



UNIVERSIDAD DE MURCIA
ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO
TESIS DOCTORAL

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN MENORES VÍCTIMAS DE
VIOLENCIA DE GÉNERO PARENTAL: APOYO EMPÍRICO CON
PERSPECTIVA DE GÉNERO

D. Benjamín Pereira-Román

2023



UNIVERSIDAD DE MURCIA
ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO
TESIS DOCTORAL

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN MENORES VÍCTIMAS DE
VIOLENCIA DE GÉNERO PARENTAL: APOYO EMPÍRICO CON
PERSPECTIVA DE GÉNERO

Autor: D. Benjamín Pereira-Román

Director/es: D.^a Concepción López Soler y
D.^a M^a Vicenta Alcántara López



**DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD
DE LA TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR**

Aprobado por la Comisión General de Doctorado el 19-10-2022

D./Dña. Benjamín Pereira Román

doctorando del Programa de Doctorado en

Psicología

de la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad Murcia, como autor/a de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor y titulada:

Tratamiento psicológico en menores víctimas de violencia de género parental: Apoyo empírico con perspectiva de género

y dirigida por,

D./Dña. Concepción López Soler

D./Dña. Maria Vicenta Alcántara López

D./Dña.

DECLARO QUE:

La tesis es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente, en particular, la Ley de Propiedad Intelectual (R.D. legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), en particular, las disposiciones referidas al derecho de cita, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Si la tesis hubiera sido autorizada como tesis por compendio de publicaciones o incluyese 1 o 2 publicaciones (como prevé el artículo 29.8 del reglamento), declarar que cuenta con:

- *La aceptación por escrito de los coautores de las publicaciones de que el doctorando las presente como parte de la tesis.*
- *En su caso, la renuncia por escrito de los coautores no doctores de dichos trabajos a presentarlos como parte de otras tesis doctorales en la Universidad de Murcia o en cualquier otra universidad.*

Del mismo modo, asumo ante la Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de la autoría o falta de originalidad del contenido de la tesis presentada, en caso de plagio, de conformidad con el ordenamiento jurídico vigente.

En Murcia, a 4 de mayo de 2023

Fdo.:  Benjamín Pereira Román

Esta DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD debe ser insertada en la primera página de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor.

Información básica sobre protección de sus datos personales aportados	
Responsable:	Universidad de Murcia. Avenida teniente Flomesta, 5. Edificio de la Convalecencia. 30003; Murcia. Delegado de Protección de Datos: dpd@um.es
Legitimación:	La Universidad de Murcia se encuentra legitimada para el tratamiento de sus datos por ser necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. art. 6.1.c) del Reglamento General de Protección de Datos
Finalidad:	Gestionar su declaración de autoría y originalidad
Destinatarios:	No se prevén comunicaciones de datos
Derechos:	Los interesados pueden ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, limitación del tratamiento, olvido y portabilidad a través del procedimiento establecido a tal efecto en el Registro Electrónico o mediante la presentación de la correspondiente solicitud en las Oficinas de Asistencia en Materia de Registro de la Universidad de Murcia

DEDICATORIA

A quienes trabajan por el bienestar de la infancia.

A mi familia, elegida y no elegida.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a todas las personas que han formado parte de este proyecto de alguna manera, desde aquellas que me han ofrecido soporte técnico, hasta quienes me han ofrecido soporte emocional. Sin duda, este ha sido el mayor reto al que he tenido que enfrentarme hasta la fecha, y sin el apoyo recibido no habría sido posible finalizarlo.

En primer lugar, me gustaría mencionar a mis directoras, Concha y Mavi, ya que gracias a su respaldo, confianza y espíritu crítico esta investigación ha podido llegar a ver la luz con la perspectiva que la caracteriza.

En segundo lugar, agradecer a todo el equipo de Quiero Crecer y profesionales del SAPMEX, tanto del presente como del pasado, ya que sin su esfuerzo y dedicación este proyecto no habría sido posible. Gracias al equipo técnico que me ha acompañado de alguna u otra manera (Irene, Pedro, Sílvia, Bea, Julia, Antonia, José Luis y Ana), al equipo de dirección (Antonia, Mara y Visi) y a quienes han pasado de alguna manera por el quipo que también han aportado a este trabajo (un especial agradecimiento a Carmen). Asimismo, quisiera agradecer al personal de administración (Celia e Isabel) por la ayuda prestada.

Asimismo, quisiera dar las gracias a todas aquellas personas usuarias del SAPMEX por su esfuerzo, predisposición y confianza depositada en el equipo profesional de Quiero Crecer. Sus experiencias son las que dan sentido a este estudio, y ojalá que no las hubieran tenido que pasar.

También quisiera agradecer el apoyo y comprensión recibido por mi familia, y mi familia elegida. En especial me gustaría mencionar a Helena, quien ha estado apoyándome desde el principio, y no ha parado de hacerlo a pesar de los años transcurridos. Gracias.

*Nos preocupamos por lo que un niño/a será mañana,
pero nos olvidamos de que ya es alguien hoy*

Stacia Tauscher

Esta investigación ha sido posible gracias al “Servicio de atención psicológica a hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género”, en base a un convenio establecido entre la Asociación para el Desarrollo de la Salud Mental en Infancia y Juventud, “Quiero Crecer”, y la Dirección General de Mujer y Diversidad de Género perteneciente a la Consejería de Política Social, Familias e Igualdad de la Región de Murcia.

Asimismo, el presente estudio ha sido desarrollado gracias a las “ayudas para estudiantes de doctorado en el marco del Campus de Excelencia Internacional Mare Nostrum con el fin de completar formación académica mediante la realización de movilidad intersectorial entre el sector público y el privado” de la Universidad de Murcia.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO	3
CAPÍTULO 1. VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL MARCO DE LA FAMILIA	4
1.1. <i>FAMILIA Y VIOLENCIA</i>	5
1.1.1. Violencia familiar y de pareja.....	5
1.1.1.1. Violencia de género en la pareja.....	6
1.2. <i>MALOS TRATOS EN LA INFANCIA</i>	9
1.2.1. Tipos de maltrato infantil.....	11
1.2.1.1. Maltrato físico.....	11
1.2.1.2. Negligencia física.....	12
1.2.1.3. Maltrato psicológico.....	14
1.2.1.4. Abuso sexual infantil.....	16
1.2.1.5. Maltrato por exposición a violencia de género.....	18
1.3. <i>RECORRIDO LEGISLATIVO EN EL RECONOCIMIENTO COMO MENORES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO</i>	19
CAPÍTULO 2. MENORES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO PARENTAL: MALTRATO CON ENTIDAD PROPIA	27
2.1. <i>MENORES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO PARENTAL</i>	28
2.1.1. Experiencia frente a exposición: de víctima indirecta a directa.....	28
2.2. <i>INCIDENCIA Y PREVALENCIA</i>	31
2.3. <i>IMPACTO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA DESCENDENCIA</i>	34
2.3.1. Salud mental.....	34
2.3.1.1. Sintomatología externalizante.....	35
2.3.1.2. Sintomatología internalizante.....	39
2.3.1.3. Trauma complejo.....	43
2.3.2. Alteraciones neurológicas.....	44
2.3.2.1. Activación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal.....	44
2.3.2.2. Activación del sistema nervioso autónomo.....	45
2.3.2.3. Alteraciones estructurales cerebrales.....	46
2.3.3. Salud física.....	46
CAPÍTULO 3. MODELOS EXPLICATIVOS	49
3.1. <i>TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL</i>	50
3.2. <i>TEORÍA DEL APEGO</i>	52
3.3. <i>TEORÍA COGNITIVO-CONTEXTUAL</i>	55
3.4. <i>TEORÍA DEL DESARROLLO</i>	57



3.5. <i>TEORÍA SISTÉMICA</i>	59
3.6. <i>TEORÍA ECO-BIOLÓGICA DEL DESARROLLO</i>	61
3.7. <i>MARCO PODER, AMENAZA Y SIGNIFICADO (PAS)</i>	64
CAPÍTULO 4. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA Y SU APLICACIÓN EN MEXVGP	69
4.1. <i>CONSIDERACIONES DE PARTIDA EN RELACIÓN A LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS</i>	70
4.1.1. Evolución histórica de los tratamientos psicológicos empíricamente apoyados (TPEA)	70
4.1.2. Diseño experimental en los tratamientos psicológicos.....	72
4.1.3. Clasificación de los trastornos mentales.....	74
4.2. <i>MODELOS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA</i>	76
4.2.1. Modelo cognitivo conductual: 1ª, 2ª y 3ª generación	77
4.2.1.1. 1ª Generación: Terapia de conducta	77
4.2.1.2. 2ª Generación: Terapia cognitivo conductual.....	77
4.2.1.3. 3ª Generación: Terapias contextuales.....	78
4.2.2. Modelo sistémico.....	79
4.2.2.1. Estructural.....	79
4.2.2.2. Estratégico	80
4.2.2.3. Posmoderno	80
4.2.2.4. Integrador	80
4.2.3. Modelo psicodinámico	81
4.2.3.1. Psicoterapia psicodinámica breve (STPP).....	81
4.2.3.2. Tratamiento basado en la mentalización (MBT)	81
4.2.3.3. Psicoterapia centrada en la regulación (RFP).....	82
4.2.4. Modelo interpersonal.....	82
4.3. <i>TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EN MEXVGP</i>	83
4.3.1. Tipos de intervención en MEXVGP.....	84
4.3.1.1. Intervenciones de componente único	85
4.3.1.2. Intervenciones multicomponente.....	89
4.3.2. Método de intervención.....	91
4.3.2.1. Separadas	91
4.3.2.2. Conjuntas	91
4.3.2.3. Combinadas	92



CAPÍTULO 5. PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA INVESTIGACIÓN	94
5.1. <i>PERSPECTIVA DE GÉNERO EN INVESTIGACIÓN: CONCEPTOS BÁSICOS</i>	95
5.1.1. ¿Qué es la perspectiva de género?.....	96
5.1.2. Diferencias entre género y sexo.....	97
5.1.3. Sesgos de género	100
5.2. <i>PERSPECTIVA DE GÉNERO EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA: BUENAS PRÁCTICAS</i>	103
5.3. <i>PERSPECTIVA DE GÉNERO EN INVESTIGACIÓN: VIOLENCIA DE GÉNERO</i>	108
5.4. <i>PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA INVESTIGACIÓN DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN MEXVGP</i>	113
SEGUNDA PARTE: ESTUDIO EMPÍRICO	118
CAPÍTULO 6. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	119
6.1. <i>OBJETIVO GENERAL</i>	120
6.2. <i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</i>	120
6.3. <i>HIPÓTESIS</i>	120
CAPÍTULO 7. MÉTODO	121
7.1. <i>DERIVACIÓN Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA</i>	122
7.2. <i>DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA</i>	123
7.3. <i>INSTRUMENTOS Y MEDIDAS DE EVALUACIÓN</i>	127
7.3.1. Entrevistas	127
7.3.1.1. Entrevista a la mujer maltratada	127
7.3.1.2. Entrevista psicológica al menor maltratado.....	128
7.3.2. Inventarios de maltrato	129
7.3.2.1. Inventario de evaluación del maltrato a la mujer por su pareja.....	129
7.3.2.2. Inventario de evaluación del maltrato a la infancia	129
7.3.3. Evaluación de la afectación en la descendencia	130
7.3.3.1. Child Behavior Checklist (CBCL)	130
7.3.4. Evaluación de Perspectiva de género en el estudio	138
7.3.4.1. Perspectiva de género en la investigación en salud (PEGEIN).....	138
7.4. <i>DISEÑO Y CONDICIONES DE TRATAMIENTO</i>	139
7.5. <i>PROGRAMA DE TRATAMIENTO</i>	140
7.5.1. Tratamiento dirigido a madres.....	140
7.5.1.1. Sesiones individuales con la madre y conjuntas.....	140
7.5.1.2. Sesiones grupales con madres	140



7.5.1.3. Módulos de tratamiento dirigido a madres	141
7.5.1.3.1. Módulo 1. Relación de hijos e hijas con el padre agresor	141
7.5.1.3.2. Módulo 2. Comprensión de los comportamientos y emociones de los hijos e hijas tras la experiencia de violencia género	142
7.5.1.3.3. Módulo 3. Factores de protección ante la adversidad	143
7.5.1.3.4. Módulo 4. Pautas de Crianza	144
7.5.2. Tratamiento dirigido a menores con experiencias de violencia de género parental	145
7.5.2.1. Sesiones individuales con el/la menor y conjuntas	145
7.5.2.2. Sesiones grupales con menores	146
7.5.2.3. Módulos del tratamiento	147
7.5.2.3.1. Módulo 1. Reconocimiento y expresión de emociones	147
7.5.2.3.2. Módulo 2. Relajación	148
7.5.2.3.3. Módulo 3. Estrategias de autoprotección en situaciones de violencia	148
7.5.2.3.4. Módulo 4. Reconstrucción de la identidad personal.....	149
7.5.2.3.5. Módulo 5. Crecimiento personal	150
7.5.2.3.6. Módulo 6. Reestructuración cognitiva.....	150
7.5.2.3.7. Módulo 7. Relaciones familiares	151
7.5.2.3.8. Módulo 8. Elaboración del trauma	152
7.6. <i>PROCEDIMIENTO</i>	153
7.7. <i>ANÁLISIS ESTADÍSTICO</i>	155
CAPÍTULO 8. RESULTADOS	157
8.1. <i>RESULTADOS DE EFICACIA</i>	158
8.1.1. Ansiedad/depresión	158
8.1.2. Aislamiento/depresión	160
8.1.3. Quejas somáticas	162
8.1.4. Problemas sociales.....	164
8.1.5. Problemas de pensamiento	166
8.1.6. Problemas de atención	168
8.1.7. Comportamiento disruptivo.....	170
8.1.8. Comportamiento agresivo.....	172
8.1.9. Otros	174
8.1.10. Síntomas internalizantes	176
8.1.11. Síntomas externalizantes	178
8.1.12. Total.....	180



8.1.13. Problemas de estrés postraumático.....	182
8.2. <i>RESULTADOS DE EFICIENCIA</i>	184
CAPÍTULO 9. DISCUSIÓN	185
9.1. <i>EFICACIA DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN LA REDUCCIÓN SINTOMALOGÍA TOTAL, INTERNALIZANTE, EXTERNALIZANTE Y TEPT</i> ..	186
9.2. <i>INFLUENCIA DE LAS VARIABLES MODALIDAD DE TRATAMIENTO, SEXO Y EDAD EN LA INTERVENCIÓN</i>	187
9.2.1. Modalidad de tratamiento.....	188
9.2.2. Rango de edad	189
9.2.3. Sexo	191
9.2.3.1. Sexo y puntuación total	191
9.2.3.2. Sexo y sintomatología internalizante.....	191
9.2.3.3. Sexo y sintomatología externalizante	193
9.2.3.3. Sexo y sintomatología TEPT	194
9.3. <i>EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN CUANTO A LA MODALIDAD DE TRATAMIENTO</i>	195
9.4. <i>PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA INVESTIGACIÓN</i>	196
CAPÍTULO 10. CONCLUSIONES	199
10.1. <i>APORTACIONES DEL PRESENTE ESTUDIO</i>	200
10.1.1. Resultados basados en la práctica.....	200
10.1.2. Influencia de la edad y el sexo en los resultados.....	202
10.1.2.1. Edad.....	204
10.1.2.2. Sexo	205
10.1.3. Análisis con perspectiva de género	209
10.2. <i>LIMITACIONES Y DIFICULTADES</i>	210
10.2.1. Limitaciones del estudio.....	211
10.2.2. Dificultades en el área de estudio	211
10.2.2.1. Dificultades en la aplicación de perspectiva de género en investigación.....	212
10.2.2.2. Dificultades poblacionales.....	212
10.2.2.3. Dificultades contextuales de los servicios asistenciales	214
10.2.2.4. Variables extrañas.....	215
10.3. <i>LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN</i>	217
REFERENCIAS	221



ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1.1. <i>Medidas dirigidas a la descendencia de las mujeres víctimas de violencia de género en sintonía con la Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer, 2013-2016.</i>	22
TABLA 3.1. <i>Principios fundamentales del Marco PAS</i>	64
TABLA 5.1. <i>Decálogo de recomendaciones para integrar la perspectiva de género en la práctica de la investigación en salud.</i>	106
TABLA 5.2. <i>Ciclo de la investigación sensible al género.</i>	107
TABLA 7.1. <i>Datos sociodemográficos de las madres</i>	125
TABLA 7.2. <i>Datos sociodemográficos de los menores.</i>	126
TABLA 7.3. <i>Características del maltrato.</i>	127
TABLA 7.4. <i>Factores de 1er orden y de 2º orden de la prueba CBCL 6 a 18.</i>	131
TABLA 7.5. <i>Comparación de escalas CBCL-TEPT</i>	137
TABLA 8.1. <i>Medias (ET) y contrastes estadísticos entre grupos en la dimensión Ansiedad/Depresión.</i>	158
TABLA 8.2. <i>Medias (ET) y contrastes estadísticos entre grupos en la dimensión Aislamiento/Depresión.</i>	160
TABLA 8.3. <i>Medias (ET) y contrastes estadísticos entre grupos en la dimensión Quejas somáticas.</i>	162
TABLA 8.4. <i>Medias (ET) y contrastes estadísticos entre grupos en la dimensión Problemas sociales.</i>	164
TABLA 8.5. <i>Medias (ET) y contrastes estadísticos entre grupos en la dimensión Problemas de pensamiento.</i>	166
TABLA 8.6. <i>Medias (ET) y contrastes estadísticos entre grupos en la dimensión Problemas de atención.</i>	168
TABLA 8.7. <i>Medias (ET) y contrastes estadísticos entre grupos en la dimensión Comportamiento disruptivo.</i>	170
TABLA 8.8. <i>Medias (ET) y contrastes estadísticos entre grupos en la dimensión Comportamiento agresivo.</i>	172
TABLA 8.9. <i>Medias (ET) y contrastes estadísticos entre grupos en la dimensión Otros.</i>	174
TABLA 8.10. <i>Medias (ET) y contrastes estadísticos entre grupos en la dimensión síntomas internalizantes.</i>	176
TABLA 8.11. <i>Medias (ET) y contrastes estadísticos entre grupos en la dimensión síntomas externalizantes.</i>	178
TABLA 8.12. <i>Medias (ET) y contrastes estadísticos entre grupos en la dimensión Total.</i>	180
TABLA 8.13. <i>Medias (ET) y contrastes estadísticos entre grupos en la dimensión Problemas estrés postraumático.</i>	182



TABLA 8.14. *Comparación de medias (DT) entre grupos en la variable número de sesiones.* 184

TABLA 9.1. *Cumplimiento de los ítems PEGEIN.*..... 197

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 2.1. *El iceberg del maltrato de Morales y Costa (1997).* 31

FIGURA 3.1. *Marco cognitivo-contextual para comprender las respuestas de los niños al conflicto conyugal propuesto por Grych y Frinchman (1990).*..... 56

FIGURA 3.2. *Modelo ecológico sobre las consecuencias de la exposición de los o las menores a violencia de género.* 63

FIGURA 3.3. *El Patrón Fundamental de Poder, Amenaza y Significado de Johnstone y Boyle (2018).* 67

FIGURA 5.1. *El proceso de investigación psicológica (rectángulos) y las posibles formas de introducir sesgos de género (circunferencias).* 110

FIGURA 7.1. *Procedimiento de actuación del SAPMEX* 122

FIGURA 7.2. *Diagrama de flujo de la muestra.* 124

FIGURA 8.1. *Evolución de las puntuaciones Pre-Post en Ansiedad/Depresión.*..... 159

FIGURA 8.2. *Evolución de las puntuaciones Pre-Post en Aislamiento/Depresión.*... 161

FIGURA 8.3. *Evolución de las puntuaciones Pre-Post en Quejas somáticas.* 163

FIGURA 8.4. *Evolución de las puntuaciones Pre-Post en Problemas sociales.* 165

FIGURA 8.5. *Evolución de las puntuaciones Pre-Post en Problemas de pensamiento.* 167

FIGURA 8.6. *Evolución de las puntuaciones Pre-Post en Problemas de atención.*... 169

FIGURA 8.7. *Evolución de las puntuaciones Pre-Post en Comportamiento disruptivo* 171

FIGURA 8.8. *Evolución de las puntuaciones Pre-Post en Comportamiento agresivo.* 173

FIGURA FIGURA 8.9. *Evolución de las puntuaciones Pre-Post en Otros.* 175

FIGURA 8.10. *Evolución de las puntuaciones Pre-Post en Síntomas internalizantes.* 177

FIGURA 8.11. *Evolución de las puntuaciones Pre-Post en Síntomas externalizantes.* 179

FIGURA 8.12. *Evolución de las puntuaciones Pre-Post en la categoría Total.* 181

FIGURA 8.13. *Evolución de las puntuaciones Pre-Post en la categoría Problemas de estrés postraumático.*..... 183



INTRODUCCIÓN

La presente tesis doctoral tiene un doble objetivo, por un lado, proporcionar información sobre el apoyo empírico del tratamiento psicológico llevado a cabo en el Servicio de Atención Psicológica a Hijos e Hijas de Mujeres Víctimas de Violencia de Género (SAPMEX) de la Región de Murcia (España); y por otro, realizar un análisis con perspectiva de género de los resultados obtenidos. Así pues, este estudio está dividido en dos partes, la primera, el marco teórico, y la segunda, el estudio empírico.

A través de la primera parte se encuadra la investigación mediante una serie de preceptos aglutinados en cinco capítulos. El primer capítulo aborda la violencia de género en el marco de la familia, de manera que se realiza un repaso sobre los diferentes tipos de maltrato infantil que se pueden dar en el seno familiar, así como la evolución legislativa en el reconocimiento como víctimas de los hijos/as de mujeres que ha sufrido violencia de género. En el siguiente capítulo se aborda la necesidad de aplicar una denominación propia para el maltrato recibido en esta población, ya que, a pesar de su reconocimiento legal como víctimas, no hay un reconocimiento específico dentro de la violencia de género. Esta situación conlleva a una invisibilización del maltrato recibido por estos/as menores, ya que en la literatura se les denomina como “menores expuestos a violencia de género”, lo cual les concibe como víctimas secundarias o colaterales. Asimismo, a lo largo del capítulo se exponen las consecuencias en la salud mental, neurológica y física que derivan de dichas vivencias de maltrato, así como las tasas de prevalencia e incidencia que justifican la necesidad de una denominación como víctimas de primer orden. Para ello, en el presente estudio se realiza la propuesta de la denominación de este tipo de maltrato como violencia de género parental (VGP), así como el cambio del uso de “expuestos a” (dada su interpretación como agentes pasivos) por “con experiencias de”, de manera reconocemos a esta población como “menores con experiencias de violencia de género parental” (MEXVGP), ya que refleja con mayor precisión las características de esta población.

El tercer y cuarto capítulo se centran, respectivamente, en la explicación de los diferentes modelos teóricos desarrollados sobre la afectación psicológica en MEXVGP, y en los diferentes tratamientos psicológicos infantojuveniles desarrollados en general, y en particular para población víctima de VGP. En el último de los capítulos que conforman



esta primera parte de marco teórico, se desarrolla la justificación y necesidad de la inclusión de perspectiva de género (PG) en la investigación en salud, centrándose, sobre todo, en salud mental y violencia de género. Para ello, en este apartado se desarrollan tanto conceptos básicos en torno a la PG en investigación, como directrices nacionales e internacionales para su inclusión en los estudios. Además, se realiza un análisis sobre la literatura existente en cuanto a la inclusión de PG en investigaciones sobre tratamientos psicológicos dirigidos a MEXVGP.

La segunda parte del presente estudio está dirigida tanto a la descripción del apoyo empírico del tratamiento psicológico llevado a cabo en el SAPMEX, como al análisis con PG de los resultados obtenidos. Para ello se seleccionaron aquellas variables disponibles con las que poder maximizar la consecución de dichas metas (edad, sexo, modalidad de tratamiento y número de sesiones), quedando plasmadas en el sexto capítulo dedicado a objetivos e hipótesis. En cuanto a la metodología empleada para el desarrollo de la investigación, esta configura el séptimo capítulo, en la que se puede encontrar la derivación y selección de la muestra, características de la misma, instrumentos de valoración, el diseño del estudio, así como el diseño y condiciones del tratamiento psicológico (individual e individual+grupal). Además, se realiza una descripción detallada del programa de tratamiento dirigido tanto a las madres como a la descendencia, el cual está basado en la Terapia Cognitivo Conductual Focalizada en el Trauma (TCC-FC) y en la Terapia Familiar Sistémica (TFS).

En el capítulo ocho se muestran los resultados obtenidos tras el análisis estadístico de los datos disponibles sobre la eficacia y eficiencia del tratamiento psicológico realizado en el SAPMEX. Asimismo, en el capítulo nueve se analiza el apoyo empírico del tratamiento, así como el contraste de los resultados obtenidos con otros estudios previos. En último lugar, en el décimo capítulo se presentan las conclusiones derivadas de todo el proceso de investigación, en las que se incluyen las principales aportaciones (resultados basados en la práctica, influencia de las variables edad y el sexo, y análisis con perspectiva de género), limitaciones y dificultades, finalizando con propuestas para futuras líneas de investigación. En definitiva, se trata de una investigación cuyo carácter diferencial e innovador se encuentra en la exposición de evidencia basada en la práctica en cuanto al tratamiento dirigido a MEXVGP y en la inclusión explícita PG en los análisis.



PRIMERA PARTE:
MARCO TEÓRICO



Capítulo 1

VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL MARCO DE LA FAMILIA

En este primer capítulo se abordan cuestiones básicas en relación a la conceptualización de violencia de género, marco en la que se produce y análisis legislativo, prestando especial atención a los/as menores. Para ello, el punto de partida inicial es la familia y la violencia que se produce en ella, atendiendo a la violencia de género en la pareja. Posteriormente se abordan las diferentes tipologías de maltrato infantil, entre las que se encuentra la denominada exposición a violencia de género. Finalmente se realiza un análisis del recorrido legal en el reconocimiento como víctimas a aquellos menores que se encuentran en contextos de violencia de género hacia sus madres.



1.1. FAMILIA Y VIOLENCIA

Según el artículo 16 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la Asamblea General de las Naciones Unidas (1948), la familia constituye el elemento fundamental y natural de la sociedad. Asimismo, en el preámbulo de la Convención de los Derechos del Niño (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1990) se expone que la familia debe ser el entorno de crecimiento y bienestar para todos los componentes de la familia, y en especial para los niños y niñas, de manera que se desarrollen en un ambiente de bienestar, afecto y comprensión. Asimismo, en la Declaración de los Derechos del Niño (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1959) refieren que la infancia, al tratarse de una etapa madurativa tanto física como psicológica, requiere de especial cuidado y protección, incluida la legal.

Tal y como refieren Gelles y Strauss (1979), a pesar de que la familia deba ser un espacio de protección y seguridad, puede resultar la organización más violenta en el contexto social de las personas. Estos autores establecieron una serie de características referentes a la familia en las que, en función de las relaciones que se establezcan en ellas, puede resultar un entorno violento o seguro. Las características de la familia descritas fueron: a) relaciones duraderas en el tiempo y espacio; b) implicación en los asuntos vitales de unos y otros; c) posibilidad de competencia con ganadores y perdedores; d) variedad de edad y sexo entre los miembros; y e) el respeto a la privacidad de la familia por parte de la sociedad (López-Soler et al., 2017).

1.1.1. Violencia familiar y de pareja

El fenómeno de la violencia ha sido ampliamente estudiado, y es por ello, que presenta gran variedad en su conceptualización (López-Soler et al., 2017). Autores como Gómez y Granados (2003) o Quirós (2003) entienden la violencia como la consecuencia de la utilización de la fuerza para ejercer poder por parte de una persona sobre otra, varias o hacia sí misma. Desde el enfoque de estos autores, la violencia consta de acciones observables y patentes de agresión física, que, con frecuencia, ocasiona daños que pueden llegar a causar la muerte. Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) ofrece una definición más amplia de la violencia en la que la entiende como:

El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas



probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. (p. 5)

Asimismo, la OMS (2002) clasifica la violencia a tenor de quienes la llevan a cabo, distinguiendo entre violencia dirigida a la propia persona, violencia interpersonal y violencia colectiva. La violencia familiar y de pareja se encuentra incluida dentro de la categoría de la violencia intrapersonal, junto con la violencia comunitaria. La primera de ellas hace referencia a la violencia llevada a cabo entre miembros de una misma familia, habitualmente en el hogar. En cambio, la violencia comunitaria se da entre personas sin parentesco familiar (se conozcan o no entre sí), generalmente fuera del hogar (p.e. asalto sexual o violación por parte de extraños, violencia institucional en escuelas, contextos de trabajo y hogares para ancianos, etc.).

Concretamente, la violencia familiar es entendida por la OMS (2002) como:

Todo acto de violencia que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada entre los miembros de una familia. (p. 8)

Tal y como expresan Amor et al., (2001), este tipo de violencia supone una problemática social de gran relevancia, dadas las altas tasas de incidencia, así como por las repercusiones en la salud física y mental de las víctimas que la reciben.

Asimismo, la violencia de pareja se encuentra incluida dentro de esta clasificación. Según Fernández-Alonso (2003) la violencia en la pareja se da en la esfera de lo privado, de manera que el agresor (habitualmente hombre) y la víctima tienen una relación de pareja. Según estos autores deben tenerse en consideración dos componentes en la definición de este tipo de violencia, por un lado, la repetición y frecuencia de la violencia, y por otro, el uso de la misma para el control y sometimiento de la víctima.

1.1.1.1. Violencia de género en la pareja

Teniendo en cuenta la estructura jerárquica en la familia predominante en nuestra sociedad, los ejes de desequilibrio de poder en las mismas están determinados por el género y la edad, de modo que las principales víctimas de violencia en el seno de la familia son las mujeres, los niños y niñas y las personas ancianas (Patró y Limiñana,



2005). Pese a que las agresiones en el marco de la pareja pueden ser llevadas tanto por hombres como por mujeres (Mouzos y Makkai, 2004), son muchos los estudios que han puesto de relieve la tendencia a que las víctimas suelen ser mujeres, que estas son las responsables del cuidado de la descendencia y que las agresiones hacia ellas son de mayor gravedad (Bagshaw et al., 2011). Así pues, estudios como el de Rojas-Marcos (1995) en el que estimaron que, como mínimo, el 80% de las víctimas eran mujeres, junto con la constatación de las altas tasas de incidencia y prevalencia proporcionadas por organismos nacionales e internacionales, ponen de relieve la importancia del factor género en la violencia doméstica (Rivett y Kelly, 2006).

La primera vez que se produjo un reconocimiento institucional internacional en este sentido, fue en 1979 en la Asamblea General de las Naciones Unidas en el que aparece el término “discriminación contra la mujer”, incluido en la Declaración sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. No obstante, no fue hasta 1993 con el establecimiento del término “violencia sobre la mujer” en la Resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas 48/104 sobre la Declaración de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer que se tiene en cuenta el género en la violencia. Así pues, en su Artículo 1 definieron dicho concepto de la siguiente manera:

Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, así como, las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada. (p. 2)

Asimismo, en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing (Asamblea General de Naciones Unidas, 1995) se llevó a cabo la exposición de los diferentes tipos de violencia que puede sufrir una mujer en el contexto familiar como son la agresión física, abusos sexuales, violación, así como todas aquellas prácticas consideradas “tradicionales” que, en último término, atentan contra la integridad de la mujer.

Una de las definiciones más recientes al respecto es la proporcionada en 2012 por la Directiva 12/29/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, en la que se identifica la violencia de género como toda “violencia dirigida contra una persona a causa de su sexo, identidad o expresión de género, o que afecte a personas de un sexo en particular” (Diario Oficial de la Unión Europea, 2012, p. 59). Según el texto este tipo de violencia puede



adoptar diferentes formas como es la violencia en relaciones interpersonales o de pareja, violencia sexual, trata de personas, mutilación genital femenina, matrimonios forzados, etc. Asimismo, es considerada como “una forma de discriminación y una violación de las libertades fundamentales de la víctima”.

En el caso de España, en 2004 se aprobó, por unanimidad de todos los grupos parlamentarios, la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. En dicha Ley, concretamente en el artículo 1.1., se define la violencia de género como aquella que:

Como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre estas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia”, y “comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad. (p. 10)

Tal y como se puede constatar, la violencia de género puede adoptar diferentes formas, no obstante, la clasificación empleada mayoritariamente de conductas violentas llevadas a cabo por el hombre es la de violencia física, psicológica y sexual (Echeburúa, et al., 2003; Fariña et al, 2010; OMS, 2002). A continuación, se precede brevemente a la explicación de cada una de ellas.

El maltrato físico implica el uso deliberado de algún utensilio o acción con el objetivo de dañar el organismo de otra persona comprometiendo su salud y bienestar físico (Labrador et al., 2004). Entre los distintos ejemplos de este tipo de agresión podemos encontrar empujones, bofetadas, tirones de pelo, mordeduras, patadas, quemaduras, estrangulamientos, puñaladas, tortura, mutilación genital, asesinato y/o homicidio (Instituto de la Mujer, 2006). Asimismo, este tipo de maltrato tiende a incrementarse de manera progresiva tanto en intensidad como en frecuencia, pudiendo llegar a generar lesiones de extrema gravedad como desfiguraciones, abortos o la muerte (Corsi, 1994; OMS, 2002).

En cuanto al maltrato psicológico, se entiende como todo comportamiento, ya sea verbal o físico, de manera activa o pasiva, cuya finalidad sea la intimidación, desvalorización, culpabilización y/o provocar sufrimiento en la otra persona (Labrador



et. al, 2004). Este tipo de agresión es la que se da con mayor frecuencia en la violencia de género en la pareja, no obstante, dadas sus características es la que presenta mayor dificultad de detección y evaluación (Fontanil et al., 2005; McAllister, 2000; Vaccarezza, 2007). Se puede dar de diferentes modos, entre los que podemos encontrar: dependencia y control económico, intimidación, aislamiento social, negación, minimización, culpabilización, humillaciones, amenazas, desprecio o la instrumentalización de hijos e hijas (Alberdi y Matas, 2002; Instituto de la Mujer, 2006; Labrador et al., 2004; OMS, 2002).

Con respecto al maltrato sexual, a pesar del componente físico del mismo es considerado un tipo de agresión independiente a causa de la naturaleza de sus características (Carracedo, 2018). Este tipo de maltrato conlleva cierto grado de aislamiento social y privacidad, a la par que la creencia social de que las mujeres deben aceptar mantener relaciones sexuales en la pareja al margen de su consentimiento (Labrador et al., 2004). De este modo, se entiende esta modalidad de violencia como aquellas prácticas que vulneran la libertad sexual de la persona y daña su dignidad, como pueden ser relaciones sexuales forzadas, el abuso o la violación, que se producen en el contexto de una relación sentimental (López-Soler et al., 2017).

1.2. MALOS TRATOS EN LA INFANCIA

Diferentes organismos e investigaciones han manifestado que la mayor parte de las agresiones dirigidas a la infancia se producen dentro del contexto familiar (Save the Children, 2012; UNICEF, 2006). La primera vez que se expone dicha situación ocurre en la década de los 60, momento en el que Kempe et al. (1962) acuñaron el término “síndrome del niño maltratado”, connotando que se trataban de menores que sufrían agresiones por parte de sus progenitores o personas encargadas de sus cuidados. De este modo, tal y como se puede observar, la formulación inicial del maltrato infantil parte de criterios médico-clínicos, no obstante, el desarrollo de la definición ha evolucionado hacia enfoques basados en el reconocimiento y protección de las necesidades y derechos de la infancia, tal y como expondremos a continuación.

Así, encontramos la siguiente definición de maltrato infantil propuesta en 1989 por la Convención de los Derechos de los Niños de la Asamblea General de las Naciones Unidas en su artículo 19:



Toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquiera otra persona que le tenga a su cargo. (p. 8)

Posteriormente, la OMS (1999) define el maltrato infantil de la siguiente manera:

Cualquier forma de daño físico y/o emocional, abuso sexual, negligencia o cualquier forma de trato negligente, comercial u explotación, que resulta en el año actual o potencial a la salud, supervivencia o desarrollo de la dignidad, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. (p. 15)

Desde el reconocimiento del maltrato infantil, son numerosos los estudios que se han realizado en esta área, de modo que ha ocasionado una gran diversidad de definiciones en función del ámbito en el que se desarrollan. De este modo, podemos encontrar definiciones que se focalizan en las acciones llevadas a cabo por la persona adulta agresora, al mismo tiempo que otras lo hacen en si dicha situación produce un riesgo de daño sobre el menor (Straus, 1979; Straus y Gelles, 1990; Straus y Hamby, 1997; Straus et al., 1998). Por otro lado, en función de la autoría de la definición encontramos propuestas en las que se considera como maltrato todo daño infligido a la infancia al margen de la intencionalidad, mientras que otras mantienen una posición en la que debe haber voluntad para considerar el maltrato como tal (Ketsela y Kedebe, 1997; Madu y Peltzer, 2000; Shumba, 2001; Youssef, et al., 1998). En la actualidad parece existir una tendencia en la definición del maltrato infantil en la que se focaliza sobre aspectos globales del desarrollo y cuestiones como los derechos y necesidades de la infancia (Vega y Moro, 2013).

Dada la complejidad que supone la tarea de definir el maltrato infantil, Perea et al. (2001), con el objetivo de lograr una integración conceptual, propusieron los siguientes componentes básicos para que una definición sobre este tipo de maltrato sea pertinente: a) identificación del agresor (persona, institución o sociedad); b) forma de agresión (acción u omisión frente el bienestar del menor); c) lugar de la agresión (ámbito privado o público); d) intencionalidad (debe haber voluntad para considerarse maltrato); e) etapa de la vida (embarazo, neonato, etc.); f) tipo de lesión (física, emocional, sexual); y g) amplitud de la definición (accesibilidad, extensión).



Con todo ello, encontramos apropiada la definición propuesta por De los Santos y Sanmartín (2005) en la que se entiende por maltrato infantil:

Cualquier acción voluntariamente realizada —es decir, no accidental— que dañe o pueda dañar física, emocional o sexualmente a un menor, o cualquier omisión que prive a un menor de la atención necesaria para su adecuado bienestar y desarrollo. (p. 258).

1.2.1. Tipos de maltrato infantil

Una vez conceptualizado el maltrato infantil, el establecimiento de diferentes tipologías se ha llevado a cabo prestando atención a diferentes criterios como son el momento en el que sucede, la autoría y las prácticas llevadas a cabo (Observatorio de la Infancia, 2006). En cuanto al momento en el que sucede, se realiza la diferenciación entre maltrato prenatal, es decir, durante el periodo de gestación, y postnatal, una vez ya se ha producido el nacimiento del menor. Asimismo, en cuanto a la autoría se diferencia entre entorno familiar, extrafamiliar, institucional y social. En cuanto a la clasificación en torno a las acciones llevadas a cabo, es la más empleada en contextos de investigación, y se distingue entre lo que se ha denominado las cuatro grandes categorías clásicas de maltrato: a) maltrato físico; b) negligencia o abandono; c) maltrato psicológico o emocional; y b) abuso sexual (Aller et al., 2011; Arruabarrena et al., 1999; Cicchetti y Carlson, 1989; Cortés y Cantón, 2013a; Observatorio de la Infancia, 2006, 2014). Cabe destacar que los diferentes tipos de maltrato suelen presentarse de manera comórbida, de manera que los casos “puros” se dan con menor frecuencia (Belsky, 1993; Graham-Bermann et al., 2012).

A continuación, se procede a la explicación de cada una de estas cuatro tipologías clásicas de maltrato sobre la infancia, y finalmente el maltrato definido como “menores expuestos a violencia de género”.

1.2.1.1. Maltrato físico

Por maltrato físico infantil se entiende cualquier práctica voluntaria de índole física dirigida a un menor que ocasione, o pueda ocasionar, lesiones físicas, enfermedades o posiciones al menor en un contexto de sufrirlo (López-Soler et al., 2017). A continuación, se describen los indicadores físicos propuestos por De Paúl y Arruabarrena (2002) específicos para este tipo de maltrato:



- a) Moratones y magulladuras (en rostro, torso, espalda, nalgas, muslos) cuya cicatrización se encuentra en diferentes fases o presenta marcas del objeto empleado para la agresión.
- b) Fracturas en rostro (nariz, mandíbula) o en huesos largos en espiral.
- c) Quemaduras con formas concretas (cigarrillos, puros) o extensas por inmersión en agua caliente.
- d) Dislocaciones o torceduras.
- e) Heridas o raspaduras (boca, encías, labios, ojos, brazos, torso, piernas)
- f) Signos de mordeduras llevadas a cabo claramente por un adulto.
- g) Cortes o pinchazos.
- h) Lesiones internas, daños cerebrales, fracturas en cráneo, hematomas subdurales, ahogamiento y asfixia.

Según estos mismos autores, para llevar a cabo una identificación adecuada de maltrato físico se deben cumplir uno de los siguientes factores: a) presencia de al menos uno de los indicadores mencionados anteriormente (siempre y cuando no sea una lesión previsible en función de las características del menor dada su frecuencia o intensidad, o no haber concordancia entre la lesión y el relato); o b) no hay identificación clara de los identificadores, pero hay conocimiento de que en algún momento sí lo ha habido o de que los padres/tutores ejercen castigo físico excesivo. Asimismo, para la consideración de ambas situaciones como maltrato físico se debe cumplir: a) desproporcionalidad entre el comportamiento del menor y la reacción del padre/cuidador; b) disciplina inapropiada en función de la edad o nivel de desarrollo; c) presencia de tensión emocional en el menor injustificada.

En cuanto a los niveles de gravedad del maltrato físico, se han tenido en cuenta el grado de lesión física producida, al margen de la afectación psicológica, entre las que se distingue: a) leve (no hay lesión o esta es mínima y no requiere de atención médica); b) moderado (las lesiones han necesitado atención médica, lesiones con diferentes grados de cicatrización); y c) severo (lesiones que han necesitado de hospitalización del menor o atención médica inmediata).

1.2.1.2. Negligencia física

Referente a la negligencia física, se entiende como aquella desatención (temporal o permanente) de las necesidades del menor, así como los deberes de las personas



cuidadoras de guarda y protección en situaciones potencialmente peligrosas. Paúl y Arruabarrena (2002) exponen los siguientes indicadores de los cuales deben presentarse al menos uno de ellos para la consideración de negligencia física:

- a) Alimentación. No se brinda una adecuada alimentación en cuanto a frecuencia y cantidad.
- b) Vestimenta. El atuendo que porta el menor es impropio en relación al tiempo atmosférico, de modo que no se protege del frío.
- c) Higiene. El menor se encuentra de manera constante sucio, y presenta insuficiente higiene corporal.
- d) Cuidados médicos. Existe una atención médica ausente o con un importante retraso ante enfermedades o problemas físicos del menor, así como ausencia a las citas en relación a seguimientos rutinarios.
- e) Supervisión. Se producen largos espacios temporales en los que el menor no presenta supervisión por parte de un adulto. Asimismo, también se producen accidentes en el ámbito doméstico que tienen relación con una clara ausencia de supervisión adulta.
- f) La salud y seguridad del menor se encuentran amenazadas dada la peligrosidad de las condiciones higiénicas y de seguridad del hogar.
- g) Educación. Existe una ausencia constante e injustificada del menor a la escuela.
- h) En cuanto a la gravedad de la desatención por parte de los adultos responsables del cuidado de los menores se distingue entre:
 1. *Leve*. Se entiende como aquellas situaciones en las que se produce la conducta negligente, no obstante, el menor no experimenta repercusiones negativas en cuanto a su nivel de desarrollo (físico o cognitivo) o en sus relaciones sociales.
 2. *Moderado*. La desatención en el menor no ha provocado lesiones o daño físico, no obstante, dicho comportamiento negligente genera rechazo por parte de iguales en la escuela u otros contextos sociales.
 3. *Severo*. Se da en aquellas situaciones en las que el menor sufre un daño físico o lesiones derivadas del comportamiento negligente adulto que requieren de atención médica, así como aquellas circunstancias en las que el menor presenta un importante retraso en el desarrollo (intelectual, físico, social, etc.) derivado de la ausencia de supervisión, que requieren atención especializada.



Cabe destacar que el abandono supone la forma de mayor gravedad de negligencia, el cual se produce en contextos en los que los padres/tutores delegan el cuidado del menor en otras personas, ausentándose físicamente sin tener en consideración de manera total tanto la compañía como los cuidados del menor.

1.2.1.3. Maltrato psicológico

Tal y como refiere Arruabarrena (2011) en el estudio que realizó sobre el maltrato psicológico dirigido a la infancia, este tipo de agresión es una de las que mayor dificultad presenta en cuanto a su identificación, derivado, en parte, por los problemas de conceptualización de la propia definición. En esta línea, Baker (2009) halló que, en la literatura especializada en el área, la denominación presenta varias formas como pueden ser *emotional maltreatment*, *emotional abuse*, *psychological battering*, *psychological maltreatment*, etc. Los conceptos “acción” y “omisión” resultan clave para entender la disparidad de nomenclaturas, de manera que *emotional/psychological abuse* implica acciones hostiles, mientras que *emotional/psychological neglect* se centra en la omisión. Por otro lado, *emotional/psychological maltreatment* se trata de un término general, el cual implica la falta de atención de las necesidades psicológicas del menor a través de acciones y omisiones (Arruabarrena, 2011).

En la propuesta de Glaser (2002) el maltrato psicológico sobre la infancia se centra más en la relación paternofilial que en eventos o repetición de eventos. De esta manera el comportamiento llevado a cabo por las figuras parentales constituye un estilo relacional que puede darse en distintas ocasiones y ámbitos. Estos comportamientos derivan, o pueden derivar, en la afectación del desarrollo y bienestar psicológico/emocional del menor. Asimismo, es preciso que no haya contacto físico, y estos comportamientos parentales pueden llevarse a cabo tanto por acción como por omisión.

Por otro lado, Arruabarrena (2011) tras analizar las definiciones de maltrato psicológico (traducción de *psychological maltreatment*) proporcionadas por diferentes organizaciones, investigaciones y personal experto en el área expuso los siguientes aspectos específicos que debe incluir la definición:

- a) Asunción (implícita o explícita) de la necesidad básica en la infancia de percibir unos cuidados psicológicos mínimos para un adecuado desarrollo.



- b) Establecimiento de criterios diferenciales dependiendo del estado evolutivo del menor. A pesar de que las situaciones comprendidas puedan ser aplicables en general, las prácticas concretas pueden cambiar en función del desarrollo evolutivo del menor.
- c) La definición debe basarse en la constatación de una práctica parental impropia más que en las repercusiones en el menor.
- d) Se debe tener en cuenta que las acciones parentales puedan ser interpretadas y tener un impacto diferencial dependiendo del contexto cultural, entre otros factores.

En este sentido, encontramos la definición propuesta por la Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y el Abandono de los Niños (ISPCAN, 1999, citado en Martínez-Pérez, 2015), la cual refiere que se trata de:

El fracaso en proporcionar al niño un entorno evolutivamente apropiado y de apoyo, incluyendo la disponibilidad de una figura primaria de apego, de forma que pueda desarrollar un conjunto estable y completo de competencias emocionales y sociales que corresponden con sus potencialidades personales en el contexto de la sociedad en la que vive. Puede consistir también en actos hacia el niño que le provocan o tienen una alta probabilidad de provocarle daño en su salud o en su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. Estos actos deben estar razonablemente bajo el control de los padres o personas que mantengan con él una relación de responsabilidad, confianza o poder. Los actos incluyen restricción del movimiento, patrones de rechazo, denigración, culpabilización, amenazas, inducción de miedo, discriminación, ridiculización u otras formas no físicas de tratamiento hostil o rechazante (p. 41).

En cuanto a la tipología de maltrato psicológico la *American Professional Society on the Abuse of Children* (1995) propuso las siguientes seis categorías las cuales siguen siendo ampliamente citadas en la actualidad:

1. Rechazo/degradación hostil, que puede darse tanto con acciones verbales como no verbales por parte del adulto.
2. Aterrorizar/amenazar al menor con el abandono, un daño físico o la muerte, así como poner en situación de claro peligro a sus seres queridos (u objetos queridos).



3. Aislamiento/negación en la que de manera constante se impide interactuar o comunicarse con adultos o iguales ya sea dentro o fuera del ambiente familiar.
4. Explotación/corrupción, de manera que se promueve llevar a cabo conductas inadecuadas en el menor (p.e. conductas delictivas, antisociales, autodestructivas).
5. Ausencia de responsabilidad emocional, en la que se ignora las interacciones y necesidades del menor en la expresión de afecto y protección.
6. Negligencia sobre la salud mental, médica y educativa, en la que no se proporciona o ignora el tratamiento específico que pueda requerir el menor frente a las problemáticas o necesidades que pueda tener el menor.

En cuanto a los diferentes niveles de gravedad, de Paúl y Arruabarrena (2002) distinguen en función de la frecuencia e intensidad de la siguiente manera:

1. *Leve*. En el estilo relacional parental las conductas de negligencia psíquica no se dan de manera frecuente y/o su intensidad es baja, y no se dan en el menor consecuencias negativas a nivel emocional derivadas de ellas.
2. *Moderado*. Las conductas de maltrato psicológico se dan de manera frecuente, se presentan ausencias en la atención en momentos específicos y/o problemáticas del menor, no obstante, también hay aspectos positivos en el trato y cuidado emocional por parte de los padres.
3. *Severo*. La negligencia psíquica se da constantemente y la intensidad elevada, el menor no puede interactuar ni tener acceso emocional a los padres, y el estado emocional del menor se encuentra gravemente dañado derivado de dicha situación, precisando de atención especializada.

1.2.1.4. Abuso sexual infantil

El abuso sexual infantil (ASI) se entiende como la participación por parte de una persona menor de edad en actividades o prácticas sexuales con un adulto, en el que este se encuentra en una posición de autoridad o poder sobre el menor. Asimismo, la persona menor de edad puede ser utilizada tanto para llevar a cabo actos sexuales como para la estimulación sexual de la persona adulta. Los criterios más empleados para considerar que se produzca ASI son, por un lado, desigualdad en relación al poder, edad o madurez entre agresor y víctima, y por otro, el aprovechamiento de dicha situación para utilizar al menor como objeto sexual (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).



Tal y como expone Sánchez (2003), el ASI abarca diferentes conductas las cuales se pueden dividir en dos categorías en función de: 1) la relación entre víctima y abusador; y 2) el tipo de contacto sexual. En cuanto a la primera de estas categorías se diferencia entre:

- a) Incesto. Se trata del contacto físico sexual llevado a cabo por un miembro de la familia que tenga consanguineidad lineal con el menor (padre, madre, abuelo, abuela, hermano, tío o sobrino) o personas adultas que cumplan un rol parental de manera estable en el tiempo (p.e. padres adoptivos).
- b) Violación o pedofilia. Comprende el contacto físico sexual desempeñado por toda persona adulta diferente a las personas descritas en el apartado anterior.
- c) Explotación/prostitución. Se da en aquellas situaciones en las que el menor es utilizado con fines de comercio sexual.

En cuanto a la segunda categoría, tipo de contacto sexual, se distingue:

- a) Abuso sexual sin contacto físico. Implica acciones como el exhibicionismo, instar a involucrarse en una actividad sexual sin contacto físico, mostrar y/o conversar sobre material pornográfico.
- b) Abuso sexual con contacto físico. Incluye tocamientos, caricias en los genitales, coito, intentos de penetración vaginal, anal y/u oral.

Según Arruabarrena y de Paúl (1994), no solo el tipo de tipo de agresión influirá en la gravedad e impacto en el menor, sino que también se deben tener en cuenta variables como la intensidad, frecuencia, edad, tipo de relación con el agresor y la resolución de la problemática. De esta manera, se proponen los siguientes niveles de gravedad:

1. *Leve*. Se trata de aquel abuso sexual que se produce sin contacto físico, llevado a cabo por una persona ajena a la familia del menor, producido en una única ocasión, en el que además se dispone de apoyo parental.
2. *Moderado*. En este caso se cumplen las mismas características que en el nivel leve (sin contacto físico, persona ajena y con apoyo), no obstante, el acto ha tenido lugar en varias ocasiones.
3. *Severo*. En este nivel de gravedad se incluye tanto el incesto (con o sin contacto físico) como la violación. Cabe destacar que, al igual que en el maltrato



psicológico, también se puede dar omisión en las necesidades del menor en el ASI, de manera que, por ejemplo, no se proteja en el área de la sexualidad, no se le dé credibilidad ante una revelación o se desatienda una demanda de ayuda al respecto.

