de la sintomatología traumática.

Tabla 37 Resumen del modelo: Sintomatología traumática

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Estadísticos de cambio					
					Sig. del cambio en F	Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	Durbin-Watson
1	,182(a)	,033	,030	10,027	,033	10,475	3	921	,001	
2	,390(b)	,152	,148	9,395	,119	129,061	1	920	,001	
3	,404(c)	,164	,159	9,336	,012	12,677	1	919	,001	1,832

- a Variables predictoras: (Constante), tipo de colegio, sexo, Edad
 b Variables predictoras: (Constante), tipo de colegio, sexo, Edad, EVDTTotal
 c Variables predictoras: (Constante), tipo de colegio, sexo, Edad, EVDTTotal, Año
 d Variable dependiente: TEPT total

Tabla 38 ANOVA: Sintomatología traumática

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	3159,501	3	1053,167	10,475	,001(a)
	Residual	92595,098	921	100,538		
	Total	95754,599	924			
2	Regresión	14551,004	4	3637,751	41,214	,001(b)
	Residual	81203,595	920	88,265		
	Total	95754,599	924			
3	Regresión	15655,945	5	3131,189	35,925	,001(c)
	Residual	80098,654	919	87,158		
	Total	95754,599	924			

- a Variables predictoras: (Constante), tipo de colegio, sexo, Edad
 b Variables predictoras: (Constante), tipo de colegio, sexo, Edad, EVDTTotal
 c Variables predictoras: (Constante), tipo de colegio, sexo, Edad, EVDTTotal, Año
 d Variable dependiente: TEPT total

Analizando los Coeficientes Beta estandarizados (tabla 39), se observa que la variable con mayor peso es EVD, obteniendo un Coeficiente Beta de $0,336$, lo que sugiere que la exposición a violencia doméstica es la variable más determinante a la hora de explicar sintomatología traumática.

En el modelo 1 las variables sexo y edad obtienen Coeficientes Beta de $0,144$ y $0,125$, estadísticamente significativos. Esta situación se mantiene en el modelo 2 al introducir la variable EVD, aunque los coeficientes son más débiles. La variable más

importante en este modelo es EVD, que alcanza un coeficiente de 0,351(n.s. = 0,001).

Finalmente, en el modelo 3 se introduce la variable año, y en este caso las variables estadísticamente significativas son sexo, edad, EVD, y año, manteniendo EVD el coeficiente más importante. Estos datos indican que las niñas, los sujetos de mayor edad, y los sujetos de la muestra de 2010, presentan una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de sintomatología traumática.

Por último, teniendo en cuenta las correlaciones parciales y semiparciales, se observa que la EVD continua correlacionando de forma importante con sintomatología traumática al eliminar las posibles influencias de las propias variables (0,337 y 0,327).

Tabla 39 Coeficientes estandarizados y correlaciones parciales y semiparciales: Sintomatología traumática.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		t	Sig.	Intervalo de confianza para B al 95%		Correlaciones			Estadísticos de colinealidad	
	B	Error típ.	Beta				Límite inferior	Límite superior	Orden cero	Parcial	Semi-parcial	Tolerancia	FIV
1 (Constante)	-8,485	3,877			-2,189	,029	-16,093	-,877					
Sexo	2,923	,660	,144		4,429	,001	1,628	4,218	,139	,144	,144	,998	1,002
Edad	1,023	,284	,125		3,602	,001	,465	1,580	,103	,118	,117	,871	1,149
Colegio	1,005	,714	,049		1,407	,160	-,396	2,406	,002	,046	,046	,871	1,148
2 (Constante)	-6,535	3,636			-1,797	,073	-13,672	,601					
Sexo	2,029	,623	,100		3,255	,001	,806	3,252	,139	,107	,099	,982	1,018
Edad	,619	,268	,076		2,305	,021	,092	1,145	,103	,076	,070	,855	1,169
Colegio	,315	,672	,015		,469	,639	-1,003	1,634	,002	,015	,014	,864	1,157
EVD Total	,467	,041	,351		11,360	,001	,387	,548	,371	,351	,345	,966	1,035
3 (Constante)	-9,981	3,741			-2,668	,008	-17,322	-2,639					
Sexo	2,032	,619	,100		3,281	,001	,816	3,248	,139	,108	,099	,982	1,018
Edad	,983	,286	,120		3,441	,001	,422	1,544	,103	,113	,104	,746	1,341
Colegio	-,104	,678	-,005		-,153	,879	-1,434	1,227	,002	-,005	-,005	,838	1,193
EVD Total	,447	,041	,336		10,834	,001	,366	,528	,371	,337	,327	,948	1,055
Año	-2,540	,713	-,121		-3,561	,001	-3,940	-1,140	-,104	-,117	-,107	,785	1,274

➤ Sintomatología total:

Con el objetivo de facilitar el análisis de datos y el desarrollo de conclusiones, se crea una variable de sintomatología total, que incluye el sumatorio de las tres variables descritas: sintomatología internalizante, externalizante y traumática.

Todas las variables, excepto el tipo de colegio, presentan correlaciones estadísticamente significativas con la variable sintomatología total. Las variables sexo, edad y año obtienen correlaciones pequeñas (0,130, 0,081 y -0,238 respectivamente) y la variable EVD total es la que presenta una correlación mayor, alcanzando un valor de 0,469.

Tabla 40 Correlaciones entre Sintomatología Total y sexo, edad, colegio, EVDT y año

		Sint. total	Sexo	Edad	Colegio	EVD Total	Año
Correlación de Pearson	Sint. total	1,000	,130	,081	,022	,469	-,238
	Sexo	,130	1,000	-,030	-,019	,124	-,023
	Edad	,081	-,030	1,000	-,363	,104	,412
	Tipo de colegio	,022	-,019	-,363	1,000	,043	-,310
	EVD Total	,469	,124	,104	,043	1,000	-,095
	Año	-,238	-,023	,412	-,310	-,095	1,000
Sig. (unilateral)	Sint. total	.	,001	,007	,254	,001	,001
	Sexo	,001	.	,179	,287	,001	,248
	Edad	,007	,179	.	,001	,001	,001
	Tipo de colegio	,254	,287	,001	.	,095	,001
	EVD Total	,001	,001	,001	,095	.	,002
	Año	,001	,248	,001	,001	,002	.
N	Sint. total	920	920	920	920	920	920
	Sexo	920	920	920	920	920	920
	Edad	920	920	920	920	920	920
	Tipo de colegio	920	920	920	920	920	920
	EVD Total	920	920	920	920	920	920
	Año	920	920	920	920	920	920

La tabla 41 muestra las regresiones lineales realizadas, siendo los tres modelos estadísticamente significativos ($F = 8,686$, $F = 66,972$ y $F = 71,187$; $n.s. = 0,001$ para los tres modelos). El modelo 1, en el que se incluyen las variables sexo, edad y colegio, obtiene un R cuadrado de 0,028, por lo que explicaría el 2,8% de la variabilidad de la sintomatología total. En el segundo modelo se produce un incremento significativo al incluir la variable EVD (F de cambio = 235,165, $n.s. = 0,001$) obteniendo un R cuadrado = 0,226, por lo que explica el 22,6% de la variabilidad de la sintomatología total. Por último el modelo 3, al incluir el año de la muestra, se produce un cambio significativo (F de cambio = 68,336, $n.s. = 0,001$) y obtiene un R cuadrado = 0,280, por lo que pasa a explicar el 28% de la variabilidad.

Tabla 41 Resumen del modelo: Sintomatología total

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Estadísticos de cambio					Durbin-Watson
					Sig. del cambio en F	Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	
1	,166(a)	,028	,024	19,902	,028	8,686	3	916	,001	
2	,476(b)	,226	,223	17,761	,199	235,165	1	915	,001	
3	,529(c)	,280	,276	17,141	,054	68,336	1	914	,001	1,935

a Variables predictoras: (Constante), tipo de colegio, sexo, Edad

b Variables predictoras: (Constante), tipo de colegio, sexo, Edad, EVDTot

c Variables predictoras: (Constante), tipo de colegio, sexo, Edad, EVDTot, año

d Variable dependiente: Sint.total2

Tabla 42 ANOVA: Sintomatología total

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	10322,003	3	3440,668	8,686	,001(a)
	Residual	362822,671	916	396,095		
	Total	373144,674	919			
2	Regresión	84505,399	4	21126,350	66,972	,001(b)
	Residual	288639,275	915	315,453		
	Total	373144,674	919			
3	Regresión	104584,502	5	20916,900	71,187	,001(c)
	Residual	268560,172	914	293,830		
	Total	373144,674	919			

a Variables predictoras: (Constante), tipo de colegio, sexo, Edad

b Variables predictoras: (Constante), tipo de colegio, sexo, Edad, EVDTot

c Variables predictoras: (Constante), tipo de colegio, sexo, Edad, EVDTot, añodicotomico

d Variable dependiente: Sint.total2

En el modelo 1 las variables sexo y edad muestran coeficientes de 0,135 y 0,108 respectivamente (n. s. = 0,001 y 0,002), indicando que las niñas y los sujetos de mayor edad presentan mayores niveles de sintomatología total.

En el modelo 2 esta situación cambia al introducir la variable EVD, dejando de ser significativa la variable edad. Sexo presenta un coeficiente de 0,076 (n.s. = 0,010) y EVD alcanza un coeficiente de 0,454 (n.s. = 0,001). Finalmente, en el modelo 3, en el que se incluye la variable año, las variables que presentan coeficientes estadísticamente significativos son sexo (coeficiente beta = 0,076; n.s. = 0,008), edad (coeficiente Beta = 0,138; n.s. = 0,001), EVD (coeficiente Beta = 0,421; n.s. = 0,001) y año (coeficiente Beta = -0,262; n.s. = 0,001).

Los resultados muestran que la variable EVD total es la más importante a la hora de explicar sintomatología total. También es importante considerar las variables sexo, edad y año, de tal forma que las niñas, los sujetos de mayor edad y los de la muestra de 2010 presentan mayores niveles de sintomatología total.

Tabla 43 Coeficientes estandarizados y correlaciones parciales y semiparciales: Sintomatología total

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		t	Sig	Intervalo de confianza para B al 95%		Correlaciones			Estadísticos de colinealidad		
	B	Error típ.	Beta	Estad. estandarizados			Límite inferior	Límite superior	Orden cero	Parcial	Semiparcial	Tolerancia	FIV	
1 (Constante)	98,360	7,738			12,711	,001	83,173	113,547						
Sexo	5,426	1,314	,135		4,131	,001	2,848	8,004	,130	,135	,135	,998	1,002	
Edad	1,747	,566	,108		3,086	,002	,636	2,858	,081	,101	,101	,867	1,154	
Colegio	2,586	1,424	,064		1,816	,070	-,208	5,379	,022	,060	,059	,867	1,153	
2 (Constante)	103,628	6,914			14,987	,001	90,058	117,197						
Sexo	3,043	1,183	,076		2,573	,010	,722	5,364	,130	,085	,075	,981	1,020	
Edad	,695	,510	,043		1,364	,173	-,305	1,696	,081	,045	,040	,851	1,175	
Colegio	,779	1,276	,019		,611	,542	-1,725	3,283	,022	,020	,018	,860	1,163	
EVD Total	1,199	,078	,454		15,335	,001	1,046	1,352	,469	,452	,446	,965	1,037	
3 (Constante)	89,212	6,897			12,935	,001	75,676	102,749						
Sexo	3,052	1,141	,076		2,674	,008	,812	5,292	,130	,088	,075	,981	1,020	
Edad	2,232	,526	,138		4,243	,001	1,200	3,264	,081	,139	,119	,745	1,343	
Colegio	-1,056	1,251	-,026		-,844	,399	-3,512	1,400	,022	-,028	-,024	,833	1,201	
EVD Total	1,113	,076	,421		14,603	,001	,963	1,262	,469	,435	,410	,947	1,057	
Año	-10,842	1,312	-,262		-8,267	,001	-13,416	-8,268	-,238	-,264	-,232	,785	1,274	

2.3.5 COMPARACIÓN DE GRUPOS: EXPUESTOS VS NO EXPUESTOS A VIOLENCIA DOMÉSTICA

Tomando como referencia el punto de corte de exposición a violencia familiar en 4 anteriormente comentado, se establecen los grupos expuestos a violencia doméstica frente a los no expuestos. Con el objetivo de valorar si se producen diferencias en cuanto a sintomatología entre ambos grupos, se llevan a cabo comparaciones de medias para sintomatología internalizante, externalizante, traumática y total.

En la tabla 44 se muestran las medias para cada una de las variables de sintomatología internalizante por grupos. Se observa que en todos los casos, el grupo expuesto mostró medias superiores que el grupo no expuesto, perteneciendo además estas puntuaciones al rango "límite" (entre 65-70) en el caso de Ansiedad/Depresión, Quejas somáticas y Problemas internalizantes.

En la tabla 45 se observan diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos para las variables Ansiedad/depresión ($t = 9,767$; $n.s. = 0,001$), Aislamiento/depresión ($t = 7,281$; $n.s. = 0,001$), Quejas somáticas ($t = 7,727$; $n.s. = 0,001$) y Problemas internalizantes ($t = 11,097$; $n.s. = 0,001$).

Tabla 44 Sintomatología internalizante en grupo expuesto vs no expuesto

		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Ansiedad/ Depresión	Grupo expuesto	156	65,07	8,670	,694
	Grupo no expuesto	764	57,95	8,214	,297
Aislamiento/ Depresión	Grupo expuesto	156	62,88	8,364	,670
	Grupo no expuesto	764	57,67	7,060	,255
Quejas somáticas	Grupo expuesto	156	67,12	8,587	,687
	Grupo no expuesto	764	61,75	7,759	,281
Problemas internalizantes	Grupo expuesto	156	67,73	8,394	,672
	Grupo no expuesto	764	59,27	9,954	,360

Tabla 45 Comparación de medias entre grupo expuesto y no expuesto para sintomatología internalizante

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Ansiedad/ Depresión	Se han asumido varianzas iguales	,483	,487	9,767	918	,001	7,116	,729	5,686	8,546
	No se han asumido varianzas iguales			9,424	215,545				,001	7,116
Aislamiento/ Depresión	Se han asumido varianzas iguales	6,058	,014	8,140	918	,001	5,218	,641	3,960	6,477
	No se han asumido varianzas iguales			7,281	202,511				,001	5,218
Quejas somáticas	Se han asumido varianzas iguales	1,172	,279	7,727	918	,001	5,367	,695	4,004	6,730
	No se han asumido varianzas iguales			7,227	209,811				,001	5,367
Problemas internalizantes	Se han asumido varianzas iguales	8,677	,003	9,920	918	,001	8,461	,853	6,787	10,135
	No se han asumido varianzas iguales			11,097	252,573				,001	8,461

Respecto a la sintomatología externalizante, se aprecian de nuevo mayores medias para el grupo expuesto frente al no expuesto en todas las variables. La variable Conducta anormativa alcanza el rango "límite" en el grupo expuesto.

En la tabla 47 se muestra la comparación de medias entre ambos grupos. Existen diferencias significativas para todas las variables de sintomatología externalizante: Conducta anormativa ($t = 7,470$; $n.s. = 0,001$), Conducta agresiva ($t = 7,936$; $n.s. = 0,001$) y Problemas externalizantes ($t = 9,561$; $n.s. = 0,001$).

Tabla 46 Sintomatología externalizante en grupo expuesto vs no expuesto

		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Conducta anormativa	Grupo expuesto	156	67,18	8,105	,649
	Grupo no expuesto	764	62,07	6,029	,218
Conducta agresiva	Grupo expuesto	156	60,90	6,699	,536
	Grupo no expuesto	764	56,37	5,449	,197
Problemas externalizantes	Grupo expuesto	156	64,21	7,276	,583
	Grupo no expuesto	764	58,48	6,725	,243

Tabla 47 Comparación de medias entre grupo expuesto y no expuesto para sintomatología externalizante

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error ttp. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
Conducta anormativa	12,627	,001	9,056	918	,001	5,114	,565	4,006	6,222
			7,470	191,510	,001	5,114	,685	3,764	6,464
Conducta agresiva	8,357	,004	9,088	918	,001	4,535	,499	3,555	5,514
			7,936	198,972	,001	4,535	,571	3,408	5,662
Problemas externalizantes	,498	,480	9,561	918	,001	5,730	,599	4,554	6,906
			9,076	212,482	,001	5,730	,631	4,486	6,974

La tabla 48 muestra las medias por grupos para la sintomatología traumática. De nuevo se aprecia que el grupo expuesto exhibe mayores niveles de sintomatología traumática frente al no expuesto. Estas diferencias son estadísticamente significativas, tal como se muestra en la tabla 49: Pensamientos intrusivos ($t = 5,886$, $n.s. = 0,001$), Evitación ($t = 6,672$, $n.s. = 0,001$), Hiperactivación ($t = 6,793$, $n.s. = 0,001$), Afectación ($t = 7,111$, $n.s. = 0,001$) y TEPT total ($t = 7,477$, $n.s. = 0,001$).

Tabla 48 Sintomatología traumática en grupo expuesto vs no expuesto

		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Pensamientos intrusivos	Grupo expuesto	157	3,00	3,344	,267
	Grupo no expuesto	768	1,33	2,606	,094
Evitación	Grupo expuesto	157	4,26	4,441	,354
	Grupo no expuesto	768	1,75	3,276	,118
Hiperactivación	Grupo expuesto	157	3,87	3,901	,311
	Grupo no expuesto	768	1,64	2,947	,106
Afectación	Grupo expuesto	157	2,05	2,139	,171
	Grupo no expuesto	768	,77	1,552	,056
TEPT total	Grupo expuesto	157	13,18	12,201	,974
	Grupo no expuesto	768	5,49	9,193	,332

Tabla 49 Comparación de medias entre grupo expuesto y no expuesto para sintomatología traumática

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias							
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia		
								Inferior	Superior	
Pensamientos intrusivos	35,375	,001	6,928	923	,001	1,665	,240	1,194	2,137	
			5,886	196,536	,001	1,665	,283	1,107	2,223	
Evitación	45,776	,001	8,199	923	,001	2,514	,307	1,912	3,115	
			6,728	192,165	,001	2,514	,374	1,777	3,251	
Hyper-activación	41,530	,001	8,154	923	,001	2,235	,274	1,697	2,772	
			6,793	194,008	,001	2,235	,329	1,586	2,883	
Afectación	63,530	,001	8,754	923	,001	1,278	,146	,991	1,564	
			7,111	190,965	,001	1,278	,180	,923	1,632	
TEPT total	39,701	,001	8,991	923	,001	7,691	,855	6,012	9,370	
			7,477	193,782	,001	7,691	1,029	5,662	9,720	

Por último, se muestran las medias para la variable sintomatología total, y la comparación de medias entre los grupos expuesto y no expuesto a violencia familiar. De nuevo, las diferencias entre ambos grupos fueron estadísticamente significativas ($t = 11,612$, $n.s. = 0,001$).

Tabla 50 Sintomatología total en grupo expuesto vs no expuesto

		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Sint.total	Grupo expuesto	156	141,03	19,488	1,560
	Grupo no expuesto	764	121,82	18,689	,676

Tabla 51 Comparación de medias entre grupo expuesto y no expuesto para sintomatología total

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Sint.total2	Se han asumido varianzas iguales	,672	,412	11,612	918	,001	19,206	1,654	15,960	22,452
	No se han asumido varianzas iguales			11,294	217,121	,001	19,206	1,701	15,855	22,558

2.3.6 COMPARACIONES ENTRE 2010 Y 2014

En este apartado se analizan las diferencias entre ambas muestras con el objetivo de establecer si se ha producido un cambio en el tiempo en cuanto a la exposición infantil a violencia doméstica y sus consecuencias psicopatológicas.

2.3.6.1 Exposición a violencia doméstica en 2010 y 2014

En la siguiente tabla se pueden observar las diferencias de medias entre 2010 y 2014 para las medidas de exposición infantil a violencia doméstica de la escala CEDV.

Se aprecian mayores puntuaciones para todas las medidas del CEDV en el año 2010, sugiriendo que el nivel de exposición infantil a violencia doméstica tuvo un descenso entre 2010 y 2014. En concreto, la media de EVD total en 2010 fue de 9,34 y en 2014 de 7,82.