1.2.1.5. Maltrato por exposición a violencia de género

Contemplar las vivencias en las que menores se encuentran presentes ante la violencia de género hacia sus madres como un tipo de maltrato infantil, ha sido una cuestión que ha generado múltiples debates, principalmente desde el prisma jurídico (Edleson, 2000, 2001; Sepúlveda, 2006). Tal y como refieren Olaya et al. (2008), hasta hace dos décadas podíamos encontrar diferentes autores abogando por no incluir esta tipología dentro del maltrato infantil (Kerig y Fedorowicz, 1999; Magen et al., 2001), no obstante, en la actualidad goza de un reconocimiento prácticamente universal (López-Soler et al., 2017).

En el informe realizado por UNICEF (1999) se pone de manifiesto que, ya en 1946, en la Asamblea General de las Naciones Unidas y el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia, se tuvo en cuenta como maltrato, además de la violencia dirigida específicamente a los menores, la afectación psicológica “indirecta” derivada de situaciones de violencia familiar (tanto física como psicológica) del padre hacia la madre. Asimismo, diferentes estudios llevados a cabo en la misma época que dicho informe respaldan este planteamiento (p.e. De Bellis et al., 2002; Wolfe y McGee, 1994; Wolfe et al., 1997). Concretamente, Espinosa-Bayal (2004) refiere que los contextos en los que los menores se encuentran presentes ante la violencia entre sus padres, suponen situaciones de tensión, negligencia o abandono que provocan gran parte de los problemas de desarrollo, fruto de la incapacidad de satisfacer las necesidades básicas de los menores, así como que estos pueden sufrir el mismo maltrato que sus madres.

Así pues, la exposición de los menores a la violencia de género ha sido considerada como un tipo de maltrato emocional tanto por la literatura especializada (Echlin y Marshall, 1995; Garbarino et al., 1986; Peled y Davis, 1995a; Trocmé et al., 2010) como por organismos nacionales e internacionales (Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, 2010; Committee on the Rights of the Child, 2011; Save the Children, 2006, 2008, 2011; UNICEF, 1999, 2006).



Este mismo enfoque se mantiene en España, tal y como se puede observar en el IV Informe Anual del Observatorio Estatal de la Violencia sobre la Mujer (2011), el cual incluye el Informe del Grupo de Trabajo de Investigación sobre la infancia víctima de la violencia de género en el que se diferencian tres subcategorías de violencia psicológica dirigida a los menores: a) abuso psicológico; b) negligencia emocional; y c) exposición a la violencia de género familiar. De este modo, hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género son considerados como receptores de maltrato, y por tanto víctimas. Además, estos menores han sido incluidos como víctimas en el II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia (PENIA) 2013-2016, y en la Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer 2013-2016 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013a, 2013b). No obstante, el mayor hito en el reconocimiento viene de la mano de la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, que supuso el reconocimiento legal como víctimas directas de violencia de género. En el siguiente apartado nos centraremos en la evolución legislativa al respecto hasta la actualidad.

1.3. RECORRIDO LEGISLATIVO EN EL RECONOCIMIENTO COMO MENORES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

En el presente apartado se realiza una descripción del recorrido evolutivo legislativo atendiendo a los principales hitos en relación al reconocimiento legal como víctimas de violencia de género a los hijos e hijas de mujeres maltratadas, y por tanto, sujetos de derechos legalmente constituidos de protección y asistencia especializada (Caravaca-Llamas y Sáez-Dato, 2020). Para ello, inicialmente expondrá la problemática general en cuanto a la violencia de género, seguido de los diferentes planes y medidas legales desarrolladas en cuanto menores expuestos a violencia de género, y finalmente el reconocimiento legislativo actual.

En la II Conferencia Mundial sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer de Naciones Unidas (1980) se reconoció la violencia contra las mujeres como “el crimen más silenciado del mundo”. Posteriormente, en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Naciones Unidas (1993) se estableció el marco de reconocimiento de los derechos de las mujeres, señalando la necesidad de erradicación de toda forma de discriminación hacia la mujer, dado que supone la privación de derechos y libertades. A partir de aquí, se extiende y especializa la atención tanto social como institucional, junto



con el marco jurídico y normativo con el objetivo de la eliminación de la violencia contra la mujer, junto con la protección y defensa de sus derechos (López-Soler et al., 2017).

En el caso de España, se sumó a nivel legislativo en la acción para la erradicación de este tipo de violencia hace prácticamente dos décadas, con la aprobación, primeramente, de la Ley 27/2003 de 31 de julio en la que se reguló la *Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica*, y posteriormente, la Ley Orgánica 1/2004 (en adelante, LO 1/2004), comentada anteriormente, con la que entraron en vigor una serie de *Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*, la cual supuso un cambio significativo en relación a la ley anterior.

Con la LO 1/2004 se tiene en cuenta por primera vez que dichas situaciones de violencia contra la mujer también afectan a los menores que se hallan en el contexto familiar, convirtiéndolos en víctimas indirectas. Asimismo, a través de varios artículos en dicha ley se conceden una serie de derechos para la proporción de una atención integral, no obstante, no se precisaron sistemas de protección específicos para estos menores (Caravaca-Llamas y Sáez-Dato, 2020), ni hubo un posicionamiento claro en su consideración como víctimas de violencia de género (López-Soler et al., 2017).

En el año 2006 se aprobó el *I Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2006-2009* (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006a) en el que se reconoce que estos menores se encuentran en situación de riesgo y desprotección derivado de la convivencia en entornos en los que se produce violencia de género. Así pues, se realizaron una serie de propuestas dirigidas a mejorar la legislación y ofrecer una mayor protección a esa población. Asimismo, en este mismo año, se aprobó el *Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género 2007- 2008* (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006b) en el que reitera lo expuesto en la LO 1/2004 para garantizar la asistencia integral a mujeres víctimas de violencia de género y a los menores mediante los servicios sociales. Posteriormente, en 2010, con el *Protocolo Marco de Atención Especializada a menores expuestos a la Violencia de Género* se reconoció como un derecho de estos menores a ser atendidos íntegramente y que sus necesidades sean cubiertas de manera adecuada.

Tal y como refirieron diferentes organismos de la época (Defensor del Menor de Andalucía, 2012; Observatorio Estatal de la Violencia sobre la Mujer, 2011; Save the



Children, 2011), a pesar de la mejora en cuanto al régimen de protección y tutela de los derechos de las mujeres víctimas de violencia de género, no se contaba con datos fiables respecto a los menores expuestos a violencia de género. De este modo, en 2013, a través del *II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013- 2016* (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013a) y la *Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer 2013-2016* (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013b) se elaboraron instrumentos para mejorar la atención e intervención en esta población a través de la adopción, actualización y aplicación de protocolos entre otras medidas.

Concretamente, en el *II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016* se expusieron las líneas estratégicas para el desarrollo de políticas dirigidas a la infancia, y con ello, cumplir con lo expuesto en la Convención por los Derechos del Niño. Centrándonos en las medidas específicas en relación a menores y violencia de género, el Plan incluye medidas que garanticen su protección. Para ello, contempla a estos menores como víctimas directas de la violencia de género, incorporándolos en el *Registro Unificado de Maltrato Infantil (RUMI)* y en el *Protocolo Básico de Intervención contra el Maltrato Infantil en el Ámbito Familiar*.

En cuanto a la *Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer (2013–2016)*, se incluyeron diferentes medidas dirigidas a la descendencia de mujeres víctimas de violencia de género en áreas de comunicación, servicios socioasistenciales, sanidad y seguridad y justicia, tal y como se muestra en la Tabla 1.1.

En 2015, una década después de la aprobación de la LO 1/2004, se vieron plasmadas a nivel jurídico las medidas orientadas a la descendencia de mujeres víctimas de violencia de género con la publicación de la *Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de Modificación del Sistema de Protección a la Infancia y a la Adolescencia* (en adelante LO 8/2015) y la *Ley 26/2015, de 28 de julio, de Modificación del Sistema de Protección a la Infancia y a la Adolescencia*.



Tabla 1.1.

Medidas dirigidas a la descendencia en la Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer, 2013-2016.

Comunicación

- Creación de recursos materiales para la toma de conciencia de la repercusión que tiene sobre los hijos e hijas de las mujeres víctimas de violencia de género la exposición a dicha violencia.
- Introducción en jornadas, ponencias y congresos referidos a esta temática de los y las menores expuestos a violencia de género.
- Ofrecer en la “Web de recursos de apoyo ante casos de violencia de género” información acerca de servicios de ayuda especializados para esta población.

Servicios socioasistenciales

- Promoción de una asistencia integral, multidisciplinar y especializada, a la par que jurídica, psicológica y educativa, a los y las menores hijos/as de mujeres víctimas de violencia de género.
- Incluir los casos de violencia de género en el “Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil”.
- Desarrollar unos criterios comunes para delimitar, a través de protocolos uniformes, cuándo se trata de una situación de riesgo y cuál es la intervención apropiada para los y las menores y sus familias.
- Establecer unos criterios compartidos por las comunidades autónomas para la intervención de los y las menores víctimas de violencia de género, de tal manera que esta sea integral, individualizada y multidisciplinar para todos/as.
- Plantear la incorporación en la propuesta común para el desarrollo de la coordinación y la puesta en práctica del proyecto personalizado para los y las menores expuestos a la violencia de género.

Sanidad

- Considerar a los y las menores dentro del “Protocolo de actuación sanitaria ante la violencia de género”.

Seguridad y justicia

- Valorar a los y las menores expuestos a violencia de género como víctimas de la misma.
- Priorizar la protección de esta población frente a cualquier tipo de violencia, incluyendo aquella derivada del género, a la hora actuar desde las administraciones públicas.
- Reexaminar los protocolos de coordinación interinstitucionales y su forma de proceder ante los casos de violencia de género, incluyendo a los y las menores víctimas de la misma.
- Crear un protocolo para la atención específica a menores en los Institutos de Medicina Legal dependientes del Ministerio de Justicia.
- Crear un protocolo para la atención específica a menores en las Oficinas de Atención a la Víctima dependientes del Ministerio de Justicia.
- Promover, para aquellas ocasiones en las que la sentencia condenatoria así lo haya determinado o ante la existencia de indicios racionales de delitos de violencia de género, la prohibición al agresor de tener la guarda y custodia individual o compartida.
- Conceptuar a efectos de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, como menor de edad, y en tanto se determina su edad, a aquellas personas identificadas como víctimas de la trata de seres humanos.

Nota. Adaptado de *Menores expuestos a la violencia de género* (p.42), por C. López-Soler et al., 2017.

Copyright 2017 por Comercial Grupo ANAYA, SA.



En el caso de la LO 8/2015 se reconoce el impacto de la violencia de género en los menores y el deber de protección y consideración como víctimas de la siguiente manera:

Cualquier forma de violencia ejercida sobre un menor es injustificable. Entre ellas, es singularmente atroz la violencia que sufren quienes viven y crecen en un entorno familiar donde está presente la violencia de género. Esta forma de violencia afecta a los menores de muchas formas: *a)* condicionando su bienestar y su desarrollo; *b)* causándoles serios problemas de salud; *c)* convirtiéndolos en instrumento para ejercer dominio y violencia sobre la mujer, y *d)* favoreciendo la transmisión intergeneracional de estas conductas violentas sobre la mujer por parte de sus parejas o exparejas. La exposición de los menores a esta forma de violencia en el hogar, lugar en el que precisamente deberían estar más protegidos, los convierte también en víctimas de la misma. (p. 61875)

Asimismo, a través de la LO 8/2015 se introdujeron importantes modificaciones en varios artículos de la LO 1/2004 a través de su Disposición Final Tercera. A continuación, se procede a la exposición de cada uno de estos cambios.

En primer lugar, se realiza una modificación del apartado 2 del artículo 1, en la que se reconoce como víctimas de violencia de género tanto a las mujeres que sufren esta violencia como a sus hijos e hijas y menores bajo su tutela, quedando patente de la siguiente forma:

Por esta ley se establecen medidas de protección integral cuya finalidad es prevenir, sancionar y erradicar esta violencia y prestar asistencia a las mujeres, a sus hijos menores y a los menores sujetos a su tutela, o guarda y custodia, víctimas de esta violencia. (LO 8/2015, p. 61887)

En segundo lugar, se estableció la modificación del apartado 2 del artículo 61 en relación a las medidas que debe tomar el juez, quedando reflejado tal que así:

En todos los procedimientos relacionados con la violencia de género, el juez competente deberá pronunciarse en todo caso, de oficio o a instancia de las víctimas, de los hijos, de las personas que convivan con ellas o se hallen sujetas a su guarda o custodia, del Ministerio Fiscal o de la Administración de la que dependan los servicios de atención a las víctimas o su acogida, sobre la pertinencia de la adopción



de las medidas cautelares y de aseguramiento contempladas en este capítulo, especialmente sobre las recogidas en los artículos 64, 65 y 66, determinando su plazo y su régimen de cumplimiento y, si procediera, las medidas complementarias a ellas que fueran precisas. (LO 8/2015, pp. 61887-61888)

En tercer lugar, en relación al ejercicio de la patria potestad por parte de los padres inculcado por violencia de género, se modifica el artículo 65 quedando de la siguiente manera:

De las medidas de suspensión de la patria potestad o la custodia de menores: el juez podrá suspender para el inculcado por violencia de género el ejercicio de la patria potestad, guarda y custodia, acogimiento, tutela, curatela o guarda de hecho, respecto de los menores que dependan de él. Si no acordara la suspensión, el juez deberá pronunciarse en todo caso sobre la forma en la que se ejercerá la patria potestad y, en su caso, la guarda y custodia, el acogimiento, la tutela, la curatela o la guarda de hecho de los menores. Asimismo, adoptará las medidas necesarias para garantizar la seguridad, integridad y recuperación de los menores y de la mujer, y realizará un seguimiento periódico de su evolución. (LO 8/2015, p. 61888)

Finalmente, se modificó el artículo 66, relativo al régimen de visitas, estancia, relación o comunicación, tal y como se expone a continuación:

El juez podrá ordenar la suspensión del régimen de visitas, estancia, relación o comunicación del inculcado por violencia de género respecto de los menores que dependan de él. Si no acordara la suspensión, el juez deberá pronunciarse en todo caso sobre la forma en que se ejercerá el régimen de estancia, relación o comunicación del inculcado por violencia de género respecto de los menores que dependan del mismo. Asimismo, adoptará las medidas necesarias para garantizar la seguridad, integridad y recuperación de los menores y de la mujer, y realizará un seguimiento periódico de su evolución. (LO 8/2015, p. 61888)

Por otro lado, con la Ley 26/2015 también se le dio mayor protección y protagonismo a estos menores tanto en el preámbulo de dicha ley, como en la modificación que realiza en el artículo 12 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor que queda redactado como sigue:



Cuando los menores se encuentren bajo la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento de una víctima de violencia de género o doméstica, las actuaciones de los poderes públicos estarán encaminadas a garantizar el apoyo necesario para procurar la permanencia de los menores, con independencia de su edad, con aquella, así como su protección, atención especializada y recuperación. (p. 20)

Para finalizar con el recorrido evolutivo legislativo, a continuación, se expone aquella información relevante para el presente estudio de la reciente *Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia* (en adelante LO 8/2021). El artículo 29 de esta ley hace referencia explícita a la situación de violencia de género en el ámbito familiar, y refiere los siguientes puntos:

1. Las administraciones públicas deberán prestar especial atención a la protección del interés superior de los niños, niñas y adolescentes que conviven en entornos familiares marcados por la violencia de género, garantizando la detección de estos casos y su respuesta específica, que garantice la plena protección de sus derechos.
2. Las actuaciones de las administraciones públicas deben producirse de una forma integral, contemplando conjuntamente la recuperación de la persona menor de edad y de la madre, ambas víctimas de la violencia de género. Concretamente, se garantizará el apoyo necesario para que las niñas, niños y adolescentes, de cara a su protección, atención especializada y recuperación, permanezcan con la mujer, salvo si ello es contrario a su interés superior. (p. 68682)

Asimismo, en este mismo artículo se especifica que los servicios sociales y de protección de la infancia y adolescencia garantizarán tanto la detección y respuesta a la violencia de género, como la derivación y coordinación con los servicios de atención especializada a menores de edad víctimas de violencia de género. Igualmente, estos servicios pondrán en marcha las pautas de acción definidas en los protocolos específicos de violencia de género de los distintos organismos (sanitarios, policiales, judiciales y de igualdad).

Por otro lado, en la LO 8/2021 encontramos la Disposición Final Décima a través de la cual se modifica la LO 1/2004 añadiendo un apartado nuevo 4 al artículo 1 en los siguientes términos:



La violencia de género a que se refiere esta Ley también comprende la violencia que con el objetivo de causar perjuicio o daño a las mujeres se ejerza sobre sus familiares o allegados menores de edad por parte de las personas indicadas en el apartado primero. (p. 68724)

En cuanto al servicio asistencial para estos menores, en concreto atención psicológica, en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, población específica del presente estudio, este se desarrolla dentro del marco de *Proyectos de Intervención Psicológica con Menores y de Asesoramiento con los agentes implicados en los procesos educativos de hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género* de la Comunidad Autónoma. De este modo, a través del convenio de colaboración con el Ministerio de Igualdad (acuerdo del Consejo de Gobierno a fecha 29 de mayo de 2009) y mediante el Decreto 256/2009 se reguló la concesión del «*Servicio de Atención Psicológica a Hijos e hijas de Mujeres Víctimas de Violencia de Género*» (SAPMEX) a la Asociación para el Desarrollo de la Salud Mental en la Infancia y Juventud, *Quiero Crecer*, la cual ha realizado dicho servicio de manera ininterrumpida hasta la actualidad.



Capítulo 2

MENORES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO PARENTAL: MALTRATO CON ENTIDAD PROPIA

En el presente capítulo se desarrolla la denominación “menores con experiencias/víctimas de violencia de género parental” seleccionada para nombrar a la población de la presente investigación. Asimismo, se detallan las implicaciones conceptuales y de significado que conlleva el cambio del uso de “exposición” a “experiencia” en contextos en los que se produce violencia de género hacia la madre de los/as menores. Por otro lado, se expone tanto la incidencia y prevalencia, como la afectación en la salud mental, neurológica y física en la descendencia derivada de las vivencias de violencia de género.



2.1. MENORES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO PARENTAL

A pesar de la consideración de víctimas de maltrato a aquellos/as menores que se encuentran en contextos en los que se produce violencia de género hacia sus madres (tal y como se ha expuesto en el primer capítulo), no existe un término específico que haga referencia a dicho maltrato. Actualmente el reconocimiento es situacional, de manera que la denominación habitual en la literatura es la de “menores expuestos a violencia de género” (López-Soler et al., 2017).

El hecho de que este tipo de maltrato no tenga una denominación propia, dificulta la visibilización del maltrato hacia esta población dada su consideración como lo que podríamos denominar “meta-víctima”. Es decir, su reconocimiento como víctimas viene dada implícita o indirectamente por su relación con las víctimas de violencia de género (madres), y no por el maltrato directo que supone dicha experiencia. Es por ello, que la denominación del maltrato seleccionada para el presente estudio ha sido la de “violencia de género parental/referencial” (VGP), dado que consideramos que refleja el componente relacional del maltrato y pone de manifiesto que los/as menores son víctimas primarias. La distinción *parental/referencial* se realiza ya que, al margen de que la persona agredida siempre es la madre, el agresor puede tener diferentes perfiles. El más común es el padre, pero también podemos encontrar a agresores de la madre que no cumplen una función parental, pero sí referencial (pareja de la madre).

La designación empleada para referirnos a esta población es “menores con experiencias de violencia de género parental” (MEXVGP), utilizada anteriormente en Pereira-Román et al. (2021). A continuación, se procede a describir las bases por las que se emplea “experiencia” en lugar del término habitual “exposición”, así como las implicaciones de la especificación de la VGP como víctimas directas.

2.1.1. Experiencia frente a exposición: de víctima indirecta a directa

Tal y como se ha hecho referencia anteriormente, en la actualidad el término para la descripción de esta población es la de “menores expuestos a violencia de género” (López-Soler et al., 2017). Es comprensible el empleo del adjetivo “expuesto/a” dado que, al no existir el reconocimiento de una tipología de maltrato específica, el empleo de términos como menores víctimas o con experiencias de violencia de género puede producir confusión. Tradicionalmente, la violencia de género se ha entendido como aquella que se daba en una relación de pareja, de modo que al referirse a esta población como “expuesta”



se distingue que no es que sean los/as menores quienes sufren violencia en la pareja, sino que se encuentran presentes ante ella.

Inicialmente las investigaciones en esta población utilizaban términos como “observadores” o “testigos” aludiendo a la observación directa de los/as menores de las agresiones hacia su madre, sin tener en cuenta que dicha situación pudiera tener efectos adversos en la descendencia (Grip, 2012). Con el paso del tiempo, diferentes autores adoptaron el término de “exposición” aludiendo a que además de observar los episodios de violencia, también los escuchaban, participaban o experimentaban sus consecuencias, aunque no estuvieran presentes en el conflicto (Holt et al., 2008; Black, 2009). De este modo, encontramos definiciones como la de Aguilar (2008) en la que entiende la exposición a la violencia de género como “aquel o aquella menor que viva en un hogar donde su padre o el compañero de su madre es violento contra la mujer”, aunque también autores como Cunningham y Baker (2009) refieren que la exposición puede darse tras la separación de los progenitores (contacto excesivo en las visitas, manipulación, etc.).

Asimismo, Holden (2003) en un intento de recopilar una definición común distinguió las siguientes tipologías de exposición a la violencia: a) perinatal (violencia durante el embarazo); b) intervención (violencia recibida ante el intento de protección hacia la madre); c) victimización (el/la menor es agredido a la par que la madre); d) participación (colaboración a agredir a la madre); e) testificación presencial (observación de la agresión); f) escucha (escuchar la violencia mientras sucede); g) observación de las consecuencias inmediatas (heridas, objetos rotos, llegada de la policía, etc.); h) experimentación de las secuelas (síntomas maternos, cambios de residencia, etc.); i) escucha de lo sucedido (conversaciones de adultos); y j) desconocimiento de los hechos (suceso en el que los/as menores no se encontraban presentes).

En la revisión de Øverlien (2010) sobre la terminología empleada en esta población encontró que, en comparación del término “expuesto”, un número bajo de estudios emplea “experiencia” en este campo de estudio. Aquellas investigaciones que lo usan, exponen que lo hacen en contraposición del término “expuesto”, ya que implica que el/la menor es un sujeto pasivo. No obstante, tal y como refieren, el/la menor se trata de un agente activo en su vida, que en ocasiones también actúa frente la violencia entre sus progenitores (Eriksson et al. 2005; Hester et al., 1999; Källström, 2004; McGee, 2000; Øverlien y Hydén, 2007, 2009; Peled, 1998).



Si atendemos a la definición proporcionada por la Real Academia Española (RAE, s.f.a, definiciones 4 y 5), sobre el verbo “exponer”, encontramos que las acepciones que se corresponden con este contexto son: “colocar a alguien o algo para que reciba la acción de un agente” y “poner algo o a alguien en situación de sufrir daño o perjuicio”. En la línea de lo expuesto anteriormente, el empleo de este término otorga un papel de pasividad al menor, en el que la violencia de género es entendida desde un prisma causal lineal, en el que la mera exposición genera un daño, obviando los componentes relacionales y sociales. Desde este panorama, se corre el riesgo de que la violencia de género sea entendida desde un enfoque biomédico en el que se la trate como un virus al que el/la menor se encuentra expuesto, por lo que desarrolla una serie de síntomas. Se debe prestar especial precaución, para no caer en este tipo de interpretación, de lo contrario las investigaciones tenderán a centrarse en la disminución de los síntomas/respuestas, y no en los factores relacionales intrínsecos a la violencia.

Por otro lado, la consideración de “expuestos” facilita que esta población sea percibida como “meta-víctimas” o víctimas secundarias dada su implicación de posición indirecta a la violencia de género. No obstante, la incidencia y prevalencia, la afectación global en la salud que supone para estos menores, su situación de dependencia y la nula elección de la familia ni de la continuidad en ella hace que se trate de víctimas primarias de maltrato con entidad propia. En la literatura esta población ha sido reconocida como “víctimas invisibles” (Alcántara, 2010; Cano, 2015; Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2015; Riquelme et al., 2019), sin embargo, desde esta perspectiva, mientras no sean consideradas como un grupo receptor de una violencia específica (violencia de género parental/referencial), y no expuesta a ella, seguirá siendo invisibilizada.

Por todo lo expuesto anteriormente, a pesar del uso habitual del término “exposición” en la literatura, consideramos que, dadas las implicaciones del concepto, y la posible confusión derivada de la incongruencia entre definiciones que implican pasividad y actividad al mismo tiempo, en el presente estudio se emplea el término “experiencia” ya que consideramos que se adecúa de mejor manera al contexto de investigación, así como facilita la visibilización de los/as menores como víctimas primarias.



2.2. INCIDENCIA Y PREVALENCIA

Por incidencia se entiende el número de casos detectados (generalmente por autoinforme) que han sufrido violencia a lo largo de su infancia y adolescencia, mientras que la prevalencia hace referencia al número de casos detectados o denunciados por autoridades oficiales (servicios sociales, juzgados, hospitales) en el transcurso de un periodo específico, comúnmente un año (Runyan, 1998). En el caso del maltrato a la infancia, y concretamente a los/as menores presentes ante las agresiones a sus madres, los casos detectados pueden ser sólo una parte de los casos reales, siendo únicamente la punta del *iceberg* (De los Santos y Sanmartín, 2005; Morales y Costa, 1997), tal y como se puede observar en la Figura 2.1.

Figura 2.1.

El iceberg del maltrato de Morales y Costa (1997).



Nota. Tomado de *Menores expuestos a la violencia de género* (p.33), por C. López-Soler et al., 2017. Copyright 2017 por Comercial Grupo ANAYA, SA.

Entre los factores que dificultan las estimaciones de la prevalencia de menores con experiencias de violencia de género hacia sus madres, Carlson (2000) expuso los siguientes: a) la operacionalización de la definición sobre violencia en la pareja; b) la inclusión de maltrato psicológico y físico; c) el marco temporal (en el último año frente a la historia vital de maltrato); y d) la muestra concreta estudiada.



Al margen de dichas dificultades, según los datos de la última Macroencuesta de Violencia contra la Mujer (Delegación del Gobierno contra la Violencia de género, 2020a), en España el 57.3% de las mujeres de 16 o más años residentes en España han experimentado violencia en algún momento de sus vidas por el mero hecho de ser mujeres, en las que una de cada cinco (19.8%) la ha sufrido en los últimos 12 meses. Específicamente, las mujeres jóvenes exponen que la experimentan en mayor medida, de manera que el 71.2% de las mujeres de 16 a 24 años y el 68,3% de las mujeres de 25 a 34 años refieren que han sufrido algún tipo de violencia a lo largo de sus vidas, frente al 42,1% de las que tienen 65 o más años.

El 89.6% de las mujeres que han sufrido algún tipo de violencia por parte de alguna pareja que participaron en la Macroencuesta 2019, tenían hijos menores de edad en el momento en el que se dieron los episodios de violencia. Asimismo, el 51.7% de estas manifiesta que sus hijos e hijas escucharon o presenciaron la violencia, y que además también sufrieron violencia por parte del agresor. Cabe destacar que, únicamente teniendo en consideración a las mujeres que participaron en dicha Macroencuesta, 265.860 se encontraban en hogares en los que en el momento de la entrevista la mujer estaba sufriendo violencia física o sexual en la pareja. Asimismo, en este estudio se estimó que más de un millón y medio de menores en España (1.678.959) se encuentran en hogares en los que su madre está sufriendo violencia en la pareja (física, emocional, sexual, económica, control, o miedo).

Cabe señalar que estas estimaciones se realizan, casi en exclusiva, a través de la información de la madre, sin embargo, diversos estudios han puesto de manifiesto que frecuentemente los progenitores subestiman la presencia de los/as menores ante el maltrato (Edleson, 1999a; O'Brien et al., 1994; Osofsky, 1998). Según las conclusiones de Carlson (2000), este hecho puede deberse a: a) que los padres pasen por alto que los/as menores se encuentran cerca o creer que se encuentran durmiendo; b) la generación de distorsiones cognitivas que eviten que sean conscientes de la presencia de los/as menores ante conflictos perturbadores emocionalmente; y c) una respuesta defensiva frente a la incapacidad de manejar las situaciones de maltrato. Con todo ello, tal y como refiere *Save the Children* (2008), se puede concluir que el número de menores víctimas de este tipo de violencia es mayor que el número de mujeres víctimas de violencia de género en la pareja.



En cuanto a la perspectiva de los/as menores, podemos encontrar el reciente estudio titulado “menores y violencia de género” (Delegación del Gobierno contra la Violencia de género, 2020b), en el que participó una muestra española representativa de 10.465 adolescentes con edades comprendidas entre los 14 y 18 años, uno de cada cinco participantes (24.7%) refirió conocer algún tipo de violencia de género hacia su madre. Asimismo, el 70% refirió que las agresiones hacia su madre fueron llevadas a cabo por el padre, el 24.6% por otro hombre y el 5.4% tanto por el padre como por otro hombre. De estos menores, el 77.15% refirió haber sufrido maltrato por parte del agresor de la madre ya sea psicológica y/o físicamente.

En este mismo estudio, encontraron que cuando la violencia de género es llevada a cabo por el padre, el 63.6% de los/as menores refiere seguir conviviendo con él y su madre, el 11.5% convive únicamente con el padre y el 16.4% no tiene relación con él. Asimismo, el 28.1% refiere tener una relación mala o regular con su padre. El 16.3% refieren que se denunció por violencia de género al padre, en el que en el 55% de los casos se estableció una orden de alejamiento hacia la madre (en el que el 26.4% el padre la incumplió) y el 16.3% hacia los/as menores. El 15.4% refiere que el maltrato se siguió produciendo tras la denuncia. En cuanto a los resultados cuando el agresor de la madre no es el padre, el contacto y convivencia con el agresor es mucho menor, sin embargo, incrementa que se establezca una orden de alejamiento hacia el/la menor (30.9%).

Por otro lado, según los resultados empíricos de diversas investigaciones, se asocia que los/as menores que se encuentran presentes ante el maltrato tienen una mayor probabilidad de sufrir otras modalidades de maltrato, así como una mayor frecuencia de experiencias de VGP se asocia con una mayor gravedad del maltrato (Clemmons, et al., 2007; Dong et al., 2004; Edwards et al., 2003; National Child Traumatic Stress Network, 2003; Oswald et al., 2010). En esta línea, estudios llevados a cabo en diferentes localizaciones como Colombia, China, México, Sudáfrica y Filipinas ponen de relieve la relación existente entre la violencia de género y el maltrato a los/as menores (Reza et al., 2002). Asimismo, se ha encontrado que los hijos e hijas de mujeres maltratadas tienen una probabilidad 15 veces mayor de sufrir malos tratos físicos, psicológicos y sexuales por parte del padre (UNICEF, 2006).



2.3. IMPACTO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA DESCENDENCIA

Las vivencias de violencia de género en las madres tienen consecuencias en la descendencia tanto en su salud mental como física. Recientes estudios de cohorte como el de Gartland et al. (2021) evaluaron si existían diferencias entre menores con experiencias de violencia de género parental y los/as que no en ambas áreas. La violencia de género se evaluó en las madres desde el embarazo y, posteriormente, al año, a los 4 años y a los 10 años, y para la afectación en los/as menores se realizó una evaluación en la que informaron tanto las madres como la descendencia cuando tenían 10 años en áreas de salud mental (probable diagnóstico psiquiátrico, ansiedad y dificultades emocionales/conductuales), cognición (coeficiente intelectual y función ejecutiva), lenguaje (general, pragmático y receptivo) y salud física en una muestra de 615 díadas madre-hijo/a. Entre los resultados, encontraron que las experiencias de VGP en los/as menores, tanto de violencia psicológica como física hacia la madre, se asoció con peores resultados en general. Específicamente, encontraron que en los/as menores cuyas madres fueron maltratadas hubo el doble de probabilidades de tener un diagnóstico psiquiátrico, dificultades internalizantes y/o externalizantes, deterioro de las habilidades del lenguaje y haber realizado consultas a un profesional de la salud sobre asma o problemas para dormir. Al analizar las vivencias de violencia de género en los/as menores por tramos de edad, en aquellos con experiencias a los 10 años encontraron probabilidades de dos a tres veces mayores en la totalidad de resultados de salud mental, presión arterial elevada y problemas en el sueño, mientras que la exposición temprana (1 y/o 4 años) se asoció con probabilidades 3 veces mayores de problemas generales del lenguaje y asma. Asimismo, estudios como el de Carter et al. (2015), encontraron que la afectación en la salud mental por la exposición a conflictos parentales puede perpetuarse hasta la edad adulta.

Para el desarrollo del presente apartado en primer lugar se exponen los principales resultados en cuanto a las consecuencias en la salud mental de menores cuyas madres son víctimas de violencia de género, seguido de las alteraciones neurológicas y finalmente en la salud física.

2.3.1. Salud mental

En las últimas décadas se han publicado varias revisiones sistemáticas y metaanálisis con el objetivo de sintetizar la información disponible en cuanto a las alteraciones psicológicas halladas en MEXVGP (Artz et al., 2014; Evans et al., 2008; Kitzmann et al.,



2003; Vu et al., 2016; Wolfe et al., 2003; Wood et al., 2011). La categorización de la afectación en esta población más empleada en la literatura es la sintomatología externalizante e internalizante, aunque también se han estudiado otras alteraciones como el funcionamiento cognitivo o trastornos del aprendizaje y del desarrollo (López-Soler et al., 2017).

A pesar de la posibilidad de que haya superposición de sintomatología internalizante y externalizante en MEXVGP (Carter et al., 2022), se considera que el perfil externalizante se da, en parte, por una mala autorregulación de los impulsos y la conducta, y en cambio, el perfil internalizante por un exceso desadaptativo de regulación de pensamientos y emociones (Cicchetti y Toth, 2014; Merrell, 2008). Por otro lado, cabe destacar el papel de la resiliencia como factor protector para el desarrollo tanto de sintomatología internalizante como externalizante en MEXVGP. Así pues, el reciente metaanálisis llevado a cabo por Yule et al. (2019) encontraron que los factores de autorregulación, apoyo familiar, apoyo escolar y apoyo de compañeros/as mostraron efectos aditivos y/o amortiguadores significativos, al margen de la violencia experimentada (maltrato directo, violencia de género parental y violencia comunitaria).

A continuación, se procede a la descripción de los resultados para ambos perfiles de comportamiento por separado, así como aquellos factores de riesgo y de protección asociados a ellos.

2.3.1.1. Sintomatología externalizante

El concepto de sintomatología externalizante o problemas del comportamiento externalizante hace referencia a una conceptualización dimensional de las categorías diagnósticas de problemas de conducta. Se trata de un concepto paraguas que incluye a aquellos comportamientos de expresión externa que pueden resultar dañinos en el entorno (p.e. agresión, desafío, incumplimiento de normas, hiperactividad). Estudios como el de De Jonghe et al. (2011) y Renner (2012) encontraron que MEXVGP corren mayor riesgo de desarrollar problemas de comportamiento externalizante frente a menores que no han estado expuestos a violencia de género. Asimismo, se ha encontrado que dichos comportamientos pueden persistir en la adolescencia y adultez (Ehrensaft y Cohen, 2012; Moylan et al., 2010).



Específicamente se han encontrado problemas en MEXVGP en cuanto a: comportamientos agresivos en relación con sus madres, pares y profesorado (Adamson y Thomson, 1998; Ballif-Spanvill et al., 2004; Corbalán y Patró, 2003; Dauvergne y Johnson, 2001; Lisboa et al., 2002); conductas opositoristas desafiantes, antisociales y delictivas (Ford et al., 2010; Herrera y McCloskey, 2001; López-López y López Soler, 2008; McCord, 1983); e ira/hostilidad (Alcántara, 2010; Lehman, 1997). Asimismo, Menom et al. (2018) encontraron que los/as adolescentes con experiencias de violencia de género parental tenían un riesgo creciente en el consumo de sustancias a medida crecen hacia la edad adulta.

2.3.1.1.1. Factores moderadores y mediadores sintomatología externalizante

En cuanto a los factores que moderan las respuestas externalizantes en los/as menores con vivencias de violencia de género hacia sus madres, a continuación, se desarrollan la edad, el sexo y la naturaleza del conflicto. Finalmente se exponen los factores maternos como mediadores de las respuestas externalizantes en la descendencia.

Edad, sexo y naturaleza del conflicto

Son diversos los estudios que han encontrado afectación externalizante en MEXVGP en diferentes etapas de la vida del/la menor. Por ejemplo, Jaffe et al. (1986) encontraron que presenciar violencia de género en adolescentes se estableció como predictor de comportamientos externalizantes como agresividad o delincuencia. Asimismo, otros estudios realizados en población preescolar encontraron mayores asociaciones de comportamiento externalizante en MEXVGP en comparación con menores que no han estado expuestos a la violencia (Minze et al., 2010; Ziv, 2012). Graham-Bermann y Perkins (2010) hallaron en una muestra de menores en edad escolar (6 a 12 años), que en los/as más jóvenes se dieron mayores problemas de externalización de manera significativa. Por otro lado, en el estudio longitudinal que realizó Holmes (2013) encontró un efecto latente, de manera que de los 0 a los 3 años no se hallaron diferencias significativas entre el grupo de menores con experiencias de violencia de género parental y el control, sin embargo, al volver a realizar la evaluación a los 8 años de edad el grupo de MEXVGP mostraron significativamente mayor sintomatología externalizante.



En el metaanálisis llevado a cabo por Vu et al. (2016), encontraron una relación entre la edad y el comportamiento externalizante, de manera que a menor edad se dio mayor afectación. No obstante, los autores refieren tomar los resultados con cautela ya que en general los estudios en los que basan su análisis no exponen la primera vez en las que se dio exposición a la violencia de género, sino la edad en la que se realizó la evaluación. En cambio, Fong et al. (2019) tras el análisis que realizaron concluyeron que con la evidencia disponible sobre el papel moderador de la edad en la relación entre la exposición a la violencia de género y problemas de externalización no se dispone de hallazgos consistentes para establecer si existe un grupo de edad con mayor o menor riesgo.

En cuanto al sexo como variable moderadora en la sintomatología externalizante en MEXVGP, los primeros estudios de Graham-Bermann et al. (2003) asociaron este tipo de comportamiento a los niños. En la misma línea, el último informe de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2015) realizado con MEXVGP en población española, encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo y la sintomatología externalizante. Según este estudio, los problemas de conducta fue la alteración con mayor frecuencia en los niños y se daba en mayor proporción en comparación con las niñas. Asimismo, metaanálisis como el de Evans et al. (2008) y Wolfe et al. (2003) muestran una mayor asociación de sintomatología externalizante en niños.

Sin embargo, estudios como el de Kitzmann et al. (2003) y Vu et al. (2016) no encontraron que la variable sexo tuviera un efecto moderador en la sintomatología (externalizante ni internalizante). Por otro lado, el análisis de Fong et al. (2019) encontraron una tendencia del comportamiento externalizante y el sexo del/la menor con el sexo del progenitor agresor. Asimismo, también se han encontrado estudios en los que existía mayor riesgo de llevar a cabo conductas externalizantes en niñas que en niños (Holmes et al. 2015; Smagur et al., 2017)

Factores a tener en consideración en relación a la naturaleza del conflicto como moderadores de la sintomatología externalizantes son la gravedad de la violencia de género a la que están expuestos/as y el maltrato directo hacia el/la menor (López-Soler et al., 2017).



En la revisión de Kitzmann et al. (2003) encontraron que la gravedad de la violencia a la que los/as MEXVGP es un moderador en la aparición de conductas externalizantes, presentando una relación directa, a mayor gravedad mayor intensidad de la sintomatología. Asimismo, en el estudio de McDonald et al. (2009) en el que evaluaron si otras formas de violencia familiar además de la violencia de género moderaban la afectación de los/as menores, encontraron que cada una de ellas aumentaban el riesgo de comportamiento externalizante (agresión de la pareja al/la menor, agresión de la madre al/la menor, violencia de las mujeres a su pareja).

Asimismo, se ha encontrado que la interpretación que realiza de la violencia de género también influye en el comportamiento, de manera que aquellos/as menores que se sienten culpables por el conflicto o lo perciben como una amenaza para sí mismos tienden a desarrollar comportamientos externalizantes (El-Sheikh y Harger, 2001; Skopp et al., 2005). Igualmente, Jouriles et al. (2014) hallaron los mismos resultados en cuanto a los sentimientos de amenaza, y además encontraron que la sintomatología externalizante se relacionó de manera significativa con la justificación de la violencia por parte de los/as menores.

Factores maternos y problemas de externalización en MEXVGP

A pesar de que la violencia de género es llevada a cabo por el padre o la pareja de la madre, la mayoría de estudios que han investigado los factores de riesgo en el desarrollo de problemas de externalización en la descendencia se han centrado en las características maternas y estilos de crianza de las madres. Según Fong et al. (2019), dichos estudios no explicitan el razonamiento de este suceso, y expone que es posible que se deba a que el diseño de las intervenciones para MEXVGP se tiene en cuenta la afectación de la madre tras la separación del agresor. No obstante, se pone de relieve la escasa producción investigadora en cuanto a la influencia de las características del padre agresor en el comportamiento de la descendencia.

En cuanto a la salud mental materna, se ha encontrado que las consecuencias psicológicas más frecuentes derivadas de la violencia de género en las mujeres son ansiedad, depresión y TEPT (Zlotnick et al., 2006). Los resultados de la salud mental materna como mediadora del comportamiento disruptivo en la descendencia son variados. En cuanto a la depresión materna, se encontraron diversos estudios que la relacionaron



con la sintomatología externalizante en los/as menores (Bair-Merritt et al., 2015; Holmes, 2013; Lieberman et al., 2005; Maddoux et al., 2016; Mitchel et al., 2011; Yetter, 2021), no obstante, también los hay que encontraron que la depresión materna no fue un moderador (Easterbrooks et al., 2015; Ehrensaft y Cohen, 2012; Graham-Bermann et al., 2011). En cuanto al TEPT materno, en el reciente estudio de Greene et al. (2018) encontraron que se trató de una variable moderadora para el desarrollo en los/as menores de sintomatología externalizante e internalizante.

En cuanto a las habilidades de crianza materna en mujeres con experiencias de violencia de género y el comportamiento externalizante de la descendencia, el reciente estudio de Rosser-Limiñana et al. (2020) en esta población encontró una asociación inversa, en la que, a menor competencia parental de las madres, mayor es la tasa de problemas de conducta en los/as menores. Asimismo, son diversos los estudios que han encontrado que estilos de crianza autoritarios por parte de las madres se asocia con comportamientos disruptivos en los/as menores (Easterbrooks et al., 2015; Graham et al., 2012; Grasso et al., 2016; Zarling et al., 2013). También son diversas las investigaciones que han relacionado cómo el estilo educativo materno se puede ver afectado de manera negativa por su propia salud mental (López-Solet et al., 2017). Por ejemplo, Greene et al., (2018) encontraron que la sintomatología TEPT materna derivada de violencia de género psicológica, medió entre prácticas educativas maternas restrictivas/punitivas y el comportamiento externalizante en sus hijos/as.

Por otro lado, los estilos relacionales de aceptación, apoyo y cariño por parte de las madres se han encontrado como factores mediadores en la reducción del comportamiento disruptivo en MEXVGP (Greeson et al., 2014; Lavi y Slone, 2012; Saler y Skolnick, 1992; Tajima et al., 2011).

2.3.1.2. Sintomatología internalizante

La sintomatología o comportamiento internalizante (al igual que la externalizante) se trata de una conceptualización dimensional de las categorías diagnósticas relativas a trastornos emocionales (típicamente ansiedad, depresión, problemas de adaptación y TEPT). Son diversas las investigaciones que han obtenido resultados en los que se relacionan las vivencias de violencia de género parental en menores con el desarrollo de psicopatología infantojuvenil como la ansiedad y la depresión (Jouriles et al., 1996; Wolfee et al., 2003), así como mayores puntuaciones internalizantes en comparación de



menores con experiencias de violencia de género parental (Ybarra et al., 2007). Asimismo, en el metaanálisis llevado a cabo por Evans et al. (2008) hallaron tamaños del efecto moderados en el desarrollo de problemas internalizantes como ansiedad, depresión, preocupaciones y TEPT en esta población.

Es de especial interés el TEPT, ya que es uno de los diagnósticos que se da con mayor frecuencia en esta población (Marr, 2001). Diferentes estudios y metaanálisis han relacionado el TEPT en la infancia con la violencia de género en el seno familiar (Bogat et al., 2006; Crusto et al., 2010; Evans et al., 2008; Levendosky et al., 2013), y se ha encontrado que es comórbido a diferentes afectaciones de salud mental tanto internalizantes como externalizantes (Cisler et al., 2012; Miller et al., 2012).

Cabe destacar que una de las críticas sobre el estudio de la sintomatología internalizante en esta población han sido los problemas metodológicos en las primeras investigaciones, denominadas de “primera generación”. Estas limitaciones se basan, mayormente, en la gran dependencia de muestras basadas en menores que se encontraban junto a sus madres en refugios para mujeres maltratadas (dado el estrés añadido al margen de la violencia de género) y en los diseños transversales de evaluación (Holt et al., 2008; O’Keefe, 1996). No obstante, tal y como exponen en su análisis Camacho et al. (2012), la investigación ha avanzado notablemente en la superación de dichas limitaciones, así como en el desarrollo de modelos explicativos de riesgo y resiliencia.

2.3.1.2.1. Factores moderadores y mediadores sintomatología internalizante

En cuanto a los factores que moderan las respuestas internalizantes en MEXVGP, en el presente apartado se tienen en cuenta tanto factores individuales como familiares. Finalmente se exponen los factores maternos como mediadores de las respuestas internalizantes en la descendencia.

Edad, sexo y naturaleza del conflicto

Son diversos los resultados en cuanto al desarrollo de sintomatología internalizante en MEXVGP en diferentes etapas del ciclo vital. En el metaanálisis llevado a cabo por Silva et al. (2017) encontraron que los hijos e hijas de mujeres que sufrieron violencia de género durante el embarazo tenían una probabilidad dos veces mayor de desarrollar problemas internalizantes. Asimismo, trabajos como los de McFarlane et al. (2003) y Hornor (2005) encontraron que en bebés que se encontraban en hogares violentos se daba



una tendencia a desarrollar trastornos del sueño y de la alimentación (aumento de peso). Igualmente, Dejonghe et al. (2005) encontraron en niños y niñas de 1 año expuestos a violencia doméstica mayores niveles de estrés frente al conflicto frente a los que no estuvieron expuestos. Por otro lado, estudios en menores en edad preescolar en contextos de violencia de género encontraron mayor tasa de ansiedad y angustia por la anticipación de episodios violentos (Dubowitz y King, 1995; Kashani et al., 1992; Wolfe y Korsch, 1994), así como aislamiento y temor (Hornor, 2005). Por su parte, Colmenares et al. (2007) encontraron que en edad escolar en esta población superaba la sintomatología internalizante frente la externalizante, y en la adolescencia, Carlson (2000) encontró baja autoestima y altos niveles de ansiedad y depresión.

En el metaanálisis llevado a cabo por Vu et al. (2016) encontraron que la edad moderó la asociación entre la exposición a la violencia de género y los problemas internalizantes en la descendencia. Concretamente, hallaron que la asociación es más fuerte a mayor edad en la que el/la menor es evaluado. Estos resultados son coherentes con lo expuesto por Menon et al. (2018), que argumentan que las vivencias de violencia de género parental en la etapa adolescente pueden ser altamente sensibles para el desarrollo de sintomatología internalizante dada la mayor vulnerabilidad intrínseca a este ciclo evolutivo (factores de desarrollo, conductuales y hormonales).

En el estudio citado anteriormente de Graham-Bermann et al. (2003), al igual que encontraron una asociación entre el sexo masculino y sintomatología externalizante, también encontraron una asociación entre el sexo femenino y la sintomatología internalizante. Sin embargo, en población española no se ha establecido esta asociación entre el sexo femenino y la sintomatología internalizante (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2015), ni tampoco en los metaanálisis de Evans et al. (2008) y Wolfe et al. (2003), aunque sí la establecieron para el sexo masculino y la sintomatología externalizante.

Asimismo, tal y como se ha comentado, los trabajos de Kitzmann et al. (2003) y Vu et al. (2016) no encontraron que el sexo fuera una variable con efecto moderador de la sintomatología internalizante ni externalizante. Así pues, con los datos actuales no se puede establecer que el sexo sea una variable moderadora en el desarrollo de sintomatología internalizante en esta población.



En cuanto a qué variables derivadas de la violencia de género hacia la madre pueden moderar el desarrollo de sintomatología internalizante en los niños y niñas, McDonald et al. (2009) encontraron que si además el agresor también ejercía violencia sobre el/la menor se asoció con el desarrollo de problemas internalizantes. Por otro lado, el estudio llevado a cabo por Menom et al. (2018) en adolescentes, encontraron que, en aquellos/as menores en contextos familiares de violencia de género, si además sufrían negligencia era un factor de alto riesgo para el desarrollo de sintomatología depresiva.

Factores maternos y problemas internalizantes en MEXVGP

En cuanto a la implicación de factores maternos como mediadores del desarrollo de sintomatología internalizante, encontramos diversos estudios que han evaluado el estilo educativo. En concreto, Huang et al. (2010) en menores preescolares no encontraron relación entre el estilo educativo autoritario en general con el desarrollo de conductas internalizantes, no obstante, sí lo hizo el uso de la “nalgada”. Por otro lado, Rea y Rossman (2005) en su estudio con menores de 7 a 12 años, encontraron que el uso de hostilidad verbal por parte de las madres hacia la descendencia aumentaba el riesgo de desarrollar síntomas internalizantes a lo largo del tiempo. Por otro lado, las habilidades de crianza positivas mantenidas a lo largo del tiempo se han relacionado con la reducción de sintomatología internalizante en los/as menores asociada a la violencia de género (Gewirtz et al., 2011).

En lo referente a la influencia de la salud mental materna y los comportamientos internalizantes en MEXVGP, la revisión sistemática realizada por Carter et al. (2022) con estudios de cohortes, en general no hallaron evidencia suficiente para establecer que existe mediación. No obstante, los/as menores de los estudios seleccionados no superaron los 6 años de edad, por lo que estas conclusiones deben tomarse con cautela, y no se dispone de datos de menores en edad escolar y adolescentes. No obstante, diferentes estudios han obtenido resultados que relacionan el TEPT y la depresión materna, con el desarrollo en los/as menores de sintomatología internalizante y externalizante (Greene et al., 2018; Yetter, 2021). Concretamente, Yetter et al. (2021) hallaron un efecto moderador de manera que los hijos e hijas de víctimas de violencia de género que se encuentran deprimidas, tienen niveles más altos de comportamientos internalizantes.



En cuanto a la influencia del estrés parental, se han hallado resultados mixtos. Así pues, Renner y Boel-Studt (2013) encontraron resultados consistentes en menores entre los 6 y los 12 años en cuanto al estrés derivado del cumplimiento del rol de crianza y comportamientos internalizantes. Sin embargo, esta relación no se dio en adolescentes. Por otro lado, Bair-Merritt et al. (2015) no encontró relación entre el estrés parental y síntomas internalizantes en menores de 6 a 9 años.

En cuanto al apoyo social familiar como variable moderadora protectora para el desarrollo de problemáticas internalizantes en menores en contextos de violencia doméstica, Kennedy et al. (2010) hallaron resultados parciales, dado que encontraron que el apoyo social familiar se asoció con una reducción de síntomas depresivos a lo largo del tiempo, sin embargo, no lo hizo en los menores de sexo masculino que informaron inicialmente de un nivel bajo de apoyo social familiar.

2.3.1.3. Trauma complejo

Desde hace décadas se viene proponiendo que los traumas experimentados durante la infancia y perpetrados por los cuidadores primarios, que se mantienen durante largos periodos de tiempo, dejan atrapados a niños y niñas en condiciones de alto nivel de estrés, ya que no lo saben ni pueden manejar. Estas condiciones traumáticas graves, duraderas y complejas, provocan secuencias de reacciones traumáticas también graves y complejas (Courtois, 2004), que van más allá de diagnósticos específicos al uso (TEPT, internalizantes, externalizantes...), ya que desconfiguran todo el sistema de psicológico en desarrollo, lo que permite comprender más adecuadamente la diversa sintomatología encontrada en personas maltratadas. Así surgió el concepto de Trauma Complejo (Hermann, 1992), para describir las alteraciones en el funcionamiento personal y la psicopatología resultante de la exposición a condiciones muy negativas y constantes en mujeres maltratadas, y actualmente incluye un conjunto de síntomas que reflejan graves perturbaciones en la autorregulación afectiva, cognitiva y comportamental en menores (Courtois, 2004, Cook et al., 2005, López-Soler, 2008, Cervera et al., 2020).

En general, niños y niñas con diversas experiencias traumáticas informan con más frecuencia de sentimientos de tristeza, confusión, miedo e ira, y cuando se dan en el ambiente familiar, por sus características específicas de continuidad, determinan tanto reacciones somáticas, miedos y desolación, como agresividad, mentiras y comportamientos violentos, que suelen confundirse con trastornos de conducta (López-



Soler, 2008). Con este nuevo concepto, que ya había propuesto inicialmente Hermann (1992) para comprender las devastadoras consecuencias del abuso sexual intrafamiliar infantil, describiendo la amplia afectación que ejercía en el desarrollo de la personalidad, y no solo en un ámbito del funcionamiento, se integra más adecuadamente la diversidad de sintomatología aparentemente contradictoria. En este concepto, lo central es la desregulación de todos los sistemas en desarrollo y la desconfianza en las relaciones de apego (López-Soler, 2008; Cervera, 2020). Esta afectación compleja permite comprender mejor que en muchos menores maltratados no aparezcan suficientes síntomas para un diagnóstico específico, aunque sí subclínicos, o que no se expresen hasta la adolescencia y vida adulta.

2.3.2. Alteraciones neurológicas

El desarrollo neurológico en la infancia (y en el embarazo) se ve mediado por diferentes factores ambientales y neuroendocrinos que influyen en el ritmo y calidad del mismo. Diferentes estudios han puesto de manifiesto cómo experiencias altamente estresantes en los primeros años de vida generan elevados niveles de cortisol los cuales se asocian con déficits estructurales y funcionales en varias áreas neurobiológicas (Danese y McEwn, 2012; Hertzman, 2012; McCrory et al., 2011). Concretamente, Danese y McEwen (2012) hallaron cómo el estrés grave resultante de contextos familiares hostiles afectó gravemente a tres estructuras cerebrales: corteza prefrontal (problemas de atención, control emocional y funcionamiento ejecutivo); amígdala (mayor sensibilidad al condicionamiento del miedo y al miedo no aprendido); e hipocampo (deterioración de la memoria en dominios declarativos, contextuales y espaciales).

A continuación, se procede a la exposición de los distintos desórdenes neurobiológicos encontrados en menores expuestos a violencia de género (activación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal y activación del sistema nervioso autónomo), así como las alteraciones estructurales en el cerebro.

2.3.2.1. Activación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal

Son diversas las investigaciones que han evaluado las funciones del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal en la producción de cortisol en menores cuyas madres han sido agredidas (Davies et al., 2011; Koss et al., 2011; Sturge-Apple et al., 2012; Cochran, et al., 2022; Levendosky et al., 2016; Martínez-Torteya et al., 2017). La segregación de cortisol está asociada a la respuesta de factores estresantes, ya sean físicos o psicológicos,



que tiene como resultado la movilización de recursos intracorporales y altera el procesamiento de estímulos con carga emocional. Las respuestas derivadas de la activación del sistema de respuesta al estrés en momentos concretos son adaptativas cuando dicha activación rápida va acompañada de descensos a los niveles de referencia. No obstante, la exposición habitual a contextos estresantes, como la violencia de género parental, puede provocar desajustes en el sistema hipotalámico-hipofisario-adrenal ya que las hostilidades recurrentes pueden desregular (a la baja o al alza) la producción de cortisol, y con ello mediar en el desarrollo de patrones desadaptativos conductuales externalizantes o internalizantes (Artz et al., 2014).

2.3.2.2. *Activación del sistema nervioso autónomo*

En la última década se ha propuesto un modelo en el que variaciones en el funcionamiento del sistema nervioso autónomo (SNA) del/la menor presente en conflictos parentales modula la psicopatología desarrollada (Cummings et al., 2009; El-Sheikh y Erath, 2011; El-Sheikh et al., 2009). Según este planteamiento teórico, se propone que el maltrato en la familia (físico, emocional o sexual) puede derivar en un “reajuste” temprano fisiológico y emocional derivado del entorno hostil que dan lugar a estrategias conductuales externalizantes e internalizantes, que serían inadecuadas en otras condiciones contextuales con menor hostilidad (Cummings et al., 2009). En esta línea, se han desarrollado varios estudios en los que se ha evaluado si la exposición a violencia doméstica se asocia con alteraciones del SNA mediante índices fisiológicos del sistema nervioso simpático (conductancia de la piel o actividad cardíaca) y parasimpático (actividad vagal) (p. e. El-Sheikh, et al., 2013; Stride et al., 2008; Obradović, et al., 2011; Rigterink et al., 2010). Se han encontrado asociaciones de alteraciones en la actividad del SNA, no obstante, el apoyo empírico es limitado. Asimismo, una parte de los resultados de los estudios desarrollados no son consistentes con el modelo de sensibilización de las regulaciones autónomas (Artz et al., 2014), por lo que no se disponen de datos concluyentes de este modelo.

En cuanto a la relación de la activación del SNA y la conducta en esta población se han encontrado resultados que varían en función de la edad y el sexo. En concreto, en menores de 6 a 12 años encontraron que la baja activación simpática en contexto de disminución de la activación parasimpática (co-inhibición) se relacionó como vulnerabilidad para síntomas externalizantes. Por otro lado, para lactantes la baja



activación simpática en contexto de activación parasimpática elevada (activación de parasimpática recíproca) supuso un factor de protección en el desarrollo de problemas de conducta. En cuanto al sexo, encontraron que, en menores entre 8 y 10 años, la co-inhibición en niñas supuso un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de sintomatología internalizante, mientras que en niños predijo una disminución de problemas de adaptación (El-Sheikh et al., 2009; 2013).

2.3.2.3. Alteraciones estructurales cerebrales

El avance de la tecnología en el ámbito de las neurociencias permite realizar investigaciones que aportan mayor información y comprensión sobre la posible existencia de afectación en regiones cerebrales en menores víctimas de maltrato (McCrary et al., 2011).

Diferentes investigaciones han estudiado el efecto de las experiencias en menores en cuanto a la presencia en conflictos interparentales y la irritabilidad límbica (Choi et al., 2012; Teicher et al, 2010; 2011). Según este enfoque, el desarrollo del sistema límbico es especialmente sensible a niveles elevados de estrés, de este modo, la hipótesis de trabajo es que la estimulación continua derivada del estrés de la exposición a la violencia doméstica debe repercutir de manera negativa en el desarrollo del área límbica cerebral. En la revisión de Artz et al. (2014) concluyeron que, en conjunto, los resultados las investigaciones en el área convergen los siguientes puntos:

- a) La violencia de género en condiciones altamente estresantes puede afectar al desarrollo cerebral posnatal.
- b) La vulnerabilidad para el desarrollo de psicopatología puede aumentar derivado de la alteración de procesamiento de información sensorial dada la reducción del volumen de materia blanca y gris.
- c) El abuso verbal hacia el/la menor, ya sea infligido por pares, padres o encontrarse ante conflictos verbales en el ámbito doméstico, parece ser un factor relevante en la modificación del desarrollo neuronal del cerebro joven.

2.3.3. Salud física

Las vivencias de violencia de género en la infancia se vinculan con diferentes efectos negativos en la salud física de niños/as y adolescentes, no obstante, se trata de un campo de investigación poco estudiado (Holmes et al., 2022; Wood y Sommers, 2011). En



situaciones de estrés crónico en el contexto familiar se incrementa la vulnerabilidad para el desarrollo de problemas médicos y de salud (Herman-Smith, 2013). De hecho, estudios como el de Onyskiw (2002) encontraron que la probabilidad de tener contacto con profesionales médicos y de la salud era mayor en menores que habían presenciado violencia en la familia frente a los/as que no. En esta misma línea, Olofsson et al. (2011) expusieron que los/as menores con vivencias de violencia de género entre sus progenitores, en comparación con población normativa, presentaron peor salud en términos generales, un mayor número de síntomas, así como una mayor tasa de uso de servicios médicos y recetas de medicamentos.

La reciente revisión llevada a cabo por Holmes et al. (2022) hallaron que, en esta población, en comparación con menores sin experiencias de violencia entre sus padres, tenían menor probabilidad de estar al día en la vacunación, mayor tasa de visitas al servicio de emergencias y atención primaria de pediatría. Asimismo, encontraron resultados consistentes en cuanto a que esta población presentaba mayor riesgo de funcionamiento pulmonar deficiente, obesidad y deficiencias nutricionales, así como problemas de salud generales.

Son diferentes los estudios que han encontrado una relación entre las vivencias de violencia de género y el asma en niños/as. En la revisión sistemática realizada por Wang et al. (2022), de los 17 estudios que seleccionaron 16 mostraron relaciones estadísticamente significativas en este sentido. Asimismo, la experiencia de violencia de género en la infancia también se ha asociado al incremento en problemas somáticos. Lamers-Winkelmann et al. (2012) en un grupo de menores entre 6 y 12 años evaluaron las quejas somáticas, y encontraron muchas más protestas en cuanto al comer, el sueño y el dolor en esta población que en aquellos no habían tenido experiencias de violencia de género en sus hogares.

Cabe destacar, que los resultados negativos en la salud en la infancia con este tipo de maltrato también pueden llegar a tener repercusión en su forma más extrema, la muerte prematura. En el reciente metaanálisis llevado a cabo por Pastor-Moreno et al. (2019), examinaron el riesgo de muerte fetal y neonatal (muerte perinatal) en función de la experiencia de violencia de género durante el embarazo. Para ello, analizaron 17 estudios con una muestra total de 32.397.499 mujeres, provenientes de 10 países diferentes en Asia, Norteamérica/Oceanía, Sudamérica/América central y África. Entre sus resultados,



encontraron que las mujeres que experimentan violencia de género durante el embarazo, pueden tener una probabilidad aproximada tres veces mayor de sufrir una muerte fetal o neonatal en comparación de las que no sufren violencia de género en el embarazo.

Asimismo, diferentes estudios ponen de relieve que las experiencias de VGP pueden provocar una mayor probabilidad de llevar a cabo conductas perjudiciales para la salud posteriormente (Bair-Merritt et al., 2006), como abuso de drogas y alcohol, intentos de suicidio o comportamientos delictivos (López-Soler et al., 2017).



Capítulo 3

MODELOS EXPLICATIVOS

A pesar del desarrollo de diversas teorías explicativas a lo largo de las últimas décadas que pretenden explicar cómo la violencia en el marco de la familia afecta a los niños y niñas, ninguna de ellas ha conseguido explicar completamente por qué se dan estas alteraciones en esta población (Carlson et al., 2019). Las primeras propuestas parten desde enfoques causales en los que la violencia entre los progenitores produce alteraciones en la descendencia en forma de síntomas, que posteriormente han evolucionado teorizando sobre los mecanismos subyacentes del desarrollo infantil que se ven afectados y provoca la sintomatología (López-Soler et al., 2017). No obstante, dada la complejidad de factores que influyen e interactúan entre sí, surgen modelos multicausales los cuales realizan un análisis a nivel individual, relacional y contextual. A continuación, se procede a la exposición de diferentes modelos explicativos desarrollados en el área.



3.1. TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL

En rasgos generales, la Teoría del Aprendizaje Social (TAS - Bandura, 1986) se basa en que el aprendizaje comportamental está mediado por los procesos de modelado y observación, es decir, que las acciones llevadas a cabo están inspiradas en el comportamiento de otras personas. Concretamente, el modelado alude a la modificación de comportamientos, cogniciones y/o emociones procedentes de la observación de un modelo (Schunk, 1997), cuyas funciones son: a) facilitar respuestas; b) inhibir y/o desinhibir mediante la creación de expectativas; y c) aprender por observación. Asimismo, el proceso de observación de un modelo se basa en los componentes de atención, retención, producción y motivación.

En contextos familiares en los que se produce violencia de género parental, bajo el prisma de la TAS, los padres y madres son figuras de referencia, en tanto que son reconocidos como modelos de conducta para la descendencia. Según esta teoría, la violencia relacional observada por los hijos e hijas puede favorecer la asimilación de creencias, actitudes y expectativas inapropiadas en cuanto a la validación del uso de la violencia. En consecuencia, se pueden producir procesos de identificación tanto con el padre como con la madre por parte de los/as menores mediante el aprendizaje de estrategias de coacción y manipulación para la consecución de sus apetencias, o, por el contrario, la incorporación de comportamientos sumisos, creencias autoculpabilizadoras o de rendición frente los conflictos (Graham-Berman y Levendosky, 1998).

Esta circunstancia, puede provocar la perpetuación de los roles agresor y víctima asociados al género, de manera que crecer en contextos de violencia incrementa la posibilidad de convertirse en personas adultas agresivas o sumisas, potencialmente maltratadores o víctimas tanto en contextos sociales como en futuras relaciones de pareja (Duarte, 2007; Eriksson y Mazerolle, 2015; Rubio-Garay et al., 2015).

En cuanto a la evidencia relacionada con la repetición de patrones de violencia de género, cabe destacar que las investigaciones desarrolladas lo hacen desde enfoques generalistas de violencia en la pareja (*intimate partner violence* – IPV). En la IPV se tiene en cuenta tanto a mujeres como hombres agresores en la relación de pareja, por lo que no se puede hablar estrictamente de violencia de género, a pesar de que dichos estudios expongan que los datos disponibles predominan los hombres como agresores en relaciones heterosexuales. En la investigación de Jung et al. (2018) realizaron un análisis



predictivo del maltrato infantil y la exposición a IPV en el desarrollo de violencia en la pareja en la edad adulta. Al estudiar las diferencias por sexo, encontraron que los hombres maltratados física y emocionalmente en la infancia son más propensos que las mujeres a emplear múltiples tipos de violencia e intimidación con sus parejas, mientras que ocurría lo contrario en cuanto al abuso sexual infantil (ASI). No obstante, estudios como el de Fang y Corso (2008), encontraron que el ASI fue un predictor significativo en hombres adultos que ejercían violencia en la pareja. En esta línea, en el reciente metaanálisis llevado a cabo por Li et al. (2019) analizaron la relación entre el maltrato infantil y la perpetración de IPV. Entre sus principales hallazgos, encontraron que tanto el maltrato infantil en general, como el físico, psicológico y sexual, se relacionó de manera positiva significativa con la perpetración de IPV, al igual que metaanálisis anteriores (Smith-Marek et al., 2015; Stith et al., 2000). Al analizar el efecto moderador del sexo, Li et al. (2019) encontraron que la asociación entre maltrato infantil y llevar a cabo IPV fue más fuerte para hombres que para mujeres, por lo que concluyeron que la violencia en la pareja está moderada por el género.

En cuanto a las experiencias de IPV en la infancia, Jung et al. (2018) encontraron mayor propensión en hombres que en mujeres a emplear múltiples tipos de violencia e intimidación con sus parejas cuando se encontraban en la edad adulta. Kimber et al. (2018), en la revisión sistemática que realizaron sobre la afectación de vivencias de IPV en la infancia, dividieron los resultados entre violencia de género (padre agresor) y violencia doméstica (madre y padre agresores). En cuanto a la violencia de género parental en la infancia específicamente en hombres, encontraron que observar, escuchar o tener conciencia de violencia física hacia sus madres se relacionó con un riesgo elevado de llevar a cabo violencia física o física/sexual con sus parejas en la adultez. En esta misma línea, en cuanto a la afectación de la violencia de género en la infancia en muestras de hombres y mujeres, y su posterior perpetración en la edad adulta, Roberts et al. (2011) encontraron diferencias significativas en cuanto a que los hombres realizaban agresiones físicas/sexuales a sus parejas, no obstante, Brown et al. (2015) no encontraron diferencias en los resultados por sexo. En lo referente a la exposición a la violencia doméstica en la infancia, Kimber et al. (2018) hallaron que la repetición de la violencia en las parejas en la edad adulta, parece que se asocia el sexo del progenitor agresor con el mismo sexo del/la menor (niños con padres agresores y niñas con madres agresoras). Los autores concluyen tras realizar la revisión, la posibilidad de la existencia de efectos acumulativos



en el aumento de la probabilidad de ejercer IPV en la adultez relacionado con la exposición y el maltrato en la infancia. Asimismo, consideran como factores moderadores el sexo del/la menor, del cuidador agresor y/o el cuidador no agresor.

3.2. TEORÍA DEL APEGO

La Teoría del Apego (Bowlby, 1969, 1973, 1980) se focaliza en la interacción que mantienen los principales cuidadores con los niños/as, también denominados figuras de apego. Según esta teoría, el establecimiento en la infancia de vínculos seguros con las principales figuras de apego es un factor de gran importancia en el bienestar infantil, así como en el desarrollo de la salud tanto física como psicológica del/la menor. Asimismo, el desarrollo del apego también está mediado por factores ambientales en el embarazo (George y Solomen, 2008). En el reciente estudio de Feldman (2017) se halló que el apego seguro a edades tempranas tiene un impacto favorable sobre estructuras y circuitos cerebrales que se encuentran en desarrollo asociadas a la capacidad de regulación, que tiene un efecto positivo a largo plazo en habilidades sociales y emocionales.

En función de las interacciones de los/as menores con sus cuidadores principales, y la capacidad de estos de ofrecer una base de seguridad, se desarrollan diferencias en la calidad del lazo afectivo entre ambos. Ainsworth et al. (1978) en su estudio observacional en menores con una edad alrededor del año, identificaron tres tipos de apego: seguro, inseguro/evitativo e inseguro/ambivalente. El primero de ellos se caracteriza en el empleo de la figura de apego como base segura en la exploración del entorno de los niños/as, y a la que acuden en situaciones en las que perciben peligrosidad o extrañeza. En segundo lugar, el apego inseguro/evitativo hace referencia a aquellos/as menores que, al margen de la presencia o ausencia de la figura de apego, realizan actividades exploratorias y no incluyen a la figura de apego en sus actividades. Asimismo, la presencia de personas desconocidas apenas produce temor en el/la menor, y la interacción con ellas es similar a la que realizan con la figura de apego. En cuanto al apego inseguro/ambivalente, también existen dificultades en el empleo de su figura de referencia como base segura, no obstante, se distingue por la escasa interacción del/la menor con esta, así como conductas inconsistentes de acercamiento y rechazo hacia la misma. A nivel de conductas exploratorias, en comparación con el resto, estos menores tienen un número inferior tanto si se encuentra presente como ausente la figura de apego. Igualmente, las interacciones con personas desconocidas son escasas al margen de la presencia/ausencia del cuidador.



Estas dinámicas relacionales de ambos modelos de apego inseguro, en el que se da un desequilibrio entre el sistema de apego y exploración, pueden estar ocasionadas como una adaptación por parte del niño/a, derivada de la percepción de inconsistencia de disponibilidad y accesibilidad de la figura de apego, que en el caso del apego ambivalente parece estar en un estado de inseguridad constante.

Posteriormente, Main y Solomon (1990), tras observar que en las muestras de sus estudios había casos con patrones de comportamiento que no se ajustaban a las dimensiones descritas anteriormente, realizaron una cuarta distinción o tipología de apego a la cual denominaron *desorganizado* (también conocido como tipo D). Este tipo de apego se caracteriza por patrones conductuales altamente contradictorios del/la menor hacia la figura de apego (acercamientos repentinos en los que a continuación evitaban el contacto o se quedaban en estado de parálisis, juego agradable seguido de respuestas de malestar), comportamientos iniciados inconclusos, sin metas, o estereotipias, temores, movimientos defensivos ante la figura de apego u objetos asociados a ella, etc. (Solomon y George, 1999).

Según Main y Salomon (1990), el apego desorganizado se da, generalmente, en aquellas interacciones en las que los progenitores presentan una serie de miedos y temores no resueltos que acaban por transmitir a los/as menores. De este modo, los hijos/as acaban asumiendo un rol de protección hacia sus progenitores de manera que intentan contrarrestar la carencia de cuidados recibidos. En esta línea, estudios realizados en contextos de madres víctimas de violencia de género que presentan TEPT no resuelto se vincula con la presencia de un apego desorganizado o inseguro en sus hijos/as (Levendosky et al. 2012; Waldman-Levi et al., 2015).

Cabe destacar cómo las experiencias de violencia de género parental pueden afectar al desarrollo del apego de los/as menores, dado que en este contexto las madres suelen ser la figura de apego principal para sus hijos/as desde la etapa prenatal (Carracedo, 2018). La violencia de género además de atentar contra la integridad de la mujer, también puede hacerlo en su competencia para el desarrollo de funciones parentales adecuadas (Levendosky et al., 2012). Estudios como el de Levendosky et al. (2012) y Olaya (2009) exponen dos estilos relacionales potencialmente negativos para el desarrollo de un apego seguro en las que estas madres interactúan con la descendencia: la sobreprotección y la agresividad. En la primera de ellas, la percepción materna de vulnerabilidad e indefensión



de sus hijos/as puede hacer que las madres lleven a cabo un estilo educativo sobreprotector que repercuta en la exploración del/la menor y en la percepción de seguridad. Por otro lado, el estilo educativo agresivo materno puede derivar en una relación hostil y de maltrato hacia el/la menor por procesos de identificación con el padre o por considerar al hijo/a causante de las problemáticas a las que se enfrenta. Este último estilo relacional, puede conducir a que la madre actúe de forma inconsistente e indiferente en cuanto a las necesidades del/la menor, generando vínculos afectivos pobres, de inseguridad y desorganizados, que incrementan el desajuste y la probabilidad de la repetición de la violencia a largo plazo en los/as menores (Levendosky et al., 2012; Waldman-Levi et al., 2015). Así pues, estos menores pueden recibir un vínculo que les genere inseguridad tanto del hombre que ejerce violencia, como de la mujer víctima de violencia de género, por lo que se encuentran en una situación de riesgo en cuanto al desarrollo de su apego (Casanueva et al., 2009; Graham-Bermann y Hughes, 2003; Lizana, 2012; McIntosh, 2002; Olaya et al., 2010).

En cuanto a la evidencia disponible sobre la relación entre la experiencia de violencia de género en la madre y el apego desarrollado en los hijos/as, recientemente McIntosh et al. (2021) realizaron un metaanálisis con la información disponible en menores de 1 a 5 años, y Noonan y Pilkington (2020) en la misma línea llevaron a cabo un metaanálisis en el que analizaron la asociación entre IPV y el apego en lactantes, niños/as y adolescentes. Ambos metaanálisis distinguieron entre apego seguro e inseguro, dado que fue la única manera de poder extraer los datos de los estudios seleccionados. Ambos estudios encontraron una relación inversa significativa entre la violencia de género en la pareja y el apego seguro en los/as menores. Asimismo, encontraron que la edad de los/as menores en la evaluación del apego tuvo un efecto moderador, de manera que se halló un mayor impacto en los/as menores más pequeños. Ambos estudios refieren que a pesar de que los resultados son coherentes con la teoría del apego y las hipótesis formuladas, estos deben ser tomados con cautela dada la gran heterogeneidad de los estudios entre sí, por lo que se deber seguir investigando en el área para obtener evidencia con mayor solidez.



3.3. TEORÍA COGNITIVO-CONTEXTUAL

La Teoría Cognitivo-Contextual (Grych y Finchman, 1990) es el resultado de uno de los primeros intentos para explicar los problemas de adaptación empíricamente constatados (ya sea de comportamientos externalizantes o internalizantes) en los hijos/as que se encuentran en contextos de conflictos interparentales (Iraurgi et al., 2011). Según este modelo teórico, el/la menor es un agente activo que intenta comprender y afrontar el estrés generado por el conflicto interparental, de manera que la repercusión en este está mediada por la expresión del conflicto y el significado que el/la menor interpreta del mismo (Cortés, 2007; Grych et al., 2003). A pesar de tratarse de un modelo general, este modelo puede ser planteado específicamente en contextos de violencia de género parental.

En la propuesta de Grych y Finchman (1990), a grandes rasgos, la afectación del/la menor está mediada por el procesamiento cognitivo (primario y secundario) que realice sobre el conflicto, que a su vez influirán sobre sus estrategias de afrontamiento, así como por factores contextuales (proximales y distales) y las propias características del conflicto (Figura 3.1). A continuación, se procede a una breve explicación de cada uno de los factores que plantean estos autores para una mayor comprensión del modelo.

Este modelo pone énfasis en la diferenciación entre procesamiento primario y secundario del/la menor para la comprensión de la manera de afrontar el conflicto entre sus progenitores.

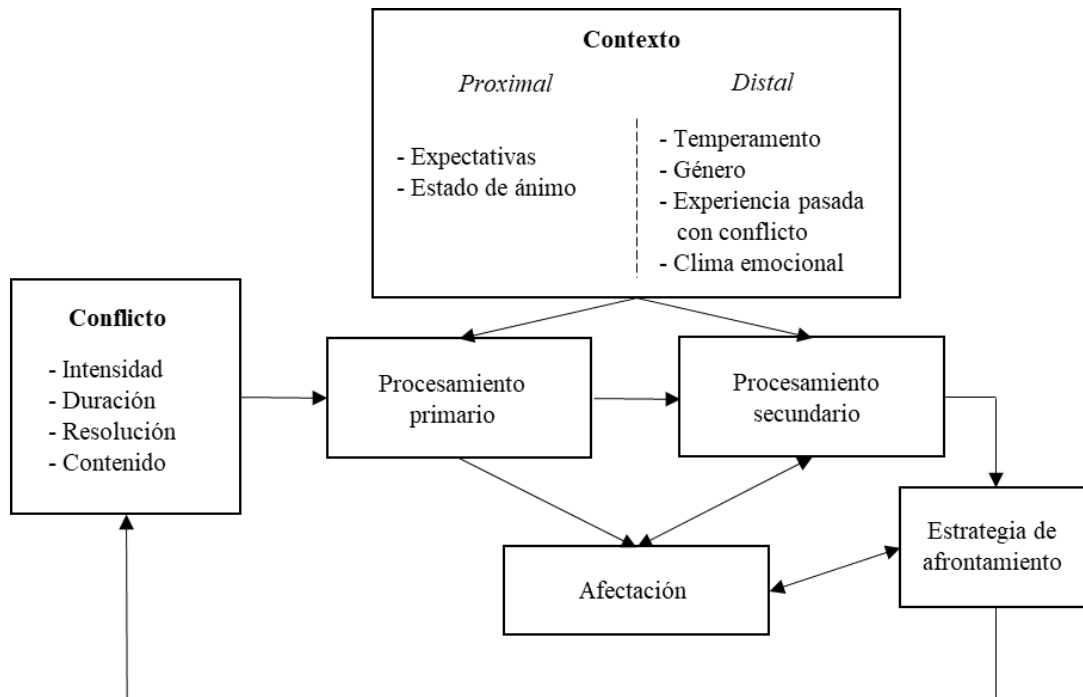
El procesamiento primario hace referencia al análisis sobre la amenaza y relevancia que el conflicto tiene tanto para el propio menor como para otras personas. En función de esta evaluación, el/la menor puede percibir el conflicto como amenazante y experimentar diferentes niveles de miedo y estrés. Este procesamiento, está influido por las características del conflicto, a saber: frecuencia, intensidad, duración y resolución. Asimismo, el procesamiento primario se puede ver afectado por factores del contexto, los cuales el modelo divide entre proximales y distales. Con contexto proximal se hace referencia a las expectativas (pensamientos) y estado de ánimo (sentimientos) del/la menor previo a la valoración del conflicto. En cuanto al contexto distal, se hace referencia a factores con mayor estabilidad como el clima emocional en el hogar (calidad de la relación filio parental), experiencias previas de conflictos (expectativas de resolución, explicaciones al conflicto), así como el temperamento (reacción frente al estrés) y el



género del/la menor (las diferencias de socialización que conllevan a respuestas externalizantes en los niños e internalizantes en las niñas).

Figura 3.1.

Marco cognitivo-contextual para comprender las respuestas de los niños al conflicto conyugal propuesto por Grych y Frinchman (1990).



Nota. Adaptado de “Marital conflict and children’s adjustment: A cognitive-contextual framework” (p.278), por J. Grych y F. Frinchman, 1990, *Psychological Bulletin*, 108.

En cuanto al procesamiento secundario, los autores del modelo se refieren al análisis de la causa, responsabilidad y expectativas de afrontamiento, que, finalmente, darán lugar a una estrategia de afrontamiento frente al conflicto. Al igual que en el procesamiento primario, en esta evaluación también influyen el contexto y las características del conflicto. Así pues, la identificación de la causa y valoración de la responsabilidad (culpabilidad) mediarán sobre la respuesta emocional del/la menor. De esta manera, si frente al conflicto el/la menor se culpa a sí mismo tendrá un efecto negativo en su autoestima tras la experimentación de culpa y vergüenza, sin embargo, si valora que la responsabilidad es de uno de los progenitores (o ambos), la respuesta emocional del/la menor será de ira y estará dirigida a ellos. Finalmente, el/la menor valora su competencia para hacer frente al conflicto, teniendo en cuenta expectativas de resolver el conflicto, experiencias en el pasado y la activación emocional. La edad es un factor muy importante



en este último análisis, pues los niños/as de menor edad pueden sentir mayor competencia para resolver conflictos interparentales, mientras que a mayor edad pueden realizar análisis con mayor precisión sobre su capacidad de influencia en el conflicto.

Teniendo en cuenta todos los factores descritos anteriormente, las estrategias de afrontamiento que pondrán en marcha los/as menores se dirigirán a la intervención sobre el conflicto interparental para influir sobre éste, o bien se focalizará en la propia respuesta emocional. Se trata de un modelo que, al margen de la respuesta de afrontamiento del/la menor (tanto de acción como de omisión en el conflicto), esta influirá sobre el propio conflicto interparental y en su resolución, por lo que tendrá influencia en el futuro en el procesamiento (primario y secundario) así como en las estrategias de afrontamiento futuras.

A pesar de tratarse de un modelo que trata de explicar las diferentes respuestas que pueden presentar los/as menores ante situaciones de violencia entre los progenitores (que pueden ser catalogadas como iguales), ha recibido varias críticas ya que únicamente se centra en los procesos cognitivos, y no tienen en cuenta factores personales, familiares y sociales que pueden tener efectos en las respuestas de los/as menores (Carracedo, 2018). Asimismo, diferentes estudios en los que han tenido en cuenta el sexo para comprobar el efecto de esta variable en el modelo, en el que los niños llevan a cabo estrategias de afrontamiento al conflicto tipo externalizante frente a internalizante en las niñas, no se ha encontrado evidencia firme y consistente (Iraurgi et al., 2011).

3.4. TEORÍA DEL DESARROLLO

Se entiende por Teoría del Desarrollo al conjunto de investigaciones que ponen de manifiesto que las experiencias tempranas en la infancia repercuten en el desarrollo emocional, cognitivo, comportamental y físico de los/as menores (López-Soler et al., 2017). Así pues, se trata de un modelo paraguas que recoge concepciones de diferentes modelos comentados anteriormente como la Teoría del Apego o de Aprendizaje Social, así como otros enfoques como la Teoría de la Seguridad Emocional (Cummings y Davies, 1995; Davies y Cummings, 1994) y resultados de investigaciones en el área del neurodesarrollo que tiene implicaciones en el desarrollo cognitivo y de la salud física del/la menor. Desde este enfoque, las experiencias de violencia familiar en la primera infancia tienen repercusiones a nivel general en el desarrollo óptimo y la consecución de los hitos evolutivos pertinentes, dada la situación de dependencia de los/as menores, la



falta de capacidad para hacer frente a los conflictos, así como de la vulnerabilidad que supone encontrarse en pleno desarrollo neurológico (López-Soler et al., 2017).

En cuanto a la afectación en el área emocional, encontramos modelo explicativo de Teoría de la Seguridad Emocional, que surge desde la conjunción de las variables de conflicto parental, el estrés y la desregulación emocional derivada (Carracedo, 2018). Según este modelo, los conflictos parentales funcionan como un estresor crónico para los hijos/as que deriva en un sentimiento de inseguridad en estos (Cummings y Davies, 1995; Davies y Cummings, 1994; López-Larrosa et al., 2009). De este modo, el estrés del conflicto parental generado en el/la menor le provoca una mayor desregulación emocional a través de sentimientos fuertes, descontrolados y persistentes, en los que el/la menor se alejará o intervendrá en el conflicto, que provocará un estado de hipervigilancia por la interpretación de amenaza hacia sí mismo u otras personas. En esta línea, también podemos encontrar la Teoría del Trauma (Margolin y Gordis, 2000; Stride et al., 2010) en la que en conflicto en la familia genera estrés y reacciones desreguladas físico-emocionales y que pueden provocar TEPT con dificultades de autorregulación emocional. Diferentes investigaciones han encontrado que la reactividad emocional se relaciona con mayor frecuencia con problemas internalizantes, como ansiedad y depresión, aunque también se han encontrado resultados en los que se desarrolla sintomatología externalizante (Davies y Cummings, 1998; Jenkins, 2000; Kernic et al., 2003).

En lo referente al desarrollo cognitivo, son diversas las investigaciones que ponen de relieve la afectación en el funcionamiento cognitivo en los/as menores derivada de las experiencias de violencia en el marco de la familia (Howel et al., 2016; Hungerford et al., 2012). Ejemplos de ello lo podemos encontrar en el estudio de DePrince et al. (2009), en el que hallaron que aquellos/as menores que habían estado expuestos a IPV presentaban mayores déficits en el funcionamiento ejecutivo (planificación, priorización, organización y finalización de tareas) en comparación de menores no expuestos. Por otro lado, Lundy y Grossman (2005) encontraron que en menores expuestos a IPV entre 5 y 12 años, el 21.6% tenían una o más dificultades educativas, y de estos el 47.2% había presentado algún problema de aprendizaje. En la misma línea, Peek-Asa et al. (2007) encontraron diferencias significativas con peores resultados en test estandarizados de matemáticas, lectura y lenguaje en menores que se encontraban en hogares en los que se producía IPV frente a los que no. Hungerford et al. (2012) en su revisión han encontrado



resultados que sugieren que, en contextos de violencia de género parental, la salud mental materna y la calidad de la crianza se relaciona de manera positiva con el funcionamiento cognitivo de los hijos/a. Ejemplos de ello lo podemos encontrar en investigaciones como la de Levendosky et al. (2003) en la que la depresión materna se relacionó con el cociente intelectual verbal de los/as menores, y esta relación estaba mediada por la calidad de la estimulación cognitiva y lingüística brindada en el hogar, o el estudio de Jouriles et al. (2008) en el que encontraron que la calidad de la crianza moderó dos de las tres medidas de memoria que realizaron en los/as menores.

En lo referente a la afectación en el desarrollo comportamental, tal y como se ha comentado previamente, son diversas las revisiones sistemáticas y metaanálisis que ponen de manifiesto el desarrollo en esta población de conductas internalizantes y externalizantes (Artz et al., 2014; Evans et al., 2008; Kitzmann et al., 2003; Vu et al., 2016; Wolfe et al., 2003; Wood et al., 2011), así como la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1986) como base teórica de la repetición de patrones de violencia/sumisión. Del mismo modo, tal y como se ha expuesto en el apartado de consecuencias en la salud física, las experiencias de violencia pueden tener repercusiones en el desarrollo físico de los/as menores con distintas afectaciones como retraso en el crecimiento, problemas respiratorios, control de esfínteres, problemas del sueño, etc. (Carlson, 2000; Edleson, 1999b; Rossman, 2001; Wang et al., 2022).

3.5. TEORÍA SISTÉMICA

La Teoría Sistémica, hunde sus raíces a mediados del siglo XX, momento en el que se inicia todo un proceso de revisión de las bases epistemológicas y filosóficas de la comprensión de la conducta humana imperantes de la época, que da lugar al desarrollo este modelo basado en la Teoría General de Sistemas (- TGS - Bertalanffy, 1968), la Cibernética de Wiener (1950) y la Teoría de la Comunicación Humana (Watzlawick et al., 1967). A grandes rasgos, el modelo sistémico, entiende al individuo como parte de un sistema con más individuos que se encuentran interconectados y son interdependientes entre sí. Asimismo, según la TGS se realiza una distinción jerárquica entre sistemas entre los que se encuentra el suprasistema, el sistema y el subsistema, también relacionados entre sí.

Este modelo surge como respuesta a las bases epistemológicas de los modelos biológico, conductista y psicodinámico, que comparten un enfoque de proceso analítico-



reduccionista y principios causales lineales en la descripción de los trastornos mentales. Así pues, el modelo sistémico ofrece una perspectiva “globalista”, en el que la comprensión es realizada desde un proceso holista. Se critica el proceso analítico-reduccionista ya que conlleva un razonamiento causal lineal, (clásicamente ejemplificado con el $A > B > C$) en el que un evento A, influye sobre el evento B, y este en un C de manera secuencial, obviando el efecto inmediato y simultáneo del evento B sobre A, C sobre A o B, etc. En contraposición, el enfoque de la causalidad desde la Teoría Sistémica es de tipo circular, de manera que en todo momento se tiene en cuenta las interacciones entre eventos en un circuito de retroalimentación (*feedback*) constante (Ortiz, 2008).

En el análisis de la familia desde la Teoría Sistémica, esta se encuentra en un suprasistema que a la vez puede diferenciar entre ambiente próximo (familia extensa, vecindad, comunidad) y remoto (región, país, mundo), de manera que sistema y suprasistema interactúan entre sí, de forma que la familia influye sobre la sociedad y la sociedad sobre la familia. Asimismo, dentro del sistema familia se puede distinguir el subsistema progenitores y subsistema hijos/as que, de igual forma, se encuentran influenciados entre sí (Preister, 1981). Por otro lado, desde este enfoque se pone énfasis en la estructura familiar (jerarquías intergeneracionales), comunicación digital y analógica (verbal y no verbal respectivamente), etapa del ciclo vital, influencia de las familias de origen de los progenitores en las habilidades parentales, creencias desadaptativas en torno a la familia (mitos) y desarrollo del apego (Ortiz, 2008).

El análisis de la afectación en los/as menores se realiza desde un punto de vista integral de la familia, de manera que la respuesta o sintomatología (internalizante o externalizante) es entendida como parte de un funcionamiento relacional desadaptativo que implica a todos los miembros de la familia. Es decir, la sintomatología no es entendida como consecuencia del mal funcionamiento familiar (causalidad lineal), sino que sistema y síntoma se encuentran en relación y se refuerzan mutuamente (circularidad). Asimismo, se entiende que la sintomatología puede cumplir diferentes funciones como la concesión de un estatus diferente al menor o exponer una circunstancia insostenible que requiere del cambio del modelo relacional familiar (Minuchin y Fishman, 1981).

En contextos de violencia de género parental, en los que se dan estilos relacionales agresivos del padre hacia la madre, estos repercuten directamente sobre las relaciones que



establecen los progenitores con los/as menores y viceversa al encontrarse en el mismo sistema familiar. De este modo, las agresiones del padre, y la afectación del estrés y alteraciones psicológicas en la madre repercute en los estilos educativos de ambos hacia la descendencia. Así pues, diferentes estudios han puesto de manifiesto que el agresor también puede llevar a cabo comportamientos abusivos con sus hijos/as para mostrar su poder, control y autoridad (Bancroft y Silverman, 2002; Holden, et al., 1998; Mullender, et al., 2002), y las madres estilos educativos sobreprotectores o coercitivos (Lizana, 2012; Olaya, 2009).

Asimismo, la asimetría que se da en los contextos de violencia de género también incrementa la dificultad del establecimiento de acuerdos entre ambos progenitores sobre la crianza (Rossman et al., 2000), que también repercute en la estabilidad emocional de los/as menores. Por tanto, los/as menores con experiencias de violencia de género parental pueden percibir el sistema familiar inestable e inseguro, y que desarrollen sintomatología internalizante o externalizante que repercute directamente sobre el propio sistema. Así pues, pueden adoptar comportamientos que alteren la estructura familiar como proteger a la madre y/o a hermanos/as (Lizana, 2012; Øverlien y Hydén, 2009).

3.6. TEORÍA ECO-BIOLÓGICA DEL DESARROLLO

La Teoría Ecológica del Desarrollo, elaborada por Bronfenbrenner en 1979, en sus planteamientos iniciales busca explicar la influencia del contexto en la conducta humana. Según el modelo, formula el ambiente ecológico como una serie de estructuras o sistemas interrelacionados entre sí (cronosistema, microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema), los cuales mantienen un orden de influencia progresivo. A continuación, se procede a describir brevemente cada uno de ellos.

En primer lugar, el cronosistema se refiere a la época histórica y sus características en la que vive la persona (desarrollo tecnológico, ideología imperante, guerras, etc.), el cual tiene un efecto sobre el resto de sistemas. En cuanto al microsistema alude al entorno con mayor proximidad del individuo, así como a sus características (edad, nivel de desarrollo, historia de crianza, etc.). Asimismo, se entiende por mesosistema a las distintas relaciones que se dan entre los microsistemas, como puede ser la familia, la relación entre progenitores, el tipo de relación que mantienen éstos con profesionales, así como elementos como el estrés familiar. Con respecto al exosistema, se refiere a contextos sociales más extensos como el barrio en el que se reside, amistades, lugar de



trabajo, escuela y servicios presente en la comunidad. Finalmente, el macrosistema se refiere a los valores políticos y culturales, el modelo económico y las condiciones sociales (Bronfenbrenner, 1979).

A pesar de ser una teoría que pretende abarcar todos los planos posibles, diferentes estudios han expuesto que se trata de un modelo que presenta dificultades para detectar el efecto de las conductas aprendidas, las interacciones sociales y las múltiples variaciones que puede presentar los entornos en los que se dan (Belsky, 1980; Garbarino, 1982). Así pues, Bronfenbrenner y Ceci (1994) incorporan posteriormente una perspectiva psico-biológica a la teoría generando un nuevo modelo denominado Proceso-Persona-Contexto-Tiempo, también nombrado como Teoría Eco-biológica del Desarrollo. Desde esta perspectiva, se añade a todo lo planteado anteriormente que el desarrollo de la persona está basado en procesos biológicos y psicológicos que se dan a lo largo de su vida en los diversos contextos con los que se relaciona.

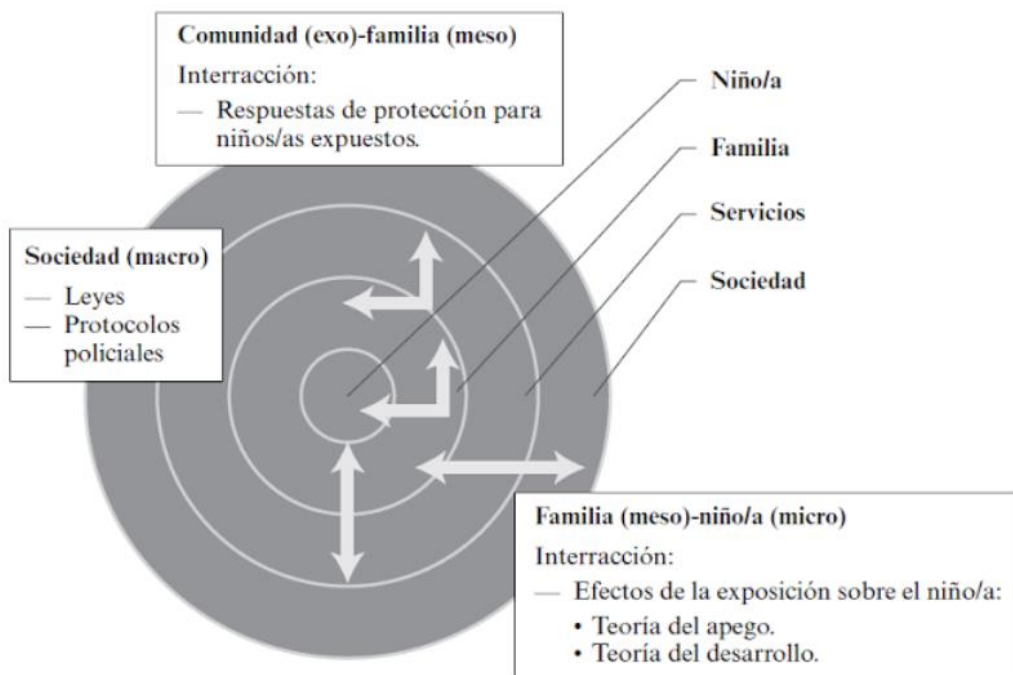
En cuanto la aplicación a la violencia de género parental, se trata de un modelo que incluye varios elementos que pueden facilitar la comprensión multifactorial de la afectación en los/as menores, ya que tiene en cuenta la relación entre individuo, familia, comunidad y sociedad, y las diferentes relaciones entre sí (Little y Kaufman, 2002). De este modo, en el momento en el que se notifica a los servicios de protección del/la menor que un niño/a ha tenido experiencias de violencia de género parental, se produce una interacción entre el exosistema (servicios de protección), microsistema y mesosistema, que produce cambios entre sí englobados dentro del macrosistema (López-Soler et al., 2017). Así pues, este enfoque provee un esquema que atiende a complejas interacciones entre los distintos sistemas (micro, meso, exo y macro), tal y como se muestra en la Figura 3.2.

En cuanto a investigaciones en las que se ha tenido en cuenta este modelo para la comprensión de la afectación violencia de género en las madres y sus hijos/as, encontramos estudios como el de Levendosky y Graham-Bermann (2001) en el que usaron modelos de ecuaciones estructurales para la consecución de dicho objetivo. Para ello reclutaron a 120 madres y sus hijo/as (entre 7 y 12 años) tanto de refugios para mujeres maltratadas ($n = 19$) como de diferentes servicios comunitarios. Entre sus resultados encontraron que, teniendo en cuenta factores ambientales como el apoyo social, eventos negativos en la vida y el abuso infantil en la historia materna, el modelo predijo el 40% de la varianza en

el ajuste los/as menores, el 43% de la afectación psicológica de la madre, el 8% del estilo educativo materno y el 23% de la satisfacción en la pareja. Según las autoras, los resultados en general apoyan el modelo ecológico, por lo que sería recomendable considerar que el comportamiento se da en un continuo condicionado ampliamente por el contexto en el que la persona se desarrolla, en lugar de centrarse en la patología interna. Cabe destacar, que diferentes organismos como la *American Academy of Pediatrics* (2012a, 2012b) o la Organización Mundial de la Salud en el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud de 2002 (Heise y García-Moreno, 2002) han adoptado este modelo dada la complejidad tanto del desarrollo como del comportamiento en contextos de violencia.

Figura 3.2.

Modelo ecológico sobre las consecuencias de la exposición de los o las menores a violencia de género.



Nota. Extraído de *Menores expuestos a la violencia de género* (p.124), por C. López-Soler et al., 2017. Copyright 2017 por Comercial Grupo ANAYA, SA.



3.7. MARCO PODER, AMENAZA Y SIGNIFICADO (PAS)

Recientemente la División de Psicología Clínica de la *British Psychological Society* ha desarrollado el Marco Poder, Amenaza y Significado (-PAS- Johnstone y Boyle, 2018) como una alternativa a la comprensión y al diagnóstico de los trastornos psicológicos. Según las autoras del modelo, lo definen como un meta-marco conformado por diversos modelos, prácticas y tradiciones filosóficas, que no depende exclusivamente de una orientación teórica en particular, sino que, en todo caso, amplía los enfoques existentes al ofrecer una visión diferente del origen, experiencia y expresión del malestar emocional y las conductas perturbadas o perturbadoras. En la Tabla 2 se muestran los principios fundamentales del Marco PAS.

Tabla 3.1.

Principios fundamentales del Marco PAS

-
- Las clasificaciones y diagnósticos psicopatológicos precisan dirigirse a los aspectos del funcionamiento humano, concretamente en los contextos sociales y relacionales.
 - En general, se adopta el supuesto de que el comportamiento humano (tanto el catalogado como normal como “anormal”) se considera una respuesta comprensible a la situación actual, histórica, cultural, sistema de creencias y capacidades físicas.
 - La causalidad de la conducta y sufrimiento humano es probabilística, por lo tanto, no será posible predecir los impactos precisos. Siempre habrá factores mediadores que podrán afectar al resultado.
 - El sufrimiento emocional es posibilitado y mediado por el cuerpo y la biología, pero no causado de manera reduccionista.
 - No se puede dar un “trastorno” aislado, ya que el comportamiento perturbador y sufrimiento resultan inseparables de su contexto material, social, ambiental, socioeconómico y cultural.
 - Los patrones de dificultades emocionales y de conducta están derivados de los discursos, normas y expectativas sociales y culturales imperantes, por lo que no se puede dar una psicología o psiquiatría “global”.
 - Las teorías en torno a la detección, explicación e intervención en cuanto al comportamiento problemático y sufrimiento mental no están exentas de intereses y valores.
 - Es necesario integrar el significado, narrativa y experiencia subjetiva, de modo que se otorgue el mismo estatus a los métodos cualitativos y cuantitativos.
-



Este modelo, en contraposición a los fundamentos causales biológicos o psicológicos asociados a los trastornos, identifica patrones generales en la experiencia y expresión del comportamiento perturbador o problemático y del sufrimiento, que, asimismo, se dan en distintas intensidades y circunstancias a lo largo de la vida en todas las personas. Desde este enfoque no se asume “patología”, sino que exponen los mecanismos de afrontamiento y supervivencia que pueden resultar de mayor o menor funcionalidad en la adaptación a conflictos y adversidades específicas (ya sean del pasado o del presente). Una de las características de este modelo es la integración de la influencia de los elementos biológicos, genéticos y epigenéticos, y evolutivos como mediadores de estos patrones de respuesta, a la par que incorpora factores materiales, relacionales, sociales y culturales que configuran la aparición, permanencia, experiencia y expresión de dichos patrones. Así pues, reconoce la relevancia vital del contexto relacional, social y político, en la distinción de una problemática de salud mental.

Por otro lado, este modelo se caracteriza por asignar un papel fundamental al significado personal, el cual deriva de los discursos sociales y culturales, sistema de creencias y las condiciones materiales. Asimismo, otorga gran relevancia a la agencialidad (*agency*), es decir a la capacidad que posee la persona para poder influir y tomar decisiones en sobre su propia vida teniendo en cuenta las ineludibles limitaciones psicosociales, biológicas y materiales. De este modo, el Marco PAS proporciona un método para la identificación de respuestas de afrontamiento y supervivencia que contribuyen en la documentación de las narrativas individuales, familiares y de grupo.

Teniendo en cuenta los principios fundamentales, características y propósitos del Marco PAS, en resumen, los aspectos esenciales son: a) el funcionamiento del *poder* (que se puede expresar de manera corporal, coercitiva, económica, ideológica, etc.), cuyas bases funcionan a través de estructuras sociales, organizaciones e instituciones, entorno físico, relaciones sociales y familiares, etc.; b) los tipos de *amenazas* que derivan de la ejecución negativa del poder para la persona, grupo y comunidad (sobre todo en lo relativo al sufrimiento mental); c) el rol principal del *significado* (resultado de los discursos sociales y culturales, y propiciado por respuestas corporales adquiridas y evolutivas) en la forma de la acción, experiencia y expresión del poder, amenaza y respuestas a la amenaza; y d) las *respuestas a la amenaza* (evolutivas y aprendidas). Las autoras del modelo proponen que las personas usuarias de servicios de salud mental (y



todas las personas) sean reconocidas y validadas, de manera que sus respuestas se entiendan como “estrategias de supervivencia” o reacciones a la amenaza, en lugar de síntomas y que sean diagnosticadas entendiéndolas como sujetos pasivos.

Con todo ello, en el Marco PAS encontramos lo que denominan el “Patrón Fundamental de Poder, Amenaza y Significado”, refiriéndose al patrón más general del sufrimiento emocional y el comportamiento problemático o perturbador, que sustenta al resto de patrones que se implementan a nivel individual, familiar, grupal o poblacional (Figura 3.3.).