Tabla 52 Medias de exposición a violencia doméstica en 2010 y 2014

	2010			2014		
	N	Media	Desv. típ.	N	Media	Desv. típ.
Exposición a violencia familiar (0-30)	572	2,26	1,888	353	1,95	2,012
Grado de exposición en el hogar (0-50)	572	7,05	5,789	353	5,87	5,844
Implicación en violencia familiar (0-21)	572	1,24	2,112	353	1,02	1,974
Grado de exposición en la comunidad (0-24)	572	7,72	3,096	353	7,08	3,493
Factores de riesgo (0-12)	572	2,21	1,924	353	1,73	1,702
Otra victimización (0-12)	572	,68	,974	353	,64	1,038
EVD Total	570	9,34	7,545	353	7,82	7,712

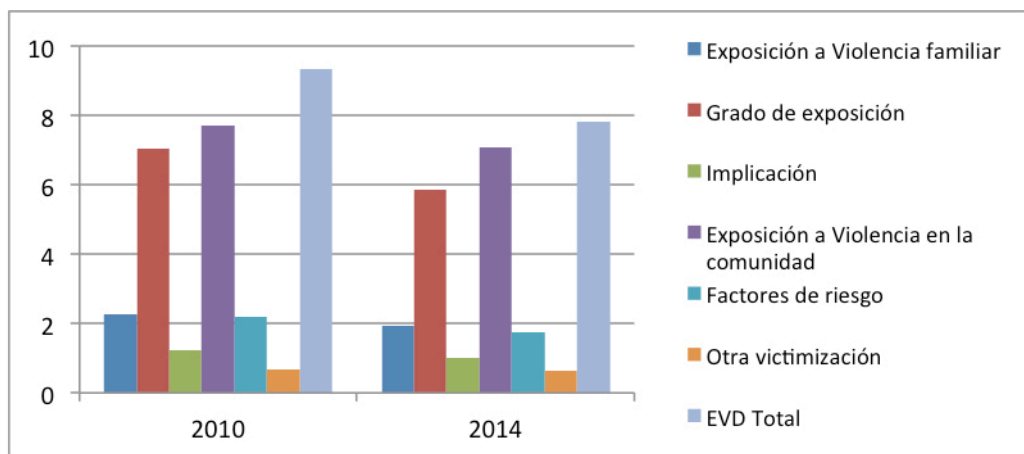


Ilustración 8 Resultados CEDV en 2010 y 2014

Tomando la variable Exposición a violencia doméstica total, se lleva a cabo una comparación de medias para muestras independientes, siendo los años 2010 y 2014 los grupos a comparar. La tabla 53 muestra que existen diferencias significativas a nivel 0,004, siendo $t = 2,877$. Se concluye, por tanto, que existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a exposición a violencia doméstica total entre 2010 y 2014. En concreto 2010 registró mayores niveles de exposición a violencia doméstica.

Tabla 53 Comparación de medias: Exposición a violencia doméstica en 2010 y 2014

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Superior	Inferior
EVD Total	,222	,638	2,877	923	,004	1,483	,515	,471	2,494
Se han asumido varianzas iguales			2,863	733,429	,004	1,483	,518	,466	2,499
No se han asumido varianzas iguales									

2.3.6.2 Sintomatología internalizante, externalizante y traumática en 2010 y 2014

En la tabla 54 se describen las medias por año para las medidas de las variables de sintomatología internalizante (compuesta por Ansiedad/Depresión, Aislamiento/Depresión y Quejas somáticas), sintomatología externalizante (compuesta por conducta anormal y conducta agresiva). La tabla 57 incluye las medias para sintomatología traumática (compuesta por activación, pensamientos intrusivos y evitación).

Excepto para la variable Ansiedad/Depresión, todas las medidas de las variables de sintomatología internalizante, externalizante y traumática, fueron superiores en el año 2010.

Tabla 54 Medias de sintomatología internalizante y externalizante en 2010 y 2014

	Año	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Ansiedad/Depresión	2010	567	58,95	8,346	,350
	2014	353	59,50	9,263	,493
Aislamiento/Depresión	2010	567	58,67	7,272	,305
	2014	353	58,36	7,986	,425
Quejas somáticas	2010	567	63,47	7,952	,334
	2014	353	61,37	8,316	,443

Conducta anormal	2010	567	63,16	6,845	,287
	2014	353	62,57	6,466	,344
Conducta agresiva	2010	567	57,52	6,042	,254
	2014	353	56,52	5,688	,303

Problemas internalizantes	2010	567	61,26	9,786	,411
	2014	353	59,80	10,810	,575
Problemas externalizantes	2010	567	59,88	7,073	,297
	2014	353	58,75	7,226	,385

Desglosando la muestra total por años, se aprecia que las medias obtenidas tanto en 2010 como en 2014 se mantienen en el rango de normalidad (puntuaciones $T < 65$). Al igual que en la muestra total, las variables con mayores puntuaciones fueron Conducta anormal ($X = 63,16$ en 2010 y $X = 62,57$ en 2014) y Somatización ($X = 63,47$ en 2010 y $X = 61,37$ en 2014).

La escala de Problemas internalizantes obtiene una media de 61,26 en 2010 y 59,80 en 2014 (rango normal con desviaciones típicas de 9,786 y 10,810 respectivamente) y la escala de Problemas Externalizantes obtiene una media de 59,88 en 2010 y 58,75 en 2014 (rango normal) y desviaciones típicas de 7,073 y 7,226.

En la Ilustración 8 se incluyen todas las medidas del CBCL, por lo que aparecen varias medidas que no han sido incluidas en el estudio, como Problemas sociales, Problemas de atención o Problemas de pensamiento. Destaca Problemas de pensamiento, ya que tanto en 2010 como en 2014 aparece en el rango límite.

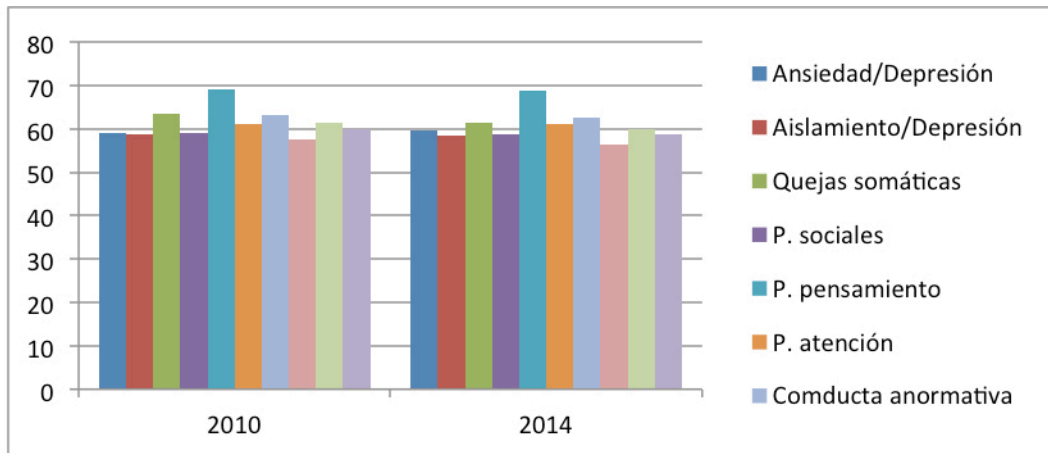


Ilustración 9 Medias de sintomatología internalizante y externalizante en 2010 y 2014

Con el objetivo de determinar si existen diferencias entre 2010 y 2014 en sintomatología internalizante, se lleva a cabo una Prueba T para muestras independientes.

La tabla 55 muestra los resultados de la Prueba T, en la que se rechaza la hipótesis de igualdad de medias para las variables Quejas somáticas ($t = 3,825$; $n.s. = 0,001$) y Problemas internalizantes ($t = 2,065$; $n.s. = 0,039$), indicando que existen diferencias significativas entre los años 2010 y 2014 en estas variables. En concreto, 2010 presentó mayores niveles de somatización y problemas internalizantes.

Tabla 55 Prueba T: Sintomatología internalizante en 2010 y 2014

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Superior	Inferior
Ansiedad/depresión	Se han asumido varianzas iguales	7,600	,006	-,944	918	,346	-,557	,590	-1,716	,602
	No se han asumido varianzas iguales			-,921	688,355	,357	-,557	,605	-1,745	,631
Aislamiento/depresión	Se han asumido varianzas iguales	1,698	,193	,615	918	,539	,315	,512	-,690	1,320
	No se han asumido varianzas iguales			,602	694,174	,547	,315	,523	-,713	1,343
Quejas somáticas	Se han asumido varianzas iguales	1,055	,305	3,825	918	,001	2,099	,549	1,022	3,176
	No se han asumido varianzas iguales			3,786	721,477	,001	2,099	,554	1,011	3,188
Problemas internalizantes	Se han asumido varianzas iguales	5,403	,020	2,113	918	,035	1,460	,691	,104	2,816
	No se han asumido varianzas iguales			2,065	690,976	,039	1,460	,707	,072	2,848

Respecto a la sintomatología externalizante, se detectan diferencias estadísticamente significativas entre 2010 y 2014 para las variables conducta agresiva ($t = 2,498$; $n. s. = 0,013$) y problemas externalizantes ($t = 2,326$; $n.s. = 0,020$).

Tabla 56 Prueba T: Sintomatología externalizante en 2010 y 2014

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias							
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia		
								Superior	Inferior	
Conducta anormal	1,754	,186	1,297	918	,195	,589	,454	-,302	1,481	
			1,314	778,814	,189	,589	,448	-,291	1,470	
Conducta agresiva	1,849	,174	2,498	918	,013	1,001	,401	,215	1,787	
			2,533	780,667	,011	1,001	,395	,225	1,776	
Problemas externalizantes	,001	,974	2,326	918	,020	1,125	,484	,176	2,074	
			2,315	734,592	,021	1,125	,486	,171	2,079	

En la siguiente tabla se desglosan las medias obtenidas en sintomatología traumática en función del año. Tras la aplicación de la batería de test en 2010, se comprobó que parte de los niños evaluados rellenaron este cuestionario a pesar de no estar el evento traumático relacionado con violencia doméstica. Por esta razón, en la aplicación de 2014 se decidió hacer hincapié en completar dicho cuestionario únicamente cuando la situación traumática estaba relacionada con violencia doméstica, por lo que cabe esperar que los resultados relacionados con sintomatología traumática sean mayores en 2010. No obstante se decidió incluir los datos de todos los traumas, para facilitar la comparación de resultados entre las dos muestras. Por esta razón es importante interpretar con cautela estos datos, ya que el trauma no sólo hace referencia a violencia doméstica.

Tabla 57 Medias de sintomatología traumática en 2010 y 2014

	Año	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Pensamientos intrusivos	2010	572	1,71	2,592	,108
	2014	353	1,47	3,138	,167
Evitación	2010	572	2,36	3,228	,135
	2014	353	1,88	4,174	,222
Hiperactivación	2010	572	2,36	3,213	,134
	2014	353	1,46	3,204	,171
Afectación	2010	572	1,20	1,830	,077
	2014	353	,65	1,504	,080
TEPT total	2010	572	7,63	9,345	,391
	2014	353	5,46	11,290	,601

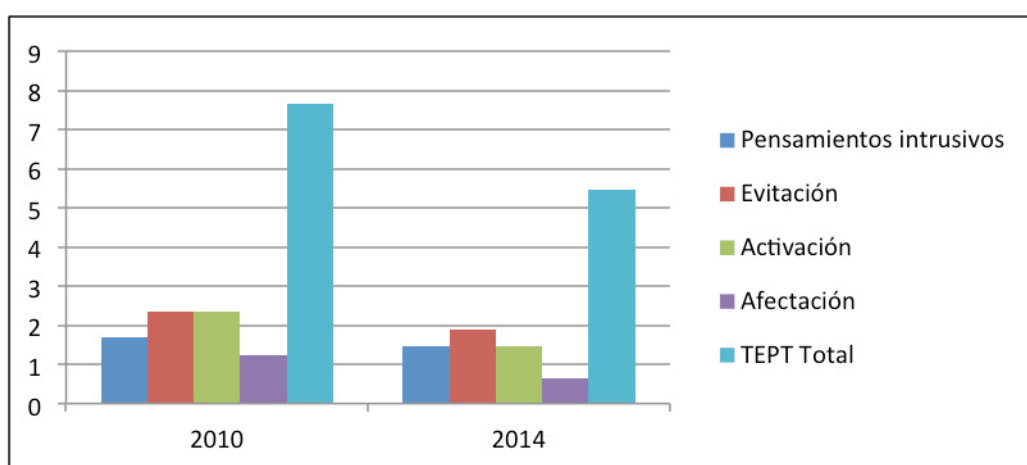


Ilustración 10 Medias sintomatología TEPT en 2010 y 2014

En la tabla 59 aparecen los resultados de la prueba T para muestras independientes de cada una de las medidas que conforman la variable sintomatología traumática, en la que se comparan las muestras de 2010 y 2014. Los casos en los que se rechaza la hipótesis de igualdad de medias, y que por tanto presentan diferencias estadísticamente significativas, son Hiperactivación ($t = 4,180$; $n.s. = 0,001$), Afectación ($t = 4,988$; $n.s. = 0,001$) y TEPT total ($t = 3,167$; $n.s. = 0,002$). No se encuentran diferencias estadísticamente significativas para las variables Pensamientos intrusivos y Evitación.

Los resultados indican que en 2010 se produjeron mayores niveles de hiperactivación, afectación y TEPT total.

Tabla 58 Prueba T: Sintomatología traumática en 2010 y 2014

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Pensamientos intrusivos	Se han asumido varianzas iguales	3,831	,051	1,225	923	,221	,233	,190	-,140	,607
	No se han asumido varianzas iguales			1,171	640,837	,242	,233	,199	-,158	,624
Evitación	Se han asumido varianzas iguales	4,606	,032	1,954	923	,051	,478	,245	-,002	,959
	No se han asumido varianzas iguales			1,841	608,770	,066	,478	,260	-,032	,989
Hiperactivación	Se han asumido varianzas iguales	5,647	,018	4,178	923	,001	,908	,217	,481	1,334
	No se han asumido varianzas iguales			4,180	747,076	0,01	,908	,217	,481	1,334
Afectación	Se han asumido varianzas iguales	36,257	,001	4,764	923	,001	,552	,116	,325	,780
	No se han asumido varianzas iguales			4,988	850,979	,001	,552	,111	,335	,770
TEPT total	Se han asumido varianzas iguales	2,456	,117	3,167	923	,002	2,172	,686	,826	3,517
	No se han asumido varianzas iguales			3,030	641,836	,003	2,172	,717	,764	3,579

Sintomatología total

Para facilitar las conclusiones se creó una variable de sintomatología total que incluye el sumatorio de las variables sintomatología internalizante, externalizante y traumática.

La media de sintomatología total en 2010 fue de 128,87 y en 2014 de 118,99. En la tabla 61 se presentan los resultados de la Prueba T para muestras independientes en la que se analiza si existen diferencias significativas entre estos años.

Se rechaza la hipótesis de igualdad de medias ($t = 7,816$; $n.s. = 0,001$), por lo que se afirma que existen diferencias significativas en sintomatología total entre 2010 y 2014.

Tabla 59 Medias de sintomatología total en 2010 y 2014

	Año	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Sintomatología	2010	567	128,87	21,037	,883
Total	2014	353	118,99	16,975	,903

Tabla 60 Comparación de medias entre 2010 y 2014: sintomatología total

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Superior	Inferior
Sint. total	14,773	,001	7,441	918	,001	9,87729	,32744	7,27212	12,48247
			7,816	858,727	,001	9,87729	1,26365	7,39709	12,35750

Se presenta a continuación un resumen de los datos presentados en el que se incluyen las medidas totales de cada variable. La tabla 62 muestra que existen diferencias estadísticamente significativas en sintomatología internalizante ($t = 2,065$; $n.s.=0,039$), sintomatología externalizante ($t = 2,326$; $n.s. = 0,020$), TEPT total ($t = 3,167$; $n.s. = 0,002$) y sintomatología total ($t = 7,816$; $n.s. = 0,001$), entre las muestras de 2010 y 2014. De esta forma se concluye que en 2010 se dieron mayores niveles de sintomatología internalizante, externalizante, traumática y total.

Tabla 61 Medias de sintomatología internalizante, externalizante, traumática y total en 2010 y 2014

	Año	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Problemas internalizantes	2010	567	61,26	9,786	,411
	2014	353	59,80	10,810	,575
Problemas externalizantes	2010	567	59,88	7,073	,297
	2014	353	58,75	7,226	,385
TEPT total	2010	572	7,63	9,345	,391
	2014	353	5,46	11,290	,601
Sint.total2	2010	567	128,87	21,037	,883
	2014	353	118,99	16,975	,903

Tabla 62 Prueba T: Sintomatología internalizante, externalizante, traumática y total

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Superior	Inferior
Problemas internalizantes	5,403	,020	2,113	918	,035	1,460	,691	,104	2,816
			2,065	690,976	,039	1,460	,707	,072	2,848
Problemas externalizantes	,001	,974	2,326	918	,020	1,125	,484	,176	2,074
			2,315	734,592	,021	1,125	,486	,171	2,079
TEPT total	2,456	,117	3,167	923	,002	2,172	,686	,826	3,517
			3,030	3,030	,003	2,172	,717	,764	3,579
Sintomatología total	14,773	,001	7,441	918	,001	9,877	1,327	7,272	12,482
			7,816	858,727	,001	9,877	1,264	7,397	12,357

Consecuencias de la exposición a violencia doméstica: Análisis de correlaciones

En este apartado se analizan las consecuencias psicopatológicas asociadas a la EVD en 2010 y 2014. En concreto se estudian las correlaciones entre exposición infantil a violencia doméstica y consecuencias internalizantes, externalizantes y traumáticas, en 2010 y 2014.

Sintomatología internalizante

Todas las correlaciones fueron estadísticamente significativas en ambos años. Tanto en 2010 como en 2014, la variable con mayores correlaciones fue Ansiedad/Depresión, alcanzando una valor de 0,390 en 2010 y 0,458 en 2014, seguida de problemas internalizantes (0,382 en 2010 y 0,411 en 2014), Aislamiento/Depresión (0,332 en 2010 y 0,341 en 2014), y Quejas somáticas (0,334 en 2010 y 0,313 en 2014).

Se puede concluir que tanto en 2010 como en 2014 la exposición infantil a violencia doméstica presentaba asociaciones moderadas-altas en el desarrollo de sintomatología internalizante.

Tabla 63 Correlaciones entre EVD y sintomatología internalizante en 2010

		EVD Total	Ansiedad/Depresión	Aislamiento/Depresión	Quejas somáticas	Problemas internalizantes
EVD Total	Correlación de Pearson	1	,390(**)	,332(**)	,334(**)	,382(**)
	Sig. (bilateral)		,001	,001	,001	,001
	N	572	567	567	567	567
Ansiedad/Depresión	Correlación de Pearson	,390(**)	1	,577(**)	,479(**)	,741(**)
	Sig. (bilateral)	,001		,001	,001	,001
	N	567	567	567	567	567
Aislamiento/Depresión	Correlación de Pearson	,332(**)	,577(**)	1	,442(**)	,718(**)
	Sig. (bilateral)	,001	,001		,001	,001
	N	567	567	567	567	567
Quejas somáticas	Correlación de Pearson	,334(**)	,479(**)	,442(**)	1	,749(**)
	Sig. (bilateral)	,001	,001	,001		,001
	N	567	567	567	567	567
Problemas internalizantes	Correlación de Pearson	,382(**)	,741(**)	,718(**)	,749(**)	1
	Sig. (bilateral)	,001	,001	,001	,001	
	N	567	567	567	567	567

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 64 Correlaciones entre EVD y sintomatología internalizante en 2014

2014		EVD Total	Ansiedad/Depresión	Aislamiento /Depresión	Quejas somáticas	Problemas internalizantes
EVD Total	Correlación de Pearson	1	,458(**)	,341(**)	,313(**)	,411(**)
	Sig. (bilateral)		,001	,001	,001	,001
	N	353	353	353	353	353
Ansiedad-Depresión	Correlación de Pearson	,458(**)	1	,627(**)	,592(**)	,807(**)
	Sig. (bilateral)	,001		,001	,001	,001
	N	353	353	353	353	353
Aislamiento-Depresión	Correlación de Pearson	,341(**)	,627(**)	1	,526(**)	,741(**)
	Sig. (bilateral)	,001	,001		,001	,001
	N	353	353	353	353	353
Quejas somáticas	Correlación de Pearson	,313(**)	,592(**)	,526(**)	1	,788(**)
	Sig. (bilateral)	,001	,001	,001		,001
	N	353	353	353	353	353
Problemas internalizantes	Correlación de Pearson	,411(**)	,807(**)	,741(**)	,788(**)	1
	Sig. (bilateral)	,001	,001	,001	,001	
	N	353	353	353	353	353

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Sintomatología externalizante

Todas las correlaciones entre EVD y sintomatología externalizante fueron significativas en ambos años. Tanto en 2010 como en 2014, la variable con mayor correlación fue Problemas externalizantes (0,379 en 2010 y 0,393 en 2014), seguida de Conducta agresiva (0,378 en 2010 y 0,368 en 2014) y Conducta anormal (0,326 en 2010 y 0,353 en 2014).

En ambos años la exposición infantil a violencia doméstica correlacionó de forma positiva con el desarrollo de sintomatología externalizante, obteniendo asociaciones moderadas/altas.