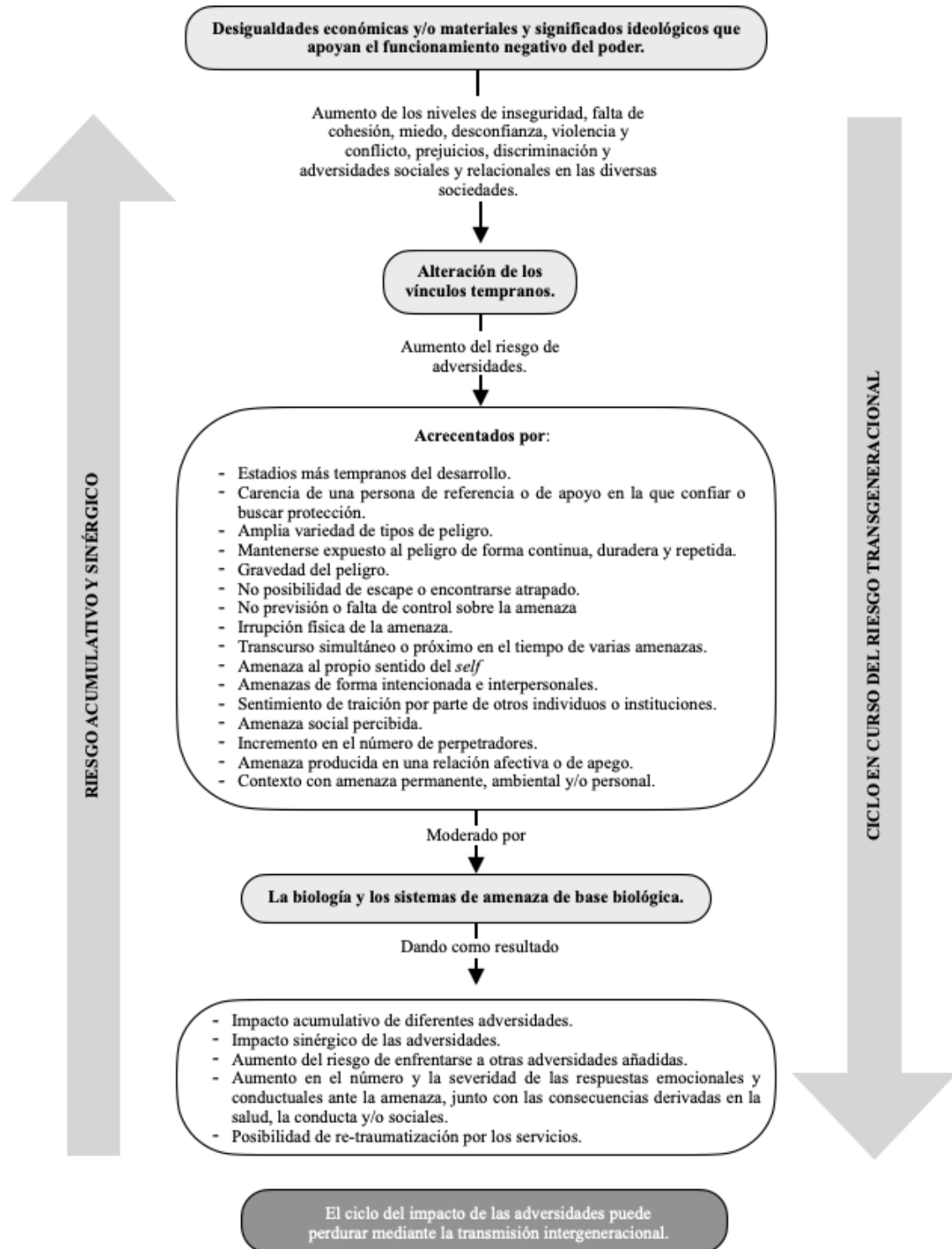
Una de las derivaciones del Patrón Fundamental PAS es el patrón general de supervivencia a las interferencias en los apegos y a las adversidades en la infancia y la adolescencia, marco desde el que se comprenden las respuestas de los/as menores con experiencias de violencia de género parental (relatadas en la literatura como sintomatología externalizante e internalizante). Según este patrón, la vivencia de esta violencia en la infancia supone una situación en la que las relaciones tempranas y/o sus entornos resultaron afectadas, a causa de una compleja combinación de factores de poder como la adversidad intergeneracional (historial de violencia de género en la familia), la carencia de recursos materiales, presión social (narrativas sociales de la familia unida) o el aislamiento social (estigmatización). Asimismo, puede darse una mezcla de trauma “no violento” (p.e. abandono emocional o abuso) y violento (p.e. agresión física o abuso sexual).

El patrón se puede expresar en forma de “apego desorganizado”, en la que la figura de apego supone una amenaza, así como la posibilidad de generar respuestas disociativas a la amenaza, en un intento de “huida” en un contexto de dependencia sin escapatoria. Asimismo, también pueden influir los roles de género inmersos en los discursos sociales en la manera que las se experimentan las amenazas y se expresan, de modo que los chicos tiendan a la inatención e hiperactividad y las chicas a la disociación. Así pues, las respuestas a las amenazas de los/as menores pueden ser diagnosticadas como “TDAH”, “trastornos del apego”, “depresión”, “trastornos de ansiedad”, “trastorno opositorista desafiante”, etc. También existe la posibilidad de que se den síntomas y afecciones en la salud física.



Figura 3.3.

El Patrón Fundamental de Poder, Amenaza y Significado de Johnstone y Boyle (2018).



Nota. Adaptado al español de *The Foundational Power Threat Meaning Pattern* (p.196), por L. Johnstone y M. Boyle., 2018. Copyright 2018 por British Psychological Society.



Tal y como se ha señalado anteriormente, el significado y las respuestas a la amenaza ocupan un papel central en el Marco PAS, de este modo, en este patrón los significados asociados a las amenazas tienen que ver con el miedo, sentirse controlado/a, la vergüenza, el vacío emocional, la inutilidad o la desesperanza. En consecuencia, las respuestas a la amenaza se entienden como protectoras, en las que, según las autoras del modelo, frecuentemente tienen las siguientes funciones: a) regulación de sentimientos abrumadores (p.e. embotamiento emocional, disociación, autolesión, impulsividad, uso de drogas); b) defensa contra pérdida de apego, daño y abandono (p.e. autodesprecio, desconfianza, exigencias, sumisión); c) búsqueda de vínculos (p.e. dominancia, comportamiento sexualizado); d) satisfacción de necesidades emocionales, calmarse (p.e. rascarse, balanceo, rituales, autolesiones,); e) protección contra el peligro (p.e. ansiedad, hipervigilancia, alteración de la concentración y la atención, inquietud, insomnio); f) comunicar el sufrimiento (p.e. rabietas, agresión, sensaciones somáticas, ánimo bajo); g) preservar sensación de control (p.e. problemas de la alimentación, acoso, agresión); h) mantener la identidad, autoimagen y autoestima (p.e. dominancia, acoso); y i) conservar un espacio en el grupo social (p.e. resignación, dominancia, acoso).

Cabe señalar, que el patrón general expone un continuo en el que la existencia de un menor número de amenazas y elementos potenciadores, y un mayor número de factores protectores implica la menor necesidad del uso de respuestas ante la amenaza. Desde este modelo, también se señala que menores que se encuentran en este patrón puede que, formalmente, no hayan sido diagnosticados. Asimismo, cuando estos niños/as lleguen a la edad adulta pueden incluirse en cualquier otro patrón como el de “Sobrevivir al rechazo, a estar atrapado/a y a la invalidación”.



Capítulo 4

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA Y SU APLICACIÓN EN MEXVGP

En este capítulo se realiza un repaso sobre cuestiones relativas a los tratamientos psicológicos infantojuveniles y su repercusión en el diseño experimental de tratamientos psicológicos dirigidos a menores con experiencias de violencia de género parental (MEXVGP). Asimismo, se exponen los diferentes modelos en los que se basan las principales psicoterapias desarrolladas en infancia y adolescencia en general, así como el apoyo empírico con el que cuentan. En último lugar, se realiza un repaso a los tratamientos psicológicos en MEXVGP publicados en la literatura científica, diferenciando entre tipología (intervenciones de componente único y multicomponente) y metodología de aplicación (intervenciones separadas, conjuntas y combinadas).



4.1. CONSIDERACIONES DE PARTIDA EN RELACIÓN A LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

A continuación, se abordan diferentes cuestiones que sirven como punto de partida para establecer el contexto teórico-práctico y sus características que determinan el presente estudio. Para ello, se realiza un recorrido sobre la consideración de los tratamientos psicológicos empíricamente apoyados, seguido de las características de los diseños experimentales en los tratamientos psicológicos, y se concluye con los modelos de clasificación psicopatológica en la infancia y adolescencia y las implicaciones en MEXVGP.

4.1.1. Evolución histórica de los tratamientos psicológicos empíricamente apoyados (TPEA)

La psicología, dado su actual marco científico-sanitario, ha procurado ajustar gran parte de las bases de la medicina basada en la evidencia con el objetivo de hacer de ella una ciencia avalada por datos contrastados. De este modo, la denominada “práctica psicológica basada en la evidencia” pretende la demostración empírica a través del control experimental, cuya referencia ha sido el modelo biomédico y la metodología empleada en los estudios clínicos con fármacos mediante ensayos clínicos aleatorizados, también conocidos como ECA’s. Las entidades con mayor reconocimiento en el diseño y evaluación de la eficacia de tratamientos psicológicos son la Asociación de Psicología Americana (APA) y el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (NICE por sus siglas en inglés) del Reino Unido (Moriana y Martínez, 2011).

Una de las publicaciones más reseñables que ha influido en el ámbito clínico e investigador a nivel global, es el manifiesto elaborado por el *Evidence Based Medicine Working Group* en 1992, que marcó los conceptos y directrices de la denominada medicina basada en la evidencia (Sackett et al. 1996). En esta misma fecha, la APA constituye el grupo de trabajo “*Board of Scientific Affairs, the Board of Professional Affairs, and the Committee for the Advancement of Professional Practice*” que en 1995 publica una serie de criterios para desarrollar y evaluar guías de tratamiento psicológico (APA, 1995). En las siguientes dos décadas, las divisiones 12 y 29 de la APA generan grupos de trabajo y publicaciones para identificar “tratamientos empíricamente validados” y “con apoyo empírico” (Chambless et al., 1998; Nathan y Gorman, 1998, 2015; Norcross y Wampold, 2018).



La división 53 de la APA, en 1999 crea la *Society of Clinical Child and Adolescent Psychology* (SCCAP) cuyo objetivo es la integración de los avances científicos y profesionales en el ámbito de la psicología clínica infantojuvenil. Este organismo expone de manera actualizada el apoyo empírico de los distintos tratamientos psicológicos en función de situaciones adversas para la infancia y sus familias (desastres naturales, terrorismo, bullying, separación de padres, etc.), comportamientos y síntomas que pueden estar relacionados con trastornos (obsesiones y compulsiones, atención, hiperactividad, desesperanza, comportamiento disruptivo, etc.) y trastornos en infancia y adolescencia (anorexia, depresión, trastorno bipolar, trastorno por estrés postraumático, etc.). Asimismo, analiza el apoyo empírico del que disponen diferentes terapias en publicaciones científicas (SCCAP, 2022).

La “práctica psicológica basada en la evidencia” surge a partir del informe de la *Task Force on Evidence-Based Practice* de la APA en 2006 (Goodheart et al., 2006), que posteriormente tendría su versión para infancia y adolescencia (APA, 2008). La *Task Force* en infancia y adolescencia propone cuatro principios que deben regir la práctica basada en la evidencia:

- a) Se debe ofrecer una atención psicológica de calidad basada en el conocimiento científico y experiencia clínica teniendo en cuenta las características, cultura y preferencias del/la menor.
- b) Los servicios asistenciales deben poder prestar atención preventiva, intervención temprana, tratamiento y continuidad.
- c) Debe existir igualdad de acceso a la atención psicológica independientemente de la edad, género, orientación sexual, raza, etnia y grupo cultural del/la menor.
- d) Es necesaria una aproximación contextual, en la que debe de existir colaboración entre la familia, profesionales de la psicología y personal investigador.

En el análisis que realizan Fonseca-Pedrero et al. (2021) ponen de manifiesto las implicaciones del uso de términos como “tratamientos psicológicos eficaces” o “tratamientos basados en la evidencia”. En el primer caso, hacer referencia únicamente a la eficacia deja fuera los parámetros esenciales de efectividad y eficiencia. En el segundo caso, se puede estar incurriendo en un mal uso del término en inglés “*evidence*” dado que la mejor traducción de dicho término sería “basado en pruebas”. Según la definición de



la Real Academia Española, se entiende por evidencia una “certeza clara y manifiesta de la que no se puede dudar” o “prueba determinante en un proceso” (Real Academia Española, s.f.b, definiciones 1 y 2), por lo que el uso de este término otorga un nivel de determinismo que lejos queda de los principios científicos. Por ello, estos mismos autores emplean el término “tratamiento psicológico empíricamente apoyado” (TPEA) dado que consideran que es el término que mejor recoge la casuística en lengua española. Asimismo, concluyen que habría que revisar “los niveles de evidencia” en el campo de los tratamientos psicológicos dado que son criterios desarrollados en el contexto biomédico que no se ajustan adecuadamente al campo psicológico. Es por ello, que consideran que tanto los criterios para discernir los niveles de evidencia (básicamente a través de ECA) como los niveles de evidencia establecidos por las diferentes organizaciones no deben ser percibidos como verdades irrefutables e inmutables, ya que ellos mismos están sujetos al escrutinio científico.

Es interesante señalar la situación que se produce en las “guías clínicas” ya que se centran en los tratamientos o técnicas de los tratamientos, no obstante, no tienen en cuenta varios factores que influyen en la eficacia, efectividad y eficiencia (p. ej. el contexto asistencial, alianza terapéutica, características del terapeuta, de la persona atendida, etc.). De este modo, se da la paradoja en la que, a pesar de ser referentes de evidencia, la mayoría de estas guías no tienen en cuenta la evidencia científica disponible (Wampold e Imel, 2015).

4.1.2. Diseño experimental en los tratamientos psicológicos

Según la APA (2006) las evidencias empíricas de las intervenciones psicológicas deben obtenerse bajo riguroso control metodológico, de manera que muestren cambios psicológicos en la dirección esperada, y que dichos cambios sean patentemente superiores al placebo, la no intervención u otras formas de tratamiento. Asimismo, una vez probada su eficacia, deberá mostrar efectividad (utilidad en el contexto de práctica real) y eficiencia (máximo beneficio para las personas receptoras con el mínimo coste económico).

La validación de los tratamientos psicológicos, ya sea en población adulta o infantojuvenil, es un tema de gran importancia dadas las implicaciones que profesa en profesionales, personas receptoras y las políticas sociosanitarias y educativas. Fonseca-



Pedrero et al. (2021) en el análisis de estas mismas cuestiones exponen como, a nivel profesional, el propio Código Deontológico del Psicólogo en España en su artículo 18 indica el uso de métodos y técnicas que se encuentren adecuadamente contrastados dentro de los límites del conocimiento científico vigente, sin perjuicio de la legítima diversidad de teorías, escuelas y métodos. Asimismo, estos mismos autores exponen el derecho de las personas al acceso a un tratamiento psicológico eficaz y efectivo, y el deber de los gobiernos y agentes responsables de políticas de atención sociosanitaria de garantizar una atención en los servicios asistenciales basada en la evidencia científica vigente.

La calidad de los diseños experimentales en los tratamientos psicológicos viene determinada por la validez interna (su capacidad de control de variables que puedan causar variaciones en el principio investigado) y la validez externa (la capacidad de generalización de los resultados a otros participantes, contextos y momentos temporales). Una de las finalidades principales en el diseño de la investigación es el equilibrio entre la validez interna y externa, no obstante, en los estudios manipulativos prevalece la validez interna frente a la externa (Ato, López-García y Benavente, 2013).

Tradicionalmente, se ha considerado la investigación con mayor rigor aquella que prioriza la validez interna mediante el uso de ECA's. Una de las virtudes de los diseños experimentales ECA, es el control que realiza sobre la variabilidad en la condición investigada, lo cual le permite determinar relaciones causa efecto. Desde este enfoque, se busca suprimir las denominadas variables de confusión (p. ej. selección muestral) o su neutralización estadística, en pro del estudio de la variabilidad de la variable independiente. Sin embargo, el uso de ECA presenta limitaciones como la necesidad de una muestra amplia que avale la potencia estadística, las implicaciones éticas de no realizar tratamiento en el grupo control o el riesgo de no contar con validez externa en los resultados.

En lo referente a la validez externa, son varias las diferencias existentes entre la práctica clínica de los servicios asistenciales y la investigación mediante ECA. Por ejemplo, en el contexto de investigación se busca la mayor homogeneidad en la población con diagnósticos puros (sin presentar comorbilidad con otros trastornos), en el que el tratamiento aplicado se realiza en un número de sesiones predeterminado y con contenido rígido. No obstante, en la práctica clínica habitual la población es heterogénea con



sintomatología que puede resultar comórbida a diferentes trastornos y las sesiones de los tratamientos no son limitadas, cuyo contenido es más moldeable en el que se pueden dar cambios (Echeburúa et al., 2010). Diferentes estudios muestran que la incorporación en la práctica clínica de los hallazgos científicos no llega a afianzarse en los ámbitos aplicados, y en consecuencia detenta un escaso impacto en la práctica profesional (Herbert, 2003; Beutler, 2000).

Tal y como plantean Barkham et al. (2018), la variabilidad es propia de la naturaleza y del comportamiento humano, por lo que también se da en la implementación de las terapias psicológicas, de ahí la dificultad de la generalización de la evidencia experimental a contextos asistenciales. Es por ello, que la investigación sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas enfrenta uno de sus mayores retos: la generación rigurosa de evidencia empírica, que permita una práctica que maximice la calidad asistencial. Más aún, si tenemos en cuenta el gran número de variables extrañas potenciales que se pueden dar en el contexto de intervención en menores con experiencias de violencia de género parental/referencial.

Estos mismos autores, con el objetivo de reducir la brecha entre práctica experimental y práctica asistencial, proponen como complementariedad a la práctica basada en la evidencia (caracterizada por el uso de ECA's), la evidencia basada en la práctica (EBP). En la EPB se prioriza la validez externa con datos de la práctica asistencial, mediante la medición rutinaria de las respuestas que generan malestar a la persona atendida, en el que las mediciones pueden administrarse pre y post intervención, a intervalos de medición repetidos o sesión a sesión (Barkham et al., 2018).

4.1.3. Clasificación de los trastornos mentales

La clasificación actual de trastornos psicológicos empleada en investigación es realizada a través de la Clasificación internacional de Enfermedades-11 (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría (2013). La validación empírica de los tratamientos psicológicos ha provocado que el diagnóstico asuma gran relevancia dado su papel clave en el modelo de la medicina basada en la evidencia.



El interés del reconocimiento de la psicología en el plano científico, puede llevar a sobrevalorar el diagnóstico clínico y con ello la cosificación de las personas que lo reciben. Es decir, se corre el riesgo de que se otorgue mayor importancia al cuadro clínico (p. e. trastorno de estrés postraumático), que al propio sujeto de la psicología clínica, sin tener en cuenta las características idiosincráticas de cada caso (Echeburúa et al. 2010). Así pues, se debe tener especial precaución ya que los manuales o guías de tratamiento basadas en la evidencia pueden ser percibidos como recetarios para trastornos psicológicos sin tener en cuenta al propio sujeto de intervención (Becoña et al., 2004).

He aquí una de las claves para comprender la dificultad diagnóstica psicopatológica en esta población, ya que la sintomatología diagnosticable que presentan estos menores según los criterios DSM o CIE, deriva de una experiencia continuada de violencia de género en su contexto familiar. Al tratarse de las consecuencias de una problemática social en la salud mental/bienestar del/la menor, el análisis desde el punto de vista diagnóstico biomédico resulta difícil de llevar a cabo, dado que la violencia de género no se puede aislar en laboratorio ni dispone de los marcadores biológicos de una afectación orgánica. En este sentido, se produce un conflicto en la selección del tratamiento psicológico de referencia en esta población, ya que dicha selección se basa en las recomendaciones con evidencia firme y consistente, la cual procede de ECA, en los que es necesario un diagnóstico psicopatológico para determinar su eficacia. Sin embargo, la afectación que presentan los menores no deriva de un déficit bioquímico, sino de un patrón relacional social de violencia de género parental/referencial.

Ante esta situación, en dichos sistemas de clasificación se han introducido ciertos parámetros dimensionales, no obstante, sigue tratándose de sistemas categoriales. Se basan en un enfoque politético (un trastorno está determinado por una serie de síntomas, pero no es obligatorio que se den todos los síntomas para diagnosticar el trastorno mental); es binario (“presencia-ausencia”); y asume cierta similitud poblacional dado que comparten síntomas y atributos (Sandín, 2013). Estas características, hace que presenten dificultades en el establecimiento de límites psicopatológicos, lo cual se ha visto evidenciado en los elevados niveles de comorbilidad en la mayoría de trastornos propuestos (Belloch, 2012; Sandín et al., 2012; Watson et al., 2008).

Dichas dificultades provenientes de los sistemas categoriales podrían corregirse en gran medida mediante la adopción de sistemas de clasificación dimensionales. No



obstante, su mayor complejidad en el proceso de categorización y su poca familiaridad en los contextos clínicos y de investigación, ha provocado su desuso frente a las distinciones categóricas, dada su facilidad diagnóstica y comunicativa entre profesionales (Sandín, 2013).

Entre los modelos desarrollados para enmendar las problemáticas derivadas del diagnóstico categórico, encontramos el modelo transdiagnóstico para suplir los efectos de la comorbilidad entre trastornos (Sandín et al., 2012). Asimismo, Linares y Soriano (2013) proponen una psicopatología relacional que, por un lado, acoge el diagnóstico psiquiátrico/psicopatológico, pero por otro lo analiza bajo el paradigma relacional de la epistemología de la Terapia Familiar Sistémica.

Recientemente, Johnstone & Boyle (2018) han propuesto un modelo de evaluación denominado Marco de Poder, Amenaza y Significado (PAS), como una propuesta alternativa a los diagnósticos psicopatológicos clásicos. Según este modelo, en la situación de violencia de género parental/referencial, en lugar de categorizar tanto a las madres como a los menores con diagnósticos psiquiátricos desde un enfoque pasivo, se les reconoce y valida como personas que activan respuestas desde la protección y la supervivencia, de modo que los síntomas pasan a ser reacciones a la amenaza. Asimismo, el carácter ecológico del marco PAS, tiene en cuenta las estructuras de poder y desigualdad social, y el significado atribuido a dichas experiencias.

4.2. MODELOS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

La psicoterapia infantil y adolescente presenta diferentes modelos de intervención, en los que cada uno de ellos realiza una formulación teórica con su propio enfoque o conjunto de explicaciones generales, que aplican al individuo y sus dificultades concretas (Johnstone y Dallos, 2017). El número de intervenciones psicológicas infantojuveniles presenta gran diversidad, de hecho, Kazdin (2000) identificó 551 psicoterapias infantiles acuñadas como tal, y 1500 estudios controlados relacionados con esta población en general. Para el desarrollo del presente apartado, se ha tenido en cuenta la reciente clasificación de González-Menéndez (2021), en la que presenta los principales modelos de terapias psicológicas en infancia y adolescencia, en concreto los modelos: cognitivo conductual, sistémico, psicodinámico e interpersonal.



4.2.1. Modelo cognitivo conductual: 1ª, 2ª y 3ª generación

El modelo cognitivo conductual o terapia cognitivo conductual (TCC), entre los diferentes modelos de intervención psicológica, es la que cuenta con más investigaciones y mayor apoyo empírico (Weisz y Kazdin, 2017), en gran parte por realizar evaluación pre y postratamiento, que no es tan frecuente en otros enfoques. El análisis funcional (AF) es la estrategia característica de la TCC, mediante la cual se evalúa la conducta infantil y se establecen los objetivos de tratamiento. A través del AF se identifican aquellas variables que preceden a la conducta (asociada al trastorno) y los consecuentes que la controlan. La manera de poner en práctica la TCC varía en función de lo que se ha denominado como las tres olas o generaciones, que a continuación se describen.

4.2.1.1. 1ª Generación: Terapia de conducta

La primera generación de terapia de conducta (TC) surge en los años 50, y supuso el establecimiento de principios científicos en la terapia psicológica basada especialmente en la psicología del aprendizaje (condicionamiento clásico y operante), con un enfoque idiográfico e individualizado del caso (Pérez-Álvarez, 2006). Dada la influencia de la práctica basada en la evidencia y la publicación científica, la TC evolucionó del enfoque idiográfico inicial al empleo de categorías diagnósticas y aplicación de paquetes terapéuticos (Emmelkamp et al., 2010). Distintas investigaciones ponen de manifiesto que técnicas de la TC siguen vigentes como el análisis aplicado de la conducta para trastornos del desarrollo (Reichow et al., 2018), prácticas clásicas para el tratamiento de la enuresis nocturna (Mowrer y Mowrer, 1938; Azrin et al., 1973), mutismo selectivo (Olivares-Rodríguez y Olivares, 2018; Pionek-Stone et al., 2002) o problemáticas externalizantes mediante el uso de componentes de la TC de Patterson et al. (1968). A través de la TC de primera generación se han desarrollado métodos de intervención con grandes resultados como la economía de fichas, el modelamiento y técnicas de exposición (González-Menéndez, 2021).

4.2.1.2. 2ª Generación: Terapia cognitivo conductual

A partir de los años 70 se enmarca el inicio de la segunda generación de la terapia de conducta con la llegada del cognitivismo a través de la terapia racional emotiva de Ellis y la terapia cognitiva de la depresión de Beck, dando lugar a las bases de la terapia cognitivo conductual (Pérez-Álvarez, 2006). La TCC añade las cogniciones como determinante central en el cambio terapéutico. Se trata de un modelo estructurado y



directivo en el que a través de la detección de pensamientos irracionales y creencias disfuncionales se pueden enseñar nuevas estrategias de procesamiento de la información (González-Menéndez, 2021). Al margen de los numerosos resultados positivos de la TCC en diferentes problemáticas infantiles, se ha intentado desagregar los componentes cognitivos y conductuales en la terapia para saber cuál es el peso en la intervención de cada uno de ellos. No obstante, se trata de una cuestión sin resolver, ya que algunos metaanálisis como el de Oud et al. (2019) exponen que la inclusión de la reestructuración cognitiva es mejor que su exclusión, mientras que otros habían encontrado que se dan los mismos resultados en las intervenciones que enfatizan en la reestructuración como en las que lo hacen en la relajación (Weisz et al., 2006).

4.2.1.3. 3^o Generación: Terapias contextuales

La tercera generación (o tercera ola) de la terapia de conducta, conocida como terapias contextuales, se sitúa a partir de la década de los 90, no obstante, no es catalogada como tal hasta 2004 por Hayes en la revista *Behaviour Therapy*. Su surgimiento deriva de diferentes limitaciones que presenta el enfoque cognitivo-conductual, en especial por la asunción del modelo biomédico (diagnóstico, procesos disfuncionales subyacentes y técnicas específicas para cada diagnóstico) frente el enfoque contextual funcional de la terapia de conducta clásica (González-Menéndez, 2021). En el análisis realizado por Pérez-Álvarez (2012) sobre las terapias de tercera generación, expone que su carácter contextual viene dado por la integración de los siguientes factores: a) ambiental (problemas de la vida); b) personal e interpersonal (el individuo como contexto de sus propias experiencias y acciones); y c) la relación terapéutica (contexto de intervención, alianza terapéutica y *rationale*). Son distintas las TCC consideradas de tercera generación dirigidas a infancia y adolescencia, entre ellas la terapia de aceptación y compromiso (Hayes et al., 2014), la psicoterapia analítico funcional (Kohlenberg et al., 1991), la terapia de activación conductual (Jacobson et al., 2001), y la terapia cognitiva con base en mindfulness (Segal et al., 2002).

En el ámbito de las terapias contextuales en infancia y adolescencia, la terapia de aceptación y compromiso (ACT por sus siglas en inglés) desarrollada por Hayes et al. (1999) es de las más investigadas y de las que cuentan con mayor apoyo empírico (Swain et al., 2015), no obstante, cuenta con pocos estudios controlado aleatorizados. Los metaanálisis que tienen en cuenta a la ACT concluyen que se trata de una terapia eficaz



en problemáticas externalizantes e internalizantes en infancia y adolescencia, no obstante, con los estudios actuales no supera a la TCC de segunda generación (Fang y Ding, 2020).

4.2.2. Modelo sistémico

El modelo sistémico, también conocido como terapia familiar sistémica (TFS), plantea la familia como un sistema interconectado, de manera que se tiene en cuenta el funcionamiento relacional entre los miembros y no solo al individuo con algún síntoma (paciente identificado). En las últimas revisiones sobre la TFS se ha puesto de manifiesto la eficacia en diferentes problemáticas psicológicas infantiles (Berry et al., 2019; Carr, 2018; Von Sydow et al., 2013). En el metaanálisis elaborado por Riedinger et al. (2017) encontraron que la TFS en trastornos externalizantes y adictivos (en adolescentes) se mostró superior a otras terapias y similar a la TCC. No obstante, la eficacia mediante ECA en trastornos internalizantes, sobre todo en depresión, y trastornos de la alimentación está por esclarecer (González-Menéndez, 2021). Asimismo, otros estudios exponen que se trata de una intervención aceptable y coste-efectiva, en ocasiones con menos costes que otras intervenciones con el mismo respaldo empírico (Dopp et al., 2019; Stratton, 2016).

Dallos y Stedman (2017) exponen los siguientes conceptos básicos en la teoría y práctica sistémica: a) circularidad (en la problemática familiar causa y efecto mantienen una relación de retroalimentación en bucle); b) relaciones triádicas (en conflictos entre dos personas, la implicación de una tercera); c) procesos intergeneracionales (influencia del estilo parental recibido en el ejercicio propio de la parentalidad); d) crisis (problemáticas desestabilizadoras que se producen especialmente en cambios del ciclo vital); y e) función de síntoma (para qué resulta útil la problemática). La TFS dada su evolución histórica cuenta con diferentes enfoques que, a pesar de compartir base teórica, difieren en el modo de intervención. A continuación, se exponen los principales enfoques dentro de la TFS.

4.2.2.1. Estructural

El enfoque estructural fue desarrollado por Minuchin (*Structural Family Therapy* -SFT-, 1974) y, resumidamente, parte de la premisa de que para que haya un buen funcionamiento familiar, deben darse jerarquías intergeneracionales que incorporen límites semipermeables (p. ej. entre progenitores y descendencia), que variarán en



función del ciclo vital en el que se encuentre el/la menor. El trabajo del terapeuta estaría dirigido a facilitar el establecimiento de límites cuando están ausentes o modularlos cuando son excesivamente rígidos. Son diversas las adaptaciones que se han realizado de la SFT como, por ejemplo, la terapia estructural ecosistémica de Lindblad-Goldberg (1986, 2006) en el que el apego es un elemento central en el desarrollo de la terapia.

4.2.2.2. Estratégico

En la terapia familiar estratégica (Haley, 1963; Watzlawick et al., 1974) el foco se encuentra en el problema y no tanto en la estructura familiar, de modo que prioriza el desarrollo de estrategias para la resolución de la problemática. Desde este enfoque se da gran importancia al cumplimiento de las tareas, la cuales están enfocadas al cambio tanto del comportamiento interaccional, como de la interpretación de las conductas y situaciones. En la actualidad, la terapia familiar estratégica breve (Robbins et al., 2011) es una de las terapias sistémicas más investigadas y está dirigida a la resolución de problemas disruptivos y de abuso de sustancia en adolescentes (González-Menéndez, 2021).

4.2.2.3. Posmoderno

Los enfoques posmodernos en la psicoterapia sistémica se caracterizan por la introducción de la crítica al modelo positivista caracterizado por generar verdades universales a través de métodos estandarizados mediante los que define la segregación de sujeto y objeto (Agudelo-Bedoya y Estrada-Arango, 2012). Es decir, desde esta perspectiva se pone en tela de juicio la objetividad, de manera que lo que el clínico observa en la terapia es una realidad construida a partir de sus asunciones, creencias y experiencia terapéutica. Son diversas las terapias que se encuentran bajo el paraguas posmoderno, entre las que se encuentran la terapia colaborativa (Anderson, 1997), la terapia breve centrada en la solución (Berg y De Shazer, 1993; Lipchik, 2009) o la terapia narrativa sistémica (White y Epston, 1990; White, 2007).

4.2.2.4. Integrador

Las terapias sistémicas integradoras están diseñadas dentro del modelo teórico sistémico e integra elementos de otros enfoques terapéuticos como el cognitivo conductual. Las intervenciones que cuentan con mayor apoyo empírico son la terapia multisistémica (Henggeler et al., 2009), la terapia familiar funcional (Sexton, 2011) y la terapia familiar multidimensional (Liddle et al., 2009; Liddle, 2015). La mayoría de ECA



dentro del modelo sistémico han sido llevados a cabo en este tipo de intervención (Stratton, 2016), y ha demostrado su eficacia en adolescentes en la reducción del comportamiento antisocial y la mejora del bienestar emocional, la comunicación familiar y la relación con pares (Tan y Fajardo, 2017).

4.2.3. Modelo psicodinámico

El modelo psicodinámico incluye nociones y teorías psicoanalíticas, a la par que conceptos vinculados al apego, sistemas familiares y procesos organizacionales. En la recapitulación que realiza González-Menéndez (2021) expone los tratamientos psicodinámicos con mayor evidencia como la psicoterapia psicodinámica breve (*Short-Term Psychodynamic Psychotherapy -STPP-*), la psicoterapia centrada en la regulación (*Regulation Focused Psychotherapy for children -RFP-C;* Hoffman et al., 2016) y el tratamiento basado en la mentalización (*Mentalization-based treatment -MBT-* Bateman y Fonagy, 2008). Resumidamente, este modelo se basa en que las respuestas del/la menor se deben a conflictos internos inconscientes derivados de sus primeras experiencias y relaciones (Kegerreis y Midley, 2014).

4.2.3.1. Psicoterapia psicodinámica breve (STPP)

Dentro del conjunto de terapias psicodinámicas breves (menos de 40 sesiones), la STPP se encuentra como una de las mejores intervenciones en población infantojuvenil. En su aplicación en depresión y ansiedad infantil, diferentes estudios han encontrado resultados que no difirieron de los obtenidos con la terapia cognitivo conductual o la terapia familiar (Abbass et al., 2013; Goodyer et al., 2017; Trowell et al., 2007; Weitkamp et al., 2014). Asimismo, en el ECA realizado por Goodyer et al. (2011; 2017) encontraron que no hubo diferencias significativas en la eficacia tras un año de seguimiento en comparación con la terapia cognitivo conductual. No obstante, este modelo en menores con trastornos externalizantes parece que responden peor dado el mayor número de abandono prematuro (Midgley et al., 2017).

4.2.3.2. Tratamiento basado en la mentalización (MBT)

La MBT es una de las terapias psicodinámicas que cuenta con un mayor número de investigaciones y citas en la literatura (Malda-Castillo et al., 2019). Esta intervención se basa en la teoría del apego de Bowlby (1988) junto con principios cognitivos y neuropsicológicos, en la que experiencias de apego abusivas, negligentes o



disfuncionales afectan el desarrollo de la mentalización (dificultades de reflexión y perspectiva), que producen problemas de desregulación, impulsividad o ansiedad (Bateman y Fonagy, 2016).

4.2.3.3. *Psicoterapia centrada en la regulación (RFP)*

La RFP se trata de una intervención manualizada enfocada a la terapia de juego que está dirigida a menores con problemáticas externalizantes (Prout et al., 2020). Desde este enfoque, la explicación al comportamiento desregulado viene dado de manera que las vivencias emociones fuertes que generan en el/la menor malestar tienen como resultado una sobreexcitación de los sistemas límbico, autónomo y hormonal (Etkin et al. 2010). De este modo, las respuestas externalizantes es la manera de expresar emociones y sentimientos que generan malestar, dado que resulta más sencillo que exponer emociones como la culpa, tristeza, etc. Este tipo de intervención ha sido estudiada en trastorno oposicionista, desregulación disruptiva del estado de ánimo y TDA-H (Cavanagh et al., 2017; Dougherty et al., 2014; Shaw et al., 2014).

Cabe mencionar que existen más intervenciones dentro del modelo psicodinámico como la terapia cognitiva analítica, la terapia interpersonal psicodinámica, la terapia interpersonal dinámica o la psicoterapia centrada en la transferencia (González-Menéndez, 2021).

4.2.4. Modelo interpersonal

La psicoterapia interpersonal (*Interpersonal Therapy -IPT-*) tiene sus orígenes en la década de los 70 de la mano de Gerald Klerman y Myrna Weissman, destinada al tratamiento de la depresión en adultos con una duración limitada entre 12 y 20 sesiones (Weissman et al., 2000). El objetivo principal de la IPT es la disminución de síntomas relativos a la depresión interviniendo sobre las dificultades interpersonales asociadas al inicio del trastorno. Posteriormente, se han desarrollado adaptaciones a la población infantojuvenil como la psicoterapia interpersonal para adolescentes (Mufson et al. 2004; 2011), la ITP basada en la familia (Dietz et al., 2008; 2015) dirigido a menores de 12 años, e incluso a nivel preventivo mediante la capacitación de habilidades en el ámbito escolar (Young et al., 2016). Diferentes metaanálisis como los de Duffy et al. (2019) y Pu et al. (2017), ponen de manifiesto que la ITP se trata de una intervención eficaz en el tratamiento de la depresión en adolescentes con niveles similares a la TCC.



4.3. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EN MEXVGP

Tal y como se ha desarrollado en el segundo capítulo, las alteraciones emocionales y conductuales que presentan estos menores están influenciadas por un complejo entramado en el que se combinan factores sociales, relacionales e individuales tanto del/la menor como de sus progenitores. En las intervenciones terapéuticas desarrolladas para reducir dichas alteraciones se puede distinguir entre el enfoque comunitario y el clínico. El enfoque comunitario se centra principalmente en la problemática de la violencia de género, cuyo objetivo principal es la prevención y se dirige a las creencias relacionadas con el género y las percepciones en cuanto a las relaciones entre hombres y mujeres, mitos del amor romántico o la normalización de diferentes tipos de violencia que se pueden dar en la pareja. En cuanto al enfoque clínico, se focaliza en la reducción de la sintomatología psicopatológica en los menores derivada de las experiencias de violencia de género parental, ya sea postraumática, externalizante, internalizante o comórbida. A pesar de que la mayoría de programas de tratamiento elaborados para esta población incluyen ambas orientaciones, las intervenciones comunitarias se centran en el primer enfoque, mientras que los recursos de salud mental se orientan, casi exclusivamente, en el enfoque clínico (López-Soler et al., 2017).

Cabe destacar que en contextos comunitarios sobre todo es empleado el formato de intervención grupal, no obstante, también es utilizado desde los servicios asistenciales de tipo clínico. Peled y Davis (1995a, b), ampliamente citados en la literatura científica, propusieron cuatro objetivos generales a seguir en los grupos terapéuticos los cuales aún se encuentran vigentes:

1. Compartir vivencias personales en relación a la violencia en el seno familiar, de modo que se rompa el tabú y el secretismo dando paso al trabajo sobre los sentimientos y emociones experimentadas.
2. Facilitar la adquisición de estrategias de autoprotección por medio de planes de seguridad y el aprendizaje de habilidades de resolución de conflictos de manera no violenta.
3. Reforzar y validar los sentimientos y emociones de los/as participantes del grupo para incrementar su autoestima.
4. Fomentar un ambiente de seguridad y estructurado que favorezca una experiencia positiva.



Desde la década de los 80 se han publicado diversos trabajos sobre intervenciones psicológicas enfocadas a la reducción de alteraciones psicológicas en MEXVGP (Graham-Berman, 2003), contando actualmente con varias revisiones sistemáticas y metaanálisis (Anderson y van Ee, 2018; Hacket et al., 2015; Howarth et al., 2016; Latzman et al., 2019; Rizo et al., 2011; Romano et al., 2019). No obstante, a pesar de los esfuerzos de síntesis de información para la categorización de las intervenciones publicadas, encontramos que cada una de estas revisiones presentan diferentes enfoques expositivos.

Gran parte de la dificultad de síntesis o categorización de las intervenciones se debe a que en la literatura científica se encuentran variaciones en el modelo de intervención (cognitivo-conductual, psicodinámica, etc.), la metodología de aplicación (grupal, individual, familiar y conjunta) o el contexto de aplicación (centro de emergencias, servicios ambulatorios, atención domiciliaria, etc.), además de variables poblacionales como el tipo de maltrato/abuso en la descendencia, contacto con el agresor o la sintomatología/diagnóstico. Asimismo, cabe destacar que otra de las limitaciones a la hora de establecer el tipo de intervenciones disponibles para MEXVGP es el bajo número de estudios disponibles, y la heterogeneidad entre intervenciones que podrían ser consideradas del mismo tipo. Diferentes metaanálisis han evaluado la eficacia de las intervenciones en MEXVGP, y mientras estudios como el de Hacket et al. (2015) refieren que las intervenciones tienen un impacto positivo y significativo en el bienestar de quienes las reciben, otros refieren que con los estudios disponibles se carece de datos empíricos suficientes como para establecer que se trata de intervenciones eficaces, eficientes y efectivas (Howarth et al., 2016; Latzman et al., 2019).

Para ofrecer la mayor claridad de exposición, en primer lugar, se presentan los diferentes tipos de intervención desarrollados para MEXVGP hallados en la literatura científica, y, posteriormente, los principales métodos de intervención desarrollados en el área.

4.3.1. Tipos de intervención en MEXVGP

Para la elaboración del presente apartado se han tenido en cuenta revisiones anteriores (British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, 2013; Howarth et al., 2016; Rizo et al., 2001), distribuyendo finalmente las intervenciones en dos grupos. Por un lado,



intervenciones de componente único, y por otro, intervenciones multicomponente. A continuación, se procede a la descripción de cada uno de ellos y los principales resultados de cada tipo de intervención.

4.3.1.1. Intervenciones de componente único

4.3.1.1.1. Psicoterapia

Según la definición proporcionada por la *American Psychological Association* (s.f), la psicoterapia se trata de la atención psicológica llevada a cabo por un profesional capacitado/a para ello, en la que mediante la comunicación e interacción se evalúa, diagnostica y trata alteraciones emocionales, cognitivas y comportamentales. El/la psicoterapeuta puede ser un psicólogo clínico, psiquiatra, consejero (*counselor*), trabajador social o enfermero con especialidad en salud mental, siempre y cuando esté capacitado y autorizado profesionalmente para ello. Existen diferentes tipos de psicoterapia en función de la base teórica en la que se enmarque (cognitivo-conductual, psicodinámica, etc.) y se puede realizar en diferentes formatos (individual, familiar, grupal). Ejemplos de este tipo de intervención dirigida a MEXVGP es la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TCC-CT) de Cohen et al. (2011), cuyo formato de aplicación es a través de sesiones individuales en paralelo con la madre y la descendencia (aunque también se llevan a cabo sesiones conjuntas), en las que se abordan en un entorno de seguridad creencias distorsionadas en relación a las experiencias traumáticas en el seno familiar. Por otro lado, McWhirter (2011) llevó a cabo dos tipos de psicoterapia grupal (TCC orientada a objetivos y TCC centrada en la emoción), en el que cada una de ellas se llevó a cabo por separado para madres y su descendencia. Otro ejemplo, en este caso centrada en la familia, es la psicoterapia conjunta de p/madres e hijos/as (*Child-Parent Psychotherapy -CPP-*) de Lieberman et al. (2005). El modelo de la CPP está centrado en el trauma derivado de las relaciones, cuya base teórica es psicodinámica con componentes cognitivo-conductuales. Para el tratamiento de las áreas que presentan desregulación se emplea el juego relacional y el lenguaje entre madre-hijo/a.

En cuanto a los resultados de este tipo de intervención, a nivel internalizante Cohen et al. (2011) tras aplicar TCC-CT y terapia centrada en el niño/a (*child-centred therapy*) en menores que cumplieron síntomas TEPT, encontraron mejores resultados en cuanto a ansiedad en el grupo de TCC-CT, sin embargo, los resultados no difirieron en



cuanto a la depresión entre grupos de tratamiento. Ghosh Ippen et al. (2011) tras realizar un análisis post hoc de los resultados de Lieberman et al. (2005) encontraron que, para menores considerados de alto riesgo por sufrir más de cuatro eventos traumáticos, la CPP reducía la depresión en comparación de la intervención de asesoramiento cuando se realizó el seguimiento a los 6 meses. Por otro lado, McWhirter (2011) encontraron que aquellos menores que participaron en la TCC centrada en objetivos mejoraron el estado de ánimo y autoestima en comparación de aquellos que recibieron TCC centrada en la emoción.

A nivel externalizante, Cohen et al. (2011) y Lieberman et al. (2005) encontraron que hubo una mejoría en problemas de conducta en aquellos menores que participaron en el tratamiento del grupo experimental en comparación de los que recibieron intervención de control. Asimismo, McWhirter (2011) expuso una mejoría en la relación entre pares. En cuanto a síntomas TEPT, Cohen et al. (2011) hallaron que la TCC-CT redujo las puntuaciones TEPT en los menores en comparación de la psicoterapia centrada en el niño/a. En la misma línea, Lieberman et al. (2005) encontraron que la CPP redujo en mayor medida los síntomas TEPT frente al asesoramiento.

4.3.1.1.2. Psicoeducación

Se trata de una intervención dirigida a aumentar la comprensión de la problemática mediante la exposición de los procesos subyacentes de la misma (ya sea de salud mental o violencia de género), cuya finalidad es el cambio de actitudes y/o aumento de la resiliencia. La metodología puede ser mediante técnicas didácticas, así como a través de discusión grupal en la que la información sea facilitada por un profesional o por una persona/líder que guíe los contenidos. Dicha información tiene carácter genérico, y no está focalizada a la elaboración de un plan de acción individualizado, de manera que la implementación de los contenidos queda relegada a cada individuo (Bee et al., 2014). Graham-Berman et al. (2007; 2011; 2015) a través de diferentes estudios han desarrollado intervenciones psicoeducativas grupales para fomentar la resiliencia y aumentar la capacidad de recuperación de las posibles vivencias traumáticas en MEXVGP. Para examinar la efectividad de las intervenciones, llevaron a cabo tres condiciones experimentales: a) intervenciones grupales paralelas para MEXVGP (*Kids' Club*) y para sus madres (*Moms' Empowerment Program –MEP-*); intervención grupal únicamente para MEXVGP (*Kids' Club*); y c) grupo control de lista de espera (*waitlist control -WLC-*



). La intervención *Kids' Club* está dirigida inicialmente a explorar conocimientos y actitudes sobre la violencia en el marco de la familia, así como su adaptación. Posteriormente, en las sesiones se abordan temáticas como la responsabilidad en situaciones de violencia, resolución de conflictos y relaciones familiares. El grupo MEP está ideado como grupo de apoyo y tiene como objetivo final aumentar las habilidades parentales para el manejo de límites y normas, a la par que incrementar su adaptación emocional y social. En la misma línea, encontramos el estudio elaborado por Wagar y Rodway (1995) en el que realizaron una intervención psicoeducativa grupal en MEXVGP entre 8 y 13 años, cuyos contenidos presentan muchas similitudes con *Kids' Club*.

En el análisis realizado por Howarth et al., (2016) sobre las diferentes intervenciones psicoeducativas de Graham-Berman et al. (2007; 2011; 2015), encontraron que este tipo de intervención mostró resultados positivos en comparación al grupo control tanto en sintomatología externalizante como internalizante, teniendo efectos a largo plazo en esta última. No obstante, estos resultados deben ser tomados con cautela dado que los estudios presentan riesgo de sesgo alto.

4.3.1.1.3. Terapia de juego

La Asociación Británica de Terapia de Juego (BAPT por sus siglas en inglés) define esta práctica como un proceso dinámico centrado en el niño/a en el que el juego es el principal medio, y el habla el secundario. El/la menor explora a su ritmo sus propios temas tanto del pasado como del presente (conscientes e inconscientes) que están afectando a su vida en la actualidad. La terapia de juego se enmarca dentro del modelo psicodinámico, con fundamentos teóricos humanistas y de la teoría del apego, no obstante, diferentes investigaciones han integrado elementos de la terapia familiar sistémica, narrativa, cognitivo-conductual, entre otras (BAPT, 2022). La aplicación de la terapia de juego en MEXVGP podemos encontrarla en estudios como el de Kot et al. (1998) en el que aplicaron 12 sesiones de manera individual a menores entre 4 y 10 años diariamente, en un periodo de dos a tres semanas. Las sesiones de terapia de juego fueron combinadas con ocho sesiones de contenido psicoeducativo. Por otro lado, Waldman-Levi et al. (2009; 2011; 2015) evaluaron la intervención de interacción familiar para mejorar el desempeño familiar (*Family Interaction for Improving Occupational Performance -Fi-Op-*) en menores de 1 a 5 años y sus madres. A diferencia de la intervención realizada por Kot et al. (1998), la Fi-Op se lleva a cabo a través de díadas madre-hijo/a y está diseñada



para mejorar la comunicación y el comportamiento en relación al juego. Ambas aplicaciones de terapia de juego mostraron efectos positivos en la conducta de los menores, pero no encontraron efectos destacables en la conducta de juego. Por su lado, Kot et al. (1998) hallaron incrementos también en proximidad física y autoestima.

4.3.1.1.4. Entrenamiento en habilidades parentales

Este tipo de intervención se centra en las habilidades de crianza de las madres, y su objetivo principal es el cambio de la práctica coercitiva mediante el aprendizaje del uso del refuerzo positivo. De este modo, se enseña a las madres un conjunto de habilidades para el manejo de la conducta de sus hijos/as, aumentando las deseables y disminuyendo las indeseables, a la par que pretende mejorar la comunicación y las relaciones de carácter positivo entre las madres y su descendencia (Howarth et al., 2016). Este tipo de práctica ha sido empleada en violencia de género por Jouriles et al. (2001; 2009) en la intervención que denominaron *Project Support*. Esta se enfoca a incrementar las habilidades de resolución de problemas y el manejo del comportamiento infantil por parte de las madres. Es administrada por un terapeuta en la vivienda en la que residen la madre y su descendencia a través de 20 visitas domiciliarias a lo largo de 8 meses. *Project Support* también ha sido desarrollado y estudiado en refugios para víctimas de violencia de género y su descendencia (McDonald et al., 2006; 2011). Cabe destacar, que la intervención *Project Support* también cuenta con un componente de asesoramiento a las madres (*advocacy*), no obstante, se ha expuesto en el presente apartado dado que es la intervención que mejor desarrolla el entrenamiento en habilidades parentales.

En cuanto a los resultados de la intervención *Project Support* (Jouriles et al., 2001), encontramos que a nivel internalizante se produjeron reducciones similares en los menores del grupo experimental y control (asesoramiento). En el seguimiento que realizaron a los 2 años, encontraron que, a pesar de seguir sin haber diferencias significativas entre los grupos, hubo un menor número de menores que alcanzaron el límite de problemas internalizantes en el grupo experimental. Por otro lado, a nivel externalizante en el estudio inicial no hallaron efectos en los menores, no obstante, en el siguiente estudio que realizaron (Jouriles et al., 2009) informaron de mejoras en este sentido. Ambos estudios en el seguimiento que realizaron encontraron que mejoraron la sintomatología externalizante en el grupo experimental en comparación del grupo control. No ofrecieron datos en cuanto a sintomatología TEPT.



4.3.1.1.5. Asesoramiento (*advocacy*)

Este tipo de intervención está dirigido a mujeres víctimas de violencia de género (y sus hijos/as), y está orientada al empoderamiento y vincularlas a servicios comunitarios. Rivas et al. (2015) en su revisión exponen los cuatro ejes en los que se basan las actividades de este tipo de intervención: a) proporcionar asesoramiento legal, de vivienda y financiero; b) facilitar el acceso a recursos comunitarios (e.g. refugios, viviendas de emergencia o intervenciones psicológicas); c) aconsejar sobre la elaboración de planes de seguridad; y d) proporcionar apoyo continuo y asesoramiento o *counselling* informal. Las personas que desarrollan esta intervención (denominados en la literatura como *advocates*) son profesionales que presentan un perfil heterogéneo ya que pueden ser tanto del ámbito comunitario, sanitario como del judicial. En el contexto de MEXVGP no es habitual emplear únicamente este tipo de intervención, sino que suele acompañar otras intervenciones, tal y como se muestra en el siguiente apartado de intervenciones multicomponente, o se emplea como grupo “control” en contraposición a otras intervenciones. Los efectos de emplear únicamente esta intervención fueron estudiados por McFarlane et al. (2005a; 2005b), en las que únicamente se atendió a las madres sin intervenir con los menores. Se llevó a cabo por enfermeras que realizaban visitas domiciliarias, las cuales inicialmente entregaban tarjetas con los diferentes recursos sociales de los que disponían y formaciones dirigidas al plano laboral. Posteriormente se realizaron visitas a los 6, 12 y 18 meses en las que proveían a las madres de un plan de seguridad de 15 ítems con el objetivo de incrementar las conductas de seguridad, a la par que se ofrecían como “oyentes empáticas”. En Jouriles et al. (2001; 2009), a pesar de ser considerado que incluye el mismo componente (*advocacy*), en *Project Support* se expone un mayor apoyo emocional, de amistad y social hacia las madres. En cuanto a los resultados de la intervención en los menores, no encontraron mejora tras la intervención en la sintomatología internalizante y externalizante, ni en comparación con el grupo control.

4.3.1.2. Intervenciones multicomponente

Las intervenciones multicomponente suman a modo de módulos las intervenciones de componente único. Este es el caso de Sullivan et al. (2002), cuya intervención *The Learning Club* se enmarca en Asesoramiento + Psicoeducación. El asesoramiento se llevó a cabo durante 16 semanas de manera individual con las madres



en sus hogares. La llevaron a cabo mujeres “paraprofesionales” formadas para ello, ofreciendo apoyo emocional e instrumental a las madres dirigido a la consecución de sus objetivos, a la vez que también se ofreció apoyo emocional para los menores y una evaluación de necesidades y metas. Por otro lado, la psicoeducación tuvo una duración de 10 semanas y estuvo dirigida a menores entre 7 y 11 años en formato grupal con una periodicidad semanal. Los objetivos del grupo estuvieron dirigidos a que los menores obtuvieran una mayor comprensión de las emociones, su seguridad e incrementar el respeto tanto hacia sí mismo como hacia los demás. Tal y como hemos comentado anteriormente, la intervención *Project Support* también se considera multicomponente dado que incluye tanto entrenamiento en habilidades parentales como asesoramiento. Otros ejemplos de intervención multicomponente es el estudio realizado por Dodd et al. (2009) en el que participaron tanto las madres como sus hijos/as preescolares. Con los menores llevaron a cabo sesiones de juego “terapéuticas” en los que se trabaja el apego, el autocontrol o el cumplimento, mientras que con las madres se realizó un grupo de crianza/apoyo en el que compartían sus sentimientos, emociones y pensamientos en relación al afrontamiento de la crianza y se trabajaban habilidades parentales.

Entre los resultados de la intervención multicomponente, Sullivan et al. (2002) encontraron efectos positivos tanto en las madres como en los menores en comparación al grupo control. De este modo, la intervención *The Learning Club* tuvo efectos en el bienestar general de las madres (calidad de vida, apoyo social, depresión, autoestima) y de los menores (autopercepción). Asimismo, en el seguimiento a los 4 meses encontraron que seguía habiendo mejoras en comparación al grupo control. En el caso de Dodd et al. (2009), hallaron resultados positivos en cuanto al bienestar psicológico de la madre y su descendencia, y en la promoción de relaciones positivas maternofiliales.

En el metaanálisis realizado por Romano et al. (2019) seleccionaron 21 estudios sobre tratamientos dirigidos a MEXVGP. Las intervenciones las catalogaron como: multicomponente (38.1%), CPP (23.8%), psicoeducación (23.8%), terapia de juego (9.5%) y TCC-CT (4.8%). Tras comparar los tipos de tratamiento, encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ellos, de manera que la terapia de juego presentó un tamaño del efecto grande, seguido de tamaños del efecto medios para la CPP y la psicoeducación. Los autores refieren que dichos resultados pueden deberse a que la terapia de juego, al presentar un enfoque más general y una metodología menos directiva,



puede provocar mejoras tanto a nivel emocional como conductual. No obstante, tal y como mencionan, estos resultados deben tomarse con cautela ya que únicamente dos estudios se identificaron como terapia de juego, y evaluaciones anteriores también mostraron que intervenciones como la CPP y la TCC-CT tuvieron efecto en diferentes áreas.

4.3.2. Método de intervención

Anderson y van Ee (2018) en la revisión sistemática sobre tratamientos psicológicos en esta población y sus madres definieron tres métodos de intervención: separadas, conjuntas y combinadas. A continuación, se procede a explicar brevemente cada una de ellas, los principales resultados obtenidos y su función como variable moderadora.

4.3.2.1. Separadas

Se trata de aquellas intervenciones que se realizan de forma simultánea en madres y su descendencia, pero de manera independiente entre sí, las cuales se realizan en la mayoría de ocasiones en el mismo tiempo y lugar. En su estudio únicamente incluyeron tratamientos grupales como los realizados por Basu et al. (2009), Becker et al. (2008), Graham-Bermann et al. (2015) y Macmillan y Harpur (2003), no obstante, también tendrían cabida intervenciones individuales separadas. Este método de intervención se mostró exitosa en el abordaje de comportamientos desadaptativos y el estrés materno, así como para la mejora de habilidades de afrontamiento relacionadas con la violencia de género.

4.3.2.2. Conjuntas

Se refieren a intervenciones en las que se trataron a madres y descendencia de manera conjunta sin recibir intervenciones por separado. En este grupo entran intervenciones de tratamiento familiar como la de Waldman-Levi y Weintraub 2015 y terapia filial centrada y orientada al juego de Smith y Landreth (2003). Destacan los estudios de Jouriles et al. (2001; 2009) en su aplicación de sesiones conjuntas ya que tienen lugar en las casas de las participantes. Tras analizar este tipo de intervención, Anderson y van Ee (2018) concluyeron que es especialmente útil para reducir problemas de conducta, el manejo de los límites y mejora de la relación entre madres y su descendencia.



4.3.2.3. *Combinadas*

Son aquellas intervenciones que realizan tanto sesiones separadas como conjuntas, siendo esta tipología es la que mayor variedad de intervenciones presenta. Ejemplos que ofrece de este tipo de intervención son estudios como el de McManus et al. (2013), en el que inicialmente se realiza una intervención familiar y después sesiones grupales por separado, McWhirter (2011) con enfoque gestáltico y Cohen et al. (2011) con TCC-CT que emplearon una combinación de sesiones individuales por separado con sesiones familiares, Lieberman et al. (2005) que intercalaron sesiones individuales con las madres y sesiones conjuntas mediante un programa de psicoterapia entre madres e hijos/as (CPP por sus siglas en inglés), Sullivan et al. (2004) que realizaron grupos simultáneos para madres y su descendencia y finalizaron con un grupo multifamiliar o Carter et al. (2003) que combinaron el tratamiento grupal y la terapia familiar que fue precedida por sesiones separadas. Este tipo de intervención es el que se mostró mejor en una gama más amplia de resultados en los menores con resultados en estrés postraumático, adaptación infantil, autoestima, problemas sociales y actitudes positivas; y en las madres el aumento del apoyo social, la autoeficacia, la depresión y la confianza.

En el metaanálisis realizado por Romano et al. (2019), hallaron que el formato de tratamiento no fue un moderador estadísticamente significativo en intervenciones dirigidas únicamente a la descendencia ($d = .63$) e intervenciones en las que también se intervino con la madre, tanto de manera conjunta ($d = .51$) como en paralelo ($d = .51$). En el caso de las sesiones conjuntas y paralelas con la madre y la descendencia el efecto fue pequeño/mediano ($d = .34$), no obstante, el impacto en los resultados del/la menor no difirió significativamente del resto de intervenciones. Romano et al. (2019) en función de sus hallazgos respaldan que los progenitores no agresores deben participar en las intervenciones en esta población, ya sea en intervenciones paralelas, conjuntas o la combinación de ambas. Por otro lado, Latzman et al. (2019) en su metaanálisis, tras descartar el uso de una meta-regresión dada la heterogeneidad de las características de los estudios que seleccionaron, emplearon tamaños del efecto agrupados para conocer la eficacia de las intervenciones. En sus resultados, encontraron que las intervenciones dirigidas a las madres tuvieron un mayor tamaño del efecto agrupado, seguidas por las que se dirigieron a la familia de manera conjunta y finalmente a las que se dirigieron a



madres y descendencia por separado. Tal y como refieren las autoras, estos hallazgos deben interpretarse con gran precaución dada la heterogeneidad en las características de las investigaciones, así como la naturaleza de los comparadores.

Anderson y van Ee (2018) tras su análisis destacaron dos mecanismos distintos mediante los cuales se abordan las necesidades de las madres y los niños/as: 1) individualmente; y 2) en colaboración. El primero de ellos hace referencia a realizar intervenciones por separado las madres y su descendencia. Encontraron que en este tipo de intervenciones se establece con mayor frecuencia un marco psicoeducativo y muestran un mayor éxito en el abordaje de los problemas psicosociales derivados de haber presenciado violencia en sus hogares, manejo del ajuste y habilidades de afrontamiento del/la menor, a la par que ofrece apoyo social dentro del contexto grupal. Este tipo de intervención separada permite al menor comprender sobre la violencia ocurrida en su familia, compartir sus experiencias con iguales y participar en actividades que fomentan el procesamiento y la recuperación. En el caso de las madres que acuden a sesiones grupales en paralelo, permite que éstas puedan acudir sin preocuparse de los cuidados del/la menor. Asimismo, evita situaciones en las que la madre no pueda modular su respuesta ante su hijo/a de manera adecuada derivada de recuerdos intrusivos, y poder trabajar una respuesta alternativa. No obstante, este tipo de intervenciones en paralelo no permiten el fortalecimiento del vínculo madre-hijo/a ni la recuperación de manera conjunta.

El segundo componente el cual denominan “mecanismo colaborativo de cambio” hace referencia a la combinación de los beneficios que supone el trabajo individual y conjunto. Este tipo de cambio busca ir más allá de manejar el propio comportamiento, y aprovecha las características del modelo “bilateral” (Katz, 2015) en el que madre y menor son sujetos activos. Al usar las herramientas trabajadas en las intervenciones por separado (procesar el trauma, mejorar habilidades de comunicación y resolución de conflictos, etc.), las madres y su descendencia pueden compartir sus experiencias relacionadas con las situaciones de violencia vividas y aprender a expresar y modular emociones, dentro de un entorno de reparación.



Capítulo 5

PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA INVESTIGACIÓN

En el presente capítulo se realiza un recorrido sobre las principales características de la aplicación de la perspectiva de género a la investigación, en concreto, a las consideraciones que se deben tener en cuenta en el área de tratamientos psicológicos en menores con experiencias de violencia de género parental. Para ello, en primer lugar, se realiza una aproximación conceptual en la que se define la perspectiva de género, se conceptualiza la diferencia entre sexo y género, y se exponen en qué consisten los sesgos de género en investigación. Tras ello, se dedica un apartado a las recomendaciones de buenas prácticas en investigación tanto de organismos nacionales como internacionales, seguido de las recomendaciones para incluir perspectiva de género en el ámbito de la violencia de género. Finalmente, se exponen los resultados más actualizados disponibles en torno a la inclusión de perspectiva de género en las investigaciones dirigidas a la reducción del malestar psicológico en menores con experiencias de violencia de género parental (MEXVGP).



5.1. PERSPECTIVA DE GÉNERO EN INVESTIGACIÓN: CONCEPTOS BÁSICOS

En 1999, la Comisión Europea estableció un compromiso oficial de promover y avanzar hacia la igualdad de género dentro del campo de la investigación. Para conseguir tal objetivo, se puso en marcha una estrategia sistemática en la que se fomentaba la participación de la mujer en la ciencia; al mismo tiempo que un equilibrio entre el abordaje de las necesidades de las mujeres y los hombres. Además, también se señaló lo inexcusable que era incluir el género en la ciencia, para mejorar la comprensión de las cuestiones referentes a este concepto en el ámbito de la investigación.

El campo de la ciencia no está exento de la influencia de la cultura y los condicionantes sociales, como pueden ser los estereotipos de género y la infravaloración de la mujer en este campo. Una muestra de ello sería, dentro de la medicina, el no reconocimiento de la existencia de síntomas diferentes a los de los hombres en lo que a dolencias cardíacas se refiere (Eichler, 2001; Ministerio de Ciencia e Innovación, 2011). No obstante, gracias a los estudios de género realizados en las últimas décadas, se ha podido disminuir la presencia de sesgos y errores que se podían encontrar en diversos conceptos y teorías. Asimismo, todo ello ha fomentado la reformulación de fundamentos de múltiples campos del conocimiento. Sin embargo, esto es solo el principio del camino, y todavía hay mucho trabajo por hacer a través del cruce entre dichos campos y los estudios de género (Ministerio de Ciencia e Innovación, 2011).

En sintonía con todo lo anterior, dentro del ámbito de la ciencia y la tecnología, el género es un claro ejemplo de innovación, por lo que se ha comenzado a considerar como necesario incorporar en la investigación el análisis de género, como enuncian en su acuerdo de ciencia y tecnología de 2011 la Organización de las Naciones Unidas. Asimismo, desde la Estrategia Española de Ciencia y Tecnología y el Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica (Disposición adicional decimotercera, Ley 14/2011 de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación, 2011), también se ha estado promoviendo la inclusión en la investigación y la tecnología de la perspectiva de género como una categoría transversal.

Con base en la información expuesta, se pone de manifiesto el imperativo ético que supone la inclusión de la perspectiva de género dentro de la investigación. Este enfoque incluye entre sus principios la responsabilidad social, la igualdad, la colaboración de



mujeres y hombres y el compromiso con el conocimiento; todo ello partiendo desde una base de transversalidad de género. Como resultado de dicho conjunto, se pretende encontrar soluciones a problemas que afectan a mujeres y a hombres, tanto a aquellos que les afectan de forma similar como a los que les afecta de maneras diferentes (Vázquez, 2014).

En definitiva, el punto actual en el que se encuentran la ciencia y la investigación, demanda una toma de conciencia de la necesidad de un modelo sensible al género, junto con una revisión y reconstrucción de la estructura y del modo de trabajar e interactuar dentro de esta disciplina (García et al. 2010; Vázquez, 2014). Por todo ello, se considera más que justificada la inversión en programas de investigación que sean sensibles al género, ya que supondría una mejora en los equipos, así como una mayor calidad y validez de los estudios (Ministerio de Ciencia e Innovación, 2011). Dicho esto, a lo largo de los siguientes apartados, se tratarán en profundidad una serie de conceptos fundamentales para alcanzar una mayor comprensión sobre la materia que nos ocupa.

5.1.1. ¿Qué es la perspectiva de género?

La perspectiva de género es un enfoque teórico cuyo origen se ubica dentro las teorías feministas. Su principal cometido es llevar a cabo un análisis de las desigualdades de género existentes, con el fin de promover la equidad dentro de los diferentes contextos; centrándonos, en este caso, en el ámbito de la investigación. En lo que respecta a las categorías principales en las que se manifiesta esa desigualdad, se encuentran puntos claves como la socialización, la diferencia de los roles/prácticas de género, la división sexual del trabajo y la disparidad en las relaciones de poder o sistema de dominación-subordinación entre sexos (Ariño et al., 2011).

Desde este prisma, resulta fundamental plantearse cuáles son las causas que conducen a la violencia o la discriminación, así como cuáles son las estructuras y creencias que las perpetúan. A través de esta consideración, se puede favorecer la creación de una forma diferente de relación entre los seres humanos y el entorno. El fin último de todo ello es alcanzar un buen trato y una situación de igualdad entre mujeres y hombres. Para conseguir este avance, será de vital importancia incorporar la perspectiva de género, tanto en la investigación como en la formación e intervención, en cualquier ámbito de la psicología. De no realizarse cambios sociales profundos, la tarea de establecer mejoras reales en cuanto a la convivencia entre mujeres y hombres, se torna insostenible,



especialmente en lo que concierne a las relaciones dignas y sin violencia (Grupo de Trabajo de Psicología e Igualdad de Género del Consejo General del COP, 2016).

El trabajo desde esta perspectiva supone la inclusión de la variable “género” como una categoría de análisis. Es decir, debido a las diferencias de condicionamiento entre hombres y mujeres en función del sexo, existe una construcción subjetiva de la realidad que se encuentra influenciada por un sesgo de género. Por ello, podemos llegar a entender que muchas de las diferencias conductuales o psicológicas que hasta el momento se habían relacionado con el sexo, ahora se consideran como una muestra de una socialización distinta y un contexto en el que la mujer se ve discriminada (Grupo de Trabajo de Psicología e Igualdad de Género del Consejo General del COP, 2016).

Por último, cabe mencionar que, con el paso del uso de “sexo” al uso de “género”, surge dicha perspectiva de género, lo cual será de gran utilidad para la identificación de los sesgos presentes en las diversas investigaciones. Por su carácter crítico, en constante evolución y revisión, este enfoque es un elemento fundamental dentro de este ámbito (García, 2019). Poniendo el foco en la comprensión de este cambio, y el hito que esto supone para esta disciplina, en el siguiente apartado se tratarán las diferencias que existen entre ambos conceptos.

5.1.2. Diferencias entre género y sexo

“La mujer no nace, se hace” es una frase escrita por Simone de Beauvoir en su obra “*Le deuxième sexe*” en 1949, la cual ilustra y sintetiza con gran precisión la cuestión de diferencia entre el género y el sexo que nos ocupa. Con la llegada del concepto de “género” en los años setenta, se trató de subrayar las diferencias, construidas a través de la sociedad y la cultura, entre hombres y mujeres, y se consiguió separar lo biológico de lo adquirido (García et al., 2010). Las características que se atribuyen a dicha parte biológica, se sitúan dentro de la noción de “sexo”; mientras que aquello que se considera modificable y no inherente al sexo biológico, se enmarcaría dentro del concepto de género mencionado, el cual se adquiriría mediante un proceso tanto individual como social (Grupo de Trabajo de Psicología e Igualdad de Género del Consejo General del COP, 2016).

A través de la separación entre “sexo” y “género”, se trata de remarcar que las diferencias de género no son algo natural y ligado al sexo. Mientras que lo natural sería



el sexo, complejo y repleto de componentes (cromosomas, hormonas, genitales...), que no tiene por qué corresponder a cómo la persona se siente; lo cultural sería el género (García, 2019; Ministerio de Ciencia e Innovación, 2011).

De entre las numerosas definiciones que se han aportado a lo largo de la historia, salta a la vista el debate latente acerca de la relación que tienen los términos “sexo” y “género” con respecto a la naturaleza y la cultura. No obstante, y en concreto para el proceso salud-enfermedad-atención que nos ocupa, los modelos explicativos más recientes tratan de romper dicha dicotomía (García et al., 2010). En base a lo anterior, y con el fin de comprender dichos conceptos, a continuación, se exponen las definiciones de Krieger (2001):

- *Sexo*: concepto que recoge las características biológicas que permiten la reproducción sexual, por lo que suele utilizarse para denotar las diferencias a nivel anatómico, físico y fisiológico que existen entre hombres y mujeres. Entre sus categorías, se pueden encontrar las de hombre, mujer, intersexual y transexual. A pesar de todo lo anterior, actualmente se pone en duda si este concepto es también un constructo social.
- *Género*: es una noción que versa sobre construcciones socioculturales como son lo “femenino” y lo “masculino”; o incluso lo “intersexual” y lo “transexual”. Por ello, este término alude al sistema de relaciones sociales, de normas y prácticas establecidas para hombres y mujeres, tornándose como uno de los ejes que fundamentan la vida social; construyendo la jerarquía diferenciada y las funciones sociales de ambos, y dando o quitando oportunidades a estos. Además, en consecuencia a lo anterior, constituyen un elemento fundamental para la salud de ambos.

Además, de acuerdo con el Grupo de Trabajo de Psicología e Igualdad de Género del Consejo General del COP (2016), dentro de este concepto, también se incluye la identidad de género, la cual alude a las representaciones acerca de quiénes somos y qué se espera de nuestro comportamiento, en base al sexo biológico en el momento del nacimiento; y sobre la que se van a construir los roles de género previstos para cada sexo. Todo ello trae consigo una serie de expectativas, elaboradas mediante los procesos de socialización, sobre cómo debe ser la conducta de un hombre y/o de una mujer dentro de la sociedad en



la que vive, las cuales suelen ir acompañadas de estereotipos de géneros o creencias inflexibles, reduccionistas y homogeneizantes (García, 2019).

Con base en lo anterior, de acuerdo con García et al. (2010), al género se le pueden otorgar dos connotaciones diferentes:

- *Género como sistema de relaciones sociales* (García et al., 2010; Vázquez, 2014), es decir, se pone el foco en las dinámicas y las formas de interacción entre mujeres y hombres. Específicamente, alude a lo considerado como femenino, que por lo general se sitúa en una posición desfavorable en relación a lo masculino. Ambos se ven sometidos a procesos de socialización que moldean sus identidades, para poder mantener dicha estructura basada en las diferencias entre ellos (García, 2019).
- *Género como categoría analítica*, en la que se exploran las desigualdades y diferencias entre hombres y mujeres, dentro de un contexto determinado, que permite interpretar los datos obtenidos. Por todo ello, se considera una herramienta para ver las concepciones de ambos sobre sí mismos y sus actividades, y analizar sus respuestas (García et al., 2010).

Asimismo, García et al. (2010) puntualizan una serie de características ligadas al concepto de género:

- *Relacional*, es decir, que hace referencia a las relaciones sociales que se construyen socialmente entre hombres y mujeres.
- *Asimétrico o jerárquico*, ya que sus diferencias tienden a dar un mayor valor, tanto a las características como a las actividades “masculinas”, produciendo desigualdades de poder en las relaciones.
- *Cambiante* en el tiempo y en el espacio, a través de la intervención sobre los roles y las relaciones.
- *Contextual*, puesto que varía según la clase, la cultura, la etnia, etc.
- *Institucionalmente estructurado*, a través de un sistema social que, mediante sus valores y leyes, refuerza la desigualdad de hombres y mujeres, a nivel personal y privado.

Con la introducción de este concepto en el campo de la investigación, se buscaba superar el determinismo biológico imperante en las ciencias, especialmente dentro de este



ámbito. Al incorporarlo en el mismo, se origina una nueva perspectiva, y con ello numerosas líneas de trabajo. Asimismo, resulta de gran utilidad para la revisión crítica y la reivindicación de las posiciones desiguales que ocupan mujeres y hombres. Por ello, a través de la visión de género, se busca realizar un análisis para plantear nuevos enfoques metodológicos y éticos que reconfiguren la investigación en la salud (García et al., 2010).

A pesar de los cambios a los que se ha visto sometido este concepto a lo largo del tiempo y la historia, subyace a todas sus definiciones una intención primaria de identificar, separar y relacionar lo que es natural de aquello que ha sido construido culturalmente (García et al., 2010). El uso indiscriminado de ambos términos puede llevar a los proyectos de investigación a establecer conclusiones no científicas, ya que no son términos que puedan intercambiarse entre sí. Por ello, es importante conocer que el sexo hace alusión a una variable, mientras que el género es una categoría de análisis que precisa de que una serie de condicionantes, al hilo del tema de salud que se esté investigando, sean tenidos en cuenta. Los datos de los estudios deberán encontrarse desagregados por sexo, y el análisis de género realizarse de forma interconectada con el tema de salud y los determinantes de géneros incluidos en aquel (Ariño et al., 2011).

Realizar un abordaje de la salud mental desde el género se considera una obligación ética (Vázquez, 2014). Por ello, es imperativo aprender a discernir de forma clara entre sexo y género, además de tenerlos presente en las diferentes etapas del ciclo de investigación (Ministerio de Ciencia e Innovación, 2011).

5.1.3. Sesgos de género

De acuerdo con García (2019), *“los sesgos de género son errores sistemáticos que resaltan determinados aspectos de la experiencia e ignoran otros, con consecuencias en la calidad de la ciencia y sus aplicaciones”* (p. 19). Más concretamente, hacen referencia a una insensibilidad al género, donde se obvian las desigualdades; o a aquellas ocasiones en las que se excluyen el sexo y el género dentro de contextos en los que su inclusión es pertinente y significativa.

En lo que respecta a la Psicología, y más concretamente desde los estamentos sociales y múltiples ámbitos del conocimiento científico, estos se han visto bañados en un tipo de conocimiento de carácter androcéntrico. Dicho término, alude a la consideración del hombre como centro y medida de todo, y, en consecuencia, posiciona a la mujer en una



posición de exclusión y subordinación. Con el fin de acabar con la escasa representación de las mujeres, y con la sobrerrepresentación del hombre dentro del campo de la investigación, la perspectiva de género realiza múltiples críticas, poniendo de manifiesto el gran sesgo que supone esta cuestión (Ferrer y Bosch, 2005).

Según Eichler (2001), los dos principales problemas de la investigación en salud con respecto al género son, en primer lugar, la exclusión de la mujer de los estudios clínicos y, en segundo lugar, la supresión del género dentro de la salud pública, ya que se obtiene un conocimiento limitado y discutible. Identificar la presencia de aquellos contratiempos que pueda ocasionar en la investigación el enfoque de género es fundamental, para evitar su aparición, y para corregirlos si es preciso. Del mismo modo, ante las limitaciones de los estudios, se deben hacer propuestas con estrategias alternativas que favorezcan la igualdad de género en la salud (García et al., 2010).

Hare-Mustin, R. y Marecek, J. (1994) distinguen dos sesgos transversales en el ámbito de la psicología: sesgo alfa y sesgo beta. En lo que respecta al *sesgo alfa*, este incluye la dicotomización polarizada del género y exacerbación de las diferencias entre hombres y mujeres a nivel sexual. Asimismo, el *sesgo beta* minimiza dichas diferencias y sitúa como generalidad el punto de vista masculino (androcentrismo). Como resultado de estos sesgos, en las ciencias de la salud, se ha producido un estrechamiento de los temas de salud de las mujeres, como podría ser su salud reproductiva; y, en definitiva, la ausencia de la perspectiva de género en las afectaciones en la salud de ambos sexos.

Asimismo, según Eichler (2001), se pueden enmarcar los tipos de sesgos en tres grupos:

1. *Androcentrismo*: se trata de un enfoque en el que las formas de conocimiento, tanto práctico como de los planteamientos teóricos, se orientan al hombre como medida general. La principal unidad que se utiliza en estos casos es la del hombre, occidental, blanco y de clase media, identificando la experiencia de este como norma general, y equiparable. De este modo, se relega a la mujer a un segundo plano, perpetuando los estereotipos de inferioridad (Hare-Mustin y Marecek, 1994), y obstaculizando el desarrollo de una investigación en salud libre de sesgos de género (García et al., 2010). En terapia psicológica, este sesgo aparece cuando



el hombre es considerado como “norma de salud mental”, mientras que la mujer es la desviación y mentalmente inestable (García, 2019).

En base a lo anterior, se pueden distinguir tres formas diferentes en las que se manifiesta esta problemática dentro de la investigación en salud (García et al., 2010; Ministerio de Ciencia e Innovación, 2011):

- Considerar la *experiencia de los hombres como norma para valorar a las mujeres* ha llevado a sobrestimar o subestimar determinadas enfermedades y su aparición en estas, como pueden ser las enfermedades cardiovasculares.
 - *Invisibilizar a las mujeres en la investigación (Ginopia)*, excluyendo o infrarrepresentándolas en problemas o fenómenos que se han venido considerando como típicamente masculinos, por ejemplo, el cáncer de pulmón.
 - *Aceptar y considerar la dominancia masculina como algo normal*, legitimando y justificando sus actuaciones, así como la devaluación de la mujer. Muestra de ello serían el empleo de variables de estudio como la clase social, encasillando a la mujer en la misma clase que su marido.
2. *Insensibilidad al género*: este sesgo alude a aquellas ocasiones en las que no se incluye la variable sexo ni la dimensión género dentro de contextos en los que resultan significativos. Por ello, tiende a fomentar la desigualdad entre mujeres y hombres, ya sea a través de desoír las diferencias que existen entre ambos en el proceso de salud-enfermedad-atención, de la descontextualización social, económica y cultural de las relaciones sociales; o considerando a la familia como unidad de análisis, ignorando a los integrantes (García et al., 2010).

En adición a lo anterior, dentro del mencionado proceso de salud-enfermedad-atención, se observa en numerosas ocasiones que, en las estadísticas de los estudios, no realizan una desagregación por sexo, lo que da lugar a unos resultados incompletos y una realidad distorsionada. Asimismo, cuando se pierde de vista a los individuos, se obvian ciertas desigualdades que aparecen entre los miembros que componen la unidad familiar, por ejemplo, cuando se habla de que el cuidado informal de personas con dependencia es proporcionado por la “familia”, en lugar de mencionar que esta función ha sido llevada a cabo por mujeres de cierta clase social y generación (García et al., 2010).



3. *Dobles estándares*: al contrario que ocurría con el sesgo anterior, en este caso, se hace uso de criterios diferentes para evaluar problemáticas o situaciones que son similares en mujeres y hombres. Esto puede manifestarse a través del dicotomismo sexual, es decir, suponiendo que ambos sexos son totalmente opuestos; o mediante los estereotipos sexistas, afirmando que ciertas características no son construcciones sociales, sino parte de la naturaleza del ser humano. El más extendido ejemplo que abarca ambos casos es la concepción de la mujer como más débil o inestable a nivel mental, a la que le corresponden funciones de cuidado o de maternidad (García et al., 2010). Además, otra muestra de ello sería la consideración de factores psicológicos y la atribución de los síntomas físicos a estos en el caso de las mujeres, lo que lleva a una mayor prescripción de psicofármacos; o también la correlación infundada de belleza y salud que va dirigida principalmente a la mujer (García, 2019).

Para tratar de evitar la aparición de sesgos de género en los resultados, se debe tener en cuenta esta variable desde el inicio del estudio, reparando en responder cuestiones como quién usará dichos resultados y cómo y cuándo lo hará (Ministerio de Ciencia e Innovación, 2011).

5.2. PERSPECTIVA DE GÉNERO EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA: BUENAS PRÁCTICAS

Todos los temas que implican a las personas y a problemas de salud, pueden y deben tratarse incluyendo la perspectiva de género. La investigación desde dicha perspectiva, se ha trabajado desde diferentes ámbitos y profesiones, y su aplicación es un requisito de buenas prácticas. En los últimos años se ha realizado un gran esfuerzo para incorporarla en la investigación y el desarrollo de programas de salud, con el fin de identificar y evidenciar situaciones de discriminación y desigualdades, reflexionar sobre sus causas y actuar para transformarlas. No obstante, dicha unión puede constituir un proceso complejo, que implica la reflexión, junto con el cuestionamiento personal y científico, acerca de las implicaciones que tienen y han tenido en el conocimiento científico de la salud los roles tradicionales y el androcentrismo de la ciencia; tanto para el uso como para el acceso a los diferentes recursos sanitarios (Ariño et al., 2011).

En adición, y al hilo de lo anterior, cabe mencionar que la perspectiva de género, para ser incluida en el ámbito aplicado de la psicología, demanda una mirada reflexiva hacia



la producción científica existente; y a las posiciones sociales diferentes que se observan dentro de dicha comunidad (García, 2019).

A través de la detección y la difusión de las carencias que presenta la investigación, en cuanto a perspectiva de género se refiere, se podría tratar de reducir dicha desigualdad, así como alcanzar una mejora en la salud. Todos ellos, son objetivos que se persiguen desde el Ministerio de Sanidad y Consumo, que se encuentran reflejados en su Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud. En dicho Plan, se expone la necesidad de llevar a cabo un análisis de las políticas de salud existentes para, mediante propuestas concretas, conseguir una reducción de las inequidades en salud, poniendo el foco en las desigualdades de género (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). Ariño et al. (2011) proponen incluirla en aquellos proyectos en los que se aborden cuestiones importantes y relevantes para el desarrollo de las personas, con el fin de tratar de ampliar el conocimiento científico existente sobre la salud de las mujeres, las desigualdades existentes por cuestiones de género o la repercusión de los determinantes de género en la vida de mujeres y hombres.

Durante la investigación clínica, y con el fin de encontrar las diferencias de sexo mencionadas, se pueden requerir una serie de protocolos, metodologías o análisis de resultados, adaptados al cuerpo masculino o femenino. Muestra de ello serían las distintas concentraciones de hormonas que presentan ambos, y lo que eso supone, por ejemplo, a la hora de ingerir medicamentos. Asimismo, en el caso de los factores psicológicos e inmunológicos, junto con su interacción con el género, pueden ayudar en la protección a mujeres y/o a hombres contra enfermedades o ponerles en riesgo (Ministerio de Ciencia e Innovación, 2011).

Además, los resultados de algunos análisis realizados desde el campo de la psicología, han evidenciado la existencia de diferencias entre la presencia de trastornos psicológicos en mujeres y en hombres, ya que presentan datos de prevalencia e incidencia particulares. Teniendo en cuenta múltiples factores, como la formas de socializar en base al género, los sesgos de género y la percepción subjetiva de la enfermedad, dichos resultados se explican a través de variables psicosociales como (García, 2019):

- a) Procesos de vulnerabilidad.
- b) Experiencia de enfermedad.



- c) Manifestación de la enfermedad y sintomatología.
- d) Búsqueda de atención o de ayuda.
- e) Atención prestada en los servicios sanitarios (sesgo de diagnóstico).
- f) Abordaje del malestar de género o sufrimiento psíquico “desigual y diferente de género”.

Desde el ámbito de la investigación psicológica que hace referencia al género, debe realizarse una adecuada promoción de enfoques teóricos más sólidos y que se sitúen dentro de esta perspectiva, con el fin ayudar en la tarea de comprensión multifactorial y completa de la materia, y para favorecer avances, tanto en la metodología de la investigación como en la intervención (Grupo de Trabajo de Psicología e Igualdad de Género del Consejo General del COP, 2016).

Vázquez (2014) considera que, dejar al margen de las investigaciones la perspectiva de género, puede tener efectos negativos sobre estas, especialmente a nivel ético. Los modelos resultantes de una investigación, pueden excluir variables relevantes para sí mismos, lo que constituiría un problema ocasionado por la elección errónea del diseño de investigación. Por ende, también cabría esperar que dichos modelos explicativos fueran deficientes o estuvieran sesgados, puesto que se obviarían una serie de categorías sociales con gran relevancia, como el género. Por todo ello, se han considerado como imprescindibles para la medición en el ámbito de la psicología la fiabilidad, la validez y la justicia o equidad (Ferrer-Pérez y Bosch-Fiol, 2019).

De acuerdo con García et al. (2010), “*Investigar desde una perspectiva de género requiere la interiorización y el compromiso con una serie de principios, valores y metas que la distinguen respecto a otras formas de estudiar la salud, aportando un estilo particular*” (p. 63). De no producirse una reestructuración y transformación del imperante androcentrismo, el alcance de una situación igualitaria y equitativa dentro de este ámbito será nulo. Por todo ello, es necesario avanzar hacia una práctica sensible al género, la cual incluye los principios de equidad, justicia, ética y valores participativos y emancipadores. En este sentido, también se hace imprescindible la elaboración de políticas de igualdad y evidencias del compromiso político de las instituciones (Vázquez, 2014).

Asimismo, es especialmente importante tener presente la dimensión de género en todo momento, ya que es tomada como una variable fundamental, analítica y explicativa



dentro de la investigación. En el caso de que esta fuera obviada o tratada superficialmente, los resultados podrían ser parciales y no rigurosos. Por ende, el género se considera un factor clave para la calidad de este proceso que precisa de una atención y una serie de recursos para su correcto estudio y aplicación. En caso de ser incluido de forma adecuada, se estarían abordando las realidades tanto de mujeres como de hombres, a la par que se estarían subsanando ciertas lagunas del conocimiento (Ministerio de Ciencia e Innovación, 2011). En la Tabla 5.1. se muestran las recomendaciones sintetizadas realizadas por García et al. (2010) para incorporar la perspectiva de género a la investigación de forma adecuada.

Tabla 5.1.

Decálogo de recomendaciones para integrar la perspectiva de género en la práctica de la investigación en salud.

-
1. (Re)formular los problemas de investigación teniendo en cuenta las diferencias y semejanzas entre mujeres y hombres y su contexto social, económico y cultural.
 2. Identificar problemas de investigación emergentes sobre el proceso de salud-enfermedad-atención de mujeres y hombres.
 3. Asegurar una adecuada representación de mujeres y hombres y sus diversas experiencias y situaciones.
 4. Valorar las aportaciones de la metodología cualitativa para aprehender la complejidad del género en el proceso de salud-enfermedad-atención.
 5. Recoger todos los datos desagregados por sexo.
 6. Incluir el sexo como variable central y transversal en el análisis y presentación de los resultados.
 7. Identificar diferencias, desigualdades y semejanzas en salud entre mujeres y hombres en su contexto social, económico y cultural.
 8. Visibilizar y denunciar las desigualdades de género en salud, utilizando la investigación como herramienta de cambio, acción social y avance en la igualdad y equidad.
 9. Favorecer la cooperación entre grupos de investigación y la interdisciplinariedad.
 10. Establecer procedimientos de participación, comunicación e intercambio con las mujeres y hombres participantes en el estudio, promoviendo su empoderamiento.

Nota. Tomado de *Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud* (p. 144 y 145), por M. García, M. Jiménez, E. Martínez y M. Río, 2010, Escuela Andaluza de Salud Pública.



A través del campo científico, y en un intento de potenciar la satisfacción de necesidades dentro de este, se debe concienciar de lo imperativo que resulta llevar a cabo una reformulación cultural, en la cual se tenga en cuenta la influencia del sexo y del género; y desde la que se presten una igualdad de oportunidades a mujeres y a hombres. En consecuencia, todo este cambio traerá consigo una mayor calidez y validez dentro de este ámbito (Ministerio de Ciencia e Innovación, 2011).

Con el fin de evitar la aparición de sesgos en el ámbito de la salud, sería preciso identificar previamente y de forma analítica, las diferencias de género y las diferencias de sexo. En caso de que se intervenga únicamente sobre los programas terapéuticos o de recursos humanos individuales, con el objetivo de producir un cambio, sin tener en cuenta el contexto o las diferencias de poder, dicho cambio no será posible. Para ello, es imprescindible prestar atención a las expectativas y las diferentes consecuencias que tienen las conductas de mujeres y hombres en determinados contextos (García, 2019).

Por otro lado, en la Tabla 5.2., se exponen una serie de propuestas realizadas desde el Ministerio de Ciencia e Innovación (2011) para incluir dicha perspectiva de forma sensible a las diferentes fases del ciclo de investigación.

Tabla 5.2.

Ciclo de la investigación sensible al género.

Fase de ideas	Generación de ideas para las propuestas de investigación que sean sensibles al género. Construcción de hipótesis teniendo en cuenta la variable de género.
Fase de propuestas	Formulación de preguntas sensibles al género. Selección de un equipo mixto de hombres y mujeres. Condiciones laborales igualitarias para todos los géneros. Elección de metodologías sensibles al género. Recopilación de datos de sexo y de género.
Fase de investigación	Gestión y supervisión de la igualdad de género. Valoración igualitaria del trabajo de mujeres y hombres. Análisis de los datos de un modo sensible al género.
Fase de difusión	Uso de un lenguaje imparcial en lo que a género se refiere. Transmisión de los datos de un modo sensible al género.

Nota. Tomado de *Manual: El género de la investigación* (p.13), por *Ministerio de Ciencias e Innovación*, 2011, Ministerio de Ciencias e Innovación.



A modo de conclusión, podría decirse que, la inclusión de la perspectiva de género, tanto en la teoría como en la práctica en la salud y en la salud mental, se hace especialmente necesario (García, 2019). Tanto la ciencia y el género, como la investigación, constituyen categorías construidas socialmente. A pesar de que se considere que la comunidad científica está libre de los marcos ideológicos, es decir, de intereses, valores y nociones, esto dista de la realidad, ya que toda investigación parte de una serie de “preferencias indagatorias”, las cuales se construyen sobre una serie de principios ideológicos, epistemológicos, éticos y políticos que determinan en cierto sentido el cauce de la misma.

Uniendo esto con el tema que nos ocupa, la investigación que trata de establecer variables y conclusiones universales, neutrales y generalizables a toda la población “homogénea”, parte desde un modelo androcéntrico que deja fuera de sí factores de gran relevancia como los sociales, que incluyen el género y la diversidad sexual, entre otros; y el contexto sociopolítico, económico y cultural complejo en el que se desenvuelven. Esta tendencia mantiene el *statu quo* tradicional, situando a las mujeres en una posición secundaria dentro de la sociedad científica (Vázquez, 2014).

5.3. PERSPECTIVA DE GÉNERO EN INVESTIGACIÓN: VIOLENCIA DE GÉNERO

De acuerdo con Delgado (2014), al hilo de la “ceguera al género”, hay una tendencia a equiparar las “agresiones” y la “violencia”, que lleva a invisibilizar los motivos y significados de los efectos y motivos que tienen las agresiones en la relación de pareja.

La violencia contra las mujeres constituye una violación de los derechos humanos, y un problema a nivel social, causada por la desigualdad imperante entre hombres y mujeres. Por ello, deberían realizarse investigaciones sensibles o específicas de género, situando a este como categoría central de análisis (Ferrer-Pérez y Bosch-Fiol, 2019).

Cabe mencionar que todas las representaciones de los géneros constituyen límites para el crecimiento personal de mujeres y hombres, puesto que determinan, de forma subjetiva, lo que se considera “normal” o no con respecto al comportamiento de ambos. Además, dichas imposiciones suelen ser contrapuestas y excluyentes entre sí. Muestra de



ello sería el hecho de que la mujer ha sido relegada a un segundo plano vejatorio a lo largo de la historia de las diferentes culturas, religiones, razas y edades.

En consecuencia, se produce una repetición de las relaciones de poder, la discriminación, la infravaloración y la violencia, por el simple hecho de ser mujer. La mayor expresión de esto, se puede apreciar en las consecuencias de salud que tiene para estas el hecho de haber sido o ser víctimas de violencia de género (Grupo de Trabajo de Psicología e Igualdad de Género del Consejo General del COP, 2016).

Por todo ello, este enfoque resulta imprescindible para trabajar en el ámbito de la violencia de género, ya que no se puede abordar el problema de violencia a las mujeres si no se lleva a cabo desde una perspectiva de género (Grupo de Trabajo de Psicología e Igualdad de Género del Consejo General del COP, 2016).

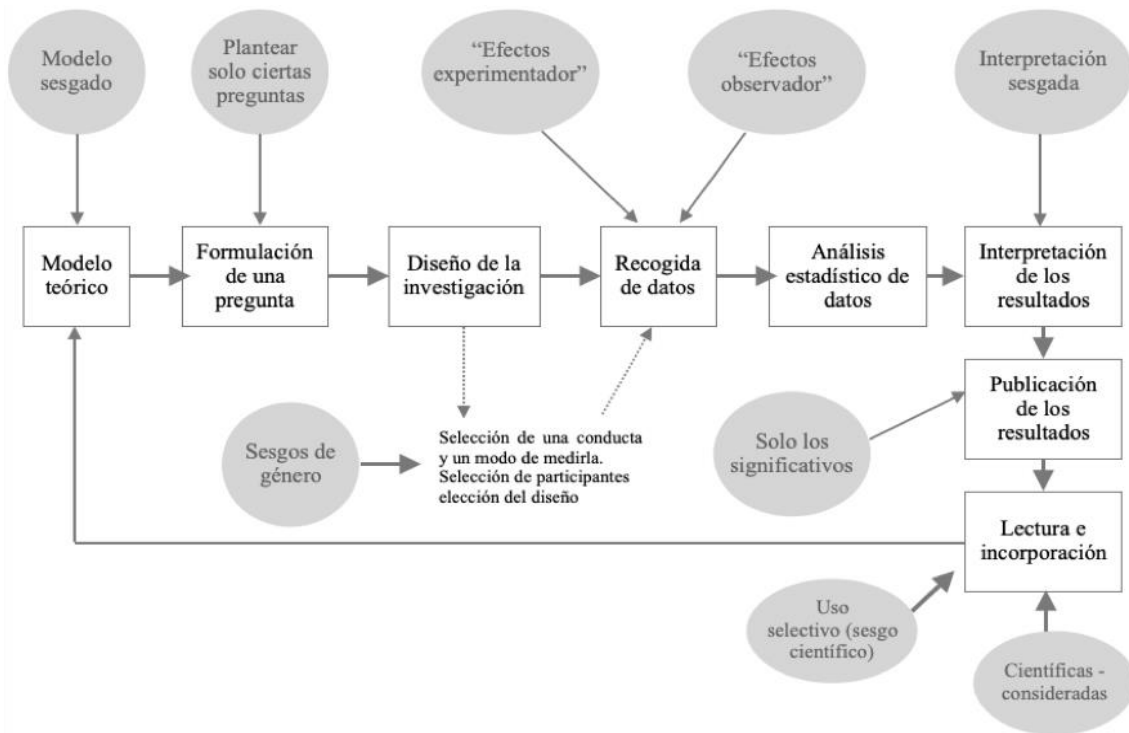
No obstante, la visión androcéntrica de la que se ha hablado con anterioridad, ha resultado cooperadora para la perpetuación de ciertos mitos, especialmente acerca de las características de los agresores y las víctimas, las posibles causas del maltrato, y las razones por las que la víctima continúa con el agresor a pesar de la relación de abuso existente (Ferrer y Bosch, 2005).

Por ello, en el presente apartado, se tratarán en profundidad los sesgos de géneros que se suelen observar dentro de este ámbito. Para aportar una visión esquemática de los sesgos de género en la investigación psicológica sobre el maltrato en mujeres, se muestra a continuación en la Figura 5.1. la propuesta de Janet Sh. Hyde, realizada en 1995, en la que se expone el proceso de investigación psicológica que se suele seguir, añadiendo las formas en las que este puede verse afectado por dichos sesgos.



Figura 5.1.

El proceso de investigación psicológica (rectángulos) y las posibles formas de introducir sesgos de género (circunferencias).



Nota. Tomado de *Psicología de la mujer: la otra mitad de la experiencia humana* (p.23), por Janet Sh. Hyde, 1995. Copyright 1991 por Ediciones Morata.

Cada una de las etapas que componen la investigación psicológica se ven amenazadas por los sesgos de género. Ferrer y Bosch (2005) en su estudio *“Introduciendo la perspectiva de género en la investigación psicológica sobre violencia de género”* realizaron un análisis sobre los posibles sesgos en cada una de las fases de investigación en estudios sobre mujeres maltratadas. A continuación, se procede a la exposición de las principales conclusiones a las que llegaron dichas autoras sobre sesgos de género en cada una de las fases:

1. **Sesgos de género en el modelo teórico de partida y la formulación de las preguntas.** Con frecuencia, las investigaciones que están relacionadas con el género, se ven condicionadas por mitos y estereotipos como los siguientes:



a. *Considerar al maltratador como “persona enferma” o “enfermo mental”.* En la línea de los estudios realizados a este respecto, los datos han sugerido que, si bien es cierto que pueden aparecer una serie de rasgos de personalidad, menos de un 10% padece un trastorno psicopatológico. Por ello, no se puede considerar que el maltrato tenga como causa única un trastorno mental, ya que no hay entre estos una mayor tasa de diagnósticos psicopatológicos de los que hay en la población general.

b. *Considerar el maltrato como fruto de la psicopatología de la agredida:* actualmente, estos modelos se han desestimado debido a la visión simplista que ofrecen sobre el tema. Por ese motivo, han sido reemplazados por modelos pluricausales.

c. *Considerar el maltrato como un problema de pareja:* desde esta perspectiva, se dejan de lado tanto las connotaciones de género como las características del contexto social. En base a ello, no se estaría hablando de violencia de género, sino de conflicto familiar o de crisis en la institución familiar, provocada por estresores y cambios.

d. *Considerar que el maltrato es cometido de igual forma por mujeres y hombres:* a pesar de que hay estudios en los que se obtuvieron evidencias de que el nivel de violencia que presentaban mujeres y hombres en la pareja era similar, en otros se ha apreciado una variación sustancial. Dicha variación viene provocada por cambios en la definición de violencia de la que parte el estudio, y de los instrumentos de medida utilizados, entre otros. Aunque haya hombres que se puedan sentir maltratados, se ha visto que el 90-95% de las agredidas son mujeres.

2. **Sesgos en la selección de las muestras.** Por lo general, se ha observado una tendencia mayor hacia la selección de varones como muestra de los estudios; produciéndose este tipo de sesgo de género también en la selección de muestras para estudios sobre malos tratos. Algunas de las fuentes de sesgos dentro de este apartado, serían: a) reclutar muestras de estudio mediante anuncios; b) incluir hombres que están en programas de tratamiento; y c) Muestras compuestas en exclusiva por mujeres que se encuentran en casa de acogida. Entre los principales motivos por los que las fuentes mencionadas pueden constituir un sesgo, encontramos, por un lado, que se puede tener a sobredimensionar algunas de estas, como por ejemplo, las mujeres que están en casas de acogida, o también infraestimar el número de casos por el difícil acceso a las víctimas y



sus maltratadores. Por otro lado, también se suele apreciar una tendencia de las personas con recursos económicos más limitados a la solicitud de ayuda por parte de servicios sociales y de seguridad; mientras que los casos que involucran a personas con un nivel social y económico más elevado, suelen tener de ocultar el problema para que no se haga público. En conclusión, se puede decir que, a la hora de generalizar los resultados obtenidos en las diferentes investigaciones, es imperativo hacerlo con cautela y teniendo en cuenta las limitaciones de esos estudios con respecto a los aspectos mencionados.

3. **Sesgos de género en la elección del diseño de la investigación.** A la hora de realizar la recogida de datos, pueden darse dos tipos de sesgos diferentes:

a. Los “*efectos de experimentador*”: este efecto hace alusión a aquellas ocasiones en las que el/la experimentador/a presenta una característica que influye en el comportamiento de los sujetos, alterando los resultados (p.e. el género). Debido a las experiencias que han tenido las mujeres víctimas de violencia de género, se ha observado, y así se exponen en las “*Recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre violencia doméstica contra las mujeres*” (OMS, 2001), que estas suelen sentirse más cómodas cuando las entrevistadoras son mujeres.

b. Los “*efectos del observador*”: cuando hay una serie de expectativas por parte del/la investigador/a que influyen en las observaciones y/o en la recogida de los datos (p.e. estereotipos de comportamiento masculino y femenino). En el caso del maltrato, los más frecuentes se producen en:

- *Muestras de comparación*: al comparar las diferencias entre maltratadores y no maltratadores, se ha apreciado una tendencia a la selección de colectivos con problemas concretos, en lugar de extraerlas de la población general.
- *Instrumentos de medida* como el “*Conflict Tactic Scale*” (CTS, Straus, 1979) ampliamente usado en estudios de violencia de género, que no tienen en cuenta los múltiples y diferentes estilos de respuesta que tienen hombres y mujeres, por ejemplo, la tendencia de las mujeres a culpabilizarse por los actos agresivos del hombre, y la minimización de dichos actos por parte de estos. Además, tampoco exponen las estrategias posibles de control de los maltratadores, ni tiene en cuenta las consecuencias que tienen estas para las víctimas. Por último, destacar que tampoco tienen en cuenta el contexto o los



antecedentes de los malos tratos, ni las desigualdades sociales y en la pareja existentes entre mujeres y hombres.

4. **Sesgos de género en la interpretación de los resultados:** a este respecto, lo que se suele observar es que se escogen aquellas que mejor se ajustan tanto al modelo como a los propósitos de la investigación. Como consecuencia de lo anterior, la interpretación de los resultados puede ocasionar una diferencia de género estadísticamente significativa según el modelo elegido, favoreciendo a hombres o a mujeres de forma inversamente proporcional.

5. **Sesgos de género en la publicación de los resultados:** hasta hace poco, los resultados que se publicaban eran exclusivamente aquellos que resultaban significativos, relegando a un segundo plano aquellos estudios en los que no se hallaban dichas diferencias significativas. Por ello, en el caso del maltrato, se daba una tendencia a la sobredimensión de la información sobre psicopatología del maltratador y de la víctima, minimizando la posición opuesta, es decir, la ausencia de la misma.

6. **Otros sesgos:** entre estos, se pueden encontrar la infravaloración de los informes realizados por científicas en comparación con los de los científicos, otorgando una mayor relevancia a los presupuestos coincidentes con los propios.

En definitiva, y como se ha estado viendo a lo largo de este apartado, ninguna investigación es ajena a los sesgos ni limitaciones, pero estos se agudizan cuando es el ámbito del género el que se está estudiando. Por este motivo, la tarea del personal investigador debe ser detectarlos y minimizarlos en la medida de lo posible. No obstante, sí que se pueden encontrar estudios que ofrecen alternativas metodológicas a los sesgos de género en la investigación sobre la violencia de género (Ferrer y Bosch, 2005).

5.4. PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA INVESTIGACIÓN DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN MEXVGP

Tal y como se ha expuesto a lo largo de este capítulo, la perspectiva de género en la investigación es fundamental en todos los campos, pero especialmente dentro del ámbito de la violencia de género. En concreto, si nos centramos en menores con experiencias de violencia de género parental (MEXVGP), la perspectiva de género se torna



imprescindible, ya que esta población se encuentra en pleno proceso de socialización y adquisición de prácticas en torno al género. Dado que se trata de menores que se encuentran inmersos/as en un contexto familiar en el que el dominio masculino sobre la mujer alcanza su máximo exponente, en los que además se ha constatado la relación entre dichas vivencias y la afectación en la salud mental (véase capítulo 2), parece comprensible que en las investigaciones dirigidas a evaluar el tratamiento psicológico en esta población cuenten con perspectiva de género.