Tabla 65 Correlaciones entre EVD y sintomatología externalizante en 2010

		EVD Total	Conducta anormal	Conducta agresiva	Problemas externalizantes
EVD Total	Correlación de Pearson	1	,326(**)	,378(**)	,379(**)
	Sig. (bilateral)		,001	,001	,001
	N	572	567	567	567
Conducta anormal	Correlación de Pearson	,326(**)	1	,685(**)	,880(**)
	Sig. (bilateral)	,001		,001	,001
	N	567	567	567	567
Conducta agresiva	Correlación de Pearson	,378(**)	,685(**)	1	,909(**)
	Sig. (bilateral)	,001	,001		,001
	N	567	567	567	567
Problemas externalizantes	Correlación de Pearson	,379(**)	,880(**)	,909(**)	1
	Sig. (bilateral)	,001	,001	,001	
	N	567	567	567	567

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 66 Correlaciones entre EVD y sintomatología externalizante en 2014

		EVD Total	Conducta anormal	Conducta agresiva	Problemas externalizantes
EVD Total	Correlación de Pearson	1	,353(**)	,368(**)	,393(**)
	Sig. (bilateral)		,001	,001	,001
	N	353	353	353	353
Conducta anormal	Correlación de Pearson	,353(**)	1	,737(**)	,899(**)
	Sig. (bilateral)	,001		,001	,001
	N	353	353	353	353
Conducta agresiva	Correlación de Pearson	,368(**)	,737(**)	1	,894(**)
	Sig. (bilateral)	,001	,001		,001
	N	353	353	353	353
Problemas externalizantes	Correlación de Pearson	,393(**)	,899(**)	,894(**)	1
	Sig. (bilateral)	,001	,001	,001	
	N	353	353	353	353

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Sintomatología traumática

Todas las correlaciones entre EVD y sintomatología traumática fueron estadísticamente significativas.

En 2010 la variable con mayor correlación fue la medida total de TEPT (0,339), seguida de Activación (0,320), Evitación (0,291), Afectación (0,282), y pensamientos intrusivos (0,264). En 2014 la variable con más peso fue Afectación (0,431), seguida de TEPT total (0,402), Evitación (0,395), Activación (0,365) y Pensamientos intrusivos (0,344).

Tabla 67 Correlaciones entre EVD y sintomatología traumática en 2010

		EVD Total	Pensamientos intrusivos	Evitación	Hiper-activación	Afectación	TEPT total
EVD Total	Correlación de Pearson	1	,264(**)	,291(**)	,320(**)	,282(**)	,339(**)
	Sig. (bilateral)		,001	,001	,001	,001	,001
	N	572	572	572	572	572	572
Pensamientos intrusivos	Correlación de Pearson	,264(**)	1	,711(**)	,632(**)	,454(**)	,829(**)
	Sig. (bilateral)	,001		,001	,001	,001	,001
	N	572	72	572	572	572	572
Evitación	Correlación de Pearson	,291(**)	,711(**)	1	,716(**)	,599(**)	,906(**)
	Sig. (bilateral)	,001	,001		,001	,001	,001
	N	572	572	572	572	572	572
Hiper-activación	Correlación de Pearson	,320(**)	,632(**)	,716(**)	1	,666(**)	,897(**)
	Sig. (bilateral)	,001	,001	,001		,001	,001
	N	572	572	572	572	572	572
Afectación	Correlación de Pearson	,282(**)	,454(**)	,599(**)	,666(**)	1	,758(**)
	Sig. (bilateral)	,001	,001	,001	,001		,001
	N	572	572	572	572	572	572
TEPT total	Correlación de Pearson	,339(**)	,829(**)	,906(**)	,897(**)	,758(**)	1
	Sig. (bilateral)	,001	,001	,001	,001	,001	
	N	572	572	572	572	572	572

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 68 Correlaciones entre EVD y sintomatología traumática en 2014

		EVD Total	Pensamientos intrusivos	Evitación	Hiper-activación	Afectación	TEPT total
EVD Total	Correlación de Pearson	1	,344(**)	,395(**)	,365(**)	,431(**)	,402(**)
	Sig. (bilateral)		,001	,001	,001	,001	,001
	N	353	353	353	353	353	353
Pensamientos intrusivos	Correlación de Pearson	,344(**)	1	,866(**)	,873(**)	,743(**)	,945(**)
	Sig. (bilateral)	,001		,001	,001	,001	,001
	N	353	353	353	353	353	353
Evitación	Correlación de Pearson	,395(**)	,866(**)	1	,869(**)	,777(**)	,961(**)
	Sig. (bilateral)	,001	,001		,001	,001	,001
	N	353	353	353	353	353	353
Hiper-activación	Correlación de Pearson	,365(**)	,873(**)	,869(**)	1	,770(**)	,950(**)
	Sig. (bilateral)	,001	,001	,001		,001	,001
	N	353	353	353	353	353	353
Afectación	Correlación de Pearson	,431(**)	,743(**)	,777(**)	,770(**)	1	,846(**)
	Sig. (bilateral)	,001	,001	,001	,001		,001
	N	353	353	353	353	353	353
TEPT total	Correlación de Pearson	,402(**)	,945(**)	,961(**)	,950(**)	,846(**)	1
	Sig. (bilateral)	,001	,001	,001	,001	,001	
	N	353	353	353	353	353	353

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Sintomatología total

Por último se llevan a cabo las correlaciones entre exposición a violencia doméstica total y la variable total de sintomatología. Tanto en 2010 como en 2014 todas las correlaciones fueron estadísticamente significativas a nivel 0,01, con valores altos y próximos. En 2010 la correlación fue de 0,461 y en 2014 de 0,470.

Tabla 69 Correlación entre EVD y Sintomatología total en 2010

		EVD Total	Sintomatología total
EVD Total	Correlación de Pearson	1	,461(**)
	Sig. (bilateral)		,001
	N	572	567
Sintomatología total	Correlación de Pearson	,461(**)	1
	Sig. (bilateral)	,001	
	N	567	567

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 70 Correlación entre EVD y Sintomatología total en 2014

		EVD Total	Sintomatología total
EVD Total	Correlación de Pearson	1	,470(**)
	Sig. (bilateral)		,001
	N	353	353
Sintomatología total	Correlación de Pearson	,470(**)	1
	Sig. (bilateral)	,001	
	N	353	353

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

Con el objetivo de simplificar las conclusiones sobre los resultados presentados, se presenta a continuación una tabla en la que aparecen las correlaciones para medidas totales de las tres variables, distribuidas en función del año.

Las correlaciones más elevadas están asociadas a sintomatología total en ambas muestras (2010 y 2014), luego aparecen diferencias. Así, en 2010 el orden descendente de las correlaciones es sintomatología internalizante, externalizantes y traumática, y en 2014 es sintomatología internalizante, traumática y externalizante.

Tabla 71 Resumen de las correlaciones en 2010 y 2014

	Sint.Internalizante	Sint.Externalizante	TEPT	Sintomatología total
2010	,382(**) ,001 567	,379(**) ,001 567	,339(**) ,001 572	,461(**) ,001 567
2014	,411(**) ,001 353	,393(**) ,001 353	,402(**) ,001 353	,470(**) ,001 353

El primer objetivo de esta investigación se centró en valorar la presencia de exposición a violencia doméstica así como las consecuencias psicopatológicas asociadas, en una muestra comunitaria de niños entre 11 y 17 años. Para ello se plantearon varias hipótesis que se han puesto a prueba:

- H1: Determinar la prevalencia de exposición a violencia doméstica.
El 17% (156 niños) de la muestra estuvo expuesta a violencia doméstica en algún momento de su vida, frente al 83% que no estuvo expuesto. Tomando el concepto exposición a conflicto familiar, el porcentaje se eleva al 83.4% de la muestra.
- H2: Las niñas presenciarán mayores niveles de exposición a violencia doméstica que los niños.

Este estudio encuentra que las niñas presentan niveles superiores de exposición a violencia doméstica que los niños, por lo que se acepta la hipótesis 2.

- H3: Los niños que viven en familias reconstituidas presencian mayores niveles de exposición a violencia familiar que los que viven en familias tradicionales o monoparentales.

Los mayores niveles de EVD aparecen asociados a las familias reconstituidas, frente a las monoparentales y a las familias formadas por ambos padres. Estas diferencias son estadísticamente significativas cuando se comparan los grupos de familia reconstituida frente a la tradicional. Se acepta por tanto la hipótesis 3.

- H4: Los niños que conviven en familias con un nivel económico bajo presencian más violencia doméstica.

Los sujetos con un nivel económico bajo presencian mayores niveles de EVD, siendo estas diferencias estadísticamente significativas al compararlos con el resto de grupos. Estos datos permiten aceptar la hipótesis 4.

- H5: Los niños de edades menores presencian más violencia familiar que los mayores.

Las medias de EVD más elevadas aparecen en los grupos de edad mayores. El grupo de 17 años fue el más expuesto, siendo estas

diferencias estadísticamente significativas al compararlo con los grupos de edad de 11, 12, 13, 14 y 16 años. Se rechaza por tanto la hipótesis 5.

- H6: Los niños pertenecientes a colegio público estarán más expuestos a violencia doméstica frente a los de colegio concertado.

No se encuentran diferencias en exposición a violencia doméstica en función del tipo de colegio (público-concertado), por lo que se rechaza esta hipótesis.

- H7: Los sujetos expuestos a violencia doméstica presentarán mayores niveles de síntomas internalizantes medidos con el instrumento CBCL, frente a los que no hayan estado expuestas a violencia familiar. En concreto presentarán niveles superiores en las escalas:

- e) Problemas internalizantes
- f) Ansiedad/Depresión
- g) Aislamiento/Depresión
- h) Quejas somáticas

Los resultados obtenidos muestran una clara relación entre exposición infantil a violencia doméstica y el desarrollo de sintomatología internalizante. En concreto, se encuentran asociaciones significativas entre exposición a violencia doméstica y problemas internalizantes, ansiedad/depresión, y con aislamiento/depresión.

Al comparar los grupos expuestos y no expuestos a violencia doméstica, los resultados indican que los niños expuestos presentaron niveles significativamente superiores de sintomatología internalizante (Ansiedad/depresión, Aislamiento/depresión, Quejas somáticas y Problemas internalizantes).

De esta forma se acepta la hipótesis 7

- H8: Los sujetos expuestos a violencia doméstica presentarán mayores niveles de síntomas externalizantes frente a los que no hayan estado expuestos a violencia familiar en la escala de Síntomas Externalizantes del CBCL. En concreto presentarán niveles superiores en las escalas:

- d) Problemas externalizantes
- e) Conducta agresiva
- f) Conducta anormativa

Los resultados indican una clara relación entre exposición infantil a violencia doméstica y el desarrollo de sintomatología externalizante. En

concreto, se asocia con problemas externalizantes, con conducta agresiva, y con conducta anormativa.

Cuando se comparan los grupos expuesto y no expuesto a violencia doméstica, se observa que los niños expuestos presentan niveles significativamente superiores para todas las medidas de sintomatología externalizante (problemas externalizantes, conducta agresiva, y conducta anormativa).

Se acepta por tanto la hipótesis 8.

- H9: Los sujetos expuestos a violencia doméstica presentarán mayores niveles de estrés postraumático frente a los que no hayan estado expuestos a violencia familiar, en las subescalas de *Child PTSD Symptom Scale* (CPSS):

- f) TEPT total
- g) Pensamientos intrusivos
- h) Evitación
- i) Hiperactivación
- j) Afectación

Los resultados permiten aceptar la hipótesis 9, ya que los resultados muestran asociaciones significativas entre exposición a violencia doméstica y todas las medidas de TEPT (TEPT total, pensamientos intrusivos, evitación, hiperactivación y afectación).

Comparando los grupos expuestos y no expuestos a violencia doméstica, se encuentra que los niños expuestos presentan niveles significativamente superiores en todas las medidas de sintomatología traumática.

- H10: Los sujetos con mayores niveles de implicación en episodios de violencia doméstica presentarán mayores niveles de psicopatología, medida con las escalas:

- d) Problemas internalizantes
- e) Problemas externalizantes
- f) TEPT total

Los resultados presentados indican que a mayor nivel de implicación, se producen mayores niveles de sintomatología internalizante, externalizante, traumática y sintomatología total, por lo que se acepta la hipótesis 10.

Con el objetivo de valorar si se producen cambios entre los años 2010 y 2014 en cuanto a exposición a violencia y los efectos asociados a la misma, se plantean las siguientes hipótesis exploratorias:

- H11: Valorar si se produce un cambio en exposición infantil a violencia doméstica entre los años 2010 y 2014.

Los resultados hallados indican que se produjo un descenso en exposición infantil a violencia entre los años 2010 y 2014.

- H12: Valorar si se produce un cambio en sintomatología internalizante, externalizante y traumática entre 2010 y 2014.

Se produce un descenso de sintomatología internalizante, externalizante, traumática y sintomatología total entre los años 2010 y 2014. Este resultado puede explicarse por el descenso de exposición a violencia doméstica. Dado que se ha demostrado la estrecha relación entre exposición y sintomatología, cabe esperar que el descenso de la primera afecte a la segunda.

Las variables específicas en las que se produjo este descenso fueron quejas somáticas, problemas internalizantes, conducta agresiva, problemas externalizantes, hiperactivación, afectación y TEPT total.

Como conclusión general se observa que la exposición infantil a violencia doméstica está estrechamente asociada con el desarrollo de sintomatología internalizante, externalizante y traumática.

Las niñas, los sujetos que viven en familias reconstituidas, los que tienen un nivel económico bajo, y los sujetos de 17 años, presenciaron mayores niveles de exposición a violencia familiar. El tipo de colegio no influye en la exposición a violencia doméstica.

Finalmente, el nivel de exposición a violencia doméstica disminuyó entre 2010 y 2014, haciéndolo también los niveles de sintomatología internalizante, externalizante y traumática.

La violencia doméstica ha sido objeto de investigación durante las últimas décadas. Han surgido multitud de estudios acerca de las repercusiones que ésta tiene sobre las mujeres víctimas, y sobre la manera adecuada de evaluar y tratar sus secuelas. Sin embargo se han dejado de lado a las otras víctimas de esta situación: los hijos de las mujeres que son maltratadas. En los últimos años ha aumentado el interés científico y social en este tema, proliferando diversas investigaciones que analizan los efectos de la exposición infantil a violencia doméstica. Éste es el principal objetivo de la presente investigación: en primer lugar valorar la presencia y prevalencia de la exposición infantil a la violencia en el hogar. En segundo lugar, se trata de identificar las consecuencias psicopatológicas que sufren los niños expuestos a violencia doméstica en una muestra comunitaria. Finalmente se valora si se han producido cambios tanto en exposición como en sintomatología, en el periodo de tiempo desde en 2010 y 2014.

Para lograr estos objetivos se obtuvo una muestra total de 925 sujetos entre 11 y 17 años, de los cuales el 49,6% fueron niños y 50,4% niñas. Esta muestra se subdivide en dos en función del año en que se recogió la información: en 2010 se obtuvo una muestra de 572 sujetos (48,8% niños y 51,2% niñas), y en 2014 de 353 sujetos (51% niños y 49% niñas).

Características de la muestra:

El 57,3% de la muestra total pertenece a colegio público, frente al 42,7% que corresponde a colegio concertado. En 2010 el 45,5% de la muestra se obtuvo en colegio público y el 54,5% en colegio concertado, y en 2014 el 76,5% pertenecía a colegio público frente al 23,5% del colegio concertado. Estas diferencias no afectaron a los resultados, ya que no se detectaron diferencias significativas en cuanto a nivel de exposición, por lo que no parece una variable relevante. Con todo habría sido interesante disponer también de una muestra de colegios privados para comparar los resultados, pero no se pudo conseguir.

El rango de edad de los participantes oscila entre 11 y 17 años. En la muestra de 2010 la edad con mayor representación fue 13 años (33,7%) y en 2014 los 14 años (32,7%). En 2014 no hay ningún sujeto de 11 años, sin embargo, al contrario que en 2010, aparecen sujetos de 16 y 17 años. Este estudio cuenta con un rango de edad amplio, y concentra gran parte de la muestra en las edades intermedias por lo que los grupos de edad de los extremos son reducidos. Esta falta de representación de los grupos de edad extremos (especialmente de 11 y 17 años) viene determinada por el tipo de muestreo realizado, el cual fue incidental, por lo que la selección de participantes vino determinada en primer lugar por la

accesibilidad del investigador a los centros educativos, y en segundo lugar, por la disposición de las clases en función de cada centro educativo.

Tanto en 2010 como en 2014 la raza más frecuente fue la blanca, representando el 77,8% y 75,6% respectivamente, seguida por la latina que supuso un 18,9% de la muestra en 2010 y el 11,6% en 2014. En la muestra total, se obtuvo un 77% de los niños de raza blanca, seguidos por el 16,2% de niños de raza latina. Estos porcentajes parecen representar la realidad actual en los colegios públicos y concertados.

Respecto a la composición familiar, el 79% de la muestra total convivía en una familia tradicional (padre-madre), el 10,8% en familia monoparental y el 9,6% en familia reconstituida. Entre 2010 y 2014 se aprecia un incremento de las familias monoparentales y reconstituidas, en detrimento de las familias formadas por padre-madre. En concreto, el porcentaje de familias tradicionales descendió del 81,8% en 2010 al 74,5% en 2014, mientras que los porcentajes de familias monoparentales y reconstituidas aumentaron del 10,5% al 11,35%, y del 7% al 13,9% respectivamente. Es probable que estos porcentajes reflejen el cambio que se está produciendo en el ámbito familiar. De hecho los datos apuntan en la misma dirección de los datos aportados en el Informe sobre la evolución de la familia española (2014) del Instituto de Política Familiar (a partir de los datos del INE y CGPJ), en el que se señala un aumento del número de divorcios, separaciones y nulidades cada año. En concreto entre 1998 y 2012 se produjo un incremento del 19%. Entre 2010 y 2012, coincidiendo con la crisis económica, se observa un ligero estancamiento, que cesa a partir de 2012, cuando el número de rupturas familiares vuelve a aumentar de forma importante. De esta forma se puede concluir que los cambios observados en la composición familiar de la muestra obtenida en este estudio son representativos de la realidad familiar española.

La mayor parte de la muestra consideró disponer de un nivel económico suficiente (56,3% en 2010 y 53,5% en 2014), o más que suficiente (25,5% y 27,2%), siendo mucho menores los porcentajes de los que desconocen su situación económica (10% y 11%), y los que consideran insuficiente su nivel económico (8,2% y 8,2%).

Llama la atención que a pesar de la crisis económica sobrevenida producida entre ambas fechas, estos porcentajes se ha mantenido casi de forma completa. Así, según los datos sobre la evolución de ingresos medios por hogar aportados por el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2014), entre 2010 y 2013 se produjo un descenso en los ingresos medios en las familias españolas, pasando de 28.206 € anuales a 26.154€. Esta diferencia con los resultados hallados puede deberse a la forma en la que se evaluó el nivel económico, ya que se trata de una valoración subjetiva del menor, por lo que debe interpretarse con cautela ya que es posible que los menores no conozcan plenamente la realidad económica en sus

hogares. A pesar de tratarse de una valoración subjetiva, llama la atención que no haya variado con el tiempo, pudiendo indicar que los menores pueden no haber sido conscientes de las consecuencias de la recesión económica en sus familias. Esta misma encuesta señala que el 16,2% de las familias pertenecientes a la Comunidad de Madrid tuvieron mucha dificultad para llegar a fin de mes durante 2013. Este dato es considerablemente más elevado que el aportado en este estudio, según el cual el 8,2% de los niños consideraron tener un nivel económico insuficiente. De nuevo, existe la posibilidad de que los menores desconozcan el nivel económico real en sus hogares.

Aunque la forma de selección de la muestra supone ya una limitación, pues se trata de una muestra incidental ya que se dispuso de los centros educativos en función de la posibilidad de acceder a los alumnos, y que puede limitar la generalización de los resultados a la población general, no por ello deja de ser una muestra de referencia y digna de consideración. Primero por contar con los colectivos más habituales en España, colegios públicos y colegios concertados. Segundo el propio tamaño muestral, 925 participantes constituyen una muestra notablemente superior a muchos de los estudios comentados en la parte de revisión del estado de la cuestión.

También es de destacar el muestreo estratificado por edades a lo largo de un período vital que permite recoger realidades muy dispares, desde los 11 años (previo al inicio de la adolescencia) a los 17, en los que ésta está finalizada o próxima a su fin. Con todo, la mayor representación en la muestra de las edades centrales (12-16), señala hacia dónde debe orientarse con referencia las conclusiones del estudio.

Ciertamente una muestra incidental presenta limitaciones de las que se era consciente desde el inicio, pero aún contando con estas limitaciones los resultados aportados no dejan de ser significativos e importantes. Sin duda haber trabajado con una muestra más numerosa y representativa, estratificada de acuerdo con variables como tipo de colegio, edad, sexo y nivel económico, al menos, quizá hubiera aportado resultados más generalizables, pero el elevado coste de este tipo de muestreo hubiera hecho irrealizable el presente trabajo. En resumen la muestra con la que se ha trabajado reúne condiciones para que los resultados deban ser tenidos en cuenta.