No obstante, hasta la fecha, el único estudio publicado en esta línea es el realizado por Pereira-Román et al. (2021), cuya elaboración fue llevada a cabo por el mismo personal investigador que realiza el presente trabajo. En dicho estudio, se llevó a cabo una revisión sistemática de la producción científica publicada hasta 2020 sobre intervenciones para la reducción del malestar psicológico en MEXVGP, en la que se evaluó la presencia de perspectiva de género en 44 estudios que cumplieron las características de inclusión. Para conseguir tal objetivo, se empleó el cuestionario “Perspectiva de género en la investigación en salud” (PEGEIN) de Tomás et al. (2015), adaptando los ítems a la investigación en infancia. Dicho cuestionario cuenta con 10 ítems relacionados con la inclusión de perspectiva de género, de manera que cuantos más ítems sean contestados de manera positiva, la investigación cuenta con mayor perspectiva de género. Asimismo, dicho instrumento cuenta con tres factores: a) *Sensibilidad al género* (relación entre los factores de género y el tema de salud estudiado); b) *Investigación feminista* (investiga las causas de la desigualdad para intentar cambiarla) y c) *Diferencia sexo* (expone la desagregación de los datos en cuanto al sexo y grupo de edad).

A rasgos generales, los resultados obtenidos en Pereira-Román et al. (2021) pusieron de manifiesto la falta de inclusión de la perspectiva de género en la literatura científica en las investigaciones relacionadas con la intervención psicológica en MEXVGP, ya que el 70% de dichos ítems fueron respondidos de forma negativa, y aquellos que fueron positivos, en general, hacían alusión a aspectos metodológicos básicos de la investigación.

En concreto, en dicha revisión encontraron que el factor *Diferencia sexo* fue el que mayor cumplimentación recibió con un 68% de tasa positiva, en la que los ítems con mayor puntuación fueron la presentación de datos desagregados por sexo y rango de edad con un 84% y 95% de respuesta positiva respectivamente. Sin embargo, únicamente el



24% de los estudios expuso o hizo mención a análisis por sexo en los resultados de su investigación. En cuanto al factor *Sensibilidad al género*, obtuvo una tasa de respuesta afirmativa del 18%, en el que, a través del análisis por ítems, se observó que, en la introducción, el 31% de los estudios aludían a la dimensión de la problemática en niñas y niños; en la metodología el 22% remarcaba la relación entre algún factor de género y las posibles problemáticas que pueden aparecer (como las respuestas internalizantes o externalizantes); sin embargo, solo el 5% incluyeron referencias a la existencia o no de conocimiento científico con perspectiva de género; y el 14% exploró la existencia de la relación entre el problema de salud estudiado y algún determinante de género.

En cuanto a estudios en los que se realiza intervención psicológica en esta población en los que en su marco teórico se haga referencia a cuestiones de socialización con perspectiva de género, encontramos a Hiltz-Hymes (2011) en el que expone que específicamente en los niños la sintomatología externalizante junto a experiencias tempranas de violencia de género parental, pueden ser factores que aumenten la probabilidad de que se asuman y/o empleen argumentos de base patriarcal con el objetivo de justificar o racionalizar su comportamiento violento o abusivo. Asimismo, esta autora expone el enfoque ecológico como marco para la explicación de las respuestas en esta población dado que se trata de un modelo que tiene en cuenta diferentes variables como pueden ser el impacto de las estructuras patriarcales, estilo educativo parental, sexo, edad, entre otros factores.

Por otro lado, Jouriles et al. (2018) refieren que las niñas pueden desarrollar mayor afectación que los niños a consecuencia del contacto constante con la pareja violenta de la madre. En su caso, hacen referencia a que la mayor tasa de respuestas externalizantes en niñas puede estar explicada por la socialización, ya que en ellas está orientada hacia los demás (reconocimiento emocional, cuidados, etc.), y que esto conlleve a una mayor consciencia de la situación violenta y, en consecuencia, desarrollen un comportamiento más opositor y agresivo. Por su lado, Jaffe et al. (1986) explican las respuestas en estos menores desde un enfoque orientado al modelado e identificación con el padre o madre, de manera que se da un aprendizaje vicario en cuestiones como la violencia como resolución adecuada de los conflictos, roles de género en la desigualdad de poder, sexismo, etc.



Cabe destacar, en lo que respecta al factor de “Investigación feminista” de la revisión sistemática mencionada, solo un 8% obtuvieron resultados positivos; ya sea a través de la evaluación de si los estudios colocaban la categoría de género como algo determinante para la salud mental de MEXVGP, si el estudio procuraba incentivar el conocimiento de la expresión en niñas y niños; y/o si evaluaban cómo los cambios en la estructura de género podrían influir en la igualdad o equidad de MEXVGP, dentro del ámbito de la salud mental. En este sentido, Hiltz-Hymes (2011) y Suderman et al. (2000) refieren la importancia de la inclusión en las intervenciones el trabajo de los roles de género con el objetivo de desarrollar respeto hacia sí mismos/as y hacia los/as demás, así como para deshacer la propia autoimagen negativa resultante de las experiencias violentas. En el caso de Jaffe et al. (1986), sus propuestas se dirigieron a la formación a los diferentes agentes que tienen contacto con esta población (p.e. policía, comunidad educativa, etc.) para el desarrollo de programas de detección y prevención. En el caso de Jouriles et al. (2018), tras evidenciar cómo las visitas con la pareja agresora de la madre pueden ocasionar problemas de conducta (especialmente en las niñas), entre las diferentes propuestas que se realizan exponen la formación a padres, madres, agentes sociales (p.e. juzgados) y la limitación de los contactos con el agresor.

Otros aspectos relativos a la perspectiva de género evaluados en la revisión de Pereira-Román et al. (2021) fueron, por un lado, la nomenclatura empleada por las investigaciones para referirse a la violencia de género, y por otro, la alusión al componente del sexo en la descripción de la violencia. Entre los resultados se halló que, de los 44 estudios, el 89% empleó términos genéricos (en su mayoría *intimate partner violence* y *domestic violence*) y únicamente dos emplearon el término “violencia de género” (*gender-based violence*). Asimismo, a pesar de que la muestra de todas las investigaciones incluidas en la revisión estaba conformada por madres y su descendencia, solo el 40% expuso que la violencia era ejercida mayoritariamente por hombres, o recibida en su mayoría por mujeres. Por todo ello, tanto por el uso de términos generales como por la omisión de información, cabe decir que en la mayoría de estudios la tendencia ha sido la invisibilización de componentes como el sexo y el género en la violencia, lo cual favorece la persistencia de las deficiencias en lo que a sensibilidad y perspectiva de género en la investigación se refiere. Cabe destacar, que en el propio proceso de selección de los artículos de la revisión se detectó invisibilización del sexo, de manera que en la última fase de cribado el 40% de los registros excluidos (n = 19) se dio tanto por describir



de manera ambigua al progenitor agredido (*parent*), como por tratarse de muestras mixtas de padres y madres agredidas. Destaca que, en el segundo caso, el porcentaje de madres agredidas de la muestra osciló entre el 81% y el 98%.

Finalmente, en dicha revisión analizaron la evolución temporal de los estudios y la inclusión de perspectiva de género. Entre los resultados hallaron dos relaciones estadísticamente significativas. Por un lado, cuanto más reciente es la publicación del estudio se da con mayor frecuencia la definición del término de violencia empleado, y por otro, definir el término de violencia se asoció con hacer alusión a la variable sexo en la descripción de la violencia. En cuanto a las diferencias de las puntuaciones del PEGEIN de los estudios en función de la década de la publicación, no se obtuvieron datos concluyentes en torno a que mejoren o empeoren en la aplicación de perspectiva de género con el tiempo. Pereira-Román et al. (2021) concluyeron que los resultados en torno a la evolución temporal evidencian un aumento significativo en la calidad metodológica de las investigaciones dada la mayor operativización de los términos empleados, no obstante, aquellas variables ligadas a la perspectiva de género en la investigación no lo han hecho.



SEGUNDA PARTE:
ESTUDIO EMPÍRICO



Capítulo 6

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

En este capítulo se exponen tanto el objetivo general planteado para la presente investigación, como los objetivos específicos desarrollados para conseguir tal fin. Asimismo, se muestran las diferentes hipótesis planteadas en el estudio derivadas del marco teórico formulado en los capítulos anteriores.



6.1. OBJETIVO GENERAL

El objetivo general del presente estudio es evaluar el apoyo empírico del tratamiento psicológico llevado a cabo en el Servicio de Atención Psicológica a Hijos e hijas de Mujeres Víctimas de Violencia de Género (SAPMEX) de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. El tratamiento está dirigido tanto a las madres como a los/as menores, y se presenta en dos modalidades, por un lado, a través de sesiones individuales, y por otro, mediante sesiones individuales y grupales.

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los objetivos específicos del presente estudio son:

1. Analizar la eficacia del tratamiento psicológico en la reducción sintomatología total, internalizante, externalizante y TEPT en MEXVGP.
2. Analizar la influencia de las variables modalidad de tratamiento, sexo y edad en los resultados de la intervención a nivel general, sintomatología internalizante, externalizante y TEPT.
3. Analizar la eficiencia del tratamiento psicológico en cuanto a la modalidad de tratamiento empleado.
4. Incluir en el desarrollo del estudio las recomendaciones para la inclusión de perspectiva de género en la investigación.

6.3. HIPÓTESIS

En función de la literatura científica expuesta en el marco teórico y los objetivos específicos planteados, se proponen las siguientes hipótesis:

1. Se producirá una reducción estadísticamente significativa de las puntuaciones en la sintomatología total, internalizante, externalizante y TEPT en MEXVGP.
2. La modalidad de tratamiento no influirá en los resultados del tratamiento psicológico.
3. El rango de edad no influirá en los resultados del tratamiento psicológico.
4. El sexo no influirá en los en los resultados del tratamiento psicológico.
5. La modalidad de tratamiento *individual+grupal* mostrará mayor eficiencia que la modalidad individual.



Capítulo 7

MÉTODO

En el presente capítulo se realiza un recorrido sobre la metodología empleada en el desarrollo de la presente investigación. Para ello, en primer lugar, se detalla el proceso de derivación y selección de la muestra, así como la descripción de la misma. Posteriormente, se describen los instrumentos y medidas de evaluación empleadas, el diseño y las condiciones de tratamiento, y el procedimiento para ello. Finalmente, se expone el plan de análisis estadístico realizado con los datos obtenidos.



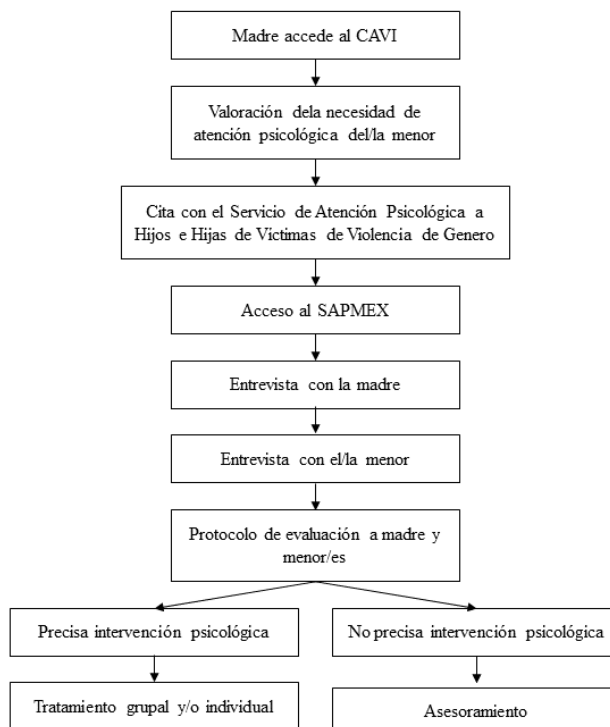
7.1. DERIVACIÓN Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Toda la información sobre los casos de este estudio procede del periodo 2009-2019 del «Servicio de Atención Psicológica a Hijos e hijas de Mujeres Víctimas de Violencia de Género» (SAPMEX) de la Región de Murcia. Las intervenciones realizadas desde el SAPMEX atienden a todos y cada uno de los principios éticos y recomendaciones que se indican en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (64ª Asamblea General, octubre 2013). La preocupación por el bienestar de los participantes tiene primacía sobre los intereses científicos.

Las madres víctimas de violencia de género y sus hijos e hijas son derivados desde la Red de Centros de Atención Especializada para Mujeres Víctimas de Violencia de Género (CAVIs). Los y las profesionales de los CAVIs derivan al SAPMEX a aquellos casos en los que detectan dificultades graves a nivel emocional y/o comportamental en los hijos e hijas de las usuarias relacionadas con las experiencias de violencia de género hacia su madre. En la Figura 7.1. se muestra el procedimiento empleado en este servicio.

Figura 7.1.

Procedimiento de actuación del SAPMEX





A continuación, se presentan los criterios de inclusión y exclusión de la presente investigación:

Criterios de inclusión para menores:

- a) Ser derivado/a al SAPMEX.
- b) Tener entre 6 y 18 años.
- c) Haber experimentado violencia de género hacia sus madres.
- d) Presentar alteraciones emocionales y/o comportamentales.
- e) Disponer de evaluación PRE y POST tratamiento.

Criterios de exclusión del estudio:

- a) Ser menor de 6 años o mayor de 17 años para la descendencia.
- b) No presentar discapacidad intelectual.
- c) No presentar trastorno psicótico.
- d) Presentar discordancia al realizar el tratamiento grupal entre la madre y la descendencia.
- e) Haber realizado otro tratamiento psicológico o complemento terapéutico, en el mismo periodo.

El primer criterio de exclusión se debe a que el tratamiento grupal es para menores de edades comprendidas entre los 6 y 18 años. El segundo y el tercero se dan para evitar interferencias y homogeneizar la muestra. El cuarto se refiere al hecho de que el/a menor haya estado en grupo terapéutico y la madre no, y viceversa. El tercer criterio de exclusión está destinado a eliminar variables que puedan influir en la evolución del tratamiento realizado por el SAPMEX.

7.2. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Inicialmente contamos con información sobre 147 menores (entre 6 y 18 años) y sus madres que realizaron tratamiento psicológico con evaluación completa en el SAPMEX. Tras analizar los casos encontramos que 16 casos presentaban discordancia entre madres y su descendencia en la realización de grupo (8 menores y 8 madres). Asimismo, se excluyeron 8 casos que, mientras realizaban el tratamiento, participaron en un programa

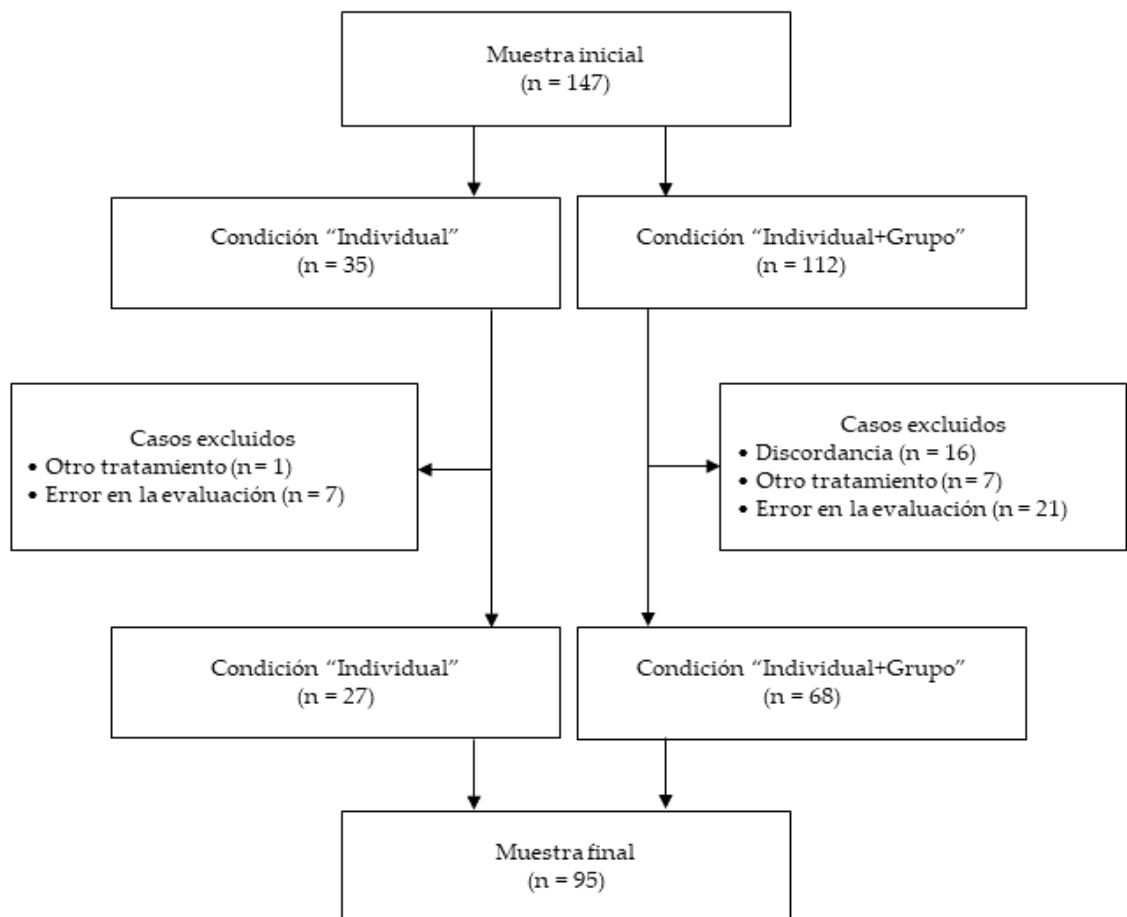


complementario de equino-terapia. En último lugar, se retiraron 28 casos del estudio ya que presentaron errores en el proceso de evaluación (cuestionarios incompletos, ausentes o diferentes).

La muestra final estuvo compuesta por un total de 95 menores en los que se realizó la evaluación completa del tratamiento, contando con 27 en la modalidad Individual y 68 en la modalidad Individual+Grupal. En la Figura 7 se muestra el flujo de participantes durante el todo el proceso de revisión.

Figura 7.2.

Diagrama de flujo de la muestra.





Características de las madres

En cuanto a las características de la muestra materna en el momento de la evaluación previa al tratamiento (Tabla 5), contamos con 75 madres cuya edad media fue de 38.3 años. Contaban con 2.2 hijos e hijas de media, de los cuales 1.6 se atendieron en el servicio. La mayoría de madres que participaron en el estudio eran de procedencia española (86.7%) y el 50.7% estaba trabajando en el momento de la evaluación. El 6.7% no contaba con estudios, el 45.3% contaba con estudios primarios, el 36% con estudios secundarios y el 10.7% con estudios universitarios. Con respecto a la convivencia, la estructura predominante fue la formada por la madre junto a su descendencia en el 67% de los casos, seguida por un 28% en el que la madre convivía además con otros familiares u otras personas, y finalmente un 5% que continuaban conviviendo con el agresor. El fin de la convivencia con el agresor se produjo en el último año en el 45% de los casos, entre 1 y 5 años en el 35%, y hace más de 5 años en el 12%.

Tabla 7.1.

Datos sociodemográficos de las madres

	n	%
Total	75	100
Edad		
20 - 30	3	4
31 - 40	45	60
41 - 50	26	34.7
51 - 60	1	1.3
Estudios		
Sin estudios	5	6.7
Primarios	34	45.3
Secundarios	27	36
Universitarios	8	10.7
Nacionalidad (española)	65	86.7
Trabajo remunerado	38	50.7
Nueva pareja	19	25.3
Más de 1 hijo en el servicio	35	46.7
Convivencia		
Madre y descendencia	50	67
Madre, padre y descendencia	4	5
Madre, descendencia y otros familiares o personas	21	28
Fin de convivencia con el agresor		
Últimos 12 meses	34	45
Más de 1 año y menos de 5	26	35
Más de 5 años	9	12



Características de los hijos e hijas

En cuanto a las características de la descendencia (Tabla 7.2.) la edad media fue de 10.61 años, siendo el 60% niños y el 40% niñas. En el 97.8% de casos el padre fue el agresor de la madre.

Tabla 7.2.

Datos sociodemográficos de los/as menores

	n	%
Total	95	100
Edad		
6 a 11 años	56	58.9
12 a 18 años	39	41.1
Sexo		
Masculino	57	60
Femenino	38	40
Padre es el agresor	91	97.8

Características del maltrato

En cuanto al maltrato recibido por parte de la muestra (Tabla 7.3.) el 84% de las madres recibieron maltrato físico (empujones, golpes, etc.), el cual fue presenciado por el 22.1% de sus hijos e hijas. El 100% de las madres sufrió maltrato psicológico, el cual se produjo en un 96.8% frente a la descendencia. En lo referente al maltrato sexual sufrido por las madres, este se produjo en el 37.3 de las mismas, el cual fue presenciado por 1 menor.

Por otro lado, el 34.4% de la descendencia ha sido maltratada físicamente por el agresor de la madre (en general el padre), el 61.3% psicológicamente y el 1.1% sexualmente. Cabe destacar que el bajo porcentaje de abuso sexual infantil (ASI) en la muestra se debe a la existencia de un servicio específico al que se deriva a los/as menores en el momento de la detección. El caso existente en la muestra es debido a que este factor no presenta interferencias en el/la menor.



Tabla 7.3.

Características del maltrato.

	Maltrato dirigido a la madre n (%)	Presencia de descendencia ante el maltrato n (%)	Maltrato dirigido a la descendencia n (%)
Físico	63 (84)	21 (22.1)	32 (34.4)
Psicológico	75 (100)	92 (96.8)	57 (61.3)
Sexual	28 (37.3)	1 (1.1)	1 (1.1)

7.3. INSTRUMENTOS Y MEDIDAS DE EVALUACIÓN

En el momento de acceso al SAPMEX, tanto las madres como su descendencia inician el proceso de evaluación en el que se entrevista por separado a la madre y al menor, y posteriormente se administran los instrumentos específicos de evaluación.

A través de los instrumentos seleccionados se extrajo información de las madres y la descendencia relativa a datos sociodemográficos, experiencias de violencia, medidas tras la separación del padre agresor e implicación de la descendencia ante las situaciones de violencia hacia su madre. Asimismo, se empleó un cuestionario para la medida de los problemas del comportamiento en la descendencia y un inventario para incluir perspectiva de género en la investigación.

A continuación, se exponen los instrumentos empleados para la consecución de los objetivos del presente estudio. No obstante, quien desee obtener mayor información sobre el protocolo al completo empleado en el servicio puede encontrarlo en López-Soler et al. (2017).

7.3.1. Entrevistas

7.3.1.1. Entrevista a la mujer maltratada

La Entrevista a la Mujer Maltratada EMMA (GUIIA-PC,2009) consta de dos partes y tiene como objetivo recopilar la información con mayor relevancia relativa a las experiencias de violencia de género sufridas por la madre. En la primera parte se recoge información relativa a los datos sociodemográficos, tales como: edad, nivel de estudios, nacionalidad, actividad laboral, nueva pareja, número de hijos/as y personas que conviven



en el núcleo familiar. Asimismo, en esta parte se recopila información sobre la relación con el agresor, tipo de maltrato, duración y frecuencia, denuncias, así como la presencia de los menores ante las situaciones de maltrato y cómo actuaban ante la violencia hacia ellas.

En cuanto a la segunda parte de la entrevista, está enfocada a la recogida de datos de las problemáticas o dificultades que presenta el/la menor, contextos en los que sucede y tipo de relación con la madre, el padre y sus respectivos familiares. Por otro lado, se exploran las cualidades o habilidades positivas de su hijo/a y referentes o personas de apoyo del menor.

Finalmente, la entrevista cuenta con un apartado relativo a la observación clínica que el/la profesional cumplimenta describiendo el estado general de la madre (estado ansioso, deprimido, postraumático, etc.), el nivel de colaboración y disponibilidad de asistencia a las sesiones.

7.3.1.2. Entrevista psicológica al menor maltratado

Inicialmente en el servicio se empleó la Entrevista semiestructurada de maltrato infantil, ESMI. (GUIIA-PC, 2007). Esta consta de tres partes, en la que en la primera de ellas se recopilan datos personales del menor (nombre, edad y fecha de nacimiento) y se exponen las pautas de aplicación de la entrevista. La segunda parte está dirigida a la presentación del profesional, exploración de las expectativas del menor y explicación al menor de las funciones del profesional y las actividades que se van a realizar. En la tercera parte de la entrevista se realizan preguntas en relación al centro de estudios, asignaturas con mayor afinidad, profesorado, adaptación académica, amistades y actividades que le divierten, y posteriormente se realizan preguntas del área médica-somática y comportamental-emocional. Finalmente se explora el área familiar y las posibles dificultades. Al igual que la entrevista a la madre, la entrevista también consta de un apartado final dirigido al profesional en el que indicar información relevante para el caso relacionada con el comportamiento del menor o su estado emocional.

Posteriormente se utilizó la Entrevista Semiestructurada para Menores Expuestos a Violencia ESMEV (GUIIA-PC, 2011). Se trata de una entrevista desarrollada por el mismo grupo de investigación resultado del uso en la práctica clínica de la anterior, la cual consta de los mismos apartados. La diferencia más destacable reside en la parte en



la que se explora el área familiar y sus posibles conflictos. En esta versión, las preguntas en esta área cuentan con un mayor desarrollo, incidiendo en torno a las situaciones de violencia entre sus padres, y cómo se sintieron y actuaron frente a ellas.

7.3.2. Inventarios de maltrato

7.3.2.1. Inventario de evaluación del maltrato a la mujer por su pareja

Para obtener mayor información de la madre sobre el maltrato recibido se empleó la adaptación de Matud, Caballeira y Marrero (2003) del Inventario de Evaluación del Maltrato a la Mujer por su Pareja (Matud, 1998). Este cuestionario es cumplimentado por la madre y el objetivo es la evaluación del tipo de maltrato recibido por la mujer ante su pareja. Evalúa maltrato emocional y físico a través de 37 y 19 ítems respectivamente. Una de las características del instrumento, es que la madre al contestar cada ítem, también debe contestar el nivel de testimonio del hijo/a sobre dicho maltrato hacia ella. Las respuestas se realizan mediante una escala tipo Likert basada en cinco puntos (0=nunca, 1=a veces, 2=a menudo, 3=bastante; 4= siempre). Tal y como exponen Matud et al. (2003), tanto el factor de maltrato físico como emocional presentan una consistencia interna alta (.94) con una correlación entre ellos de .57.

7.3.2.2. Inventario de evaluación del maltrato a la infancia

En el caso del maltrato recibido por los menores, se empleó el Inventario de Condiciones de maltrato a la infancia, ICMI (GUIIA-PC, 2009^b) para obtener mayor información al respecto. Dicho inventario surge de las escalas de Matud, Caballeira y Marrero (2003) para evaluar las diferentes situaciones de maltrato hacia el/la menor, y es cumplimentado por la madre. Valora cuatro tipos de maltrato: negligencia (física y emocional), maltrato emocional (aislamiento; degradación; manipulación; malestar; y amenazas de muerte), maltrato físico y abuso sexual. Cuenta con un total de 60 ítems cuyo formato de respuesta es Likert de cuatro puntos (0=nunca, 1=1 vez cada 2 o 3 meses, 2=varias veces al mes, y 3=varias veces a la semana) que contiene una columna en la que se debe especificar la duración. En función de las puntuaciones baremadas se establece la valoración leve, moderado o grave.



7.3.3. Evaluación de la afectación en la descendencia

7.3.3.1. Child Behavior Checklist (CBCL)

La medición de la afectación en la descendencia se realizó mediante el cuestionario *Child Behavior Checklist* (CBCL). Se trata de la primera prueba de evaluación para registrar problemática comportamental y social en infancia y adolescencia de 4 a 18 años y fue elaborada por Achenbach y Edelbrock (1983). Tal y como señala Fernández-Fernández (2014), las posteriores revisiones de la prueba hicieron dividir la prueba entre dos grupos: menores que se encuentran en edad preescolar (1^{1/2} a 5 años) y en edad escolar (6 a 18 años).

Para el presente estudio se ha empleado la versión de 2001 dirigida al grupo de edad de 6 a 18 años. En dicha versión se evalúan problemas emocionales y comportamentales de los menores a través de una perspectiva dimensional del diagnóstico psicopatológico (Samaniego, 2008). Las dimensiones que componen la prueba resultaron del análisis multivariado en el que se identificaron un conjunto de síndromes en los que en los que se ubica a los sujetos en un continuo en función de la gravedad de la manifestación de la sintomatología (Cervone et al., 2003).

El CBCL (Achenbach y Rescorla, 2001) consta de dos partes y es cumplimentado al completo por las madres del menor evaluado. La primera de ellas recoge datos sobre las competencias psicosociales del menor mediante tres escalas: de actividades, escolar y social. En la segunda parte de la prueba se determinan problemáticas conductuales y emocionales a través de 118 ítems con tres alternativas de respuesta valorados en una escala de 0 a 2 puntos, siendo 0 equivalente a “No es cierto”, 1 a “Algo, algunas veces cierto” y 2 a “Cierto muy a menudo o bastante a menudo”. Las escalas están agrupadas en dos niveles, los síndromes de primer orden o banda estrecha en los que se incluyen Ansiedad/Depresión, Retraimiento/Depresión, Problemas Somáticos, Problemas sociales, Problemas de Pensamiento, Problemas de Atención, Conducta Disruptiva, y Conducta Agresiva; y los de segundo orden o de banda ancha en los que se divide en internalizante, externalizante y otros problemas (Tabla 7.4.).



Tabla 7.4.

Factores de 1er orden y de 2º orden de la prueba CBCL 6 a 18.

Factores de 1er orden	Factores de 2º orden
<ul style="list-style-type: none">• Ansiedad/depresión• Retraimiento/depresión• Quejas somáticas	<ul style="list-style-type: none">• Sintomatología internalizante
<ul style="list-style-type: none">• Conducta disruptiva• Comportamiento agresivo	<ul style="list-style-type: none">• Sintomatología externalizante
<ul style="list-style-type: none">• Problemas sociales• Problemas de pensamiento• Problemas de atención• Otros problemas	<ul style="list-style-type: none">• Otros

El baremo para la corrección de los resultados se divide por sexo y en dos rangos de edad, por un lado, de 6 a 11 años y por otro 12 a 18. La interpretación de los resultados se realiza mediante el uso del mismo, el cual ofrece información sobre 3 rangos: normal, límite y clínicamente significativo.

A continuación, se procede a la descripción de las distintas dimensiones de las que está compuesta la prueba por factores.

Factores de primer orden

- Ansiedad/depresión: Consta de 13 ítems en los que se valora diferentes situaciones de miedo, perfeccionismo, nerviosismo, preocupaciones, etc.
- Retraimiento/depresión: Consta de 8 ítems en los que se valora el nivel de tristeza, disforia, disfrute, etc.
- Quejas somáticas: a través de 11 ítems (5 teniendo en cuenta que 1 ítem se subdivide en 7) se valoran diferentes problemas físicos sin causa médica.
- Problemas sociales: se valoran 11 ítems sobre dependencia del menor a los adultos, burlas de otros menores, simpatía entre iguales, etc.



- Problemas de pensamiento: 15 ítems en los que se valoran posibles obsesiones, tics, comportamiento y pensamientos extraños, etc.
- Problemas de atención: 10 ítems sobre problemas de concentración, impulsividad, finalización de tareas, etc.
- Conducta disruptiva: 17 ítems en los que se evalúan diferentes situaciones y contextos sobre el cumplimiento de normas.
- Conducta agresiva: a través de 18 ítems se evalúa agresividad física y verbal, estabilidad emocional, tolerancia a la frustración, etc.
- Otros problemas: 17 ítems en los que se codifican conductas que no se recogen en los anteriores factores como pueden ser enuresis, morderse las uñas, crueldad con animales, etc.

Factores de segundo orden

- Internalizante: esta dimensión está formada por los factores ansiedad/depresión, retraimiento/depresión y quejas somáticas contando con 32 ítems.
- Externalizante: esta dimensión está formada por los factores de conducta disruptiva y agresiva contando con un total de 35 ítems.
- Otros: está formada por los factores problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención y otros problemas. Consta en total de 54 ítems.
- Total: resulta del sumatorio de todas las puntuaciones de la prueba.

En cuanto a las propiedades psicométricas del CBCL (versión 2001), Ivanova et al. (2007) realizaron un análisis en 30 sociedades en todas sus escalas teniendo en cuenta los efectos de la sociedad, género y edad, y hallaron un apoyo considerable a lo que se refiere a la consistencia interna de la prueba. Estudios anteriores como el realizado por Clarke, Lewinsohn, Hops y Seeley (1992) en el que evaluaron 619 madres y 366 padres de adolescentes obtuvieron una consistencia interna de .81 y .76 respectivamente, por lo que podríamos considerarla aceptable según los criterios establecidos en diferentes



publicaciones (Bland y Altman, 1997; Sánchez-Pedraza y Gómez-Restrepo, 1998; Cervantes, 2005). En España, estudios como el de Alcántara, López-Soler, Castro y López, (2013) también mostraron una consistencia interna alta (.87), contando con una muestra de 91 menores de entre 6 y 17 años cuyas madres sufrieron violencia de género.

La relación con otras escalas como la Behaviour Assessment System for Children (BASC, Reynolds y Kamphaus, 1992) y la Conners Rating Scales-Revised (Conners, 1997) pone de relieve la validez de constructo de la prueba (Achenbach y Rescorla, 2001), es decir, la definición operacional de las variables refleja el significado teórico real de las mismas. Además, Achenbach (1991) encontró que el CBCL correlacionaba con escalas reconocidas previamente como las escalas de Conners para padres (Conners, 1973) y las escalas de Quay-Peterson (1987) por lo que también cuenta con validez concurrente.

En cuanto a la fiabilidad de la prueba, Achenbach (1991) y Achenbach y Rescorla (2001) mostraron que era de .78 y .79 respectivamente, por lo que se considera media/alta.

Los datos expuestos anteriormente se ven apoyados por el estudio realizado por Albores-Gallo, Lara-Muñoz, Esperón-Vargas, Cárdenas, Pérez y Villanueva (2007) en el que participaron un total de 611 menores. Tras el análisis de los resultados de la prueba en cuanto a la consistencia interna, fiabilidad test-retest y validez, concluyeron que se trata de un instrumento válido y fiable.

Subescala CBCL-TEPT

El CBCL no ha sido diseñado para la medición específica de TEPT o sintomatología postraumática en infancia y adolescencia, no obstante, diferentes investigaciones han desarrollado escalas TEPT a partir de sus ítems, dirigidas tanto a preescolares como a menores entre los 6 y 18 años.

El primer estudio hallado en el que se realizó una escala CBCL-TEPT lo llevó a cabo el equipo de Wolfe et al. (1989). Esta escala está basada en 20 ítems del cuestionario original (Achenbach y Edelbrock, 1983) que fueron seleccionados en base a los criterios diagnósticos DSM III (ver Tabla 7.5.). El valor alfa obtenido fue de .89 y se basó en una muestra de 68 menores que habían sufrido abuso sexual infantil (ASI). Una década después, Ruggiero et al. (2000) examinaron esta misma escala con mayor profundidad, comparando una muestra de 63 menores con ASI (entre 6 y 16 años) con dos grupos de



control sin ASI. El primer grupo control contaba con 60 menores en consultas externas y el segundo con una muestra escolar no clínica de 61 menores. La consistencia interna de la escala CBCL-TEPT fue adecuada ($\alpha = .85$), no obstante, obtuvieron resultados cuestionables sobre la validez concurrente y discriminante. Por otro lado, el reciente estudio elaborado por Nehring et al. (2021) en el que se examinó esta misma subescala en menores refugiados, encontraron una consistencia interna aceptable ($\alpha = .79$), una alta sensibilidad (85%) y especificidad (76%).

Dehon y Scheeringa (2006) adaptaron la escala desarrollada por Wolfe et al. para poder usarla en la forma preescolar del CBCL. Para ello eliminaron los ítems que no se encuentran en el CBCL de 1^{1/2} a 5 años, quedando finalmente con 15 ítems (ver Tabla 7.5.). Tras aplicar su escala CBCL-TEPT a una muestra de menores traumatizados, obtuvieron una buena consistencia interna ($\alpha = .83$), y la escala correlacionó significativamente ($r = 0.66$) con el número de síntomas postraumáticos informados por el cuidador principal. Asimismo, tras realizar un análisis de regresión hallaron que la escala tenía un poder predictivo incremental significativo. Posteriormente, Loeb et al. (2011) evaluaron la validez del CBCL-TEPT (preescolar) comparándola con el Índice UCLA-PTSD, el diagnóstico clínico basado en el DSM-IV (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994) y la Clasificación Diagnóstica de Salud Mental y Trastornos del Desarrollo de la Infancia y la Primera Infancia (ed. rev.; DC:0-3; Zero to Three, 2005). La muestra estuvo compuesta por 51 menores en edad preescolar con múltiples diagnósticos de desarrollo y comportamiento, expuestos a una amplia gama de eventos traumáticos (violencia doméstica, abuso, procedimientos médicos, desastres/incendios, etc.). A pesar de contar con una consistencia interna aceptable ($\alpha = .79$), y que los menores diagnosticados mediante DSM-IV mostraron puntuaciones significativamente más altas de CBCL-TEPT, no hubo diferencias significativas con respecto al diagnóstico de TEPT según los criterios DC: 0-3. Los autores concluyeron que la subescala CBCL-TEPT no alcanzó una sensibilidad (60%) o especificidad significativa como para ser considerada una herramienta de detección para el TEPT en esta población.

Por otro lado, Sim et al. (2005) propusieron una escala que fue desarrollada por un grupo de personas expertas mediante la selección de ítems del CBCL (Achenbach, 1991) para la detección del TEPT en muestras infantiles normativas, clínicas y con ASI. Tras la aplicación en una muestra de más de 1700 menores y la realización de un análisis factorial



confirmatorio, encontraron una subescala de TEPT (7 ítems), otra de disociación (3 ítems) y una escala combinada TEPT/disociación (16 ítems) (ver Tabla 9). Para la validación de la escala CBCL-TEPT desarrollada emplearon una submuestra de 56 menores la cual completó el *Trauma Symptom Checklist for Children* (TSCC; Briere, 1996). Encontraron que la subescala de disociación y la escala combinada de TEPT/disociación se relacionaron de manera significativa con el autoinforme, pero no la subescala TEPT. Por otro lado, no encontraron diferencias en las puntuaciones del CBCL-TEPT entre el grupo de menores psiquiatrizados sin ASI y el grupo de menores con ASI. Sim et al. (2005), concluyen que los resultados deben ser tomados con precaución dado que el CBCL no es una herramienta diseñada para la detección de TEPT, y emplear este tipo de subescalas de manera auxiliar. Milot et al. (2013) evaluaron la escala desarrollada por Sim et al. (2005) en una muestra de 239 menores (entre 6 y 18 años) con historia de negligencia física. En sus resultados encontraron evidencia de la validez para las dos escalas unidimensionales TEPT (7 ítems) y disociación (3 ítems) basada en el contenido, la estructura factorial y la relación con otras variables. En cuanto a la escala TEPT/disociación (16 ítems), los análisis realizados no respaldaron la estructura de un factor. Los autores concluyen que estos resultados pueden deberse a que, a pesar de que ambas subescalas se encuentran relacionadas con el diagnóstico TEPT, se trata de respuestas diferenciadas. Asimismo, refieren que las subescalas planteadas por Sim et al. (2005) de TEPT y disociación, derivadas del CBCL pueden ser útiles en investigación, no obstante, no se dispone de información suficiente para que se empleen en entornos clínicos, ya que la sintomatología específica de reexperimentación, evitación e hipervigilancia no puede explicarse al completo mediante el CBCL-TEPT.

Finalmente, Achenbach y Rescorla (2007) incluyeron la escala de Problemas de Estrés Postraumático (CBCL-PEPT) como una “escala orientada a problemas” relacionados con el TEPT calculada a partir de 14 ítems preexistentes en el CBCL identificados y validados por investigadores (ver Tabla X). Asimismo, según los autores la escala muestra una buena fiabilidad ($r = .83-.88$), una consistencia interna moderadamente alta ($\alpha = .74-.75$) y ha sido validada tras hallar una asociación significativa con el TEPT. Los puntos de corte clínicos sugeridos para esta escala son de 15 para niños y 18 para niñas. Estudios más recientes como el de Cala (2017) en el que se aplicó la escala a 354 menores en centros de acogida se halló una consistencia interna de la escala alta ($\alpha = .83$). Por otro lado, Ayer et al. (2009) analizaron la escala CBCL-



PETP junto a la escala CBCL-JBD enfocada al trastorno bipolar juvenil (JBD por sus siglas en inglés) ya que ambas medidas están asociadas con una psicopatología grave que suele abarcar múltiples diagnósticos del DSM-IV. Tras la aplicación del CBCL (Achenbach y Rescorla, 2001) a una muestra de 2029 menores (276 remitidos de servicios de salud mental), en sus análisis obtuvieron un alto grado de superposición ($r = .89$) entre ambas escalas. Este hecho les hizo concluir que ambas medidas pueden describirse mejor como medidas de un solo síndrome relacionado con psicopatología grave, pero que este no se ajusta a ningún diagnóstico específico del DSM IV. Posteriormente, Althoff y Ayer (2010) renombraron la escala CBCL-JBD por *CBCL–Dysregulation Profile* (CBCL–DP) ya que consideraron describía mejor a los/as menores que cumplen este perfil, y compararon de nuevo ambas escalas. En función de los resultados, exponen que la escala CBCL-PETP identifica el mismo perfil de comportamiento que el CBCL-DP para niños y niñas. Este tipo de perfil con varias comorbilidades entre sí, también se ha definido como Trauma Complejo o Trauma del Desarrollo (Cervera et al., 2020; López-Soler, 2008).

Tal y como expone Rosner et al. (2012) en su revisión sobre las escalas CBCL-TEPT, a pesar de que en todos los estudios se evaluó el TEPT o síntomas relacionados, una de las razones que explica la disparidad de resultados es el uso de diferentes tipos de evaluación, uso de diferentes grupos de edad, así como el estudio de distintos tipos de muestras poblacionales. En resumen, la detección de TEPT a través del uso de subescalas CBCL sigue presentando una base empírica débil, por lo que es aconsejable el uso de escalas específicas para el diagnóstico. No obstante, el uso de la escala CBCL-TEPT/PEPT puede ser útil en contextos de investigación y como herramienta de *screening* en poblaciones infantojuveniles de alto riesgo (Cala, 2017; Dehon y Scheeringa, 2006; Loeb et al. 2011; Milot, et al., 2013; Nehring et al., 2021).

En la presente investigación se emplea de manera exploratoria la escala CBCL-PETP (Achenbach y Rescorla, 2007), de modo que los resultados de la misma son expuestos como “*Sintomatología TEPT*”.



Tabla 7.5.

Comparación de escalas CBCL-TEPT

Número del ítem	Wolfe et al. (1989)	Dehon y Sheringa (2006)	Sim et al. (2005)	Achenbach y Rescorla (2007)	Descripción simplificada del ítem
Ítem 3	X	X		X	Discute mucho
Ítem 8	X	X	X	X	No puede concentrarse
Ítem 9	X		X ^a	X	No puede quitarse de la mente pensamientos
Ítem 11	X	X		X	Dependiente
Ítem 13			X ^b		Está confundido/a
Ítem 17			X ^b		Se pierde en sus propios pensamientos
Ítem 29	X	X	X ^a		Miedos
Ítem 31				X	Miedo a hacerlo mal
Ítem 34	X			X	Cree que le quieren perjudicar
Ítem 40			X		Oye sonido o voces que no existen
Ítem 45	X	X	X ^a	X	Nervioso/a
Ítem 47	X	X	X ^a	X	Pesadillas
Ítem 50	X	X	X ^a	X	Demasiado ansioso/a o miedoso/a
Ítem 52	X			X	Se siente culpable
Ítem 56b	X				Dolores de cabeza
Ítem 56c	X	X			Náuseas
Ítem 56f	X	X			Dolores de estómago
Ítem 56g	X	X			Vómitos
Ítem 66			X		Repite ciertas acciones una y otra vez
Ítem 69	X			X	Muy reservado/a
Ítem 76			X ^a		Duerme menos que la mayoría de niños/as
Ítem 80			X ^b		Se queda mirando al vacío
Ítem 84			X		Comportamiento raro
Ítem 86	X	X			Tozudo/a, malhumorado/a, irritable
Ítem 87	X	X	X	X	Cambios repentinos de humor
Ítem 92			X		Habla o camina dormido/a
Ítem 100	X	X	X ^a		No duerme bien
Ítem 103	X	X		X	Infeliz, triste o deprimido
Ítem 111	X	X		X	Se aísla, no se relaciona con los demás

Nota. ^a = Subescala “TEPT” de Sim et al. (2005); ^b = Subescala “disociación” de Sim et al. (2005).



7.3.4. Evaluación de Perspectiva de género en el estudio

7.3.4.1. Perspectiva de género en la investigación en salud (PEGEIN)

Para la inclusión de perspectiva de género en el presente estudio se empleó el cuestionario validado “Perspectiva de género en la investigación en salud” (PEGEIN) de Tomás et al. (2015) en su versión adaptada a la investigación en infancia de Pereira-Román, et al. (2021).

El cuestionario PEGEIN es el resultado de la aplicación y refinamiento del protocolo/cuestionario llevado a cabo por Ariño et al. (2011). En dicha investigación primigenia, tras la revisión y análisis de la temática elaboraron un protocolo de 15 cuestiones con las que valorar la inclusión de PG en investigación en salud. Finalmente, Tomás et al. (2015) mediante la aplicación en 181 proyectos de investigación, y los diferentes análisis para su validación, lo redujeron a 10 ítems. De este modo, el cuestionario final cuenta con tres ítems que evalúan la introducción, uno los objetivos, tres la metodología y tres la finalidad de la investigación.

Cuenta con 3 factores que exponen los diferentes niveles de inclusión de PG en la investigación evaluada:

- Factor 1 (ítems 1, 2, 4 y 7): Sensibilidad al género. Hace referencia a las diferencias en salud entre niños y niñas y a la relación entre los factores de género y el tema de salud estudiado en la investigación.
- Factor 2 (ítems 3, 9 y 10): Investigación feminista. Informa sobre si la investigación cuenta con las condiciones necesarias para que tenga perspectiva de género y propósito feminista, es decir, que investiga las causas de la desigualdad para intentar cambiarla.
- Factor 3 (ítems 5, 6 y 8): Diferencia sexo. Expone la desagregación de los datos por sexos y grupo de edad y diferencias entre sí, que facilita la identificación de diferencias en el problema de salud investigado.

El instrumento PEGEIN cuenta con una consistencia interna general de 0.90, de 0.87 para el factor “Sensibilidad al género”, 0.81 para “Investigación feminista” y 0.64 para el factor “Diferencia sexo” (Tomás et al., 2015). Esta investigación ha incorporado, en la



medida de lo posible, todas las variables PEGEIN en el enfoque general y en los análisis de datos.

7.4. DISEÑO Y CONDICIONES DE TRATAMIENTO

El diseño del presente estudio es *expo facto* retrospectivo. Se analizaron los datos disponibles sobre dos condiciones de tratamiento: Individual e Individual+Grupal, en un servicio asistencial especializado de atención psicológica a hijos e hijas de víctimas de violencia de género (SAPMEX), cuya asignación a las condiciones de tratamiento se produjo de manera no aleatorizada. Según el protocolo de tratamiento del servicio SAPMEX la intervención dirigida tanto a madres como a su descendencia incluye el componente grupal, no obstante, en aquellos casos en los que debido a sus circunstancias no podían acudir (trabajo, visitas con el agresor, dificultad de desplazamiento, etc.), se trabajaron los mismos componentes de manera individual tanto con las madres como con la descendencia.

A continuación, se describe cada una de las condiciones de tratamiento:

1. Condición Individual: el tratamiento aplicado consistió en la atención psicológica tanto a la madre como al menor en formato individual, así como sesiones conjuntas.
2. Condición Individual+Grupal: el tratamiento aplicado consistió en la atención psicológica tanto a la madre como al menor en formato individual, sesiones conjuntas, y además sesiones grupales para las madres y sesiones grupales para los menores.

En ambas condiciones se empleó el tratamiento dirigido a hijos e hijas de víctimas de violencia de género y sus madres desarrollado por el Grupo Universitario de Investigación en Infancia y Adolescencia-Psicología Clínica (GUIIA-PC) en 2010 y publicado en 2017 (López-Soler et al., 2017), el cual está basado la Terapia Cognitivo Conductual Focalizada en el Trauma (TCC-FT) y en la Terapia Familiar Sistémica (TFS).

Por un lado, la intervención psicológica en menores expuestos/as a violencia de género completa dirigida a las madres incluye los siguientes cuatro módulos: 1) relación de los hijos y las hijas con el padre maltratador; 2) comprensión de los comportamientos



y emociones de los hijos e hijas tras las vivencias de violencia de género; 3) factores de protección ante la adversidad; y 4) apego y pautas de crianza.

Por otro lado, el trabajo completo con los menores incluye ocho módulos: 1) reconocimiento y expresión de emociones; 2) relajación; 3) estrategias de autoprotección en situaciones de violencia; 4) reconstrucción de la identidad personal; 5) crecimiento personal; 6) reestructuración cognitiva; 7) relaciones familiares; 8) elaboración del trauma.

7.5. PROGRAMA DE TRATAMIENTO

Tal y como se ha mencionado en el apartado anterior, el programa de tratamiento elaborado por López-Soler et al. (2017) dirigido a madres víctimas de violencia de género y su descendencia está diseñado para la inclusión de sesiones grupales en el mismo. La condición de tratamiento individual evaluada en el presente estudio, en la que no se realizan sesiones grupales ni con la madre ni con el/la menor, se trabajaron los mismos contenidos que se trabajan en grupo en sesiones individuales y conjuntas madre y descendencia. A continuación, se exponen los módulos de tratamiento dirigido a las madres y su descendencia.

7.5.1. Tratamiento dirigido a madres

7.5.1.1. Sesiones individuales con la madre y conjuntas

En las sesiones individuales con la madre se trabajan aspectos específicos de la sintomatología presentada por la descendencia mediante psicoeducación y pautas de crianza, con la finalidad de poder manejar adecuadamente el comportamiento de su hijo o hija en función de su edad, así como incrementar su seguridad como madre. Las estrategias básicas empleadas son la Expresión emocional, la Exposición oral y la Discusión. Se realizan también sesiones conjuntas con el fin de mejorar los vínculos de apego y la relación madre-hijo/a.

7.5.1.2. Sesiones grupales con madres

Los grupos estaban diseñados para que participasen entre 8 y 10 madres, la duración osciló entre 4 y 6 sesiones con una frecuencia semanal o bisemanal en función de las características contextuales del momento temporal. Los criterios de inclusión al grupo



para las madres son: que hayan sufrido un tipo de maltrato similar, que la edad de su descendencia sea semejante y que no presenten trastornos psicopatológicos graves que puedan interferir en el desarrollo del grupo.

El objetivo general está dirigido a apoyar a las madres en su rol parental mediante la mejora de los vínculos de apego. Los objetivos específicos perseguidos son:

- a. Estabilizar relaciones. Se trata de facilitar un espacio en el que las madres puedan expresar cómo se sienten en relación a sus hijos/as, el rol parental que desempeñan y la influencia de la maternidad en el resto de áreas de su vida.
- b. Desactivar conflictos. Con este objetivo se pretende: aumentar la comprensión sobre las problemáticas de la descendencia, aprender estrategias que faciliten la expresión emocional de sus hijos/as, reconocer el derecho del niño/a a querer al otro progenitor y diferenciar entre sus sentimientos y los del menor en cuanto a su expareja / padre respectivamente.
- c. Facilitar pautas de crianza. La finalidad es la adquisición de habilidades en el cuidado de hijos/as y la promoción de un cambio de actitud educativa que pueda ser perjudicial para el/la menor.

A continuación, se desarrollan los cuatro módulos sobre los que se basan los contenidos de las sesiones.

7.5.1.3. Módulos de tratamiento dirigido a madres

7.5.1.3.1. Módulo 1. Relación de hijos e hijas con el padre agresor

El objetivo general de este módulo está dirigido a incrementar la comprensión y aceptación de la relación de sus hijos/as con el padre, y a identificar situaciones de riesgo en la que poder adoptar medidas que los protejan.