Exposición infantil a violencia doméstica:

Pasando al objeto de estudio, la exposición infantil a violencia doméstica, una primera dificultad para este estudio es la disparidad entre investigaciones, en gran parte determinada tanto por la propia definición de exposición infantil a violencia doméstica, como por los instrumentos de medida utilizados.

Muchas de las definiciones de exposición a violencia doméstica aportadas por la literatura no tienen en cuenta la violencia psicológica como parte de la violencia doméstica, excluyendo por tanto insultos, amenazas o coacciones. Sin embargo este tipo de violencia suele ser mucho más frecuente, puede llegar a intensidad realmente elevadas y, por lo tanto, puede llegar a producir consecuencias negativas tan importantes o más que la violencia física.

Siguiendo este punto de referencia, en el presente estudio se ha considerado la violencia psicológica, lo mismo que la violencia física, como una forma de violencia doméstica, por lo que tanto la definición como los instrumentos empleados tendrán en cuenta ambos tipos de violencia. De esta forma, se considera que un niño está expuesto a violencia doméstica cuando ve, escucha, se involucra directamente, o experimenta las secuelas de una agresión física, psicológica o sexual, que se produce entre sus cuidadores.

La primera parte de este estudio valora la presencia de exposición infantil a violencia doméstica así como las consecuencias psicopatológicas asociadas, en la muestra total de 925 sujetos. Con este objetivo de evaluar exposición infantil a violencia doméstica se aplica la escala *Child Exposure to Domestic Violence* (CEDV).

Esta es una de las aportaciones que puede resultar de especial interés, la forma en que se ha evaluado la exposición a violencia doméstica. Muchas investigaciones señaladas en la parte primera de este trabajo ha evaluado esta exposición empleando métodos indirectos, de forma que eran los padres la principal fuente de información. Sin embargo también se ha señalado que existe poca concordancia entre los informes de padres y el de los hijos al respecto de esta realidad. De hecho en muchas ocasiones se constata que los padres tienden a infravalorar el nivel de exposición a violencia de sus hijos (Edleson, 1999). Por ejemplo, O'Brien, John, Margolin, y Erel (1994) señalan que incluso cuando uno o ambos padres informaron que su hijo no había estado expuesto a violencia familiar, un 21% de los menores aportó descripciones detalladas de violencia doméstica en sus hogares. Por otro lado es lógico que los padres reduzcan esta información, pues o bien aparecerán ellos como agresores o como factores relevantes en cuanto que permiten esta violencia. También puede ser que los padres no sean conscientes, o no sepan identificar la violencia real a la que son expuestos sus hijos. Por todas estas razones se destaca la importancia de obtener la información directamente de los menores expuestos (Bayarri, 2011).

En esta línea, en el presente trabajo se ha contado con los informes directos de los niños, ya que se considera más relevante estudiar las consecuencias asociadas a la exposición, tal como la perciben los niños, en lugar de una valoración subjetiva de los padres. La percepción de los niños sobre su situación de exposición a violencia puede no ser una medida exacta de exposición, pero

se la considera una medida de información valiosa ya que puede ser determinante a la hora de desarrollar consecuencias psicopatológicas. Sea o no un fiel reflejo de la exposición real, la percepción del niño parece relevante de cara a las reacciones de éste, entre ellas al posible desarrollo de consecuencias psicopatológicas.

Adicionalmente a estas consideraciones, el instrumento utilizado permite valorar la forma en la que se produjo la exposición, y la respuesta del menor ante el episodio violento, lo que aporta una información muy valiosa para una mejor comprensión del fenómeno. Finalmente el instrumento también considera otros aspectos como exposición a violencia comunitaria, factores de riesgo y otros tipos de victimización, aspectos que pueden escapar más fácilmente del conocimiento de los padres.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, las puntuaciones obtenidas señalan que la media de Exposición a violencia familiar es de 2,14 sobre 30, y el Grado de exposición obtiene una media de 6,60 sobre 50. Por lo tanto, el sumatorio de ambas medias que constituye la variable Exposición a Violencia Doméstica Total (EVD) es de 8,74. Otras medidas obtenidas señalan que la media de la variable Implicación es de 1,16 sobre 21; la media del Grado de exposición en la comunidad es de 7,48 sobre 24; la de los Factores de riesgo de 2,02 sobre 12, y Otra victimización de 0,66 sobre 12. Es complicado realizar una comparación con otros estudios que hayan empleado este cuestionario, ya que no suelen incluir datos sobre los resultados para las diferentes subescalas del CEDV, sino que en general se limitan a presentar porcentajes generales.

No obstante, en una primera impresión, destaca el elevado nivel de exposición a violencia en la comunidad con respecto al resto de variables. A pesar de que se trata de una variable muy diferente a las relacionadas con exposición a violencia doméstica, por lo que no se abordará con mucho detenimiento, sin duda es una llamada de atención y sería interesante valorar su papel. Ciertamente, estar expuesto a violencia comunitaria reiteradamente se ha asociado a efectos negativos (Edleson, 1999), entre ellos problemas de comportamiento (Eth y Pynoos, 1985), mayores niveles de estrés (Fitzpatrick y Boldizar, 1993; Lorion y Saltzman, 1990; Osofsky, 1993), depresión (Freeman, Mokros y Poznanski, 1993; Martinez y Richters, 1993) y beligerancia (Green, 1991).

Otra de las dificultades en este tipo de estudios es la establecer la prevalencia de sujetos expuestos, debido a la ausencia de un punto de corte en el instrumento empleado para evaluar exposición. En este trabajo se aporta una solución, fijando un punto de corte en 4. Con este punto de corte se evita así la inclusión en la categoría de expuestos a violencia a aquellos niños que solo hayan presenciado un conflicto familiar (no necesariamente violento). De esta manera, se diferenciará entre los niños expuestos a conflicto familiar (en el que se pueden incluir situaciones violentas y no violentas), para lo que sería considerable

cualquier puntuación por encima de 0, y niños expuestos a violencia doméstica (punto de corte >3). Como toda propuesta es cuestionable, pero no deja de ser una solución precisa, tomada con el objetivo de evitar una excesiva sensibilidad del instrumento de evaluación, pero con una suficiente especificidad. Análisis estadísticos posteriores que muestran el mejor punto de corte para considerar ambos aspectos, sensibilidad y especificidad, pueden ayudar a precisar el punto de corte más adecuado, pero este trabajo se objeto de atención en desarrollos posteriores.

También una diferencia importante e este trabajo con trabajos precedentes es el tipo de muestra utilizada. Frente a la mayoría de las investigaciones revisadas realizadas con muestras clínicas, en este estudio se ha utilizado una muestra comunitaria. Este hecho dificulta la comparación de resultados con otras investigaciones, ya que cabe esperar que tanto el nivel de exposición como de psicopatología sean mayores en muestras clínicas. Por ejemplo, Fantuzzo y Mohr (1999) señalan que los niños que viven en centros de acogida presentan características diferentes y niveles de distrés psicológico significativamente superiores que los niños que no viven en estos centros, y por tanto las conclusiones derivadas de los estudios que emplean este tipo de muestras clínicas, no deben generalizarse sin más a todos los niños expuestos a violencia doméstica. Ciertamente que cada tipo de muestra, clínica versus comunitaria, tiene sus ventajas y limitaciones, pero para el conocimiento del alcance de la violencia doméstica en nuestro entorno, así como las consecuencias psicopatológicas más habituales, la muestra comunitaria parece más interesante. En consecuencia, el tipo de muestra utilizada permite formarse una idea más representativa de lo que sucede en la realidad española.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, los datos señalan valores muy elevados en la exposición a conflicto familiar: el 83,4% (772 niños). No obstante estos datos concuerdan con los señalados en el estudio de Sajadi, H., Rahimi, H., Rafiey, H., y Vameghi, M. (2014), en el que el 83,3% de los niños había estado expuesto a algún tipo de conflicto parental. En dicho estudio la forma más común fue exposición a desacuerdo (69,3%), y la menos común exposición a abuso emocional a la madre (35,6%). Este trabajo es de especial valía pues los autores han establecido a priori las distintas categorías dentro de la variable Exposición, lo que facilita la extracción de conclusiones y la mejor comprensión de los resultados. No obstante la comparación de estos datos debe tomarse con cautela, ya que este trabajo fue desarrollado en Irán, y es posible que los resultados estén modulados por variables culturales dispares, en especial en lo que hace referencia al ámbito de la familia.

El porcentaje de niños expuestos a violencia doméstica lógicamente es muy inferior: el 17% (157 sujetos) frente al 83% no expuesto. Con todo los datos son de relevancia, casi 1 de cada 5 niños está expuesto a violencia doméstica, en una

sociedad como la española en al que se asume que el hogar debe ser un lugar de seguridad absoluta para los niños.

Es más, probablemente este porcentaje deba corregirse al alza. Primero porque es probable que en algunos casos se trate de ocultar esta información, poco aceptable socialmente. Segundo porque no todos los alumnos obtuvieron el permiso familiar para la participación en el estudio, siendo de esperar una mayor reticencia a esta participación en los casos en los que la violencia doméstica está más presente. Como muestra, y aunque sea con carácter anecdótico, hay que señalar que, algunos de los casos en los que no se dio permiso paterno para participar en la investigación, eran conocidos por los respectivos centros educativos por convivir en familias violentas.

Al comparar estos datos con otros trabajos de la literatura especializada se constata una gran una gran disparidad en la metodología empleada, lo que dificulta la comparación de resultados. No obstante los datos sobre exposición a violencia doméstica en muestras comunitarias oscilan entre el 10% y el 25%, coincidiendo este rango con la cifra aportada en este estudio. Así, la prevalencia hallada en este estudio concuerda con los datos aportados por Carlson (2000), que estima que entre el 10% y 20% de los niños americanos estarían expuestos a violencia familiar cada año, y con los datos aportados por Straus (1974) que señalan que un 16% de los estudiantes universitarios encuestados habrían presenciado alguna agresión física entre sus padres. No obstante el estudio de Straus presenta importantes diferencias metodológicas, ya que por un lado solo considera violencia física, y por otro lado emplea muestra universitaria por lo que la edad de los participantes es superior a las edades registradas en este estudio. O'Brien, John, Margolin y Erel (1994) indican niveles mayores, alcanzando un 25% de exposición infantil en una muestra comunitaria. En el estudio de Sajadi (2014) comentado anteriormente, el 44,3% de los niños habían estado expuestos a algún tipo de violencia contra la madre. Esta cifra es notablemente superior a la presentada en este estudio, pudiendo deberse esta disparidad a diferencias culturales.

Respecto a las estimaciones españolas, los datos encontrados en este estudio indicarían un nivel de exposición superior al aportado por el Instituto de la Mujer (2011), que estima que el 10,1% de los menores residentes en España habrían estado expuestos a violencia doméstica en el último año. Si bien estas diferencias probablemente no sean tales, sí se tiene en cuenta que los datos del Instituto de la mujer (2011) hacen referencia a prevalencia anual, frente a los del presente estudio que se refieren a prevalencia vital.

Estas cifras se disparan cuando se consideran muestras clínicas o grupos especialmente afectados por la violencia doméstica. Por ejemplo, según el estudio llevado a cabo por Corbalán y Patró (2003), el 85% de los hijos de las

mujeres maltratadas por su pareja residentes en centros de acogida presenciaron la violencia ejercida sobre sus madres.

Tras analizar los datos obtenidos de la escala CEDV, se plantean varias cuestiones. Para facilitar la comparación de resultados y generar conclusiones, es necesario el empleo de esta escala de manera uniforme en las distintas investigaciones. Por otro lado parece poco realista pensar que una puntuación positiva aislada o mínima en este cuestionario implique automáticamente la exposición a violencia doméstica, por lo que se plantea la necesidad de diferenciar a priori los ítems que encajarían en la categoría de exposición a conflicto familiar y los que corresponden con violencia doméstica. Por último aunque la falta de datos obtenidos de manera similar en las distintas investigaciones dificulta y entorpece la comparación de resultados, se señala una elevada tasa de exposición a conflicto familiar y a violencia doméstica.

Variables moduladoras:

Con respecto al papel de las variables moduladoras en la exposición a violencia doméstica, se encuentran diferencias significativas en exposición infantil a violencia doméstica en función del sexo, edad, tipo de familia y nivel económico, pero no del tipo de colegio.

Las niñas presentan niveles superiores de exposición a violencia doméstica ($X = 9,64$) frente a los niños ($X = 7,82$), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($t = -3,661$; $n.s. = 0,001$). Este dato concuerda con Sajadi, H., Rahimi, H., Rafiey, H., y Vameghi, M. (2014), en cuyo estudio señalan que las niñas presenciaron mayores niveles de violencia familiar. Este hallazgo puede deberse a una mayor cercanía de las niñas con sus madres, de tal forma que las menores puedan estar presentes en los episodios de violencia contra sus madres con mayor frecuencia que los niños. También es posible que los umbrales de lo que se considera violencia sean más bajas en ellas que en los niños, pudiendo estar mediadas estas diferencias por factores de preparación biológica. Por otro lado también puede deberse a que la presencia masculina, en especial en los niños de edades más avanzadas, sirva de freno al agresor a la hora de cometer un acto violento.

Respecto a la edad, Las medias de EVD más elevadas aparecen en los grupos de edad mayores. El grupo de 17 años fue el más expuesto ($X=17,58$), siendo estas diferencias estadísticamente significativas al compararlo con los grupos de edad de 11 ($I-J = 9,161$), 12 ($I-J = 9,163$), 13 ($I-J = 9,435$), 14 ($I-J = 8,935$) y 16 años ($I-J = 8,583$). Este dato no coincidiría con los aportados por Fantuzzo, Boruch, Beriama et al (1997), quienes señalan que los niños menores de 5 años tendrían mayor propensión a la exposición a violencia doméstica que los niños de mayor edad. A pesar de que en el presente estudio no se cuenta con sujetos de 5 años,

se detecta una tendencia a presentar una mayor exposición a violencia doméstica en los grupos de edad mayores, especialmente en el grupo de 17 años. Dado que el instrumento empleado evalúa exposición vital y no únicamente en el último año, es más probable que los niños de mayor edad hayan estado expuestos con mayor frecuencia que los pequeños, ya que han tenido más oportunidades para sufrir la exposición. Por otro lado, puede ser que los niños de menor edad no sean conscientes y por tanto no adquieran conocimiento de la situación de violencia en su hogar.

Los mayores niveles de EVD aparecen asociados a las familias reconstituidas ($X=12,40$), al compararlas con las monoparentales ($X = 9,92$) y las familias formadas por ambos padres ($X = 8,17$). Estas diferencias son estadísticamente significativas cuando se compara el grupo de familia reconstituida frente a la tradicional ($I-J = 4,236$; $n.s = 0,001$). Dado que se valora exposición vital, es posible que parte de las familias reconstituidas provengan de una relación previa de violencia, y no necesariamente se produzca violencia en esa nueva unión familiar. Por otro lado, las familias reconstituidas están asociadas a mayores niveles de violencia doméstica que las tradicionales. Según el estudio de Castro (2004) sobre violencia doméstica en mujeres embarazadas, las mujeres con hijos de otra pareja previa tienen un 2.08 más riesgo de sufrir violencia que aquellas que no los tienen, y las mujeres cuyas parejas tienen hijos con otra mujer (previa a la actual) tienen un riesgo 2.25 mayor de sufrir violencia, que aquellas cuya pareja no tiene otros hijos. En este estudio se señala que las familias reconstituidas tienen un riesgo casi dos veces mayor de presentar violencia contra la mujer embarazada, que las familias originarias o no reconstituidas.

Por último, los sujetos con un nivel económico bajo presentan mayores niveles de EVD ($X = 13,14$), siendo estas diferencias estadísticamente significativas al compararlos con el resto de grupos. Este dato apunta en la misma dirección que la encuesta realizada por Finkelhor et al. (2005) en una muestra con niños norteamericanos niños entre 2 y 17 años, en la que se detectó que los niños que vivían en familias con ingresos inferiores a 20.000 dólares anuales presentaban mayores tasas de exposición a violencia familiar en comparación con las familias con mayores ingresos. Por un lado, un nivel económico bajo se asocia con frecuencia a menor nivel educativo y cultural, lo que supone un mayor riesgo para la violencia familiar. Por otro lado, las familias que atraviesan por situaciones de crisis económica conviven con mayores niveles de tensión y malestar, lo que supone una mayor probabilidad de episodios de violencia familiar. A su vez, los padres pasan menos tiempo de calidad con sus hijos, y los estilos de crianza pueden verse afectados, repercutiendo de forma negativa en el funcionamiento psicológico del menor.

No se encuentran diferencias en exposición a violencia doméstica en función del tipo de colegio (público-concertado), por lo que parece que los niños están igualmente expuestos a violencia independientemente del tipo de colegio. En

consecuencia las diferencias en los porcentajes entre colegios públicos y concertados en las dos muestras (2010 y 2014) no parecen de relevancia. Sería interesante valorar si sucede lo mismo en el colegio privado, pero la previsión es que probablemente no haya diferencias, o en cualquier caso la EVD no sea mayor.

En resumen pues con respecto a las variables moduladoras, se ha identificado que las variables sexo, edad, nivel económico y tipo de familia, desempeñan un papel significativo en la exposición infantil a violencia doméstica. En concreto ser niña, tener 17 años, nivel económico bajo y convivir en una familia reconstituida aumenta la vulnerabilidad a la exposición a violencia doméstica, por lo que este es el perfil típico encontrado de un menor expuesto a violencia doméstica.

Consecuencias de la exposición infantil a violencia doméstica:

Respecto a las consecuencias psicopatológicas asociadas a la exposición a violencia doméstica, los resultados obtenidos muestran una clara relación entre exposición infantil y el desarrollo de todos los tipos de sintomatología estudiados: internalizante, externalizante y traumática.

Los análisis de correlacionales indican que a mayores niveles de exposición, se producen mayores niveles de sintomatología internalizante (0,397), externalizante (0,389), y traumática (0,371). Todas las correlaciones fueron estadísticamente significativas a nivel 0,01. Se pone pues en evidencia una relación clara y directa entre exposición a la violencia doméstica en niños y adolescentes y el desarrollo de problemas psicopatológicos, confirmando la hipótesis de que la exposición infantil a violencia en el hogar se asocia a un efecto perturbador en la salud mental de los menores.

Al analizar de forma más detallada los síntomas incluidos en cada una de los tipos de trastornos psicopatológicos considerados se identifica, en el caso de la sintomatología internalizante una correlación de la correlación de 0,413 con los problemas de ansiedad/depresión, una correlación 0,366 con los problemas de aislamiento/depresión (0,336), y una correlación de 0,333 con problemas de somatización. Con respecto a la sintomatología externalizante se constata una correlación de 0,338 con problemas de conducta anormativa y una correlación de 0,378 con problemas de conducta agresiva. Por último, con respecto a la sintomatología traumática, se señalan correlaciones de 0,339 con problemas de evitación, de 0,345 con problemas de hiperactivación de 0,299 con pensamientos intrusivos y de 0,340 con problemas de Afectación.

En todos los casos correlaciones importantes pues prácticamente en todos los casos están por encima de 0,33, y también muy similares, lo que señala que no

destaca especialmente ningún tipo de sintomatología, sino más bien que el incremento es similar en todas ellas.

Con el objetivo de simplificar las conclusiones se ha creado una variable de sintomatología total, formada por las tres medidas anteriores. La correlación entre exposición a violencia doméstica y sintomatología total fue de 0,469, siendo estadísticamente significativa. Un valor correlacional tan elevado señala una importante asociación entre exposición a violencia doméstica y consecuencias psicopatológicas. Ciertamente que al ser un análisis correlacional no permite establecer direcciones de causalidad pero sí la magnitud de la relación.

Estos datos no por elevados son sorprendentes, pues coinciden con los resultados obtenidos en los meta-análisis revisados: Katherine M. Kitzmann, Noni K. Gaylord, Aimee R. Holt, y Erin D. Kenny, 2003; David A. Wolfe, Claire V. Crooks, Vivien Lee, Alexandra McIntyre-Smith, y Peter G. Jaffe, 2003; Sarah E. Evans, Corrie Davies, David DiLillo, 2008; Yuk-Chung Chan, Jerf Wai-Keung Yeung, 2009; Kathleen J. Sternberg, Laila P. Baradaran, Craig B. Abbott, Michael E. Lamb, Eva Guterman, 2006. En todos ellos se pone de relieve que la exposición a la violencia doméstica de los niños se asocia a valores elevados en los tres conjuntos de síntomas: internalizantes, externalizantes y postraumáticos.

Una de las implicaciones de esta relación entre exposición y sintomatología psicopatológica, es que se pone de manifiesto que la violencia doméstica no solo tiene como víctimas a las mujeres que la sufren, sino probablemente a todos los miembros de la unidad familiar, al menos claramente a los niños, probablemente el eslabón más débil. Los niños que viven en hogares donde la violencia doméstica está presente, y que están expuestos a ésta incrementan de forma considerable la probabilidad de sufrir problemas psicológicos. Esta relación puede explicarse por la naturaleza traumática que supone estar expuesto al maltrato de la madre, y en algunos casos a ser ellos también víctima directa de esta violencia, dado el alto solapamiento entre exposición y maltrato recibido.

La EVD por lo general implica una situación mantenida en el tiempo, cuyas consecuencias se agravan debido a aspectos como la cronicidad de la violencia y su "normalización" como estrategia de afrontamiento, la dificultad de predecir los próximos incidentes lo que obliga a mantener un estado de alarma constante, y en unas condiciones en las que el menor tiene escasa capacidad de control. La exposición a violencia familiar conlleva además la pérdida de la familia como entorno seguro y protector que facilite el desarrollo normal del menor. En muchos casos los niños expuestos a violencia interparental tienen un mayor riesgo de sufrir otros tipos de maltrato, como negligencia emocional (Levendosky, Graham-Bermann, 2001, Osofosky, 1998). Appel y Holden (1998) sugieren que la concurrencia de exposición y maltrato en muestras comunitarias americanas es del 6%, y en muestras clínicas asciende al 40%. Por lo tanto cabe esperar que parte de los niños expuestos a violencia en esta muestra sean

además víctimas de otros tipos de violencia, y que éstas a su vez influyan de forma negativa en el funcionamiento psicológico de los menores. Dado que el objetivo de este estudio se centra en la exposición a violencia familiar no se han analizado los datos relacionados con otras formas de victimización, sin embargo se tendrán en cuenta para futuros estudios. Estos datos permitirían valorar el nivel de concurrencia entre exposición y otras formas de maltrato, así como la hipótesis de la doble victimización, según la cual el ser testigo y víctima de violencia conlleva un efecto aditivo.

También se valora el papel de la implicación de los menores en los episodios de violencia familiar. Dentro del grupo de niños expuestos a conflicto familiar (no necesariamente violento), el 46,9% señala haber intervenido de alguna manera en el conflicto. Estos porcentajes de implicación en los episodios violentos se incrementan hasta el 86,6% en los niños expuestos a violencia familiar. Es decir, parece que los menores tienden a verse implicados con mucha más frecuencia en los episodios de violencia cuando están expuestos a violencia familiar, y tanto más cuanto más grave es la situación de conflicto, más se implican los menores, lo que probablemente está señalando que en muchos casos estos niños adquieren un rol protector respecto a sus madres. También, que han aprendido que los comportamientos violentos son una forma "habitual" o "normal" de interacción dentro de la familia.

Llama la atención la elevada cifra de implicación en los episodios violentos. Esta cifra tan elevada no es novedosa y se asemeja a las presentadas en otras investigaciones. Así, como ejemplo, en el trabajo de Fusco y Fantuzzo (2008) se indica que el 75% de los niños expuestos a VD también estaban involucrados de alguna manera en dicha violencia, bien como parte de los sucesos precipitantes, bien pidiendo ayuda o implicándose físicamente. Esta implicación en los episodios de violencia por parte de los menores también supone un aumento en la presencia de sintomatología psicopatológica. Así, los análisis correlacionales indican que un mayor nivel de implicación, se asocia a mayores niveles de sintomatología internalizante (0,313), externalizante (0,331), traumática (0,319) y sintomatología total (0,393).

A tenor de los resultados hallados se puede concluir que los niños expuestos a situaciones de violencia familiar se involucran con gran frecuencia en los episodios violentos, y que esta implicación genera un efecto negativo ya que se asocia al desarrollo de sintomatología internalizante, externalizante y traumática.

Relación ente variables sociodemográficas y sintomatología:

Con el objetivo de evaluar la relación existente entre la variable dependiente sintomatología (internalizante, externalizante y traumática), y otras posibles

variables independientes tales como sexo, edad o el año, se llevan a cabo análisis de regresiones lineales.

En primer lugar, se realizó una regresión lineal para la variable dependiente Sintomatología internalizante, en el que los tres modelos analizados fueron estadísticamente significativos. Sin embargo, fue la variable Exposición a violencia total la que presentó mayores diferencias ($F = 45,268$; $n.s. = 0,001$). En concreto, arroja un Coeficiente de determinación de 0,165 lo que sugiere que explica un 16,5% de la varianza de la sintomatología internalizante.

Los coeficientes estandarizados Beta muestran que los sujetos pertenecientes a colegios concertados, los expuestos a violencia doméstica y los sujetos de la muestra de 2010, presentaron mayores niveles de sintomatología internalizante, siendo la exposición a violencia la variable más importante ($Beta = 0,381$, $n.s. = 0,001$). Las variables sexo y edad dejan de ser relevantes cuando se incluye la exposición a violencia en el análisis. Esto indica que las diferencias encontradas en sintomatología internalizante no se deban a la edad o sexo, sino más bien a la exposición a violencia doméstica, y tal como se ha señalado en análisis anteriores, las niñas y los grupos de edad mayores presentan mayores niveles de EVD. La relación encontrada entre EVD y sintomatología internalizante se mantiene aun controlando los posibles efectos de las variables, tal como indica el análisis de correlaciones parciales y semiparciales (0,377 y 0,371).

Los resultados hallados permiten confirmar que la EVD es la variable más importante a la hora de predecir sintomatología internalizante, y que por tanto la relación encontrada no se debe a la interferencia de otras posibles variables.

Respecto a la sintomatología externalizante, el modelo compuesto por exposición a violencia doméstica total es el más importante a la hora de explicar la varianza de la misma ($F = 49,714$; $n.s. = 0,001$). En concreto, obtiene un coeficiente de determinación de 0,179, por lo que explica un 17,9% de la varianza de la sintomatología externalizante.

Los coeficientes Beta estandarizados muestran que la exposición a violencia fue la variable más importante a la hora de desarrollar sintomatología externalizante ($B = 0,346$). Las variables sexo ($Beta = 0,076$; $n.s. = 0,011$), edad ($B = 0,205$; $n.s. = 0,001$) y año ($Beta = -0,120$; $n.s. = 0,001$), aunque con menor relevancia, también fueron estadísticamente significativas. En concreto las niñas, los sujetos de mayor edad y los sujetos de la muestra de 2010 presentaron mayores niveles de sintomatología externalizante. Controlando los efectos de las variables se mantiene una asociación positiva entre EVD y sintomatología externalizante. En concreto, las correlaciones parciales y semiparciales obtenidas fueron de 0,350 y 0,337.

Se puede afirmar que la EVD es la principal variable responsable de la sintomatología externalizante, y que por tanto los niveles de problemas externalizantes que presentan los niños de esta muestra, se deben a la exposición a violencia, y no a otras variables como el sexo o la edad.

En tercer lugar, el análisis de regresiones lineales para la sintomatología traumática indica que la exposición a violencia doméstica fue la variable más relevante a la hora de explicar sintomatología traumática ($F = 41,214$; $n.s. = 0,001$). En concreto, explica el 14,8% de la varianza de la sintomatología traumática.

En el estudio de los coeficientes Beta estandarizados confirma que la exposición a violencia es la variable que mayores diferencias presenta ($B = 0,336$), seguida de año ($B = -0,121$), edad ($B = 0,120$) y sexo ($B = 0,100$) y. En consecuencia, mayores niveles de exposición a violencia, ser niña, tener mayor edad, y pertenecer a la muestra de 2010, son variables determinantes de la sintomatología traumática.

Estos resultados pueden explicarse, al menos en parte, por la modificación en la aplicación y corrección de la prueba CPSS en 2014, correspondiente a la medida de sintomatología traumática. A pesar de indicar en el momento de la aplicación del cuestionario CPSS que sólo debía cumplimentarse con trauma eventos relacionados con VD, muchos fueron los que lo rellenaron incluyendo otros tipos de trauma, o fallaron a la hora de especificar el trauma. En 2014 se hizo especial hincapié en este aspecto, lo que llevó a la reducción de los cuestionarios cumplimentados, aunque todavía fueron muchos los que contestaron haciendo referencia a otros traumas (o no especificaron). Para poder llevar a cabo la comparación de las muestras se decidió tener en cuenta todos los traumas. No obstante, los resultados obtenidos relativos a sintomatología traumática siguen la misma tendencia que los hallados para sintomatología internalizante y externalizante, en los que se pone de manifiesto una disminución de sintomatología entre 2010 y 2014.

El análisis de correlaciones parciales y semiparciales indica que aun controlando los posibles efectos de las restantes variables, la exposición a violencia doméstica mantiene correlaciones importantes con el desarrollo de sintomatología traumática (0,337 y 0,327).

Con el objetivo de facilitar las conclusiones se consideró la variable Sintomatología total que, como ya se ha indicado, incluye sintomatología internalizante, externalizante y traumática. El análisis de regresiones lineales indica que los tres modelos analizados son estadísticamente significativos. El modelo compuesto por sexo, edad y tipo de colegio explica un 2,8% de la varianza total de la sintomatología total ($F = 8,686$; $n.s = 0,001$). El modelo en el que se incluye la exposición a violencia doméstica pasa a explicar el 22,6% de la varianza de la sintomatología total ($F=66,972$; $n.s.= 0,001$). Finalmente, el modelo en el que se

incluye el año explica el 27,8% de la varianza de la sintomatología total ($F = 71,187$; $n.s. = 0,001$).

Los Coeficientes Beta estandarizados muestran que la variable EVD total es la más importante a la hora de explicar sintomatología total ($Beta = 0,421$). También es importante considerar las variables sexo, edad y año, de tal forma que las niñas ($Beta = 0,076$; $n.s. = 0,008$), los sujetos de mayor edad ($Beta = 0,138$; $n.s. = 0,001$) y los de la muestra de 2010 ($Beta = -262$; $n.s. = 0,001$) presentan mayores niveles de sintomatología total.

A tenor de los resultados se puede afirmar que la exposición a violencia doméstica es la variable más importante a la hora de explicar la sintomatología total. La asociación entre ambas variables se mantiene aun controlando el efecto de otras variables, alcanzando las correlaciones parcial y semiparcial un valor de 0,435 y 0,410 respectivamente.

En resumen, a partir de los resultados obtenidos se puede señalar que la exposición a violencia domestica fue la variable más relevante para poder explicar la presencia de los síntomas psicopatológicos estudiados.

Es llamativo que en todos los casos aparecen como significativas las variables sexo, edad y año, apuntando en todos ellos que las niñas de mayor edad de la muestra de 2010 presentaron niveles significativamente superiores de sintomatología internalizante, externalizante y traumática. Estos resultados coincidirían con los señalados por otros autores, como Sternberg (1993), quien apunta que las niñas presentan mayor riesgo para problemas internalizantes y externalizantes. Bayarri (2011) también indica un mayor riesgo de las niñas para desarrollar problemas internalizantes. Alcántara, López-Soler, Castro y López (2013) encuentran mayor afectación para las niñas expuestas a violencia doméstica (al igual que Lemmy, 2001), sin embargo estas diferencias se refieren a problemas sociales. En cuanto a sintomatología traumática, los resultados coinciden con Levendosky (2013) quien señala que la probabilidad de desarrollar síntomas traumática aumenta según lo hace la edad de los niños, siendo consistente con la trayectoria de otros trastornos de ansiedad, y trastornos internalizantes en general (Kovacs, 1984).

Respecto a la edad, en contra de lo hallado en este estudio, muchos autores han apuntado que a menor edad se produce mayor afectación (Tailor, 2012; Muresan, 2012; Alcántara et al., 2013), o han fallado a la hora de encontrar relación significativa (Kitzmann, 2003; Evans, 2008; Wolfe, 2003; Chang, 2006). No está claro el por qué de esas diferencias. Una posible hipótesis podría ser que se ha utilizado en este estudio una muestra que incluye edades más elevadas y que estos niños con edades más elevadas se han visto más implicados en los episodios de violencia, lo que como se ha señalado ya facilita el aumento en toda la sintomatología psicopatológica.

Comparación de las muestras de 2010 y 2014:

La segunda parte de este estudio valora si se producen diferencias entre las muestras de 2010 y 2014. En los últimos años, se ha producido una mayor concienciación, tanto en la sociedad como en las instituciones, sobre los efectos tan negativos de la violencia doméstica sobre las mujeres víctimas y, más recientemente, sobre los hijos de estas mujeres. Cabe esperar una respuesta de mayor sensibilización respecto a este problema, con una reducción de las conductas de violencia en el hogar y, en consecuencia, una reducción del número de menores que conviven en esta situación de riesgo. Por otro lado, se han implantado diversos programas de sensibilización, prevención y ayuda para las mujeres que sufren violencia doméstica, y es esperable, por tanto, que los hijos de éstas se beneficien de estos resultados.

Los resultados hallados muestran, en esta dirección, diferencias estadísticamente significativas en cuanto a exposición a violencia doméstica al comparar las muestras de 2010 y 2014 ($t = 2,877$; $n.s. = 0,004$), indicando que se produjo un descenso en exposición infantil a violencia entre los años 2010 y 2014.

Estos resultados concuerdan con los aportados por el Instituto de la Mujer en las estadísticas de violencia de género en los últimos años. Según el Instituto de la Mujer en 2011 el número de víctimas de violencia de género con orden de protección o medidas cautelares inscritas en el registro Central para la protección de víctimas de violencia doméstica y de género, fue de 32.242; en 2012 se produjo un descenso del 9,6% respecto al año anterior; en 2013 la cifra descendió de nuevo un 6.9% respecto a 2012, y en 2014 descendió un 0,1% respecto a 2013, situando la cifra de estas mujeres en 27.087. Así pues, los datos confirman una ligera tendencia a la reducción de la violencia de pareja. Los datos del presente trabajo señalan, en esta misma línea que, como era de esperar, se ha producido también una disminución del número de menores expuestos a violencia familiar.

Dada la presencia de estas diferencias en el nivel de exposición infantil entre 2010 y 2014, se espera también un cambio en cuanto a la sintomatología psicopatológica asociada a la EVD.

Respecto a la sintomatología internalizante, los resultados apuntan a diferencias estadísticamente significativas para las variables quejas somáticas ($t = 3,825$; $n.s. = 0,001$) y problemas internalizantes ($t = 2,065$; $n.s. = 0,039$), aunque no se encuentran diferencias significativas en las escalas ansiedad/depresión y aislamiento/depresión. Las diferencias halladas apuntan a que en 2010 se produjeron mayores niveles de quejas somáticas y problemas internalizantes que en 2014.

Con respecto a la sintomatología externalizante, se detectan diferencias estadísticamente significativas entre 2010 y 2014 para las variables conducta agresiva ($t = 2,498$; $n.s. = 0,013$) y problemas externalizantes ($t = 2,326$; $n.s. = 0,020$), aunque no para conducta anormativa. De nuevo, en 2010 se produjeron mayores niveles en estas variables.

La comparación de medias de sintomatología traumática para las muestras de 2010 y 2014 indica que en 2010 se produjeron mayores niveles de Hiperactivación ($t = 4,180$; $n.s. = 0,001$), Afectación ($t = 4,988$; $n.s. = 0,001$) y TEPT total ($t = 3,167$; $n.s. = 0,002$).

Al analizar la evolución de la sintomatología entre 2010 y 2014 se aprecia un descenso general de las medidas globales de sintomatología internalizante, externalizante y traumática, lo cual responde al cambio hallado en exposición a violencia doméstica. A pesar de esta tendencia, no todas las escalas de las medidas de sintomatología presentaron diferencias significativas. Esto podría indicar que estas variables son menos reactivas a los cambios producidos en la EVD y por ello se mantienen niveles más estables. Por esta razón, las escalas que presentan diferencias significativas entre 2010 y 2014 estarían respondiendo con mayor sensibilidad al cambio experimentado en exposición a violencia. Parece pues que a pesar de la tendencia general a la reducción de sintomatología, es necesaria una mayor reducción de exposición que impacte en todas las medidas de sintomatología.

Por último aparecen diferencias estadísticamente significativas en sintomatología total entre las muestras de 2010 y 2014 ($t = 7,816$; $n.s.=0,001$), por lo que se concluye que en 2010 el nivel de sintomatología psicopatológica fue mayor que en 2014.

Así pues, se produce un descenso general en todo tipo de sintomatología psicopatológica asociada a la EVD, sintomatología internalizante, externalizante, traumática y sintomatología total entre 2010 y 2014. Este resultado puede explicarse, al menos en parte, por el descenso de exposición a violencia doméstica. Dada que la estrecha relación entre exposición y sintomatología, cabe esperar que el descenso de la primera afecte de forma significativa a la segunda.

En resumen, pues, los resultados hallados indican una prevalencia de exposición infantil del 17%. Es una cifra muy elevada dado que se trata de muestra comunitaria, lo que pone de manifiesto que este problema está muy presente en nuestra sociedad. Se hace hincapié sobre el estudio de la exposición a violencia en la sociedad española, y se pone de manifiesto la necesidad de llevar a cabo más estudios que valoren este problema en muestras comunitarias y que permitan generalizar conclusiones sólidas al respecto. Asimismo se ha puesto en evidencia la estrecha relación entre exposición a violencia y el desarrollo de problemas psicopatológicos en menores entre 11 y 17 años, y cómo un cambio en exposición

implica un cambio en la salud mental de los niños. Por tanto se remarca la necesidad de continuar poniendo en marcha programas de prevención de violencia doméstica, y ayudas a las familias que conviven en esta situación.

Estos resultados señalan la importancia de la prevención de la exposición infantil a violencia doméstica, dado el papel tan relevante en el desarrollo de psicopatología infantil. También que una reducción en la EVD rápidamente va acompañado de una reducción en la sintomatología, por lo que cualquier esfuerzo en esta dirección parece tener un reflejo en la reducción en las consecuencias negativas de la EVD. El descenso señalado por el IM en violencia de género en los últimos años (2011-2014) coincide con el descenso en exposición infantil entre 2010 y 2014 encontrado en este estudio. Esto pone de manifiesto la importancia de promover la sensibilización social y la prevención a exposición infantil, pero también de continuar con los programas de prevención contra la violencia doméstica en general.

Alternativamente, la detección precoz del problema también parece de especial relevancia, en primer lugar para promover mecanismos que velen por la seguridad de los menores, y en segundo término, para movilizar recursos de intervención que palien los efectos psicopatológicos asociados a estas situaciones.

Limitaciones del estudio:

Dentro de las limitaciones del estudio destaca la forma de selección de la muestra. El hecho de que sea una muestra incidental ha hecho posible el estudio, pero como contrapartida negativa no permite identificar con precisión la población de referencia y la capacidad de generalización de los resultados. No obstante el que no hayan aparecido diferencias en la EVD en función del tipo de centro escolar reduce en parte las consecuencias de esta limitación. No obstante hubiera sido de desear de una mayor representación de participantes en los extremos de edad, en concreto 11 y 17 años, en especial una vez que los resultados han puesto de manifiesto diferencias importantes en función de la edad.

El análisis de otras variables sociológicas como el nivel educativo de los padres o la religión, podrían aportar información relevante y permitiría profundizar en las características familiares de los niños expuestos a violencia, y el papel que éstas juegan en la exposición. También habría sido interesante valorar el papel de otras variables aportadas por el cuestionario CEDV como factores de riesgo, violencia comunitaria o haber sido víctima de otro tipo de abuso.

Tal como se ha comentado anteriormente, se encontró especial dificultad en la aplicación de la escala de sintomatología traumática, ya que a pesar de las instrucciones verbales y escritas, muchos de los traumas relatados por los alumnos, no se ceñían al ámbito familiar. Por esta razón se debe interpretar con

cautela la información relativa al TEPT, ya que ésta no hace referencia únicamente a sucesos relacionados con violencia doméstica, sino trauma general. En este sentido se recomienda para futuras investigaciones aplicar este tipo de instrumentos en grupos pequeños, contar con tiempo suficiente, y establecer descansos para evitar el cansancio de los alumnos, cuando se trate como en este caso de baterías largas de instrumentos.

Por último, de acuerdo con lo comentado con anterioridad, no existe una metodología común en las investigaciones revisadas, lo que ha limitado notablemente la comparación de resultados con otros estudios y la generación de conclusiones.

ESTE CUESTIONARIO ES TOTALMENTE ANÓNIMO, NO ESCRIBAS TU NOMBRE EN NINGÚN SITIO

CUESTIONARIO NÚMERO 1:

LEE ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES Y CONTESTA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS. SI TIENES ALGUNA DUDA, PREGUNTA A LA PERSONA QUE TE ENTREGÓ EL CUESTIONARIO.

Apéndice A. Escala de Exposición Infantil a Violencia Doméstica (EIVD)

Este es un listado de preguntas sobre tu vida y tu familia. Probablemente te llevará 30 minutos completarlo. Si en algún momento, mientras rellenas el cuestionario, tienes alguna duda, por favor, pregúntame (o a la persona que te entregó el cuestionario).

Todas tus respuestas son confidenciales. Por favor **NO** escribas tu nombre en ningún lugar. Si quieres, puedes dejar de responder en el momento que lo desees.