Las temáticas a abordar son las siguientes:

- a. *Proceso de identificación del/la menor con el padre o la madre.* Tras haber sufrido violencia de género es habitual que las madres presenten miedos relacionados con la repetición de patrones (ya sea como persona agresora o agredida) ante la sintomatología externalizante o internalizante que presenta la descendencia. Esta identificación suele darse en las situaciones en las que determinados gestos o comportamientos de su hijo/a



conectan con la parte emocional de su historia de maltrato. En este punto, se pueden introducir conceptos desde el modelo cognitivo sobre creencias relacionadas (modelo A-B-C), planteando cómo este tipo de interpretaciones pueden modular sus creencias. Es de vital importancia tratar estos temas de forma que las madres no se sientan juzgadas y se puedan responsabilizar sin culpabilizar.

b. *Visitas con el padre.* Frecuentemente existen preocupaciones de las madres en relación a las visitas del/la menor con el padre. A continuación, se exponen diferentes temáticas a abordar:

- Importancia de no realizar verbalizaciones negativas sobre el otro progenitor.
- Diferenciación entre hábitos o rutinas diferentes en contexto materno y paterno de conductas negligentes o de maltrato, y cómo actuar frente a ellas.
- Cómo actuar frente a la negativa del/la menor a hacer las visitas con el padre.
- Cómo proceder cuando el/la menor vuelve de la visita con malestar.
- Cómo abordar el incumplimiento de las visitas por parte del padre.

7.5.1.3.2. Módulo 2. Comprensión de los comportamientos y emociones de los hijos e hijas tras la experiencia de violencia género

El objetivo general del presente módulo está dirigido a que las madres mejoren la comprensión sobre el comportamiento y emociones de sus hijos e hijas y la influencia de la violencia de género vivida. A continuación, se describen los puntos tratados:

a. *Reconocimiento y diferenciación de los sentimientos hacia el maltratador.* Es de vital importancia que las madres separen sus propios sentimientos de los que experimentan sus hijos/as, con el objetivo de interpretar adecuadamente qué les ocurre, empatizar con su situación y procurarles seguridad. La respuesta cognitiva, emocional y motora de la descendencia frente la violencia de género puede presentar grandes diferencias con las que presenta la madre. Sin embargo, en varias ocasiones la madre interpreta que sus emociones y las de su hijo/a se encuentran fusionadas. En estas situaciones, se pueden producir creencias que conducen a interpretar conductas de manera inadecuada o distorsionada, por lo que es necesario trabajar la separación de sus historias. Este punto está íntimamente relacionado con el punto del módulo anterior sobre la identificación con el agresor, de modo que ante un comportamiento esperable en el ciclo vital del menor como una “rabieta” la madre lo puede identificar con el padre, y ceder para evitar la reexperimentación o responder de manera desproporcionada.



b. *Sentimiento de culpa.* Habitualmente las madres lidian con el sentimiento de culpa mediante mensajes internos y externos que pueden interferir en su estilo educativo con excesiva permisividad o inconsistencias. En el primero de los casos tiene que ver con mensajes autoinfligidos del tipo “por qué no me separé antes, mi hijo/a ha visto demasiado”, “la culpa de que mi hijo/a se comporte así es mía”, “si no hubiera denunciado, mi hijo/a estaría mejor”, etc. El segundo tipo de mensajes los reciben por parte de otros agentes, entre los que se encuentra también la descendencia. La separación para los menores supone afrontar el duelo de pérdidas importantes como la idea de la familia “ideal”, cambios en la frecuencia de relación con el padre, posible cambio de colegio y residencia, entre otros. Es importante en este punto trabajar para que las madres puedan diferenciar el proceso que atraviesan sus hijos/as del suyo propio, desarrollando estrategias de afrontamiento que les permitan manejar de manera satisfactoria este periodo, incluyendo la culpabilización que pueden realizar sus hijo/as en el momento inicial. Asimismo, cambiar en el discurso “culpa” por responsabilidad.

c. *Consecuencias psicológicas de la experiencia de violencia de género en los/las menores.* En este punto se explica a las madres los diferentes tipos de exposición a la violencia de Holden (2003): perinatal, intervención, victimización, participación, presencial, escucha, observa las consecuencias inmediatas, experimenta las secuelas, escucha sobre lo sucedido e ignora la situación. Asimismo, se explica los diferentes tipos de rol que pueden asumir de Cunningham y Baker (2004): cuidador o cuidadora, confidente de la madre, confidente del agresor, asistente del agresor, niño o niña perfecto, niño o niña malo/a, árbitro y chivo expiatorio. Finalmente, se destaca la importancia de que las madres conozcan que algunos de los comportamientos que presentan sus hijos/as son respuestas esperables tras haber vivido las situaciones de violencia de género, como la sintomatología externalizante o internalizante. Además, se informa que esta sintomatología puede dificultar las relaciones sociales, repercutir en su rendimiento académico o presentar quejas somáticas (dolor de cabeza, enuresis, etc.)

7.5.1.3.3. Módulo 3. Factores de protección ante la adversidad

El objetivo general de este módulo es fortalecer las características personales que sirven para proteger a la descendencia frente la violencia vivida. Vinculando con el módulo anterior, se expone que no todos los niños/as que han experimentado violencia de género desarrollan sintomatología, y esto se debe a factores mediadores (edad y nivel de desarrollo, género, tipo de maltrato, duración del mismo, apoyo social y familiar, etc.).



Igualmente, es necesario que las madres se familiaricen con los factores de protección del menor que favorecen la resiliencia y adaptación positiva. Asimismo, se enfatiza la “figura de resiliencia” para la descendencia, en la que las madres puedan ofrecer una relación afectiva basada en el apego seguro como factor protector frente a las situaciones de maltrato que han vivido. Para ello se aplica la fórmula: Afecto + Protección + Límites + Coherencia.

7.5.1.3.4. Módulo 4. Pautas de Crianza

El objetivo general es desarrollar habilidades de crianza adecuadas en el cuidado de la descendencia y cambiar las actitudes educativas que puedan resultar perjudiciales. Se abordan las siguientes áreas:

a. *Comunicación.* Este punto está enfocado a la comprensión de los problemas de su hijo/a con el fin de mejorar la relación. Se orienta en relación a cómo escuchar al menor, darle espacio para la expresión emocional y de necesidades, y aceptar que pueden ser diferentes a las suyas. Asimismo, se trabajan las diferentes emociones de valencia negativa que pueden surgir tras la separación como la tristeza, el miedo, el enfado, la culpa y la soledad. También se trabajan otras reacciones que se pueden dar en los menores que son la hiperresponsabilidad, la regresión y la fantasía de la reunificación de los padres. Es importante aclarar a las madres la legitimidad de los sentimientos que pueda tener la descendencia a pesar de que no los compartan.

b. *Autoridad y límites.* En ocasiones las madres presentan dificultades para establecer su autoridad ante sus hijos e hijas a través de límites y normas. Se trabaja la necesidad de claridad en el establecimiento de normas, y firmeza y calma a la hora de establecer límites. Se normaliza el hecho de que se encuentren desorientadas. Se explica que existen dos estilos educativos opuestos:

1. *Permisivo:* concesión de todos los deseos sin poner ningún límite. Es importante explorar las emociones (culpa, miedo, etc) y pensamientos que favorecen este estilo: “con todo lo que ha sufrido cómo voy a castigarlo”, “como el padre lo trata mal yo tengo que compensar”, “no quiero ser la mala”, etc.
2. *Autoritario:* extremo en el que toda acción es sancionable y constantemente se ponen castigos desproporcionados. Igualmente, es necesario explorar las emociones que propician este estilo, y los



pensamientos asociados: “ya he pasado por esto una vez, y no voy a volver a pasarlo”, etc.

La finalidad es encontrar un equilibrio entre afecto y límites y aprender a reforzar las conductas adecuadas y sancionar las inadecuadas. Asimismo, se exponen conceptos básicos y estrategias de modificación de conducta que puedan ser útiles. No obstante, se favorecerá que sean las propias madres las que hagan sus aportaciones y que los recursos salgan de las propias participantes.

7.5.2. Tratamiento dirigido a menores con experiencias de violencia de género parental

El tratamiento dirigido específicamente a hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género desarrollado por López-Soler et al. (2017) es el resultado de la adaptación del protocolo de tratamiento desarrollado por el equipo GUIIA-PC (2007) dirigido a menores tutelados que presentaban reacciones postraumáticas y habían sufrido algún tipo de maltrato intrafamiliar previo. Dicha intervención se mostró eficaz en las diferentes condiciones de tratamiento que se evaluaron en el estudio desarrollado por Prieto (2015) en menores maltratados.

El tratamiento se basa en ocho módulos que se desarrollan a través de sesiones individuales y grupales. Estos son: reconocimiento y expresión de emociones; relajación; estrategias de autoprotección en situaciones de violencia; reconstrucción de la identidad personal; crecimiento personal; reestructuración cognitiva; relaciones familiares; y elaboración del trauma. A continuación, se describen las características de las sesiones individuales y grupales, y finalmente se desarrolla cada uno de los módulos de tratamiento.

7.5.2.1. Sesiones individuales con el/la menor y conjuntas

En las sesiones individuales con los/las menores la intervención se basa en las problemáticas detectadas en la evaluación inicial y en los objetivos establecidos. No obstante, los módulos que se desarrollan habitualmente en las sesiones individuales son:

- a) *Estrategias de autoprotección.* Se enseña a los menores planes de seguridad para que se mantengan a salvo de la violencia, ofreciendo estrategias de afrontamiento adecuadas, con el objetivo de seguridad y control.



- b) *Reestructuración cognitiva*. El trabajo se dirige a que el menor aprenda a identificar y cambiar pensamientos disfuncionales, teniendo en cuenta las posibles creencias en cuanto a roles de género, especialmente aquellas asociadas a la violencia.
- c) *Elaboración del trauma*. Los objetivos en esta intervención se centran en identificar y elaborar las experiencias traumáticas, de modo que puedan asimilarse en su historia vital.

Al igual que en las sesiones individuales con las madres, se realizan sesiones conjuntas en aquellas situaciones en las que el/la profesional detecta que alguno de los temas trabajados con el/la menor en sesión es importante que la madre también esté presente.

7.5.2.2. *Sesiones grupales con menores*

Los grupos están diseñados para que participen mínimo 4 menores y máximo 10. La duración oscila entre 4 y 6 sesiones con una frecuencia semanal o bisemanal en función de las características contextuales del momento temporal. Los rangos de edad que se tienen para formar grupo son de 6 a 10 años, de 11 a 13 años y de 14 a 17 años, no obstante, puede haber variaciones según el nivel de desarrollo de los niños y las niñas. Los módulos de trabajo son los mismos para todos los grupos de edad, no obstante, el lenguaje y complejidad de cada uno de ellos varía en función de la edad, al igual que las dinámicas grupales.

Los criterios de exclusión al grupo para los menores son: sufrir un maltrato directo grave; haber estado expuesto a violencia física grave hacia la madre; presentar ansiedad de separación hacia la madre; presentar problemas de comportamiento perturbador graves; presentar estrés postraumático grave. Con los menores que presentan estas características, es necesario trabajar a nivel individual inicialmente y decidir si posteriormente se incorporan o no a sesiones grupales.

Los objetivos planteados para las sesiones grupales dirigidas a los menores son los siguientes:

- a) Reconocer y expresar de manera adecuada las emociones.
- b) Aprender estrategias de relajación.



- c) Aumentar la conciencia sobre los problemas acontecidos en el núcleo familiar y la prevención de los mismos. Asimismo, se reflexiona sobre los roles en la familia y cómo estabilizar las relaciones familiares.
- d) Aumentar el autoconocimiento en relación a su identidad personal.
- e) Aprender a resolver conflictos de manera adecuada mediante estrategias de autocontrol y solución de problemas.

Los módulos aplicados en las sesiones grupales son: reconocimiento y expresión de emociones; relajación; reconstrucción de la identidad personal; crecimiento personal; y relaciones familiares. La metodología aplicada se basa en dinámicas de grupo, role-playing, discusión, juegos y narrativa.

7.5.2.3. Módulos del tratamiento

7.5.2.3.1. Módulo 1. Reconocimiento y expresión de emociones

El objetivo de este módulo es incrementar la identificación, expresión y manejo de las emociones y sentimientos de los menores con mayor efectividad. El/la profesional trabaja en esta línea ya que frecuentemente los/as menores presentan dificultades en este sentido. Se ayuda a expresar sus emociones y sentimientos en relación con las experiencias vividas, facilitando de este modo su descarga emocional. Las emociones y sentimientos trabajados con mayor frecuencia son: alegría, tristeza, miedo, enfado, culpa, afecto y empatía. Este componente es empleado en todas las sesiones grupales, y puede seguir siendo trabajado en sesión individual de manera transversal.

El trabajo con las diferentes emociones se realiza mediante actividades, dinámicas y juegos que favorece la implicación de los niños y niñas, y facilita el aprendizaje. Las actividades y recursos empleados son:

- a) Búsqueda de la definición de la emoción trabajada.
- b) Ejemplificar situaciones y contextos que provocan ciertas emociones.
- c) Expresión facial y corporal de las emociones trabajadas.
- d) Visualizar fotografías en las que identificar emociones.
- e) Cuentos específicos sobre cada emoción trabajada.
- f) Expresión mediante dibujo.
- g) Fragmentos de películas relacionadas con las emociones.
- h) Dado de las emociones.



i) Empleo del juego “Bingo de las emociones”.

7.5.2.3.2. Módulo 2. Relajación

Este módulo está enfocado al empleo de diferentes técnicas de relajación, así como psicoeducación para entender su uso. Al igual que el componente de reconocimiento y expresión emocional, este también es empleado en todas las sesiones grupales, y sigue siendo trabajado en sesión individual si se cree conveniente.

Las técnicas empleadas principalmente son la respiración profunda y una adaptación para la infancia de la relajación muscular progresiva mediante fantasía guiada (Jacobson, 1987; Bernstein y Borkovec, 1973). Los diferentes grupos musculares tensados y destensados que se emplean en la relajación muscular progresiva con: manos/brazos, brazos/hombros, hombros/cuello, mandíbula, cara/nariz, estómago, y piernas/pies.

La psicoeducación se realiza posterior a que se identifiquen situaciones que les generen estrés y tensión. Se exponen las zonas más comunes de tensión corporal y cómo el entrenamiento en la relajación progresiva puede ayudar a reconocer situaciones en las que se está generando tensión, y poder aplicar la relajación. Finalmente se inicia el entrenamiento en relajación muscular progresiva y respiración profunda.

En el entrenamiento se pide que se realice al menos en tres momentos al día durante el periodo de terapia, y se implica a la madre para que en los entrenamientos iniciales favorezca su desarrollo. Asimismo, se ofrece un autorregistro al/la menor a modo de tarea, en el que debe escribir el día, la situación y cuánto le relaja cada grupo muscular cada vez que la practique.

7.5.2.3.3. Módulo 3. Estrategias de autoprotección en situaciones de violencia

El objetivo de este módulo es dotar de estrategias de afrontamiento seguras a los/as menores frente a situaciones de violencia. Es importante recordar que en situaciones que suponen un peligro para la integridad del menor debemos informar a la madre para que se tomen las medidas de protección necesarias.

- a) A pesar de que haya finalizado la convivencia entre la madre y el agresor, la descendencia en común sigue teniendo contacto directo con el padre mediante visitas en la mayoría de ocasiones. En aquellos casos en los que las visitas no se



realizan de manera tutelada, el/la menor puede encontrarse en situaciones de violencia que, aunque no esté dirigida explícitamente a él/ella, le afectan de manera directa. Estos hechos pueden darse ante escenarios en los que el padre en las visitas dirigiéndose a la progenie u otras personas insulte, denigre y/o amenace a la madre. En función del nivel de agresividad del padre, la edad del menor y confianza del menor con el padre se exploran diferentes alternativas. Entre ellas:

- b) *Hablar con el padre.* En los casos en los que la conflictividad del padre en las visitas es baja y el menor tiene buena relación con el padre, puede hacerle saber que ese tipo de comentarios le afectan y pedirle que pare. Igual que no deja que nadie hable mal de su padre tampoco lo hace con su madre.
- c) *Búsqueda de refugio.* Si el menor no tiene confianza o intentar decirle al padre que pare le puede poner en riesgo, se explora la posibilidad de que en las situaciones en las que hablan mal sobre su madre busque una habitación en la que se sienta seguro y realice una actividad que le relaje.
- d) *Búsqueda de ayuda.* Si en la visita se encuentra un adulto que no participa del conflicto, ir con él o ella para evitar estar presente.
- e) *Llamada de emergencia.* Si el/la menor tiene acceso a un teléfono y se produce una situación que puede ponerle en peligro, que sepa que el número de emergencias es el 112.
- f) *Búsqueda de una figura de resiliencia en la visita.* Búsqueda en la visita de una persona con la que sienta comodidad y pueda hablar sobre cómo se siente. Esta persona puede ser un hermano/a.

Asimismo, pueden darse situaciones en las que, a pesar de la separación entre ambos progenitores, el padre acuda donde se encuentra la madre y genere una situación violenta en presencia de la progenie. En esta situación las estrategias deben ir enfocadas a la protección del menor.

7.5.2.3.4. Módulo 4. Reconstrucción de la identidad personal

El objetivo de este módulo es incrementar el autoconcepto y autoestima de los menores. Debido al contexto de violencia de género en las que han convivido estos menores, en los que sus principales figuras de referencia y protección llevan a cabo conductas violentas, pueden generar un autoconcepto y autoestima negativa.



A nivel grupal, se trabajan los conceptos de autoconcepto y autoestima a modo de psicoeducación. Posteriormente, a través de actividades centradas en el reconocimiento de cualidades positivas del menor, se fomenta una imagen autopercebida más positiva en el/la menor. A nivel individual, se trabaja tanto en sesión como mediante tareas para casa con la ayuda de figuras importantes para el/la menor.

Asimismo, se trabaja la autoeficacia personal mediante metas u objetivos que el/la menor propone a la que se les va realizando seguimiento durante las sesiones de tratamiento individual.

7.5.2.3.1. Módulo 5. Crecimiento personal

Los objetivos que se persiguen en el presente módulo son:

- Desarrollar habilidades sociales para mejor su comunicación interpersonal.
- Aprender técnicas de resolución de problemas.
- Adquirir técnicas para mejorar el autocontrol.

En sesión grupal se trabajan estos contenidos mediante actividades dirigidas al aprendizaje de estilos de comunicación (agresivo, pasivo y asertivo). Asimismo, se expone la aplicación de técnicas de relajación trabajadas en otras sesiones para aumentar el autocontrol, exploración de sus propias estrategias de autocontrol que se puedan generalizar, así como pasos para la resolución de problemas.

Para ello se hace uso de metodologías basadas en la experiencia como el *role playing* y juegos que ayuden a la adquisición de estos aprendizajes.

7.5.2.3.6. Módulo 6. Reestructuración cognitiva

Como resultado de las experiencias de violencia de género parental, los menores pueden desarrollar una serie de creencias irracionales y pensamientos automáticos sobre sí mismo/a y su entorno familiar.

En este módulo el objetivo es ayudar a identificar las creencias irracionales y los pensamientos automáticos negativos (PANs), y enseñar estrategias para rebatirlos y cambiarlos por pensamientos racionales positivos. Primeramente, se explica la relación entre emoción, pensamiento y conducta y el papel de la triada cognitiva exponiendo ejemplos sencillos con experiencias del propio menor para una mejor comprensión. Tras



ello, se definen qué son los PANs y se trabaja su identificación mediante una lista de pensamientos distorsionados que puede presentar, ya sea sobre roles de género, violencia, pensamientos negativos hacia sí mismo, etc. Finalmente, se le pide como tarea para casa la recopilación de PANs que pueda identificar en las situaciones que le generan malestar.

Una vez el/la menor detecta sus propios PANs, se trabajan los distintos errores de pensamiento favoreciendo que el menor aprenda a identificarlos y a generar pensamientos alternativos que los refuten.

7.5.2.3.7. Módulo 7. Relaciones familiares

En este módulo se persigue aumentar la conciencia sobre la propia familia y las dificultades en la misma, y es trabajado a nivel grupal en la mayoría de sesiones. Además, también se busca la reflexión sobre los roles en la familia y las prácticas de género.

Entre las actividades grupales empleadas para trabajar las relaciones familiares encontramos:

- a) *Nuestra familia.* Se pide a los/as menores que dibujen a su propia familia y escriban parentesco, nombres, edades, profesiones y las tareas de las que se encarga cada cual en casa. También se exploran relaciones con familia extensa.
- b) *Diferentes tipos de familia.* El objetivo de la actividad es reflexionar sobre que existen diferentes tipos de familias y que estas son cambiantes a lo largo del tiempo. A través de tarjetas y muñecos se exponen distintos tipos de unidades familiares y los/as menores van identificando su situación familiar. Asimismo, se abre un espacio para hablar sobre las dificultades comunes en las distintas familias y cómo pueden afectar a los niños/as que viven en ellas.
- c) *¿Por qué se separan los padres?* Se trata de una actividad en la que se abre un espacio de reflexión sobre las razones por las que se separan los padres, si es responsabilidad de los hijos/as que estos estén juntos o superados y cómo llevan ellos/as la separación de los suyos. El objetivo es trasladar la responsabilidad de la separación a los progenitores, disminuir sentimientos de culpa y normalizar las emociones que surgen tras la separación.
- d) *Responsabilidades en la familia.* La finalidad de esta actividad es la toma de conciencia acerca de las funciones de los padres y de los hijos en la familia. Para ello se facilitan una serie de tarjetas en las que se presentan varias funciones



(cuidar y proteger, hacer las tareas escolares, proporcionar amor y alimento, etc.) y deben clasificarlas en hijos/as o padres/madres.

- e) *Lo que más me gusta de mis padres.* Se trata de una actividad dirigida que los/as menores describan lo que más les gusta, actividades y muestras de afecto que reciben de sus progenitores.

En todas las actividades se invita a que los/as menores aporten sus experiencias personales y las compartan con el grupo.

Cabe destacar que en las sesiones grupales con adolescentes se realiza mayor hincapié en las posibles dificultades surgidas en las relaciones familiares. Asimismo, también se trabaja en mayor profundidad en temáticas relacionadas con las relaciones de pareja, como mitos del amor romántico o sobre su percepción de la relación de pareja entre sus padres y cómo creen que les ha influido en sus vidas.

7.5.2.3.8. Módulo 8. Elaboración del trauma

Este módulo únicamente se aplica en aquellos casos en los que el/la profesional lo considera necesario ya que detecta sintomatología traumática en el/la menor. El objetivo es deshacer el condicionamiento existente en la relación entre los pensamientos y recuerdos de la experiencia traumática con las emociones como el miedo, vergüenza, culpa o rabia. Para ello se crea una narrativa del trauma a través de exposición gradual.

Para poder llevar a cabo la narración del trauma se deben haber trabajado previamente aspectos de otros módulos en relación al trauma, como la expresión emocional, la reestructuración cognitiva y estrategias de relajación. Previo al inicio de la exposición gradual, se realiza psicoeducación sobre la base teórica en la que se fundamenta.

A través de varias sesiones se trabaja de manera paulatina que los menores describan cada vez con mayor detalle lo sucedido, así como qué pensaron y sintieron durante el episodio traumático. Los pasos son progresivos y jerarquizados, de manera que va aumentando la intensidad de la exposición a los eventos traumáticos. En la progresión de estos pasos, se anima al menor a hablar, escribir o dibujar sobre cuestiones que cada vez guarden más relación con el objetivo final.

Asimismo, en este módulo se emplean técnicas de *mindfulness*, de manera que se enseña a observar y aceptar los pensamientos, sensaciones y emociones, sin tratar de



alterarlas. Con ello se persigue que el/la menor tome conciencia de sus pensamientos, sentimientos y emociones, de manera que pueda detectar los automatismos que conllevan y pueda actuar con independencia de su contenido, sin dar por verdadero aquello que piensa o siente.

Asimismo, se emplea la técnica “el libro de la vida” para facilitar la narración de las experiencias traumáticas. En este, el/la menor como protagonista, va relatando su vida a través de diferentes capítulos que contemplan el pasado con el evento traumático, el presente y el futuro. El documento empleado puede contener fotografías, dibujos o cualquier material que el menor desee incorporar.

Una vez finalizado el proceso de narración del trauma, se reflexiona con el menor sobre el desarrollo de las sesiones, lo aprendido, cambios percibidos y sobre su proyecto de futuro.

7.6. PROCEDIMIENTO

A continuación, se procede a la descripción paso por paso del proceso de evaluación previa, del tratamiento psicológico y de la evaluación posterior llevado a cabo por los/as profesionales del SAPMEX:

1. Entrevista a la madre para la recopilación de información sobre datos sociodemográficos, acerca de la situación judicial en torno a la violencia de género, implicación del menor en los conflictos, problemática actual que presenta el/la menor, el nivel de adaptación en diferentes contextos y el motivo de derivación.
2. Tras realizar la entrevista, la madre cumplimenta los cuestionarios del protocolo de evaluación relacionados con el comportamiento y estado emocional del menor, así como inventarios específicos de violencia recibida y presencialidad del menor ante estas situaciones.
3. Entrevista al/la menor con el fin de explorar la percepción sobre su situación actual y pasada, y valorar los posibles indicadores clínicos que pueda presentar.
4. Aplicación al/la menor del protocolo de evaluación psicológica para hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género de López-Soler et al. (2017).



5. Una vez completado el proceso de evaluación, el/la profesional responsable del caso corrige las diferentes pruebas suministradas tanto a la madre como al menor.
6. El/la psicólogo/a teniendo en cuenta los resultados de los cuestionarios, la información recogida en las entrevistas y los datos relativos a la observación clínica, elabora un informe de indicadores clínicos junto con una propuesta de intervención.
7. En función de los resultados se establece si el caso cumple los criterios de inclusión e inicia tratamiento psicológico. En caso negativo se realiza asesoramiento psicológico.
8. Previo a iniciar el tratamiento, se realiza una devolución de resultados y se establecen los objetivos de manera conjunta con el caso.
9. Inicio del tratamiento psicológico, el cual será llevado a cabo en la modalidad individual o individual+grupal en función de las características del caso.
10. Una vez finalizado el tratamiento, se inicia la evaluación postratamiento realizada por el/la psicólogo/a responsable del caso.

Para el análisis de la información relativa al tratamiento psicológico se recopilamos todos los expedientes registrados con la evaluación previa y postratamiento completada del SAPMEX en el periodo 2009-2019. Asimismo, se realizó un análisis de las distintas variantes del protocolo de evaluación para la selección de aquellas pruebas comunes a todos ellos para conseguir una muestra lo más representativa posible del servicio. Finalmente se creó una base de datos con toda la información relativa a cada caso en la que se incluyeron: datos sociodemográficos, de maltrato y variables del cuestionario CBCL.

Para la inclusión de perspectiva de género (PG) en la elaboración de la investigación se tuvieron en cuenta cada uno de los ítems del cuestionario PEGEIN. Todas las preguntas del cuestionario están enfocadas a la inclusión de PG, de modo que cuanto mayor es la cumplimentación de manera afirmativa, se considera que mayor es la inclusión de PG en la misma.

Dicho instrumento está enfocado a la salud en términos genéricos. Es por ello, que cuando se expone “el problema de salud estudiado”, nos referimos a la salud mental, concretamente a la afectación psicológica evaluada a través del cuestionario CBCL. Así pues, se planificó y elaboró la presente investigación teniendo en cuenta:



1. *Marco teórico*: hacer referencia a la existencia o no de conocimiento científico con perspectiva de género en relación a la problemática; exponer la magnitud de la problemática en niñas y niños; y tener en cuenta la categoría género como un determinante en el problema de salud estudiado.
2. *Método*: a través de los objetivos/hipótesis planteadas tener en cuenta algún determinante de la categoría género y su asociación con el problema de salud investigado. Asimismo, estratificar la muestra por sexo y edad; seleccionar variables que puedan resaltar el problema de salud estudiado con algún factor de género; y exponer las posibles diferencias o desigualdades entre niños y niñas.
3. *A nivel general*: aportar conocimiento en relación a la salud de niñas y niños y la diversidad de su expresión, y señalar cambios en la estructura de género enfocados a la igualdad o equidad entre niños y niñas en el problema de salud estudiado.

7.7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis estadístico descriptivo de la muestra se han empleado los métodos descriptivos básicos, de modo que, para las variables cualitativas, se ha obtenido el número de casos presentes en cada categoría y el porcentaje correspondiente; y para las variables cuantitativas, los valores mínimos, máximo, media y desviación típica.

La comparación entre dos grupos se realizó mediante la prueba t-Student una vez comprobados los supuestos de normalidad (test de Shapiro-Wilk) y homogeneidad de varianzas (test de Levene). Asimismo, el tamaño del efecto de dicha comparación se realizó mediante la d de Cohen.

Para determinar si el grupo de tratamiento, edad y sexo tienen un efecto significativo en las evoluciones de las puntuaciones de las dimensiones del CBCL se realizaron modelos lineales mixtos. Para ello se estudió el efecto “*tratamiento*” (medidas: basal y post tratamiento) introduciendo también en el modelo las variables independientes grupo tratamiento, edad y sexo para ajustar el efecto de éstas en la evolución. Se muestran los resultados de los contrastes del efecto simple “*tratamiento*” y de los efectos de interacción del tratamiento y las variables de ajuste para determinar si alguna de ellas influye en el cambio en las puntuaciones.



El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 25.0 para Windows. Las diferencias consideradas estadísticamente significativas son aquellas cuya $p < 0.05$.



Capítulo 8

RESULTADOS

En el presente capítulo se muestran los resultados de eficacia del tratamiento psicológico empleado, así como los resultados de los modelos lineales mixtos realizados para determinar si el grupo de tratamiento, edad y sexo tienen un efecto significativo en la evolución de las puntuaciones del pre al post en las diferentes dimensiones evaluadas a través del CBCL. Para ello se estudió el efecto “*tratamiento*” (medidas: basal y post tratamiento) introduciendo también en el modelo las variables independientes grupo tratamiento, edad y sexo para ajustar el efecto de éstas en la evolución. Se muestran los resultados de los contrastes del efecto simple “*tratamiento*” y de los efectos de interacción del tratamiento y las variables de ajuste para determinar si alguna de ellas influye en el cambio en las puntuaciones. En último lugar se presentan los resultados en cuanto a la eficiencia de la intervención, teniendo en cuenta el número medio de sesiones empleado para cada modalidad de tratamiento y la comparación de medias en ambos grupos.



8.1. RESULTADOS DE EFICACIA

8.1.1. Ansiedad/depresión

Para la dimensión ansiedad/depresión el efecto que resultó estadísticamente significativo fue el tratamiento, de forma que la puntuación en ansiedad al final de tratamiento (5.28) fue significativamente inferior con respecto a la puntuación basal (7.23). En cuanto al grupo de tratamiento, edad y sexo la prueba de efectos no mostró una interacción significativa, a la par que tampoco se hallaron diferencias significativas de los grupos de intervención, los grupos de edad y el sexo entre sí ni previo ni posterior a la intervención.

Asimismo, con el objetivo de ofrecer mayor claridad visual, en la Figura 8.1. se muestra la evolución de las puntuaciones en función del tratamiento en general, así como por grupo de tratamiento, rango de edad y sexo.

Tabla 8.1.

Medias (ET) y contrastes estadísticos entre grupos en la dimensión Ansiedad/Depresión.

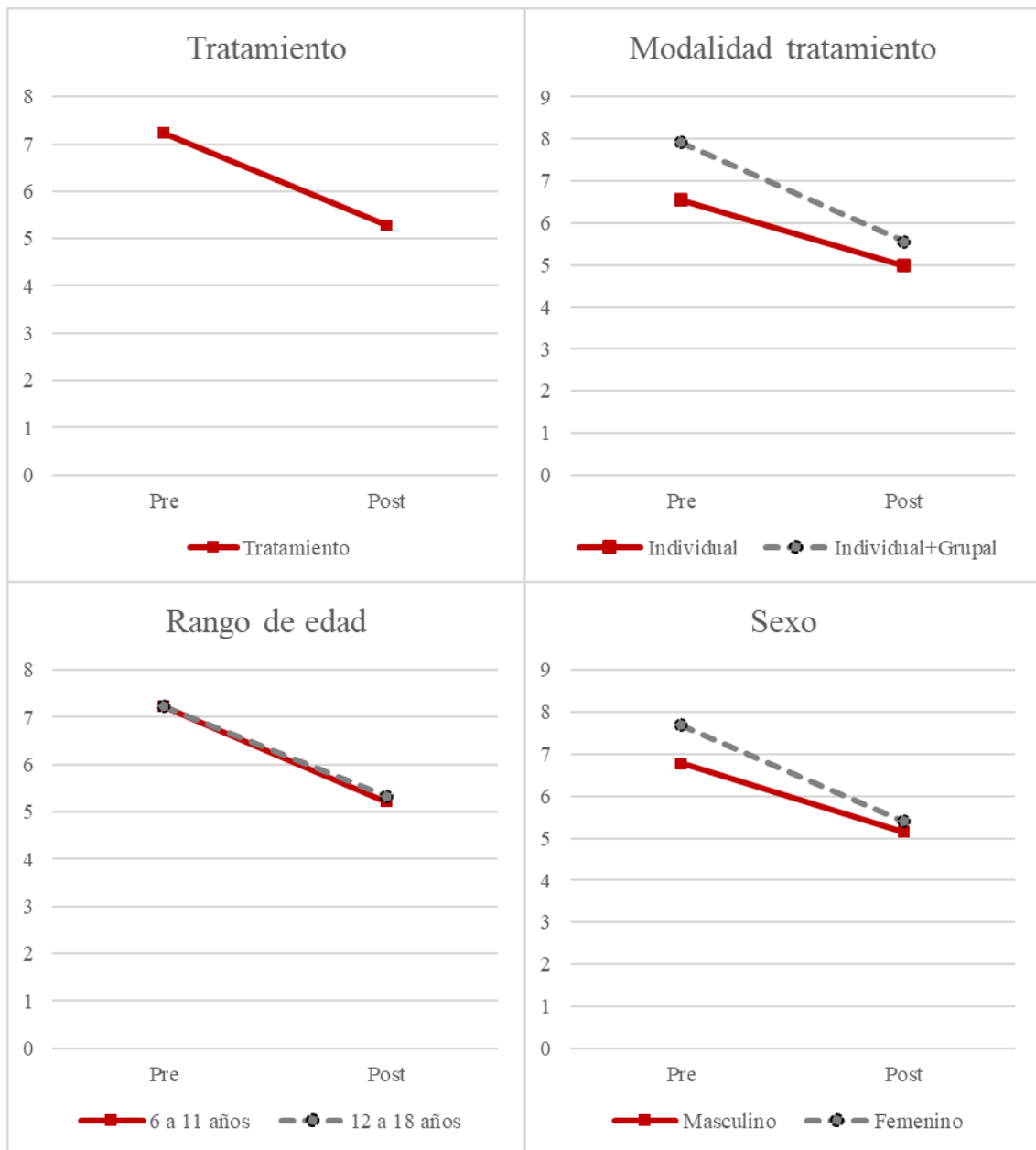
Efecto	Tratamiento, media (ET)		Dif. medias (p-valor)	Prueba efectos	
	Pre	Post		F(g.l.)	p-valor
Tratamiento				$F(1;182) = 7.32$.007
	7.23 (0.51)	5.28 (0.51)	1.96 (.007)		
Grupo				$F(2;182) = 1.11$.332
Individual	6.55 (0.85)	4.99 (0.85)	1.56 (.194)		
Individual+Grupal	7.91 (0.55)	5.56 (0.55)	2.35 (.003)		
Dif. medias (p-valor)	-1.36 (.172)	-0.57 (.563)			
Edad				$F(2;182) = 0.01$.993
6 a 11 años	7.23 (0.63)	5.22 (0.63)	2.01 (.025)		
12 a 18 años	7.23 (0.74)	5.33 (0.74)	1.90 (.07)		
Dif. medias (p-valor)	0.00 (.999)	-0.11 (.903)			
Sexo				$F(2;182) = 0.52$.599
Masculino	6.78 (0.60)	5.15 (0.60)	1.63 (.054)		
Femenino	7.69 (0.77)	5.40 (0.77)	2.28 (.038)		
Dif. medias (p-valor)	-0.91 (.33)	-0.26 (.782)			

ET = error típico; g.l.= grados libertad.



Figura 8.1.

Evolución de las puntuaciones Pre-Post en Ansiedad/Depresión.





8.1.2. Aislamiento/depresión

En la dimensión *Aislamiento/Depresión* (Tabla 8.2.) el efecto tratamiento resultó estadísticamente significativo. No obstante, la interacción del tratamiento y la edad en la prueba de efectos resultó estadísticamente significativa indicando, por tanto, que el cambio del pre al post depende de la edad. Si atendemos a los grupos de edad, encontramos que tanto en los menores de 6 a 11 años como en los de 12 a 18 las puntuaciones en aislamiento/depresión disminuyeron significativamente, no obstante, lo hizo en mayor medida en el primer grupo. Asimismo, al final del tratamiento hubo diferencias significativas en las puntuaciones entre ambos grupos de edad de manera que obtuvieron puntuaciones significativamente inferiores en el grupo de 6 a 11 años. En cuanto al grupo de tratamiento y sexo la prueba de efectos no mostró una interacción significativa, ni se encontraron diferencias significativas de los grupos de intervención y el sexo entre sí previo ni posterior a la intervención.

Tabla 8.2.

Medias (ET) y contrastes estadísticos entre grupos en la dimensión Aislamiento/Depresión.

Efecto	Tratamiento, media (ET)		Dif. medias (p-valor)	Prueba efectos	
	Pre	Post		F(g.l.)	p-valor
Tratamiento				F(1;181) = 11.77	.001
	5.13 (0.37)	3.37 (0.36)	1.76 (.001)		
Grupo				F(2;181) = 0.15	.865
Individual	5.18 (0.61)	3.19 (0.60)	1.99 (.021)		
Individual+Grupal	5.08 (0.38)	3.55 (0.38)	1.53 (.005)		
Dif. medias (p-valor)	0.10 (.888)	-0.36 (.603)			
Edad				F(2;181) = 10.63	< .001
6 a 11 años	5.99 (0.44)	3.41 (0.44)	2.58 (.012)		
12 a 18 años	6.07 (0.53)	4.33 (0.52)	1.74 (.01)		
Dif. medias (p-valor)	-0.08 (.425)	-1.92 (.003)			
Sexo				F(2;181) = 0.24	.787
Masculino	5.10 (0.42)	3.59 (0.42)	1.51 (.012)		
Femenino	5.16 (0.56)	3.15 (0.54)	2.02 (.01)		
Dif. medias (p-valor)	-0.06 (.924)	0.45 (.494)			

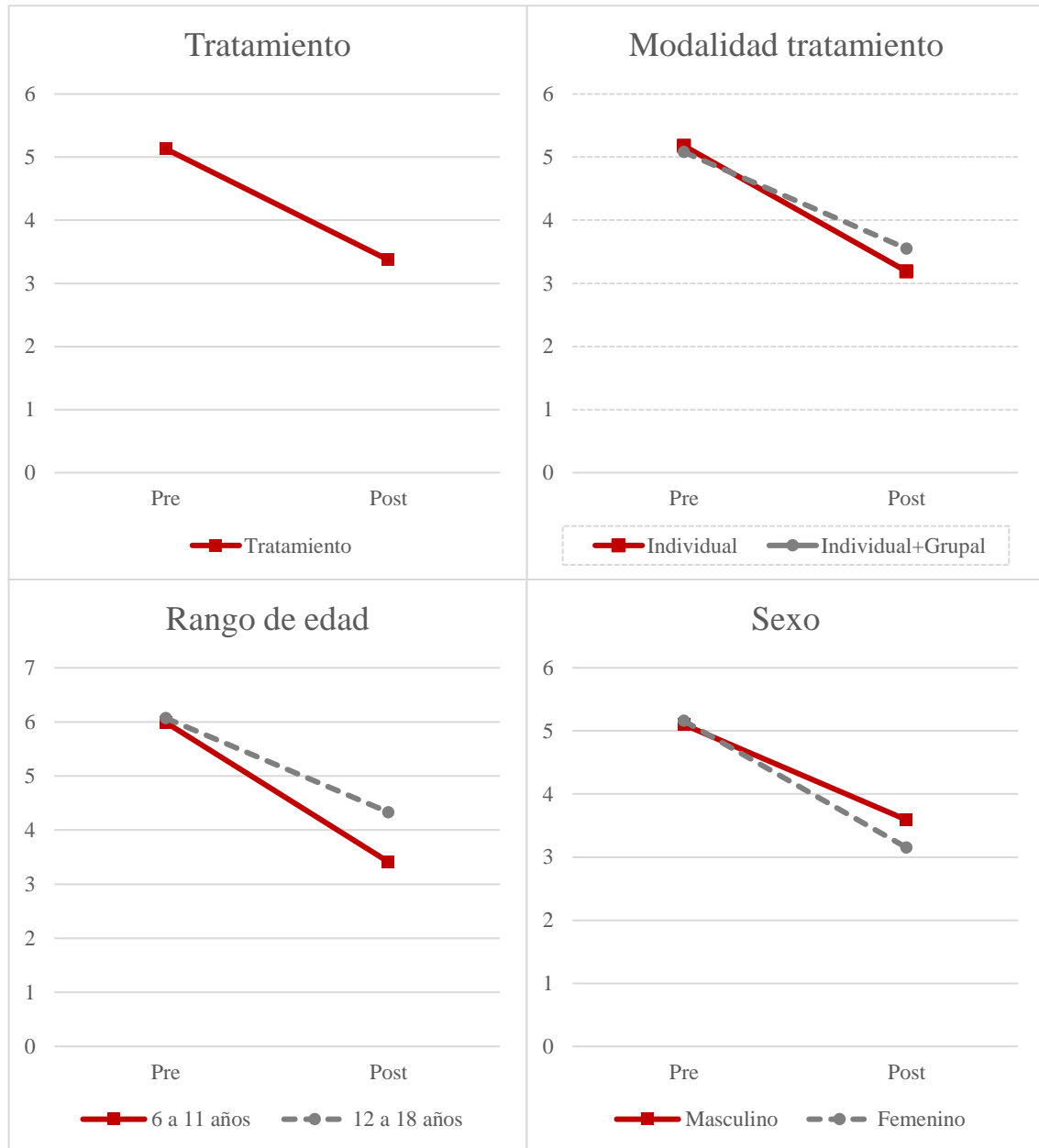
ET = error típico; g.l.= grados libertad.



En la Figura 8.2. se puede observar como la disminución es más pronunciada en cuanto a la dimensión *Aislamiento/Depresión* en el rango de edad de 6 a 11 años frente a la disminución del grupo de 12 a 18 años.

Figura 8.2.

Evolución de las puntuaciones Pre-Post en Aislamiento/Depresión.





8.1.3. Quejas somáticas

En cuanto a la variable *Quejas somáticas* (Tabla 8.3.) se encontró que el efecto del tratamiento resultó estadísticamente significativo. Asimismo, se encontraron que las interacciones con el grupo de edad y el sexo resultaron significativas, de manera que ambas variables influyen en el cambio pre-post. Atendiendo específicamente al rango de edad, encontramos diferencias significativas entre los grupos de edad previo a la intervención, de manera que los menores del rango de 12 a 18 obtuvieron puntuaciones significativamente superiores (5.79) que en el rango de 6 a 11 (4.00). No obstante, posterior a la intervención no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos de edad, siendo mayor la reducción (y significativa) en el rango de 12 a 18 años. En cuanto al sexo los resultados están en la misma línea, de manera que se encontraron diferencias significativas previas a la intervención, de manera que la puntuación basal de quejas somáticas en el sexo femenino (5.74) fue estadísticamente mayor en comparación con el sexo masculino (4.05), no obstante, tras la intervención no hubo diferencias significativas en relación al sexo, encontrando una reducción de mayor intensidad y significativa en las niñas.

Tabla 8.3.

Medias (ET) y contrastes estadísticos entre grupos en la dimensión Quejas somáticas.

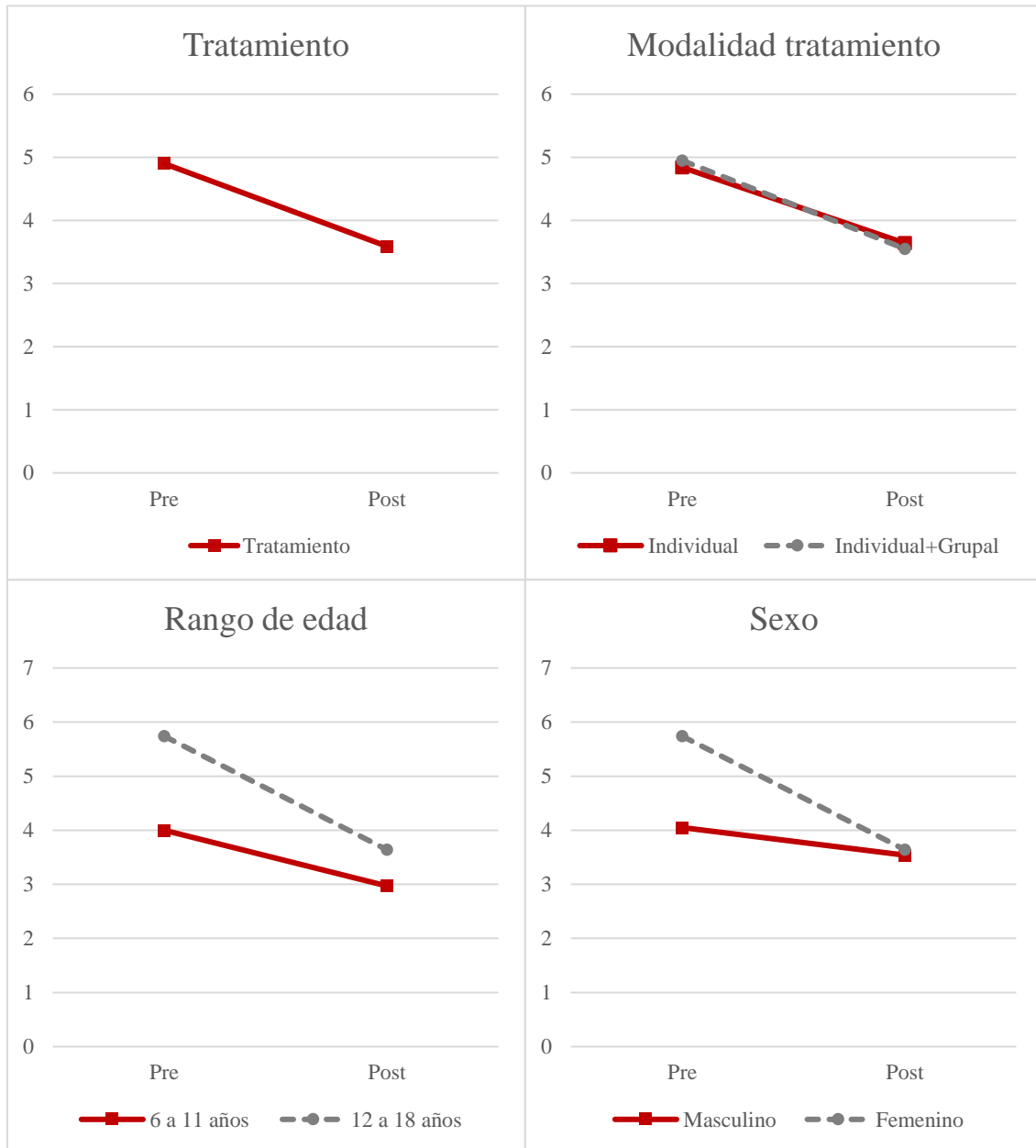
Efecto	Tratamiento, media (ET)		Dif. medias (p-valor)	Prueba efectos	
	Pre	Post		F(g.l.)	p-valor
Tratamiento				F(1;180) = 6.00	.015
	4.90 (0.38)	3.59 (0.37)	1.30 (.015)		
Grupo				F(2;180) = 0.02	.981
Individual	4.84 (0.63)	3.64 (0.62)	1.20 (.175)		
Individual+Grupal	4.95 (0.40)	3.55 (0.40)	1.40 (.013)		
<i>Dif. medias (p-valor)</i>	-0.11 (.883)	0.09 (.9)			
Edad				F(2;180) = 5.28	.006
6 a 11 años	4.00 (0.46)	2.97 (0.46)	1.03 (.117)		
12 a 18 años	5.79 (0.55)	4.21 (0.54)	1.58 (.041)		
<i>Dif. medias (p-valor)</i>	-1.79 (.008)	-1.24 (.064)			
Sexo				F(2;180) = 3.14	.048
Masculino	4.05 (0.44)	3.54 (0.43)	0.51 (.41)		
Femenino	5.74 (0.58)	3.64 (0.56)	2.10 (.01)		
<i>Dif. Medias (p-valor)</i>	-1.69 (.015)	-0.10 (.881)			



Estas diferencias en las puntuaciones pre función del grupo de edad y el sexo se pueden observar de manera ilustrativa en la Figura 8.3., y la evolución de las mismas tras realizar el tratamiento psicológico alcanzado resultados similares.

Figura 8.3.

Evolución de las puntuaciones Pre-Post en Quejas somáticas.





8.1.4. Problemas sociales

En cuanto a la variable problemas sociales (Tabla 8.4.) las diferencias entre las medias no resultaron estadísticamente significativas. Asimismo, tampoco se encontraron interacciones con el efecto de grupo de tratamiento, el rango de edad y el sexo.

A pesar de no hallar cambios estadísticamente significativos en cuanto a las puntuaciones de la dimensión problemas sociales, en general encontramos que la disminución pre-post está cerca de ser significativa ($p = .056$), llegando a ser una reducción significativa en la condición Individual+Grupal.

Tabla 8.4.

Medias (ET) y contrastes estadísticos entre grupos en la dimensión Problemas sociales.

Efecto	Tratamiento, media (ET)		Dif. medias (p-valor)	Prueba efectos	
	Pre	Post		F(g.l.)	p-valor
Tratamiento				F(1;176) = 3.71	.056
	4.77 (0.41)	3.67 (0.40)	1.10 (.056)		
Grupo				F(2;176) = 2.31	.102
Individual	4.08 (0.67)	3.20 (0.66)	0.88 (.354)		
Individual+Grupal	5.46 (0.43)	4.15 (0.43)	1.32 (.031)		
Dif. medias (p-valor)	-1.39 (.079)	-0.95 (.223)			
Edad				F(2;176) = 0.13	.876
6 a 11 años	4.65 (0.49)	3.53 (0.49)	1.11 (.11)		
12 a 18 años	4.89 (0.59)	3.81 (0.58)	1.08 (.195)		
Dif. medias (p-valor)	-0.24 (.736)	-0.28 (.697)			
Sexo				F(2;176) = 0.04	.959
Masculino	4.87 (0.47)	3.65 (0.47)	1.23 (.065)		
Femenino	4.67 (0.62)	3.70 (0.61)	0.97 (.266)		
Dif. medias (p-valor)	0.21 (.78)	-0.05 (.943)			

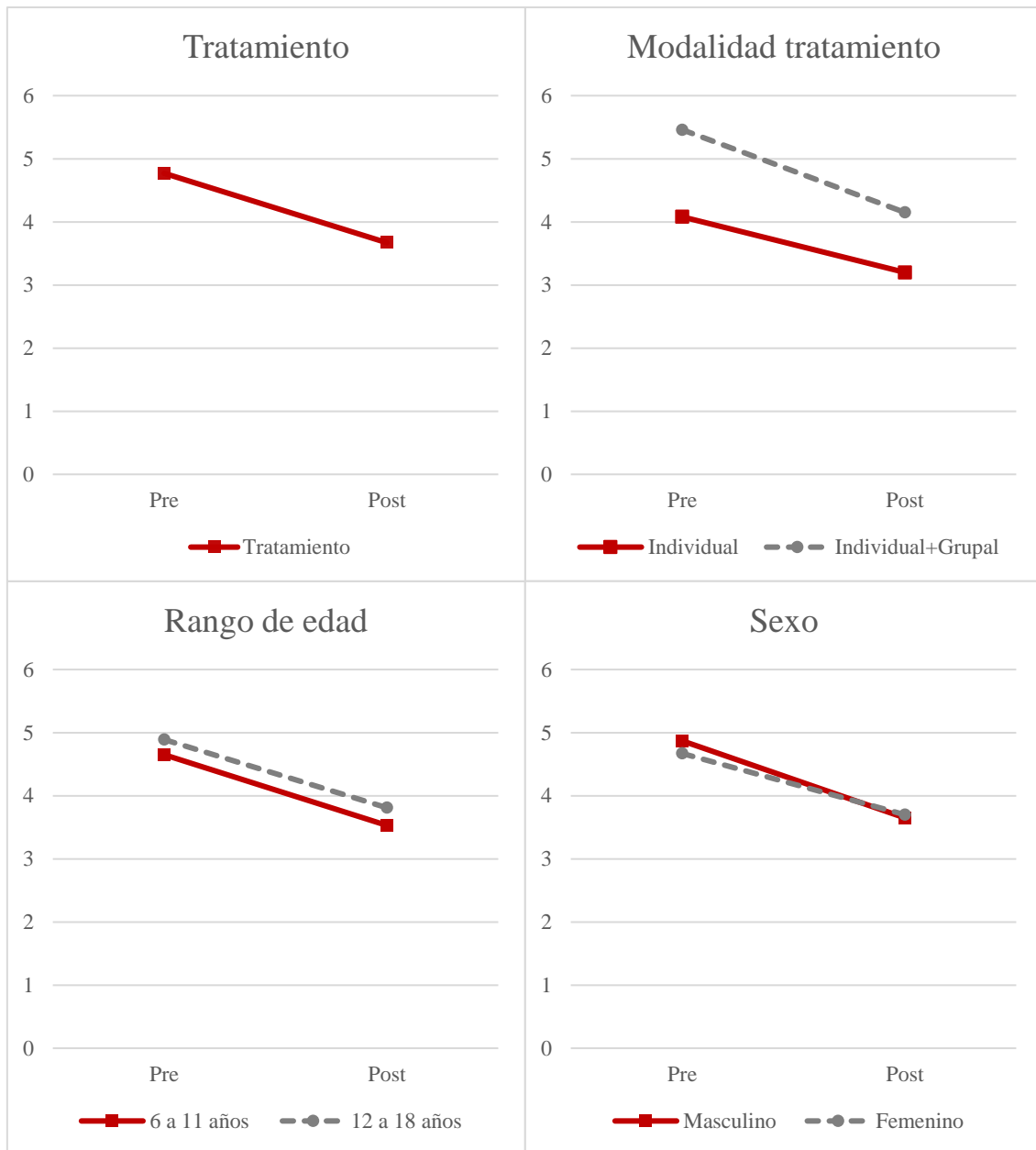
ET = error típico; g.l.= grados libertad.