Piensa un momento en las personas con las que has vivido. Algunos niños viven con sus padres, con su madre, con su padre, con un abuelo, un padrastro, madrastra, o con padres adoptivos. Otros niños viven con uno de sus padres y puede que con el novio o la novia de estos. Las siguientes preguntas tratan sobre los adultos con los que has convivido normalmente. Para que sean más fáciles de entender, usamos las palabras "mamá" y "la pareja de mamá".

Cuando leas la palabra "mamá", piensa en la mujer con la que has vivido y que se ha encargado de tu cuidado, sea quien sea. Por ejemplo, esta persona puede ser tu madre, tu madrastra, tu abuela o tu madre adoptiva.

Cuando leas las palabras "pareja de mamá", piensa en quién es él/ella en tu vida. Por ejemplo, podría ser tu padre, padrastro, abuelo, o la novia o novio de tu madre.

Por favor, lee todas las instrucciones y marca con un círculo la respuesta para cada pregunta.

ESTE CUESTIONARIO ES TOTALMENTE ANÓNIMO, NO ESCRIBAS TU NOMBRE EN NINGÚN SITIO

Primera parte

Hay dos partes para cada pregunta.

- Primero responde a la pregunta sobre con qué frecuencia algo ocurrió, redondeando con un círculo tu respuesta.



Nunca



Algunas veces



Muchas veces



Siempre

- A continuación marca todas las formas posibles a través de las cuales tuviste conocimiento de lo ocurrido.
- Si contestas "Nunca" en la primera parte, salta la segunda parte y pasa a la siguiente pregunta.

Ejemplo:

¿Con qué frecuencia ha habido peleas en tu escuela?



Nunca



Algunas veces



Muchas veces



Siempre

Si marcas "nunca", pasa a la siguiente pregunta

¿Cómo lo supiste?

- Vi las consecuencias (alguien estaba herido, algún objeto estaba roto, vino la policía).
- Me enteré de ello más tarde.
- Lo oí mientras estaba pasando.
- Lo vi desde lejos, mientras estaba ocurriendo.
- Lo vi desde cerca, mientras estaba ocurriendo.

ESTE CUESTIONARIO ES TOTALMENTE ANÓNIMO, NO ESCRIBAS TU NOMBRE EN NINGÚN SITIO

1. ¿Con qué frecuencia los adultos en tu familia están en desacuerdo?

Nunca Algunas veces Muchas veces Siempre

Si marcas "nunca", pasa a la siguiente pregunta

- ¿Cómo lo supiste?
- Vi las consecuencias (alguien estaba herido, algún objeto estaba roto, vino la policía).
 - Me enteré de ello más tarde.
 - Lo oí mientras estaba pasando.
 - Lo vi desde lejos, mientras estaba ocurriendo.
 - Lo vi desde cerca, mientras estaba ocurriendo.

2. ¿Alguna vez la pareja de tu madre ha herido sus sentimientos:

- insultándola Nunca Algunas veces Muchas veces Siempre

- gritándola

- chillándola

- amenazándola

- otros _____

Si marcas "nunca", pasa a la siguiente pregunta

- ¿Cómo lo supiste?
- Vi las consecuencias (alguien estaba herido, algún objeto estaba roto, vino la policía).
 - Me enteré de ello más tarde.
 - Lo oí mientras estaba pasando.
 - Lo vi desde lejos, mientras estaba ocurriendo.
 - Lo vi desde cerca, mientras estaba ocurriendo.

3. ¿Con qué frecuencia la pareja de tu madre le ha impedido hacer algo que ella quisiera, o le ha dificultado hacer algo que ella quería hacer como:

- irse de casa Nunca Algunas veces Muchas veces Siempre

- ir al médico

- usar el teléfono

- visitar a amigos o familiares

- otros _____

Si marcas "nunca", pasa a la siguiente pregunta

- ¿Cómo lo supiste?
- Vi las consecuencias (alguien estaba herido, algún objeto estaba roto, vino la policía).
 - Me enteré de ello más tarde.
 - Lo oí mientras estaba pasando.
 - Lo vi desde lejos, mientras estaba ocurriendo.
 - Lo vi desde cerca, mientras estaba ocurriendo.

ESTE CUESTIONARIO ES TOTALMENTE ANÓNIMO, NO ESCRIBAS TU NOMBRE EN NINGÚN SITIO

4. ¿Con qué frecuencia la pareja de tu madre le ha impedido comer o dormir, o le ha dificultado comer o dormir?

Nunca Algunas veces Muchas veces Siempre

↓

Si marcas "nunca", pasa a la siguiente pregunta

¿Cómo lo supiste?

Vi las consecuencias (alguien estaba herido, algún objeto estaba roto, vino la policía).

Me enteré de ello más tarde.

Lo oí mientras estaba pasando.

Lo vi desde lejos, mientras estaba ocurriendo.

Lo vi desde cerca, mientras estaba ocurriendo.

5. ¿Con qué frecuencia tu madre y su pareja han discutido sobre ti? Es importante que sepas que no es culpa tuya si ellos discuten sobre ti.

Nunca Algunas veces Muchas veces Siempre

↓

Si marcas "nunca", pasa a la siguiente pregunta

¿Cómo lo supiste?

Vi las consecuencias (alguien estaba herido, algún objeto estaba roto, vino la policía).

Me enteré de ello más tarde.

Lo oí mientras estaba pasando.

Lo vi desde lejos, mientras estaba ocurriendo.

Lo vi desde cerca, mientras estaba ocurriendo.

6. ¿Con qué frecuencia la pareja de tu madre ha herido, o ha intentado herir a propósito a una mascota en tu casa?

Nunca Algunas veces Muchas veces Siempre

↓

Si marcas "nunca", pasa a la siguiente pregunta

¿Cómo lo supiste?

Vi las consecuencias (alguien estaba herido, algún objeto estaba roto, vino la policía).

Me enteré de ello más tarde.

Lo oí mientras estaba pasando.

Lo vi desde lejos, mientras estaba ocurriendo.

Lo vi desde cerca, mientras estaba ocurriendo.

ESTE CUESTIONARIO ES TOTALMENTE ANÓNIMO, NO ESCRIBAS TU NOMBRE EN NINGÚN SITIO

7. ¿Con qué frecuencia la pareja de tu madre ha roto o destruido algo a propósito, como:

- dar un puñetazo a una pared
- arrancar de la pared el cable del teléfono
- romper un cuadro
- otros _____

Nunca
↓
Si marcas "nunca", pasa a la siguiente pregunta

Algunas veces Muchas veces Siempre

¿Cómo lo supiste?

- Vi las consecuencias (alguien estaba herido, algún objeto estaba roto, vino la policía).
- Me enteré de ello más tarde.
- Lo oí mientras estaba pasando.
- Lo vi desde lejos, mientras estaba ocurriendo.
- Lo vi desde cerca, mientras estaba ocurriendo.

8. ¿Con qué frecuencia la pareja de tu madre ha hecho algo para hacerle daño físico, como:

- pegarle
- darle puñetazos
- darle patadas
- asfixiarla
- empujarla
- tirarle del pelo
- otros _____

Nunca
↓
Si marcas "nunca", pasa a la siguiente pregunta

Algunas veces Muchas veces Siempre

¿Cómo lo supiste?

- Vi las consecuencias (alguien estaba herido, algún objeto estaba roto, vino la policía).
- Me enteré de ello más tarde.
- Lo oí mientras estaba pasando.
- Lo vi desde lejos, mientras estaba ocurriendo.
- Lo vi desde cerca, mientras estaba ocurriendo.

9. ¿Con que frecuencia la pareja de tu madre la ha amenazado con usar un cuchillo, pistola, u otro objeto para herirla?

Nunca
↓
Si marcas "nunca", pasa a la siguiente pregunta

Algunas veces Muchas veces Siempre

¿Cómo lo supiste?

- Vi las consecuencias (alguien estaba herido, algún objeto estaba roto, vino la policía).
- Me enteré de ello más tarde.
- Lo oí mientras estaba pasando.
- Lo vi desde lejos, mientras estaba ocurriendo.
- Lo vi desde cerca, mientras estaba ocurriendo.

ESTE CUESTIONARIO ES TOTALMENTE ANÓNIMO, NO ESCRIBAS TU NOMBRE EN NINGÚN SITIO

10. ¿Con qué frecuencia la pareja de tu madre ha herido en realidad a tu madre con un cuchillo, una pistola u otro objeto?

Nunca
↓
Si marcas "nunca", pasa a la siguiente pregunta

Algunas veces Muchas veces Siempre

¿Cómo lo supiste?

- Vi las consecuencias (alguien estaba herido, algún objeto estaba roto, vino la policía).
- Me enteré de ello más tarde.
- Lo oí mientras estaba pasando.
- Lo vi desde lejos, mientras estaba ocurriendo.
- Lo vi desde cerca, mientras estaba ocurriendo.

Segunda parte:

Es difícil saber qué hacer cuando ves a alguien al que están haciendo daño. En estas páginas, la palabra "herir" significa herir los sentimientos de tu madre a propósito, amenazarla, hierla físicamente, o impedirle que haga cosas.

Elige la respuesta que mejor describa tu situación y márcala con un círculo. No hay respuestas correctas o erróneas para estas preguntas.

11. Cuando la pareja de tu madre hiere/hace daño a tu madre, ¿con qué frecuencia les has gritado algo desde otra *habitación diferente* a la que estaba sucediendo la pelea?



Nunca



Algunas veces



Muchas veces



Siempre

12. Cuando la pareja de tu madre hiere/hace daño a tu madre, ¿con qué frecuencia les has gritado algo desde la *misma habitación* en la que estaba sucediendo la pelea?

Nunca Algunas veces Muchas veces Siempre

13. Cuando la pareja de tu madre hiere/hace daño a tu madre, ¿con qué frecuencia has llamado a alguien para pedir ayuda, como llamar a alguien por teléfono o acudir a un vecino?

Nunca Algunas veces Muchas veces Siempre

14. Cuando la pareja de tu madre hiere/hace daño a tu madre, ¿con qué frecuencia te has involucrado físicamente para intentar parar la pelea?

Nunca Algunas veces Muchas veces Siempre

ESTE CUESTIONARIO ES TOTALMENTE ANÓNIMO, NO ESCRIBAS TU NOMBRE EN NINGÚN SITIO

15. Cuando la pareja de tu madre hiere/hace daño a tu madre, ¿con qué frecuencia te ha hecho algo a ti para herir o asustar a tu madre?

Nunca Algunas veces Muchas veces Siempre

16. Cuando la pareja de tu madre hiere/hace daño a tu madre, ¿con qué frecuencia has intentado alejarte de la pelea?

- escondiéndote

- saliendo de casa

- encerrándote en otra habitación

- otros _____

Nunca Algunas veces Muchas veces Siempre

17. ¿Con qué frecuencia la pareja de tu madre te ha preguntado por lo que ella ha estado haciendo o diciendo?

Nunca Algunas veces Muchas veces Siempre

18. ¿Con qué frecuencia te preocupas por que la pareja de tu madre se emborrache o tome drogas?

Nunca Algunas veces Muchas veces Siempre

19. ¿Con qué frecuencia te preocupas por que tu madre se emborrache o tome drogas?

Nunca Algunas veces Muchas veces Siempre

20. ¿Con qué frecuencia tu madre parece triste, preocupada o disgustada?

Nunca Algunas veces Muchas veces Siempre

21. ¿Con qué frecuencia has tenido grandes cambios en tu vida? Por ejemplo:

- mudarte de casa

- estar en el hospital

- que tus padres se divorcien

- la muerte de alguien cercano a ti

- que alguno de tus padres vaya a prisión

- otros _____

Nunca Algunas veces Muchas veces Siempre

22. ¿Con qué frecuencia has escuchado que alguien en tu vecindario o en tu escuela ha herido a otro, riéndose de él e insultándole?

Nunca Algunas veces Muchas veces Siempre

ESTE CUESTIONARIO ES TOTALMENTE ANÓNIMO, NO ESCRIBAS TU NOMBRE EN NINGÚN SITIO

23. ¿Con qué frecuencia alguien de tu comunidad o de tu escuela te ha hecho o dicho alguna de estas cosas para hacerte daño?

Nunca Algunas veces Muchas veces Siempre

24. ¿Con qué frecuencia has herido los sentimientos de otras personas a propósito, como reírte de alguien o insultarle?

Nunca Algunas veces Muchas veces Siempre

25. ¿Con qué frecuencia has herido físicamente a alguien a propósito, como pegarle, darle una patada, o cosas similares?

Nunca Algunas veces Muchas veces Siempre

26. ¿Con qué frecuencia has visto en tu comunidad o en tu escuela que alguien haya sido herido mediante:

- un agarrón
- bofetada
- puñetazo
- patada
- herido con un arma o cuchillo
- otros _____

Nunca Algunas veces Muchas veces Siempre

27. ¿Con qué frecuencia alguien en tu comunidad o en tu escuela te ha herido mediante:

- un agarrón
- bofetada
- puñetazo
- patada
- herido con un arma o cuchillo
- otros _____

Nunca Algunas veces Muchas veces Siempre

28. ¿Con qué frecuencia has visto a alguien que haya sido herido o asesinado en la tele o en películas?

Nunca Algunas veces Muchas veces Siempre

29. ¿Con qué frecuencia has visto a alguien que haya sido herido o asesinado en videojuegos?

Nunca Algunas veces Muchas veces Siempre

ESTE CUESTIONARIO ES TOTALMENTE ANÓNIMO, NO ESCRIBAS TU NOMBRE EN NINGÚN SITIO

30. Con qué frecuencia alguien de tu familia ha herido tus sentimientos:

- riéndose de ti
- insultándote
- amenazándote
- diciéndote cosas para hacerte sentir mal
- otros _____

Nunca Algunas veces Muchas veces Siempre

31. ¿Con qué frecuencia algún adulto de tu familia ha hecho algo para herirte físicamente, como:

- pegarte
- darte patadas
- darte una paliza
- otros _____

Nunca Algunas veces Muchas veces Siempre

32. ¿Con qué frecuencia alguien que NO es de tu familia:

- ha tocado tus partes íntimas cuando tú no querías que lo hicieran
- ha hecho que les toques sus partes íntimas
- te ha forzado a tener sexo

Nunca Algunas veces Muchas veces Siempre

33. Con qué frecuencia alguien de tu familia:

- ha tocado tus partes íntimas cuando tú no querías que lo hicieran
- ha hecho que les toques sus partes íntimas
- te ha forzado a tener sexo

Nunca Algunas veces Muchas veces Siempre

Tercera parte:

34. Si tu madre y su pareja se pelean, ¿cuándo empezaron a pelearse? (Marca con un círculo la respuesta)

1. No les recuerdo peleándose.
2. Empezaron a pelearse este año.
3. Empezaron a pelearse hace 2-3 años.
4. Empezaron a pelearse hace 4 años o más.
5. Han estado peleándose desde que yo puedo recordar.

ESTE CUESTIONARIO ES TOTALMENTE ANÓNIMO, NO ESCRIBAS TU NOMBRE EN NINGÚN SITIO

35. ¿Crees que tu familia tiene el dinero suficiente para las cosas necesarias?

1. No, hay veces que mi familia no tiene suficiente dinero para la comida o el alquiler, o cosas que necesitamos.
2. Parece que tenemos suficiente dinero para las cosas necesarias.
3. Tenemos suficiente dinero para comprar cosas extra que en realidad no son necesarias.
4. No lo sé.

36. ¿Qué edad tienes? _____

37. ¿Eres chico o chica? 1. Chico 2. Chica

38. ¿A qué raza o etnia perteneces?

- | | |
|--|--|
| 1. Blanca/Caucásica/Americano/ Europeo | 5. Árabe |
| 2. Negra/Americano Africano/Africano | 6. Gitano |
| 3. Latino/ Hispano | 7. Multi-racial/No raza o etnia primaria |
| 4. Asiático | 8. Otra _____ |

¿Cuál es tu país de origen? _____

39. ¿Dónde pasaste la pasada noche?

- Casa
- Apartamento
- Centro de acogida/Albergue
- Otro _____

40. ¿Dónde vives? Rodea con un círculo la respuesta.

- Casa
- Apartamento
- Centro de acogida/Albergue
- Otro _____

41. ¿Con qué personas vives? Marca con un círculo todas ellas.

- | | | |
|--------------|-------------------------------|--------------------------|
| 1. Madre | 6. Novio o pareja de la madre | 11. Hermano/s menor |
| 2. Padre | 7. Novia o pareja de la madre | 12. Hermano/s mayor |
| 3. Madrastra | 8. Novio o pareja del padre | 13. Hermana/s menor |
| 4. Padrastro | 9. Novia o pareja del padre | 14. Hermana/s mayor |
| 5. Abuela | 10. Abuelo | 15. Otro (¿Quién?) _____ |

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN. PASA A LA SIGUIENTE PÁGINA Y RELLENA EL CUESTIONARIO NÚMERO 2.

CUESTIONARIO 2° YSR

A continuación hay una lista de frases que describen a los(las) jóvenes. Para cada frase que te describe *ahora o durante los últimos seis meses* haz un círculo en el número 2 si la frase te describe *muy a menudo o bastante a menudo*. Haz un círculo en el número 1 si la frase te describe *algo o algunas veces*. Haz un círculo en el 0 si la descripción *no es cierta* en tu caso.

Por favor escribe en letra de imprenta. Asegúrate de contestar todas las preguntas.

0 = No es cierto			1 = Algo, algunas veces cierto			2 = Cierto muy a menudo o bastante a menudo			
0	1	2	1.	Me comporto como si fuera más pequeño	0	1	2	34.	Creo que los demás me quieren perjudicar
0	1	2	2.	Bebo alcohol sin permiso de mis padres	0	1	2	35.	Me siento inferior a los demás o creo que no valgo nada
0	1	2	3.	Discuto mucho	0	1	2	36.	Me hago daño accidentalmente con mucha frecuencia
0	1	2	4.	No termino las cosas que empiezo	0	1	2	37.	Me meto en muchas peleas
0	1	2	5.	Hay muy pocas cosas que me hacen disfrutar	0	1	2	38.	Los demás se burlan de mí a menudo
0	1	2	6.	Me gustan los animales	0	1	2	39.	Voy con niños(as)/chicos(as) que se meten en problemas
0	1	2	7.	Soy presumido(a), engreído(a), fanfarrón(a)	0	1	2	40.	Oigo sonidos o voces que otros creen que no existen (describe): _____
0	1	2	8.	No puedo concentrarme o prestar atención durante mucho tiempo	0	1	2	41.	Hago las cosas sin pensar
0	1	2	9.	No puedo quitarme de la mente ciertos pensamientos (describe): _____	0	1	2	42.	Prefiero estar solo(a) que con otras personas
0	1	2	10.	Me cuesta estar quieto(a)	0	1	2	43.	Digo mentiras o engaño
0	1	2	11.	Dependo demasiado de las personas mayores	0	1	2	44.	Me muerdo las uñas
0	1	2	12.	Me siento solo(a)	0	1	2	45.	Soy nervioso(a), estoy tenso(a)
0	1	2	13.	Estoy distraído o en las nubes	0	1	2	46.	Tengo tics o hago movimientos sin querer (describe): _____
0	1	2	14.	Lloro mucho	0	1	2	47.	Tengo pesadillas
0	1	2	15.	Soy bastante honesto(a)	0	1	2	48.	No caigo bien a otros niños(a)/chicos(as)
0	1	2	16.	Soy malo(a) con los demás	0	1	2	49.	Puedo hacer algunas cosas mejor que la mayoría de los chicos(as)
0	1	2	17.	Sueño despierto(a) a menudo	0	1	2	50.	Soy demasiado ansioso(a) o miedoso(a)
0	1	2	18.	He intentado suicidarme o hacerme daño deliberadamente	0	1	2	51.	Me siento mareado(a)
0	1	2	19.	Intento llamar mucho la atención	0	1	2	52.	Me siento demasiado culpable
0	1	2	20.	Rompo mis cosas	0	1	2	53.	Como demasiado
0	1	2	21.	Rompo las cosas de otras personas	0	1	2	54.	Me siento demasiado cansado(a)
0	1	2	22.	Desobedezco a mis padres	0	1	2	55.	Peso más de lo que debería
0	1	2	23.	Desobedezco en la escuela	0	1	2	56.	Tengo problemas físicos <i>sin causa médica</i> :
0	1	2	24.	No como tan bien como debería	0	1	2	a.	Dolores o molestias (no incluyas dolor de estómago o de cabeza)
0	1	2	25.	No me llevo bien con otros(as) niños(as)/chicos(as)	0	1	2	b.	Dolores de cabeza
0	1	2	26.	No me siento culpable después de portarme mal	0	1	2	c.	Náuseas, me siento mal
0	1	2	27.	Tengo celos de otras personas	0	1	2	d.	Problemas con los ojos (valóralo como 0 si llevas gafas) (describe): _____
0	1	2	28.	Me salto las normas en casa, en la escuela y en otros lugares	0	1	2	e.	Erupciones u otros problemas en la piel
0	1	2	29.	Tengo miedo a ciertas situaciones, animales o lugares diferentes de la escuela (describe): _____	0	1	2	f.	Dolores de estómago o retortijones
0	1	2	30.	Tengo miedo de ir a la escuela	0	1	2	g.	Vómitos
0	1	2	31.	Tengo miedo de pensar o hacer algo malo	0	1	2	h.	Otros (describe): _____
0	1	2	32.	Creo que tengo que ser perfecto(a)	0	1	2	57.	Pego a los demás
0	1	2	33.	Creo que nadie me quiere	0	1	2	58.	Me meto el dedo en la nariz, me arañó la piel u otras partes del cuerpo (describe): _____
					0	1	2	59.	Puedo ser bastante amable

POR FAVOR, VERIFICA QUE HAS CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS

PASA A LA PÁGINA SIGUIENTE

CUESTIONARIO 2° YSR

A continuación hay una lista de frases que describen a los(las) jóvenes. Para cada frase que te describe *ahora o durante los últimos seis meses* haz un círculo en el número 2 si la frase te describe *muy a menudo o bastante a menudo*. Haz un círculo en el número 1 si la frase te describe *algo o algunas veces*. Haz un círculo en el 0 si la descripción *no es cierta* en tu caso.

Por favor escribe en letra de imprenta. Asegúrate de contestar todas las preguntas.

0 = No es cierto			1 = Algo, algunas veces cierto			2 = Cierto muy a menudo o bastante a menudo			
0	1	2	1.	Me comporto como si fuera más pequeño	0	1	2	34.	Creo que los demás me quieren perjudicar
0	1	2	2.	Bebo alcohol sin permiso de mis padres	0	1	2	35.	Me siento inferior a los demás o creo que no valgo nada
0	1	2	3.	Discuto mucho	0	1	2	36.	Me hago daño accidentalmente con mucha frecuencia
0	1	2	4.	No termino las cosas que empiezo	0	1	2	37.	Me meto en muchas peleas
0	1	2	5.	Hay muy pocas cosas que me hacen disfrutar	0	1	2	38.	Los demás se burlan de mí a menudo
0	1	2	6.	Me gustan los animales	0	1	2	39.	Voy con niños(as)/chicos(as) que se meten en problemas
0	1	2	7.	Soy presumido(a), engreído(a), fanfarrón(a)	0	1	2	40.	Oigo sonidos o voces que otros creen que no existen (describe): _____
0	1	2	8.	No puedo concentrarme o prestar atención durante mucho tiempo	0	1	2	41.	Hago las cosas sin pensar
0	1	2	9.	No puedo quitarme de la mente ciertos pensamientos (describe): _____	0	1	2	42.	Prefiero estar solo(a) que con otras personas
0	1	2	10.	Me cuesta estar quieto(a)	0	1	2	43.	Digo mentiras o engaño
0	1	2	11.	Dependo demasiado de las personas mayores	0	1	2	44.	Me muerdo las uñas
0	1	2	12.	Me siento solo(a)	0	1	2	45.	Soy nervioso(a), estoy tenso(a)
0	1	2	13.	Estoy distraído o en las nubes	0	1	2	46.	Tengo tics o hago movimientos sin querer (describe): _____
0	1	2	14.	Lloro mucho	0	1	2	47.	Tengo pesadillas
0	1	2	15.	Soy bastante honesto(a)	0	1	2	48.	No caigo bien a otros niños(a)/chicos(as)
0	1	2	16.	Soy malo(a) con los demás	0	1	2	49.	Puedo hacer algunas cosas mejor que la mayoría de los chicos(as)
0	1	2	17.	Sueño despierto(a) a menudo	0	1	2	50.	Soy demasiado ansioso(a) o miedoso(a)
0	1	2	18.	He intentado suicidarme o hacerme daño deliberadamente	0	1	2	51.	Me siento mareado(a)
0	1	2	19.	Intento llamar mucho la atención	0	1	2	52.	Me siento demasiado culpable
0	1	2	20.	Rompo mis cosas	0	1	2	53.	Como demasiado
0	1	2	21.	Rompo las cosas de otras personas	0	1	2	54.	Me siento demasiado cansado(a)
0	1	2	22.	Desobedezco a mis padres	0	1	2	55.	Peso más de lo que debería
0	1	2	23.	Desobedezco en la escuela	0	1	2	56.	Tengo problemas físicos <i>sin causa médica</i> :
0	1	2	24.	No como tan bien como debería	0	1	2	a.	Dolores o molestias (no incluyas dolor de estómago o de cabeza)
0	1	2	25.	No me llevo bien con otros(as) niños(as)/chicos(as)	0	1	2	b.	Dolores de cabeza
0	1	2	26.	No me siento culpable después de portarme mal	0	1	2	c.	Náuseas, me siento mal
0	1	2	27.	Tengo celos de otras personas	0	1	2	d.	Problemas con los ojos (valóralo como 0 si llevas gafas) (describe): _____
0	1	2	28.	Me salto las normas en casa, en la escuela y en otros lugares	0	1	2	e.	Erupciones u otros problemas en la piel
0	1	2	29.	Tengo miedo a ciertas situaciones, animales o lugares diferentes de la escuela (describe): _____	0	1	2	f.	Dolores de estómago o retortijones
0	1	2	30.	Tengo miedo de ir a la escuela	0	1	2	g.	Vómitos
0	1	2	31.	Tengo miedo de pensar o hacer algo malo	0	1	2	h.	Otros (describe): _____
0	1	2	32.	Creo que tengo que ser perfecto(a)	0	1	2	57.	Pego a los demás
0	1	2	33.	Creo que nadie me quiere	0	1	2	58.	Me meto el dedo en la nariz, me arañó la piel u otras partes del cuerpo (describe): _____
					0	1	2	59.	Puedo ser bastante amable

POR FAVOR, VERIFICA QUE HAS CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS

PASA A LA PÁGINA SIGUIENTE

0 = No es cierto 1 = Algo, algunas veces cierto 2 = Cierto muy a menudo o bastante a menudo

0	1	2	60.	Me gusta probar cosas nuevas	0	1	2	84.	Hago cosas que otras personas piensan que son extrañas (describe): _____
0	1	2	61.	Mi rendimiento escolar es bajo					_____
0	1	2	62.	Soy torpe; no tengo mucha coordinación					_____
0	1	2	63.	Prefiero estar con niños(as)/chicos(as) mayores que yo	0	1	2	85.	Tengo ideas que otras personas pensarían que son extrañas (describe): _____
0	1	2	64.	Prefiero estar con niños(as)/chicos(as) menores que yo					_____
0	1	2	65.	Me niego a hablar	0	1	2	86.	Soy tozudo(a)
0	1	2	66.	Repito algunas acciones una y otra vez (describe): _____	0	1	2	87.	Cambio de humor o sentimientos de repente
					0	1	2	88.	Me gusta estar con otras personas
0	1	2	67.	Me escapo de casa	0	1	2	89.	Soy desconfiado(a)
0	1	2	68.	Grito mucho	0	1	2	90.	Digo groserías o palabrotas
0	1	2	69.	Soy muy reservado(a); me callo todo	0	1	2	91.	Pienso en matarme
0	1	2	70.	Veó cosas que otros creen que no existen (describe): _____	0	1	2	92.	Me gusta hacer reír a los demás
					0	1	2	93.	Hablo demasiado
0	1	2	71.	Me avergüenzo con facilidad; tengo mucho sentido del ridículo	0	1	2	94.	Me burlo mucho de los demás
0	1	2	72.	Prendo fuegos	0	1	2	95.	Me enfado con facilidad
0	1	2	73.	Soy habilidoso(a)	0	1	2	96.	Pienso demasiado en el sexo
0	1	2	74.	Me gusta llamar la atención o hacerme el/la gracioso(a)	0	1	2	97.	Amenazo con hacer daño a otras personas
0	1	2	75.	Soy tímido(a)	0	1	2	98.	Me gusta ayudar a otras personas
0	1	2	76.	Duermo menos que la mayoría de los/las niños(as)/chicos(as)	0	1	2	99.	Fumo tabaco
					0	1	2	100.	No duermo bien (describe): _____
0	1	2	77.	Duermo más que la mayoría de los/las niños(as)/chicos(as) durante el día y/o la noche					_____
0	1	2	78.	Soy desatento(a), me distraigo fácilmente	0	1	2	101.	Hago novillos, faltó a la escuela sin motivo
0	1	2	79.	Tengo problemas para hablar (describe): _____	0	1	2	102.	Tengo poca energía
					0	1	2	103.	Me siento infeliz, triste o deprimido(a)
0	1	2	80.	Defiendo mis derechos	0	1	2	104.	Soy más ruidoso(a) que otros chicos(as)
0	1	2	81.	Robo en casa	0	1	2	105.	Tomo alcohol o drogas (describe): _____
0	1	2	82.	Robo fuera de casa					_____
0	1	2	83.	Almaceno cosas que no necesito (describe): _____	0	1	2	106.	Trato de ser justo con los demás
					0	1	2	107.	Me gusta un buen chiste
					0	1	2	108.	Me gusta tomarme las cosas con calma
					0	1	2	109.	Trato de ayudar a los demás cuando puedo
					0	1	2	110.	Desearía ser del sexo opuesto
					0	1	2	111.	Evito relacionarme con los demás
					0	1	2	112.	Me preocupo a menudo

Iba tu conducta, sentimientos o intereses.

Por favor, escribe cualquier otra cosa que des

POR FAVOR COMPRUEBA QUE HAS CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS

ESTE CUESTIONARIO ES TOTALMENTE ANÓNIMO, NO ESCRIBAS TU NOMBRE EN NINGÚN SITIO

CUESTIONARIO NÚMERO 3:
LEE ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES Y CONTESTA:

ESCALA INFANTIL DE SINTOMAS DE TEPT (CPSS, Adap. Español P. Rincón)

PARTE - 1

Debajo hay una lista de los problemas que los/as niños/as y jóvenes tienen a veces después de la experimentación de un evento traumático en tu hogar. Lee cada uno con cuidado y rodea el número (0/3) que mejor describe con qué frecuencia ese problema te ha molestado EN LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS

Por favor escribe abajo el acontecimiento estresante que más te entristece:

Tiempo desde que sucedió el acontecimiento: _____

	0	1	2	3
DI 1. Has tenido pensamientos o imágenes acerca del evento, que vienen a tu mente aunque tú no has querido.	0 Nada o sólo un momento	1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	3 5 o más veces por semana/casi siempre
2. Has tenido sueño malos o pesadillas	0 Nada o sólo un momento	1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	3 5 o más veces por semana/casi siempre
3. Has actuado o has tenido sentimientos como si el evento estuviera pasado de nuevo (Al escuchar algo o ver una imagen relacionada con el evento traumático te han sentido como si estuvieras ahí otra vez).	0 Nada o sólo un momento	1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	3 5 o más veces por semana/casi siempre
4. Te has sentido mal cuando piensas acerca de eso o escuchas hablar acerca del evento (por ejemplo, sintiéndose asustado, enojado, triste, culpable, etc).	0 Nada o sólo un momento	1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	3 5 o más veces por semana/casi siempre
5. Has tenido sensaciones en tu cuerpo cuando piensas o escuchar acerca del evento (por ejemplo, transpirando repentinamente o laténdote muy rápido el corazón).	0 Nada o sólo un momento	1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	3 5 o más veces por semana/casi siempre
EV 6. Has tratado de no pensar, hablar o tener sentimiento acerca del evento.	0 Nada o sólo un momento	1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	3 5 o más veces por semana/casi siempre
7. Has tratado de evitar actividades, personas o lugares que te recuerden del evento traumático.	0 Nada o sólo un momento	1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	3 5 o más veces por semana/casi siempre
8. Has sido incapaz de recordar una parte importante del evento traumático.	0 Nada o sólo un momento	1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	3 5 o más veces por semana/casi siempre
9. Has tenido mucho menos interés en hacer cosas que solías hacer.	0 Nada o sólo un momento	1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	3 5 o más veces por semana/casi siempre
10. Has tenido dificultad en sentirte cercano a las personas que te rodean.	0 Nada o sólo un momento	1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	3 5 o más veces por semana/casi siempre

ESTE CUESTIONARIO ES TOTALMENTE ANÓNIMO, NO ESCRIBAS TU NOMBRE EN NINGÚN SITIO

11. Has sido incapaz de tener sentimientos fuertes (por ejemplo, incapacidad para llorar o sentirte feliz).	0 Nada o sólo un momento	1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	3 5 o más veces por semana/casi siempre
12. Has sentido que tus planes futuros o tus esperanzas no se harán realidad (por ejemplo, no tendrás trabajo, no te casarás o no tendrás hijos).	0 Nada o sólo un momento	1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	3 5 o más veces por semana/casi siempre
AC 13. Has tenido problemas para quedarte o permanecer dormido.	0 Nada o sólo un momento	1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	3 5 o más veces por semana/casi siempre
14. Te has sentido irritable o has tenido ataques de rabia.	0 Nada o sólo un momento	1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	3 5 o más veces por semana/casi siempre
15. Has tenido dificultad para concentrarte (por ejemplo, perdiendo la pista a una historia en la televisión, olvidando lo que leías, no poniendo atención en clases).	0 Nada o sólo un momento	1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	3 5 o más veces por semana/casi siempre
16. Has estado demasiado preocupado (por ejemplo, revisando quién esta alrededor tuyo y qué está alrededor tuyo).	0 Nada o sólo un momento	1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	3 5 o más veces por semana/casi siempre
17. Has estado asustado o te has sobresaltado fácilmente (por ejemplo, cuando alguien se acerca detrás de ti).	0 Nada o sólo un momento	1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	3 5 o más veces por semana/casi siempre

Escala Infantil de Síntomas de TEP (CPSS) Parte-2

Indica abajo si los problemas que tú marcaste en la parte 1 te han afectado en cualquiera de las siguientes áreas de tu vida **DURANTE** las **ÚLTIMAS 2 SEMANAS**.

		SI	NO
18.	Al hacer tus oraciones o rezos.	S	N
19.	Al hacer tus tareas de la casa.	S	N
20.	En tus relaciones de amistad.	S	N
21.	En tus pasatiempos o actividades de entretenimiento.	S	N
22.	Al hacer tus tareas escolares.	S	N
23.	En tus relaciones con tu familia.	S	N
24.	En tu felicidad general con tu vida.	S	N

- Achenbach, T.M, y Edelbrock, C. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont.
- Alcántara, M. V., López-Soler, C., Castro, M., y López, J. J. (2013). Alteraciones psicológicas en menores expuestos a violencia de género: prevalencia y diferencias de género y edad. *Anales de psicología*, 29(3), 741-747.
- Alexander, H., Macdonald, E., y Paton, S. (2005). Raising the issue of domestic abuse in school. *Children & society*, 19(3), 187-198.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSMIV-TR (4th ed. text revision)*. Washington, DC: Autor.
- Appel, A. E., y Holden, G. W. (1998) "The co-occurrence of spouse and physical child abuse: A review and appraisal." *Journal of family psychology* 12 (4): 578.
- Armsworth, M. W., y Holaday, M. (1993). The effects of psychological trauma on children and adolescents. *Journal of Counseling & Development*, 72(1), 49-56.
- 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.
- Black, D. (1998). Witnessing adults' violence: the effects on children and adolescents. *Advances in Psychiatric Treatment*, 4(4), 202-210.
- Bair-Merritt, M., Zuckerman, B., Augustyn, M., y Cronholm, P. F. (2013). Silent victims -an epidemic of childhood exposure to domestic violence. *New England journal of medicine*, 369(18), 1673-1675.
- Biosca, S. A., y Fernández, F. V. (2009) *Infancia en España. Nuevos desafíos sociales, nuevas respuestas jurídicas*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas. (ISBN: 978-84-8468-259-2).
- Brandon, M., y Lewis, A. (1996). Significant harm and children's experiences of domestic violence. *Child & Family Social Work*, 1(1), 33-42.
- Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., y Ford, J. D. (2012). Parsing the effects violence exposure in early childhood: Modeling developmental pathways. *Journal of pediatric psychology*, 37(1), 11-22.
- Buchbinder, E. (2004). Motherhood of battered women: The struggle for repairing the past. *Clinical Social Work Journal*, 32(3), 307-326.

Buka, S. L., Stichick, T. L., Birdthistle, I., y Earls, F. J. (2001). Youth exposure to violence: prevalence, risks, and consequences. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(3), 298.

Burman, S., y Allen-Meares, P. (1994). Neglected victims of murder: Children's witness to parental homicide. *Social work*, 39(1), 28-34.

Bustos, P., Rincón, P. y Aedo, J. (2009). Validación preliminar de la escala infantil de síntomas del trastorno de estrés postraumático (Child PTSD Symptom Scale, CPSS) en niños/as y adolescentes víctimas de violencia sexual. *Psykhé (Santiago)*, 18(2), 113-126.

Carlson, B. E. (1984). Causes and maintenance of domestic violence: An ecological analysis. *The Social Service Review*, 569-587.

Carlson, B. E. (2000). Children exposed to intimate partner violence research findings and implications for intervention. *Trauma, Violence, y Abuse*, 1(4), 321-342.

Castro, R., y Ruiz, A. (2004). Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México. *Rev Saúde Pública*, 38(1), 62-70.

Chan, Y. C., y Yeung, J. W. K. (2009). Children living with violence within the family and its sequel: A meta-analysis from 1995–2006. *Aggression and Violent Behavior*, 14(5), 313-322.

Chemtob, C. M., y Carlson, J. G. (2004). Psychological Effects of Domestic Violence on Children and Their Mothers. *International Journal of Stress Management*, 11(3), 209.

Christopoulos, C., Cohn, D. A., Shaw, D. S., Joyce, S., Sullivan-Hanson, J., Kraft, S. P., y Emery, R. E. (1987). Children of abused women: I. Adjustment at time of shelter residence. *Journal of Marriage and the Family*, 611-619.

Cleaver, H., Unell, I., y Aldgate, J. (1999). *Children's Needs: Parenting Capacity: The Impact of Parental Mental Illness, Problem Alcohol and Drug Use, and Domestic Violence on Children's Development*. London: Stationery Office.

Conte, J. R., y Schuerman, J. R. (1987). Factors associated with an increased impact of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglected*, 11, 210–211.

Corbalán, J., y Patró, R. (2003, May). Consecuencias psicológicas de la violencia familiar: mujeres maltratadas e hijos de hogares violentos. Conferencia impartida en II Jornadas sobre Mujer y Salud: Interacción de los contextos familiar y laboral. Murcia.

Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., y Van der Kolk, B. (2005). Complex trauma. *Psychiatric annals*, 35(5), 390-398.

Cummings, J. G., Pepler, D. J., y Moore, T. E. (1999). Behavior problems in children exposed to wife abuse: Gender differences. *Journal of Family Violence*, 14(2), 133-156.

Cunningham, A. J., Baker, L. (2004) What about Me!: Seeking to Understand a Child's View of Violence in the Family. Centre for Children & Families in the Justice System.

Davis, L. V., y Carlson, B. E. (1987). Observation of spouse abuse: What happens to the children. *Journal of Interpersonal Violence*, 2, 278-291.

De la Vega, A., De la Osa, N., Ezpeleta, L., Granero, R., y Domènech, J. M. (2011). Differential effects of psychological maltreatment on children of mothers exposed to intimate partner violence. *Child abuse y neglect*, 35(7), 524-531.

Doucoulagos, H. (2011). How Large is Large? Preliminary and relative guidelines for interpreting partial correlations in economics. School Working Paper. Economic Series. SWP2011/5. Deakin University, Faculty of Business and Law. Disponible en: http://www.deakin.edu.au/_data/assets/pdf_file/0003/408576/2011_5.pdf

Drell, M. J., Siegel, C. H., & Gaensbauer, T. J. (1993). Post-traumatic stress disorder. *Handbook of Infant Mental Health*, Zeanah CH, ed. New York: Guilford Press.

Edleson, J. L. (1999). Children's witnessing of adult domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(8), 839-870.

Edleson, J. L., Ellerton, A. L., Seagren, E. A., Kirchberg, S. L., Schmidt, S. O., y Ambrose, A. T. (2007). Assessing child exposure to adult domestic violence. *Children and Youth Services Review*, 29(7), 961-971.

Edleson, J. L., Gassman-Pines, J., y Hill, M. B. (2006). Defining child exposure to domestic violence as neglect: Minnesota's difficult experience. *Social Work*, 51(2), 167-174.

Edleson, J. L., Shin, N., y Armendariz, K. K. J. (2008). Measuring children's exposure to domestic violence: The development and testing of the Child Exposure to Domestic Violence (CEDV) Scale. *Children and Youth Services Review*, 30, 502-521.

Emery, C. R. (2011). Controlling for selection effects in the relationship between child behavior problems and exposure to intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(8), 1541-1558.

Eth, S., y Pynoos, R. S. (1994). Children who witness the homicide of a parent. *Psychiatry*, 57(4), 287-306.

- Evans, S. E., Davies, C., y DiLillo, D. (2008). Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and violent behavior*, 13(2), 131-140.
- Fantuzzo, John W., y Carol Ummel Lindquist (1989). The effects of observing conjugal violence on children: A review and analysis of research methodology. *Journal of Family Violence* 4.1: 77-94.
- Fantuzzo, J. W., DePaola, L. M., Lambert, L., Martino, T., Anderson, G., y Sutton, S. (1991). Effects of interparental violence on the psychological adjustment and competencies of young children. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(2), 258.
- Fantuzzo, J., Boruch, R., Beriama, A., Atkins, M., y Marcus, S. (1997). Domestic violence and children: Prevalence and risk in five major US cities. *Journal of the American Academy of child y Adolescent psychiatry*, 36(1), 116-122.
- Fantuzzo, J. W., y Mohr, W. K. (1999). Prevalence and effects of child exposure to domestic violence. *The future of children*, 21-32.
- Farmer, E., y Owen, M. (1995). *Child protection practice: Private risks and public remedies* (Vol. 13). London: HMSO.
- Fernández-Molina, M., Del Valle, J., Fuentes, M. J., Bernedo, I. M., y Bravo, A. (2011). Problemas de conducta de los adolescentes en acogimiento preadoptivo, residencial y con familia extensa. *Psicothema*, 23(1), 1-6.
- Fitzpatrick, K. M., y Boldizar, J. P. (1993). The prevalence and consequences of exposure to violence among African-American youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(2), 424-430.
- Fletcher, K. E. (1996). Childhood posttraumatic stress disorder. *Child psychopathology*, 242-276.
- Fletcher, J. (2010). The effects of intimate partner violence on health in young adulthood in the United States. *Social Science & Medicine*, 70(1), 130-135.
- Foa, E., Johnson, K, Feeny, N., y Treadwell, K. (2001). The Child PTSD Symptom Scale: A preliminary examination of its psychometric properties. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 376-384.
- Fusco, R. A., y Fantuzzo, J. W. (2009). Domestic violence crimes and children: A population-based investigation of direct sensory exposure and the nature of involvement. *Children and Youth Services Review*, 31(2), 249-256.
- Gewirtz, A. H., y Medhanie, A. (2008). Proximity and risk in children's witnessing of intimate partner violence incidents. *Journal of Emotional Abuse*, 8 (1-2), 67-82.

Gleason, W. J. (1995). Children of battered women: Developmental delays and behavioral dysfunction. *Violence and Victims*, 10(2), 153-160.

Goldblatt, H. (2003). Strategies of coping among adolescents experiencing interparental violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(5), 532-552.

Graham-Bermann, S. A., y Levendosky, A. A. (1998). Traumatic stress symptoms in children of battered women. *Journal of interpersonal violence*, 13 (1), 111-128.

Graham-Bermann, S. A., y Seng, J. (2005). Violence exposure and traumatic stress symptoms as additional predictors of health problems in high-risk children. *The Journal of Pediatrics*, 146(3), 349-354.

Grych, J. H., Jouriles, E. N., Swank, P. R., McDonald, R., y Norwood, W. D. (2000). Patterns of adjustment among children of battered women. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(1), 84.

Guille, L. (2004). Men who batter and their children: An integrated review. *Aggression and Violent Behavior*, 9(2), 129-163.

Harding, H. G., Morelen, D., Thomassin, K., Bradbury, L., y Shaffer, A. (2013). Exposure to maternal and paternal-perpetrated intimate partner violence, emotion regulation, and child outcomes. *Journal of Family Violence*, 28(1), 63-72.

Harris, S. D., Dean, K. R., Holden, G. W., y Carlson, M. J. (2001). Assessing Police and Protective Order Reports of Violence: What Is the Relation? *Journal of Interpersonal Violence*, 16(6), 602-609.

Hester, M. (2007). *Making an impact: Children and domestic violence: A reader*. Jessica Kingsley Publishers.

Holden, G. W., y Ritchie, K. L. (1991). Linking extreme marital discord, child rearing, and child behavior problems: Evidence from battered women. *Child development*, 62(2), 311-327.

Holden, G. W. (2003). Children exposed to domestic violence and child abuse: Terminology and taxonomy. *Clinical child and family psychology review*, 6(3), 151-160.

Holden, G. W., & Ritchie, K. L. (1991). Linking extreme marital discord, child rearing, and child behavior problems: Evidence for battered women. *Child Development*, 13, 51-68.

Holt, S., Buckley, H., y Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child abuse y neglect*, 32(8), 797-810.

Hughes, H. M. (1988). Psychological and behavioral correlates of family violence in child witnesses and victims. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58, 77-90.

Holtzworth-Munroe, A., Smutzler, N., y Sandin, E. (1997). A brief review of the research on husband violence: Part II: The psychological effects of husband violence on battered women and their children. *Aggression and Violent Behavior*, 2(2), 179-213.

Honor, G. (2005). Domestic violence and children. *Journal of Pediatric Health Care*, 19(4), 206-212.

Horowitz, K., Weine, S., y Jekel, J. (1995). PTSD symptoms in urban adolescent girls: Compounded community trauma. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(10), 1353-1361.

Hughes, H. M., Parkinson, D., y Vargo, M. (1989). Witnessing spouse abuse and experiencing physical abuse: A "double whammy"? *Journal of family violence*, 4(2), 197-209.

Huth-Bocks, A. C., Levendosky, A. A., y Semel, M. A. (2001). The direct and indirect effects of domestic violence on young children's intellectual functioning. *Journal of family violence*, 16(3), 269-290.

Hungerford, A., Wait, S. K., Fritz, A. M., y Clements, C. M. (2012). Exposure to intimate partner violence and children's psychological adjustment, cognitive functioning, and social competence: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 17(4), 373-382.

Jaffe, P., Wolfe, D., Wilson, S., y Zak, L. (1986). Family violence and child adjustments: A comparative analysis of girls' and boys' behavioral symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 143, 74-77.

Jaffe, Peter G., Wolfe, D. A. y Wilson, S.K. (1990). *Children of battered women*. Londres: Sage Publications, Inc.,

Jouriles, E. N., Mueller, V., Rosenfield, D., McDonald, R., y Dodson, M. C. (2012). Teens' experiences of harsh parenting and exposure to severe intimate partner violence: Adding insult to injury in predicting teen dating violence. *Psychology of Violence*, 2(2), 125.

Kellogg, N. D., y Menard, S. W. (2003). Violence among family members of children and adolescents evaluated for sexual abuse. *Child abuse & neglect*, 27 (12), 1367-1376.

Kerig, P. K., Fedorowicz, A. E., Brown, C. A., y Warren, M. (2000). Assessment and intervention for PTSD in children exposed to violence. *Journal of Aggression, Maltreatment y Trauma*, 3(1), 161-184.

Kernic, M. A., Wolf, M. E., Holt, V. L., McKnight, B., Huebner, C. E., y Rivara, F. P. (2003). Behavioral problems among children whose mothers are abused by an intimate partner. *Child Abuse y Neglect*, 27(11), 1231-1246.

Kilpatrick, K. L., y Williams, L. M. (1997). Post-traumatic stress disorder in child witnesses to domestic violence. *American journal of orthopsychiatry*, 67(4), 639.

Kilpatrick, K. L., y Williams, L. M. (1998). Potential mediators of post-traumatic stress disorder in child witnesses to domestic violence. *Child Abuse y Neglect*, 22(4), 319-330.

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(2), 339.

Kolbo, J. R., Blakely, E. H., y Engleman, D. (1996). Children who witness domestic violence: A review of empirical literature. *Journal of Interpersonal Violence*, 11(2), 281-293.

Lamb, M. E., Gaensbauer, T. J., Malkin, C. M., y Schultz, L. A. (1985). The effects of child maltreatment on security of infant-adult attachment. *Infant Behavior and Development*, 8(1), 35-45.

Lamers-Winkelmann, F., Willemsen, A. M., y Visser, M. (2012). Adverse childhood experiences of referred children exposed to intimate partner violence: Consequences for their wellbeing. *Child abuse y neglect*, 36(2), 166-179.

Lehmann, P. (2000). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and child witnesses to mother-assault: a summary and review. *Children and Youth Services Review*, 22(3), 275-306.

Lemmey, D., McFarlane, J., Willson, P., y Malecha, A. (2001). Intimate partner violence: Mothers' perspectives of effects on their children. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 26(2), 98-103

Levendosky, A. A., y Graham-Bermann, S. A. (2001). Parenting in battered women: The effects of domestic violence on women and their children. *Journal of Family Violence*, 16(2), 171-192.

Levendosky, A. A., Bogat, G. A., y Martínez-Torteya, C. (2013). PTSD symptoms in young children exposed to intimate partner violence. *Violence against women*, 19, 187-201

- Levendosky, A. A., Huth-Bocks, A. C., Shapiro, D. L., y Semel, M. A. (2003). The impact of domestic violence on the maternal-child relationship and preschool-age children's functioning. *Journal of Family Psychology*, 17(3), 275.
- Litrownik, A. J., Newton, R., Hunter, W. M., English, D., y Everson, M. D. (2003). Exposure to family violence in young at-risk children: A longitudinal look at the effects of victimization and witnessed physical and psychological aggression. *Journal of Family Violence*, 18(1), 59-73.
- Lundy, M., y Grossman, S. (2005). The mental health and service needs of young children exposed to domestic violence: Supportive data. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 86(1), 17-29.
- Malmquist, C. P. (1986). Children who witness parental murder: Posttraumatic aspects. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25(3), 320-325.
- Margolin, G. (1998). Effects of domestic violence on children. En P. K. Trickett y C. J. Schellenbach, (Eds), *Violence Against Children in the Family and the Community*. Washington: American Psychological Association, 57-101.
- Margolin, G., y Gordis, E. B. (2000). The effects of family and community violence on children. *Annual review of psychology*, 51(1), 445-479.
- Mash, E. J., y Terdal, L. G. (1997). Assessment of child and family disturbance: a behavioral systems approach. En E. J. Mash, y L. G. Terdal (Eds.), *Assessment of childhood disorders*, New York: Guilford Press, 3-68.
- Matud, M. P. (2007). Domestic abuse and children's health in the Canary Islands, Spain. *European Psychologist*, 12(1), 45-53.
- McCloskey, L. A., Figueredo, A. J., y Koss, M. P. (1995). The effects of systemic family violence on children's mental health. *Child development*, 66(5), 1239-1261.
- McCloskey, L. A., y Lichter, E. L. (2003). The contribution of marital violence to adolescent aggression across different relationships. *Journal of interpersonal violence*, 18(4), 390-412.
- McFarlane, J. M., Groff, J. Y., O'Brien, J. A., y Watson, K. (2003). Behaviors of children who are exposed and not exposed to intimate partner violence: an analysis of 330 black, white, and Hispanic children. *Pediatrics*, 112(3), e202-e207.
- McGee, C. (2000). *Childhood experiences of domestic violence*. Jessica Kingsley Publishers.

McIntosh, J. E. (2002). Thought in the face of violence: A child's need. *Child Abuse & Neglect*, 26(3), 229-241.

McKibben, L., De Vos, E., y Newberger, E. H. (1989). Victimization of mothers of abused children: a controlled study. *Pediatrics*, 84(3), 531-535.

Macroencuesta Violencia de Género (2011). Centro de Investigaciones Sociológicas. Ministerio de la Presidencia. Madrid.

Mitchell, K. J., y Finkelhor, D. (2001). Risk of crime victimization among youth exposed to domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 16(9), 944-964.

Mohr, W. K., Lutz, M. J. N., Fantuzzo, J. W., y Perry, M. A. (2000). Children Exposed to Family Violence A Review of Empirical Research from a Developmental-Ecological Perspective. *Trauma, Violence y Abuse*, 1(3), 264-283.

Moylan, C. A., Herrenkohl, T. I., Sousa, C., Tajima, E. A., Herrenkohl, R. C., y Russo, M. J. (2010). The effects of child abuse and exposure to domestic violence on adolescent internalizing and externalizing behavior problems. *Journal of family Violence*, 25(1), 53-63.

Mullender, A., Hague, G., Iman, U., Kelly, L., Malos, E., y Regan, L. (2002). *Children's perspectives on domestic violence*. London: Sage

Muresan, L. (2011). *The effects of exposure to intimate partner violence on preschool children: A literature review*. University of Hartford.

O'Brien, M., John, R. S., Margolin, G., y Erel, O. (1994). Reliability and diagnostic efficacy of parents' reports regarding children's exposure to marital aggression. *Violence and victims*, 9(1), 45-62.

O'Keefe, M. (1994). Linking marital violence, mother-child/father-child aggression, and child behavior problems. *Journal of family violence*, 9(1), 63-78.

Osofsky, J. D. (2003). Prevalence of children's exposure to domestic violence and child maltreatment: Implications for prevention and intervention. *Clinical child and family psychology review*, 6(3), 161-170.

Osofsky, J. D., Wewers, S., Hann, D. M., y Fick, A. C. (1993). Chronic community violence: what is happening to our children?. *Psychiatry*, 56(1), 36-45.

Pardo, A., y Ruiz, M. Á. (2002). *SPSS 11 Guía para el análisis de datos*. Madrid: McGraw-Hill.

Peterson, K. C., Prout, M. F., y Schwarz, R. A. (1991). *Post-traumatic stress disorder*. Springer Science & Business Media.

- Pueyo, A. A., López, S., y Álvarez, E. (2008). Valoración del riesgo de violencia contra la pareja por medio de la SARA. *Papeles del psicólogo*, 29(1), 107-122.
- Pynoos, R. S., y Nader, K. (1988). Psychological first aid and treatment approach to children exposed to community violence: Research implications. *Journal of Traumatic stress*, 1(4), 445-473.
- Ramos, E.; de la Peña, E. M.; Luzón, J. M., y Recio, P. (2011). *Impacto de la exposición a violencia de género en menores*. Instituto Andaluz de la Mujer.
- Rivett, D. A. (2006). Adverse events and the vertebral artery: Can they be averted?. *Manual therapy*, 11(4), 241-242.
- Richters, J. E., y Martinez, P. (1993). The NIMH community violence project: I. Children as victims of and witnesses to violence. *Psychiatry*, 56(1), 7-21.
- Robbie Rossman, B. B., Hughes, H. M., y Hanson, K. L. (1998). The victimization of school-age children. *Journal of aggression, maltreatment & trauma*, 2(1), 87-106.
- Ross, S. M. (1996). Risk of physical abuse to children of spouse abusing parents. *Child abuse & neglect*, 20(7), 589-598.
- Rossman, B. B., y Ho, J. (2000). Posttraumatic response and children exposed to parental violence. *Journal of Aggression, Maltreatment y Trauma*, 3(1), 85-106.
- Rossman, B. B. R., Hughes, H. M., & Rosenberg, M. S. (2000). *Children in violent families: The impact of exposure*. Philadelphia: Taylor and Francis.
- Sajadi, H., Rahimy, H., Rafiey, H., y Vameghi, M. (2014). The prevalence of exposure to domestic violence among high school students in Tehran. *Iranian Red Crescent medical journal*, 16(1) 1-9.
- Sternberg, K. J., Baradaran, L. P., Abbott, C. B., Lamb, M. E., y Guterman, E. (2006). Type of violence, age, and gender differences in the effects of family violence on children's behavior problems: A mega-analysis. *Developmental Review*, 26(1), 89-112.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Drell, M. J., y Larrieu, J. A. (1995). Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(2), 191-200.
- Silvern, L., y Kaersvang, L. (1989). The traumatized children of violent marriages. *Child Welfare*, 68, 421-436.

Silvern, L., Karyl, J., y Landis, T. Y. (1995). Individual psychotherapy for the traumatized children of abused women. En E. Peled, P.G. Jaffe, y J.L. Edleson (Eds.), *Ending the cycle of violence: community responses to children of battered woman*, 43-76. Thousand Oaks, CA: Sage.

Skopp, N. A., McDonald, R., Manke, B., y Jouriles, E. N. (2005). Siblings in domestically violent families: experiences of interparent conflict and adjustment problems. *Journal of Family Psychology*, 19 (2), 324.

Sroufe, L. A. (1979). The coherence of individual development: Early care, attachment, and subsequent developmental issues. *American Psychologist*, 34(10), 834.

Sroufe, L., Carlson, E. A., Levy, A. K., y Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and psychopathology*, 11(01), 1-13.

Stagg, V., Wills, G. D., y Howell, M. (1989). Psychopathology in early childhood witnesses of family violence. *Topics in Early Childhood Special Education*, 9(2), 73-87.

Stark, E., y Flitcraft, A. H. (1988). Women and children at risk: A feminist perspective on child abuse. *International Journal of Health Services*, 18(1), 97-118.

Sternberg, K. J., Lamb, M. E., y Dawud-Noursi, S. (1998). Using multiple informants to understand domestic violence and its effects. In G. W. Holden, R. Geffner, y E. N. Jouriles (Eds.), *Children exposed to marital violence: Theory, research, and applied issues* (pp. 121–156). Washington, DC: American Psychological Association.

Sternberg, K. J., Lamb, M. E., Greenbaum, C., Cicchetti, D., Dawud, S., Cortes, R. M., y Lorey, F. (1993). Effects of domestic violence on children's behavior problems and depression. *Developmental psychology*, 29(1), 44.

Sternberg, K. J., Lamb, M. E., Guterman, E., y Abbott, C. B. (2006). Effects of early and later family violence on children's behavior problems and depression: A longitudinal, multi-informant perspective. *Child abuse y neglect*, 30(3), 283-306.

Straus, M. A., Gelles, R. J., y Steinmetz, S. K. (1980). *Behind closed doors: Violence in American families*. Garden City, NY: Anchor/Doubleday.

Strauss, M. A., y Gelles, R. J. (1990). *Physical violence in American families: Risk factors and adaptations to violence in 8,145 families*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.

Summers, A. (2006). *Children's Exposure to Domestic Violence: A Guide to Research and Resources*. National Council of Juvenile and Family Court Judges.

Taylor, K., y Letourneau, N. (2012). Infants Exposed to Intimate Partner Violence: Issues of Gender and Sex. *Journal of Family Violence*, 27(5), 477-488.

Terr, L. C. (1981). Psychic trauma in children: Observations following the Chowchilla school-bus kidnapping. *American journal of psychiatry*, 138(1), 14-19.

Thompson, M. P., Saltzman, L. E., y Johnson, H. (2003). A comparison of risk factors for intimate partner violence-related injury across two national surveys on violence against women. *Violence against women*, 9(4), 438-457.

Trickett, P. K., y McBride-Chang, C. (1995). The developmental impact of different forms of child abuse and neglect. *Developmental Review*, 15(3), 311-337.

Tschann, J. M., Johnston, J. R., Kline, M., y Wallerstein, J. S. (1989). Family process and children's functioning during divorce. *Journal of Marriage and the Family*, 51, 431-444.

Ulman, A., y Straus, M. A. (2003). Violence by children against mothers in relation to violence between parents and corporal punishment by parents. *Journal of Comparative Family Studies*, 41-60.

Unicef. (2006). Behind closed doors: The impact of domestic violence on children. In *Behind closed doors: the impact of domestic violence on children*. UNICEF. Disponible en: <http://www.unicef.org/protection/files/BehindClosedDoors.pdf>

Margolin, G., y Vickerman, K. A. (2007). Posttraumatic stress in children and adolescents exposed to family violence: I. Overview and issues. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 613-619.

Widom, C. S. (1998). Child victims: Searching for opportunities to break the cycle of violence. *Applied and Preventive Psychology*, 7, 225-234.

Wolak, J., y Finkelhor, D. (1998). Children exposed to partner violence. In J. Jasinski y L. M. Williams (Eds.), *Partner violence: A comprehensive review of 20 years of research*. (pp. 73-112). Thousand Oaks, CA: Sage.

Wekerle, C., y Wolfe, D. A. (1999). Dating violence in mid-adolescence: Theory, significance, and emerging prevention initiatives. *Clinical psychology review*, 19(4), 435-456

Wolfe, D. A., Crooks, C. V., Lee, V., McIntyre-Smith, A., y Jaffe, P. G. (2003). The effects of children's exposure to domestic violence: A meta-analysis and critique. *Clinical child and family psychology review*, 6(3), 171-187.

Yates, T. M., Dodds, M. F., Sroufe, L., y Egeland, B. (2003). Exposure to partner violence and child behavior problems: A prospective study controlling for child physical abuse and neglect, child cognitive ability, socioeconomic status, and life stress. *Development and psychopathology*, 15(01), 199-218.

Ybarra, Gabriel J., Susan L. Wilkens, and Alicia F. Lieberman. "The influence of domestic violence on preschooler behavior and functioning." *Journal of Family Violence* 22.1 (2007): 33-42.

Zarling, A. L., Taber-Thomas, S., Murray, A., Knuston, J. F., Lawrence, E., Valles, N. L., y Bank, L. (2013). Internalizing and externalizing symptoms in young children exposed to intimate partner violence: examining intervening processes. *Journal of family psychology*, 27(6), 945.

Zeanah, C. H., y Scheeringa, M. S. (1997). The experience and effects of violence in infancy. *Children in a violent society*, 97-123.