Tal y como se observa en la Figura 8.4., en la dimensión *Problemas sociales* se produjo un descenso en las puntuaciones, no obstante, no resultaron estadísticamente significativas a excepción de la reducción en la modalidad de tratamiento Individual+grupal.



Figura 8.4.

Evolución de las puntuaciones Pre-Post en Problemas sociales.





8.1.5. Problemas de pensamiento

Para la dimensión *Problemas de pensamiento* el efecto que resultó estadísticamente significativo fue el tratamiento, de forma que la puntuación al final de tratamiento en general (2.92) fue significativamente inferior con respecto a la puntuación basal (4.39). No se halló que las interacciones fueran significativas, por lo que la modalidad de tratamiento, el rango de edad y el sexo no influyeron de manera significativa en los resultados de Problemas de pensamiento.

Tampoco se encontraron diferencias significativas previo ni posterior a la intervención entre los diferentes grupos de tratamiento, rango de edad ni sexo.

A través de la Figura 8.5. se muestran de manera visual la evolución de los resultados para la variable *Problemas de pensamiento*.

Tabla 8.5.

Medias (ET) y contrastes estadísticos entre grupos en la dimensión Problemas de pensamiento.

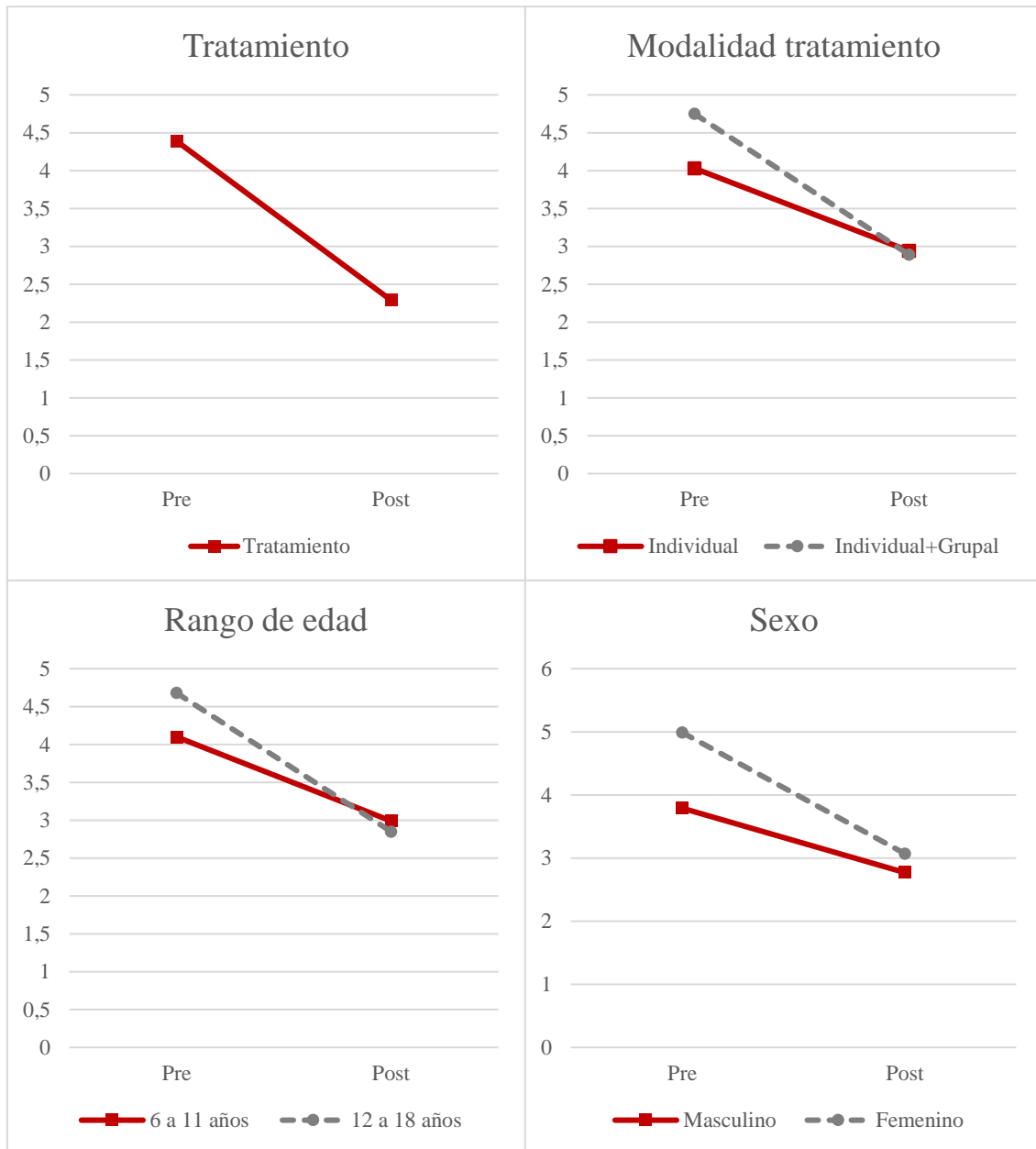
Efecto	Tratamiento, media (ET)		Dif. medias (p-valor)	Prueba efectos	
	Pre	Post		F(g.l.)	p-valor
Tratamiento				F(1;171) = 8.47	.004
	4.39 (0.37)	2.92 (0.35)	1.47 (.004)		
Grupo				F(2;171) = 0.54	.586
Individual	4.03 (0.61)	2.94 (0.58)	1.08 (.198)		
Individual+Grupal	4.75 (0.37)	2.89 (0.38)	1.86 (.001)		
<i>Dif. medias (p-valor)</i>	-0.72 (.303)	0.05 (.941)			
Edad				F(2;171) = 0.44	.644
6 a 11 años	4.10 (0.44)	2.99 (0.43)	1.11 (.071)		
12 a 18 años	4.68 (0.53)	2.85 (0.51)	1.83 (.014)		
<i>Dif. medias (p-valor)</i>	-0.58 (.363)	0.14 (.823)			
Sexo				F(2;171) = 1.81	.166
Masculino	3.79 (0.41)	2.77 (0.42)	1.02 (.081)		
Femenino	4.99 (0.56)	3.07 (0.52)	1.92 (.013)		
<i>Dif. medias (p-valor)</i>	-1.20 (.067)	-0.31 (.629)			

ET = error típico; g.l.= grados libertad.



Figura 8.5.

Evolución de las puntuaciones Pre-Post en Problemas de pensamiento.





8.1.6. Problemas de atención

En cuanto a la variable *Problemas de atención* (Tabla 8.6.) las diferencias entre las medias no resultaron estadísticamente significativas. Asimismo, tampoco se encontraron interacciones con el efecto de grupo de tratamiento, el rango de edad y el sexo.

Únicamente se halló una reducción significativa en el grupo de tratamiento Individual+Grupal, no obstante, no hubo diferencias significativas comparando dicha puntuación con la puntuación final del grupo Individual. Tampoco se encontraron diferencias significativas previo ni posterior a la intervención entre los diferentes grupos de rango de edad ni sexo.

Tabla 8.6.

Medias (ET) y contrastes estadísticos entre grupos en la dimensión Problemas de atención.

Efecto	Tratamiento, media (ET)		Dif. medias (p-valor)	Prueba efectos	
	Pre	Post		F(g.l.)	p-valor
Tratamiento				F(1;178) = 3.04	.083
	7.93 (0.55)	6.57 (0.55)	1.36 (.083)		
Grupo				F(2;178) = 0.38	.688
Individual	7.53 (0.91)	6.81 (0.91)	0.73 (.574)		
Individual+Grupal	8.33 (0.60)	6.34 (0.59)	1.99 (.019)		
Dif. medias (p-valor)	-0.79 (.458)	0.47 (.658)			
Edad				F(2;178) = 0.21	.811
6 a 11 años	8.09 (0.68)	6.85 (0.68)	1.23 (.201)		
12 a 18 años	7.78 (0.80)	6.29 (0.80)	1.49 (.19)		
Dif. medias (p-valor)	0.31 (.758)	0.56 (.57)			
Sexo				F(2;178) = 1.53	.219
Masculino	8.41 (0.64)	7.31 (0.64)	1.11 (.225)		
Femenino	7.45 (0.85)	5.84 (0.83)	1.61 (.175)		
Dif. medias (p-valor)	0.96 (.345)	1.47 (.143)			

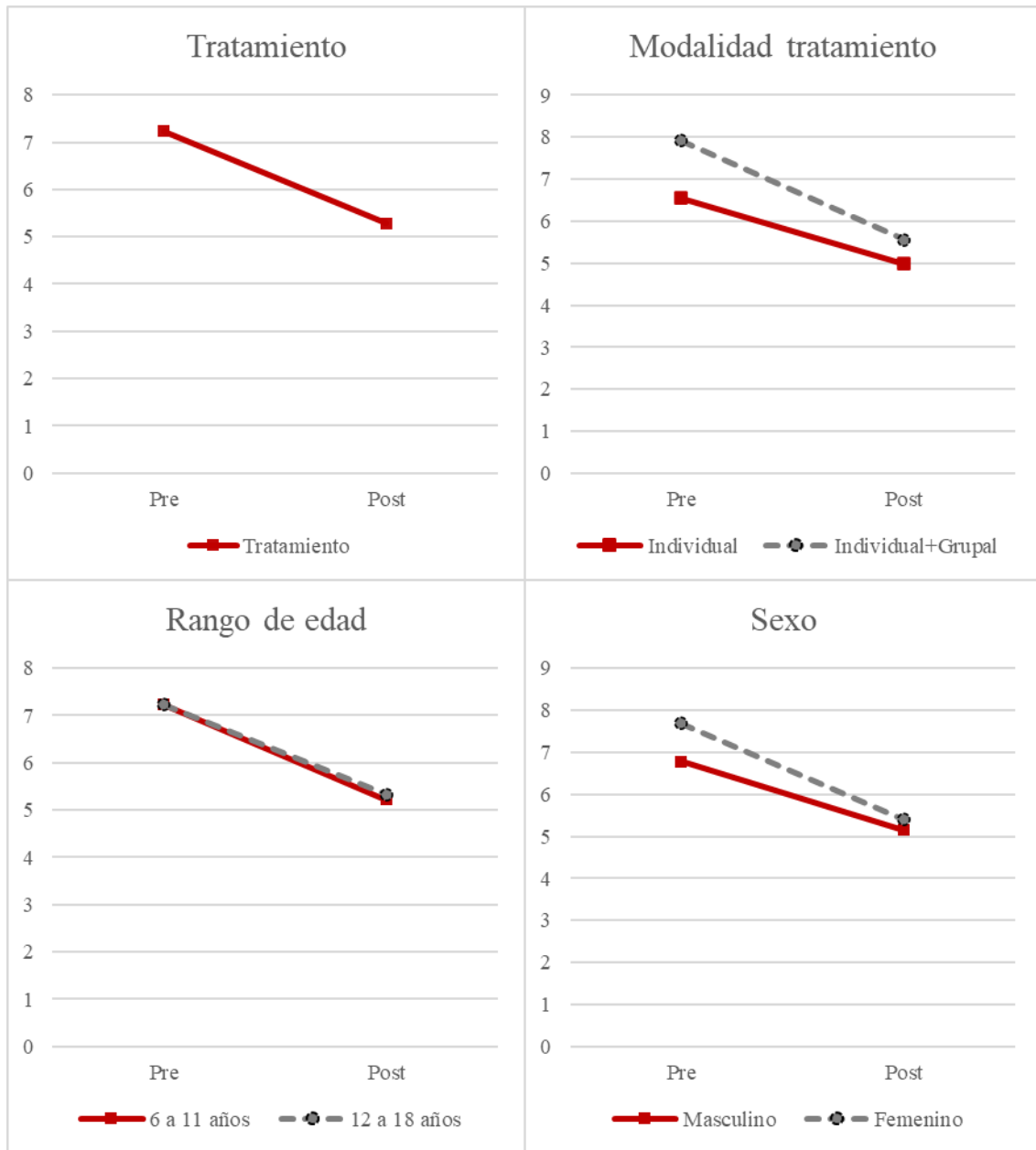
ET = error típico; g.l.= grados libertad.

En la Figura 8.6. se muestra de manera visual la evolución de los resultados pre y post de la variable *Problemas de atención* a nivel general con el tratamiento, por modalidad de tratamiento, rango de edad y sexo.



Figura 8.6.

Evolución de las puntuaciones Pre-Post en Problemas de atención.





8.1.7. Comportamiento disruptivo

En cuanto a la variable *Comportamiento disruptivo* (Tabla 8.7.) las diferencias entre las medias no resultaron estadísticamente significativas. Asimismo, tampoco se encontraron interacciones con el efecto de grupo de tratamiento, el rango de edad y el sexo.

Por otro lado, no se hallaron diferencias significativas previo ni posterior a la intervención entre los diferentes grupos de tratamiento, rango de edad ni sexo.

Tabla 8.7.

Medias (ET) y contrastes estadísticos entre grupos en la dimensión Comportamiento disruptivo.

Efecto	Tratamiento, media (ET)		Dif. medias (p-valor)	Prueba efectos	
	Pre	Post		F(g.l.)	p-valor
Tratamiento				F(1;181) = 2.14	.145
	4.18 (0.38)	3.39 (0.38)	0.78 (.145)		
Grupo				F(2;181) = 0.42	.658
Individual	4.41 (0.63)	3.64 (0.63)	0.78 (.382)		
Individual+Grupal	3.94 (0.41)	3.15 (0.40)	0.79 (.169)		
<i>Dif. medias (p-valor)</i>	0.47 (.524)	0.48 (.512)			
Edad				F(2;181) = 1.70	.187
6 a 11 años	3.91 (0.46)	2.83 (0.46)	1.08 (.102)		
12 a 18 años	4.44 (0.55)	3.96 (0.54)	0.48 (.533)		
<i>Dif. medias (p-valor)</i>	-0.53 (.438)	-1.13 (.097)			
Sexo				F(2;181) = 2.10	.125
Masculino	3.04 (0.44)	2.84 (0.44)	0.20 (.788)		
Femenino	3.17 (0.58)	2.95 (0.57)	0.22 (.783)		
<i>Dif. medias (p-valor)</i>	0.13 (.644)	0.89 (.193)			

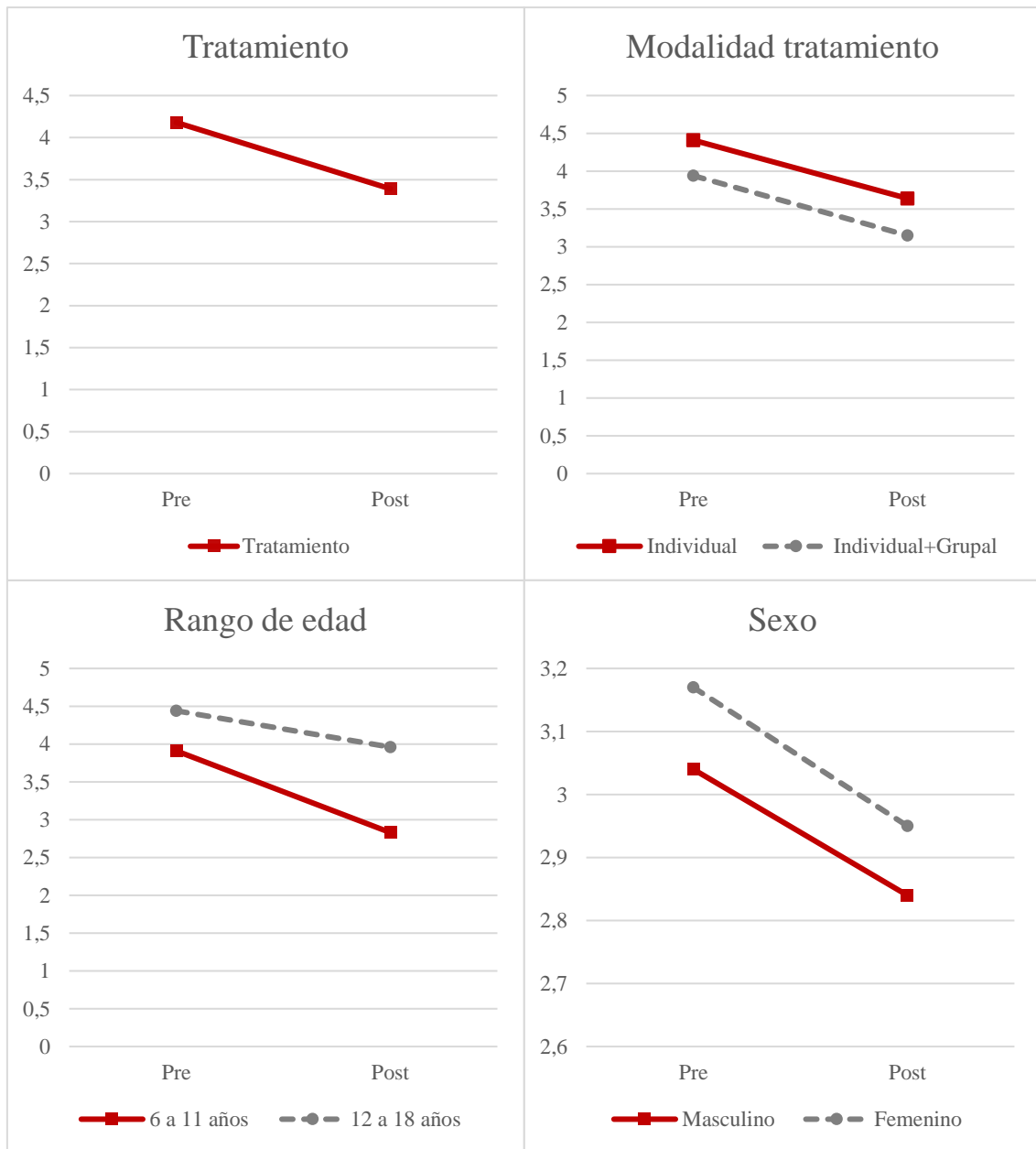
ET = error típico; g.l.= grados libertad.

En la Figura 8.7. se puede observar de manera gráfica la evolución de los resultados pre y post de la dimensión *Comportamiento disruptivo* a nivel general con el tratamiento, por modalidad de tratamiento, rango de edad y sexo.



Figura 8.7.

Evolución de las puntuaciones Pre-Post en Comportamiento disruptivo.





8.1.8. Comportamiento agresivo

En la dimensión *Comportamiento agresivo* (Tabla 8.8.) el efecto tratamiento resultó estadísticamente significativo. Asimismo, la interacción del tratamiento y el sexo resultó también estadísticamente significativa indicando, por tanto, que el cambio del pre al post depende del sexo. Atendiendo a los resultados específicos en cuanto al sexo, tanto los niños como las niñas obtuvieron puntuaciones inferiores en cuanto a comportamiento agresivo tras la intervención, no obstante, solo lo hizo de manera significativa (y en mayor medida) en el caso de los niños. Asimismo, cabe destacar que previo a la intervención se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de comportamiento agresivo, siendo superiores en niños (12.64) que en las niñas (9.46), no obstante, no hubo diferencias significativas tras la intervención entre niños y niñas.

Por otro lado, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a comportamiento agresivo en el grupo de intervención ni por grupo de rango de edad.

Tabla 8.8.

Medias (ET) y contrastes estadísticos entre grupos en la dimensión Comportamiento agresivo.

Efecto	Tratamiento, media (ET)		Dif. medias (p-valor)	Prueba efectos	
	Pre	Post		F(g.l.)	p-valor
Tratamiento				F(1;181) = 9.24	.003
	11.05 (0.75)	7.84 (0.74)	3.20 (.003)		
Grupo				F(2;181) = 0.33	.722
Individual	10.63 (1.23)	7.44 (1.23)	3.20 (.068)		
Individual+Grupal	11.46 (0.80)	8.25 (0.79)	3.21 (.005)		
<i>Dif. medias (p-valor)</i>	-0.83 (.566)	-0.82 (0.572)			
Edad				F(2;181) = 0.40	.669
6 a 11 años	11.15 (0.92)	8.43 (0.92)	2.72 (.037)		
12 a 18 años	10.94 (1.09)	7.26 (1.07)	3.68 (.017)		
<i>Dif. medias (p-valor)</i>	0.21 (.874)	1.17 (0.379)			
Sexo				F(2;181) = 3.97	.021
Masculino	12.64 (0.87)	8.90 (0.87)	3.74 (.003)		
Femenino	9.46 (1.14)	6.79 (1.12)	2.67 (.097)		
<i>Dif. medias (p-valor)</i>	3.18 (.02)	2.11 (.119)			

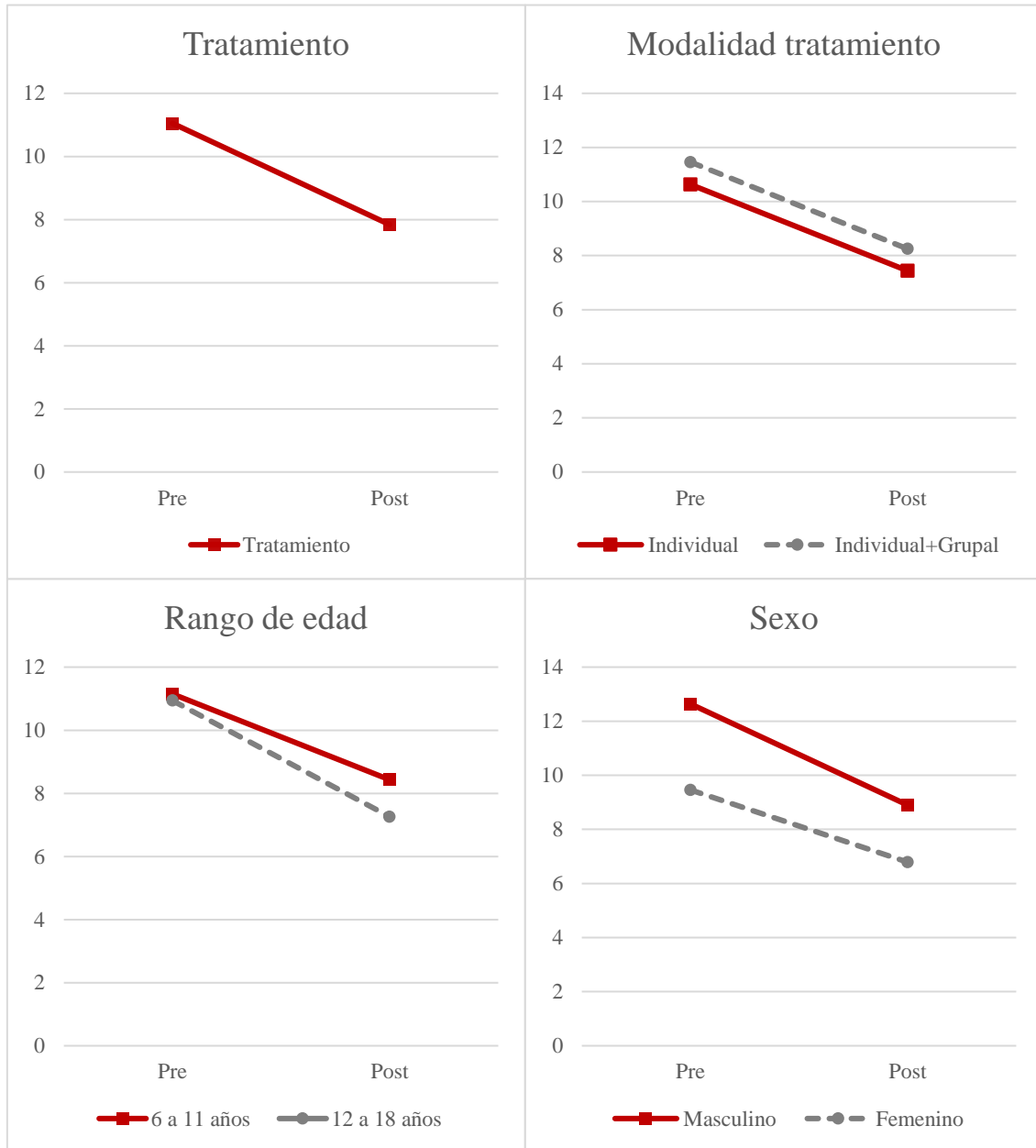
ET = error típico; g.l.= grados libertad.



Estas diferencias en cuanto al sexo se pueden observar de manera gráfica en Figura 8.8., de manera que se ve cómo los niños tienen puntuaciones mayores que las niñas previo a la intervención, y la reducción de esta diferencia tras el tratamiento psicológico.

Figura 8.8.

Evolución de las puntuaciones Pre-Post en Comportamiento agresivo.





8.1.9. Otros

Para la dimensión *Otros* el efecto que resultó estadísticamente significativo fue el tratamiento de forma que la puntuación al final de tratamiento en general (4.56) fue significativamente inferior con respecto a la puntuación basal (5.79). No se halló que las interacciones fueran significativas, por lo que la modalidad de tratamiento, el rango de edad y el sexo no influyeron de manera significativa en los resultados de *Otros*.

Tabla 8.9.

Medias (ET) y contrastes estadísticos entre grupos en la dimensión Otros.

Efecto	Tratamiento, media (ET)		Dif. medias (p-valor)	Prueba efectos	
	Pre	Post		F(g.l.)	p-valor
Tratamiento				F(1;178) = 6.38	.012
	5.79 (0.35)	4.56 (0.34)	1.23 (.012)		
Grupo				F(2;178) = 0.49	.613
Individual	5.53 (0.57)	4.37 (0.57)	1.16 (.15)		
Individual+Grupal	6.06 (0.37)	4.76 (0.37)	1.30 (.014)		
Dif. medias (p-valor)	-0.53 (.424)	-0.39 (.561)			
Edad				F(2;178) = 2.29	.105
6 a 11 años	6.29 (0.43)	5.01 (0.42)	1.28 (.035)		
12 a 18 años	5.30 (0.50)	4.12 (0.50)	1.19 (0.096)		
Dif. medias (p-valor)	0.98 (.115)	0.89 (.152)			
Sexo				F(2;178) = 1.66	.193
Masculino	6.32 (0.40)	4.80 (0.41)	1.52 (.008)		
Femenino	5.27 (0.53)	4.33 (0.52)	0.95 (.202)		
Dif. medias (p-valor)	1.05 (.099)	0.47 (.449)			

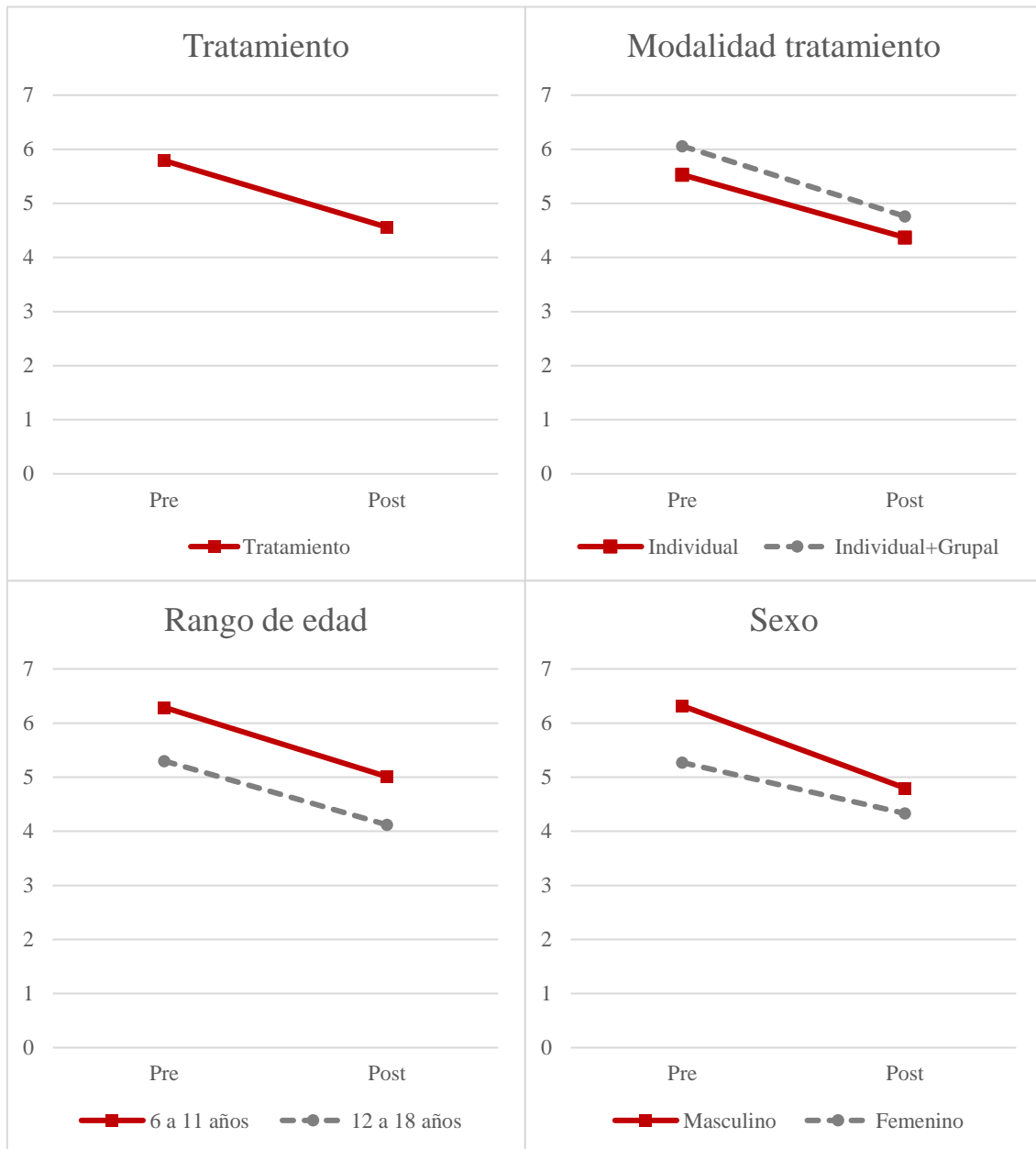
ET = error típico; g.l.= grados libertad.

En la Figura 8.9. se puede observar de manera gráfica la evolución de los resultados pre y post de la dimensión *Otros* a nivel general con el tratamiento, por modalidad de tratamiento, rango de edad y sexo.



Figura 8.9.

Evolución de las puntuaciones Pre-Post en Otros.





8.1.10. Síntomas internalizantes

En la dimensión *Síntomas internalizantes* (Tabla 8.10.) el efecto tratamiento resultó estadísticamente significativo. No obstante, la interacción del tratamiento y la edad resultó también estadísticamente significativa indicando, por tanto, que el cambio del pre al post depende de la edad. Atendiendo a los resultados en los menores en función del rango de edad, los síntomas internalizantes disminuyeron significativamente tanto en el grupo de 6 a 11 años como en el de 12 a 18, no obstante, lo hizo en mayor medida en el último grupo. Asimismo, cabe destacar la existencia de diferencias significativas entre ambos grupos de edad previo a la intervención, de modo que la puntuación en el rango 12 a 18 años (19.42) fue significativamente superior al del rango 6 a 11 años (15.25), aunque tras la intervención las diferencias dejaron de resultar estadísticamente significativas. No se hallaron diferencias significativas previas o posteriores a la intervención entre los grupos de la modalidad de tratamiento ni en cuanto al sexo en cuanto a la variable síntomas internalizantes.

Tabla 8.10.

Medias (ET) y contrastes estadísticos entre grupos en la dimensión síntomas internalizantes.

Efecto	Tratamiento, media (ET)		Dif. medias (p-valor)	Prueba efectos	
	Pre	Post		F(g.l.)	p-valor
Tratamiento				F(1;180) = 12.12	.001
	17.33 (1.05)	12.24 (1.02)	5.10 (.001)		
Grupo				F(2;180) = 0.28	.759
Individual	16.72 (1.74)	11.81 (1.70)	4.91 (.045)		
Individual+Grupal	17.95 (1.10)	12.66 (1.09)	5.29 (.001)		
Dif. medias (p-valor)	-1.23 (.544)	-0.85 (.67)			
Edad				F(2;180) = 4.12	.018
6 a 11 años	15.25 (1.27)	10.60 (1.26)	4.65 (.01)		
12 a 18 años	19.42 (1.52)	13.87 (1.48)	5.55 (.01)		
Dif. medias (p-valor)	-4.17 (.026)	-3.27 (.076)			
Sexo				F(2;180) = 1.09	.339
Masculino	15.94 (1.20)	12.28 (1.19)	3.66 (.032)		
Femenino	18.73 (1.60)	12.19 (1.55)	6.54 (.004)		
Dif. medias (p-valor)	-2.79 (.142)	0.09 (.962)			

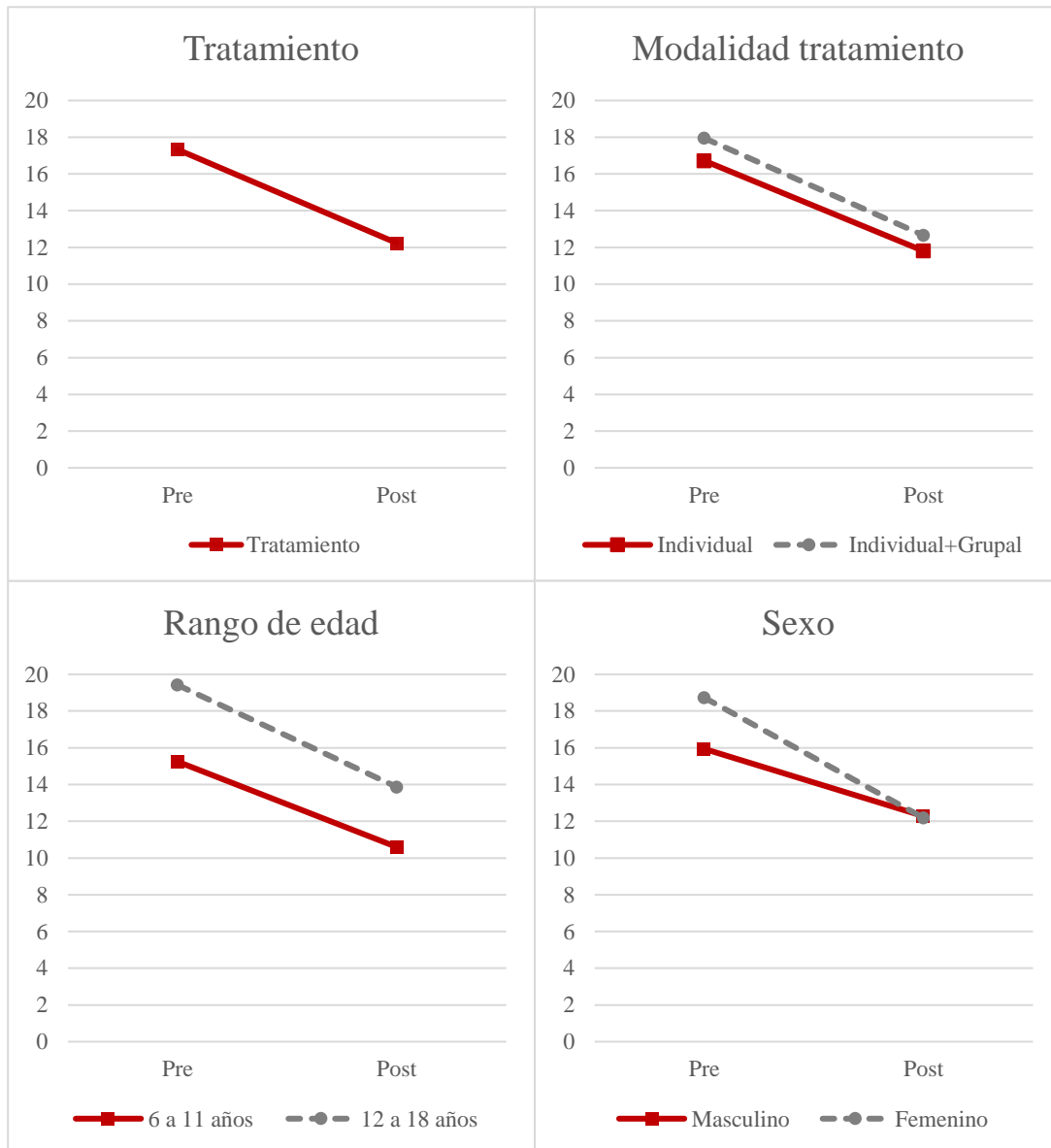
ET = error típico; g.l.= grados libertad.



En la Figura 8.10. se muestra de manera visual la evolución de las puntuaciones en síntomas internalizantes pre y post tanto de manera general, como por modalidad de tratamiento, rango de edad y sexo de los menores.

Figura 8.10.

Evolución de las puntuaciones Pre-Post en Síntomas internalizantes.





8.1.11. Síntomas externalizantes

En la dimensión *Síntomas externalizantes* Tabla 8.11. el efecto tratamiento resultó estadísticamente significativo. Sin embargo, la interacción del tratamiento y el sexo resultó también estadísticamente significativa indicando, por tanto, que el cambio del pre al post depende del sexo. Atendiendo a los resultados específicos en relación al sexo de los menores, encontramos que tanto los niños como las niñas obtuvieron puntuaciones inferiores tras la intervención en cuanto a la escala *Síntomas externalizantes*, no obstante, lo hizo de mayor manera y de forma significativa en el caso de los niños. Asimismo, encontramos que existen diferencias significativas previo a la intervención con los menores, de manera que los niños obtuvieron mayores puntuaciones (17.82) que las niñas (12.63), sin embargo, las diferencia entre sexos deja de ser significativa tras la intervención. No se hallaron diferencias significativas previas o posteriores a la intervención entre los grupos de la modalidad de tratamiento ni en cuanto al rango de edad en cuanto a la variable *Síntomas externalizantes*

Tabla 8.11.

Medias (ET) y contrastes estadísticos entre grupos en la dimensión síntomas externalizantes.

Efecto	Tratamiento, media (ET)		Dif. medias (p-valor)	Prueba efectos	
	Pre	Post		F(g.l.)	p-valor
Tratamiento				F(1;181) = 7.40	.007
	15.22 (1.04)	11.24 (1.03)	3.99 (.007)		
Grupo				F(2;181) = 0.03	.97
Individual	15.04 (1.71)	11.07 (1.71)	3.97 (.103)		
Individual+Grupal	15.41 (1.11)	11.41 (1.10)	4.00 (.011)		
<i>Dif. medias (p-valor)</i>	-0.36 (.856)	-0.33 (.867)			
Edad				F(2;181) = 0.02	.986
6 a 11 años	15.07 (1.27)	11.26 (1.27)	3.81 (.036)		
12 a 18 años	15.38 (1.51)	11.21 (1.49)	4.17 (.051)		
<i>Dif. medias (p-valor)</i>	-0.32 (.866)	0.05 (.979)			
Sexo				F(2;181) = 5.06	.007
Masculino	17.82 (1.20)	12.74 (1.20)	5.08 (.003)		
Femenino	12.63 (1.58)	9.74 (1.56)	2.89 (.195)		
<i>Dif. medias (p-valor)</i>	5.19 (.007)	3.00 (.111)			

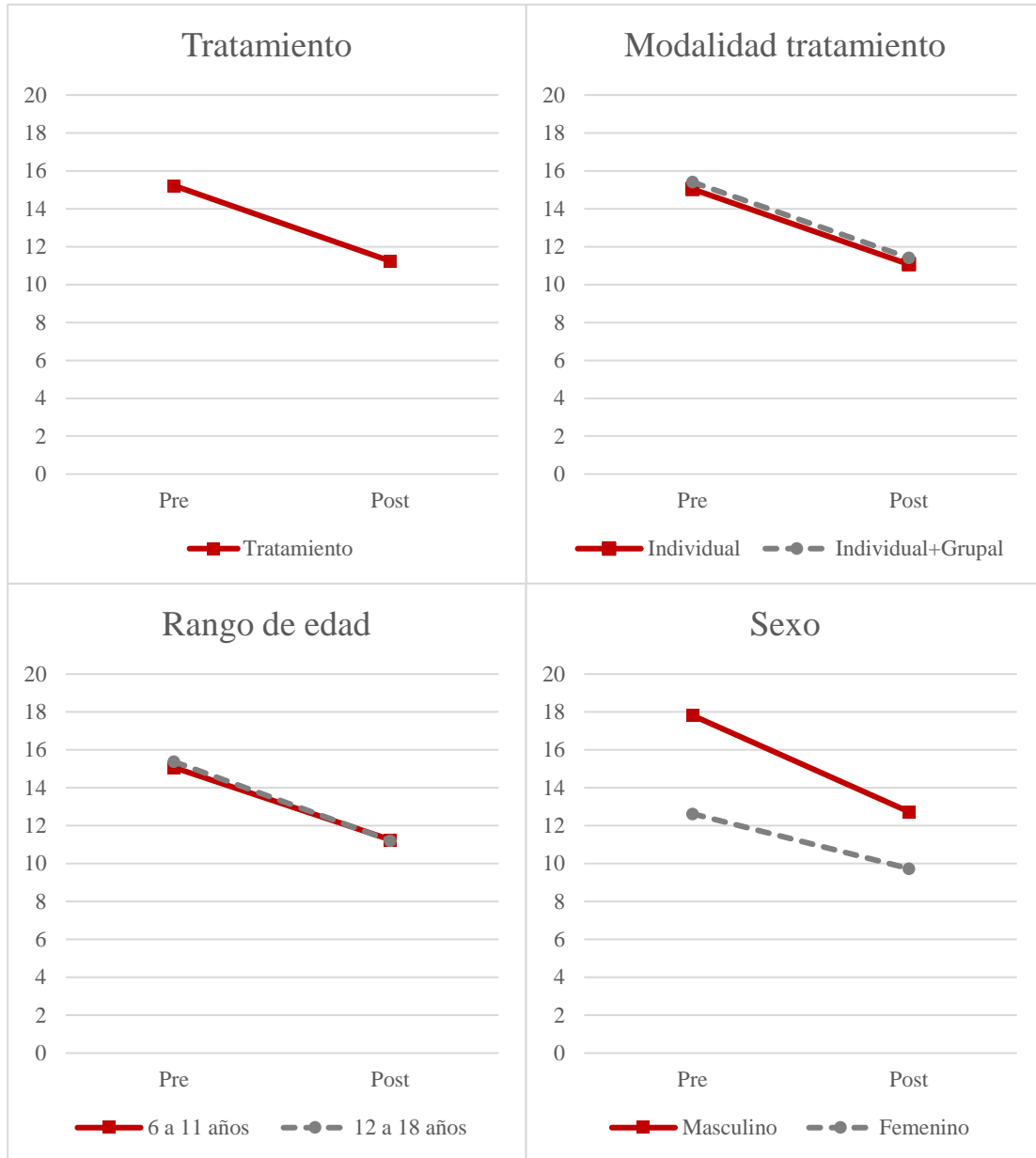
ET = error típico; g.l.= grados libertad.



En la Figura 8.11. se puede observar de manera gráfica cómo en la dimensión *Sintomatología externalizante* se dan diferencias por grupos en cuanto al sexo.

Figura 8.11.

Evolución de las puntuaciones Pre-Post en Síntomas externalizantes.





8.1.12. Total

Para la dimensión *Total* el efecto que resultó estadísticamente significativo fue el tratamiento de forma que la puntuación al final de tratamiento en general (40.48) fue significativamente inferior con respecto a la puntuación basal (52.28).

No se halló que las interacciones fueran significativas, por lo que la modalidad de tratamiento, el rango de edad y el sexo no influyeron de manera significativa en los resultados de la escala *Total*. Asimismo, tampoco se encontraron diferencias significativas entre los diferentes grupos previo ni posterior a la intervención.

Tabla 8.12.

Medias (ET) y contrastes estadísticos entre grupos en la dimensión Total.

Efecto	Tratamiento, media (ET)		Dif. medias (p-valor)	Prueba efectos	
	Pre	Post		F(g.l.)	p-valor
Tratamiento				F(1;167) = 9.39	.003
	54.28 (3.26)	40.48 (3.10)	13.80 (.003)		
Grupo				F(2;167) = 0.96	0.387
Individual	50.00 (5.39)	40.28 (5.10)	9.72 (.192)		
Individual+Grupal	58.56 (3.39)	40.69 (3.38)	17.88 (< .001)		
<i>Dif. medias (p-valor)</i>	-8.56 (0.169)	-0.41 (.946)			
Edad				F(2;167) = 0.08	0.921
6 a 11 años	53.13 (3.91)	40.33 (3.75)	12.80 (.019)		
12 a 18 años	55.43 (4.73)	40.63 (4.60)	14.79 (.026)		
<i>Dif. medias (p-valor)</i>	-2.29 (0.689)	-0.30 (.957)			
Sexo				F(2;167) = 0.37	0.689
Masculino	56.24 (3.63)	42.03 (3.68)	14.22 (.053)		
Femenino	52.32 (5.05)	38.94 (4.64)	13.38 (< .001)		
<i>Dif. medias (p-valor)</i>	3.93 (.506)	3.09 (.584)			

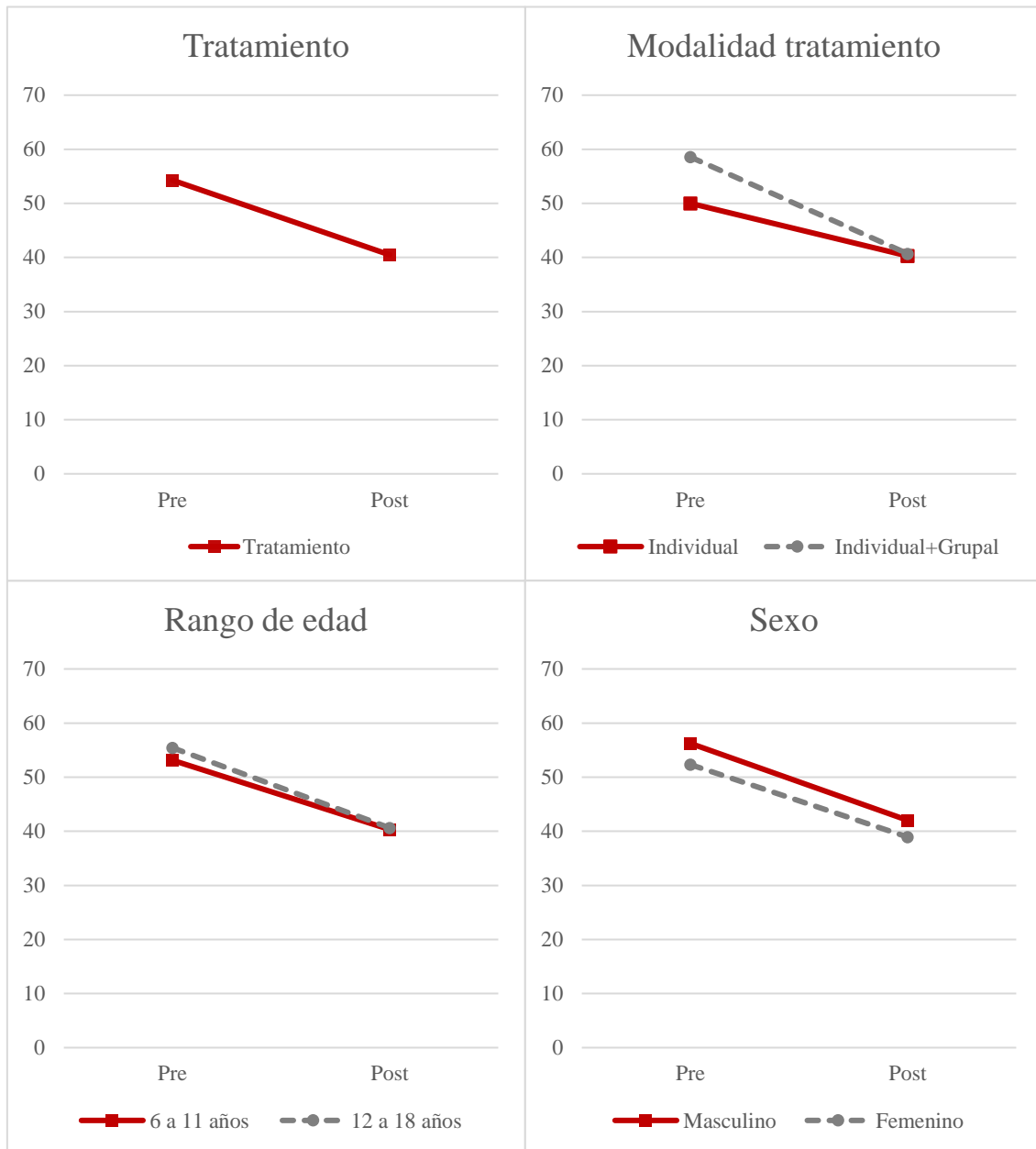
ET = error típico; g.l.= grados libertad.

En la Figura 8.12. se muestra la evolución de la puntuación total en el CBCL previo y posterior a la intervención tanto a nivel general, como por modalidad de intervención, grupo de edad y por sexo.



Figura 8.12.

Evolución de las puntuaciones Pre-Post en la categoría Total.





8.1.13. Problemas de estrés postraumático

Para la dimensión *Sintomatología* TEPT el efecto que resultó estadísticamente significativo fue el tratamiento de forma que la puntuación al final de tratamiento en general (7.30) fue significativamente inferior con respecto a la puntuación basal (9.80).

No se halló que las interacciones fueran significativas, por lo que la modalidad de tratamiento, el rango de edad y el sexo no influyeron de manera significativa en los resultados de Problemas de pensamiento. Asimismo, no se encontraron diferencias significativas entre los grupo previo o posterior a la intervención en cuanto a la modalidad de tratamiento, rango de edad y sexo.

Tabla 8.13.

Medias (ET) y contrastes estadísticos entre grupos en la dimensión Sintomatología TEPT

Efecto	Tratamiento, media (ET)		Dif. medias (p-valor)	Prueba efectos	
	Pre	Post		F(g.l.)	p-valor
Tratamiento				F(1;178) = 9.52	.002
	9.80 (0.58)	7.30 (0.56)	2.51 (.002)		
Grupo				F(2;178) = 1.59	0.207
Individual	8.89 (0.98)	6.89 (0.93)	2.00 (.141)		
Individual+Grupal	10.72 (0.60)	7.70 (0.61)	3.02 (.001)		
Dif. medias (p-valor)	-1.83 (.106)	-0.81 (.462)			
Edad				F(2;178) = 0.39	0.677
6 a 11 años	9.65 (0.70)	6.88 (0.70)	2.77 (.006)		
12 a 18 años	9.96 (0.85)	7.72 (0.82)	2.25 (.059)		
Dif. medias (p-valor)	-0.32 (.758)	-0.84 (.408)			
Sexo				F(2;178) = 0.14	0.87
Masculino	9.93 (0.67)	7.54 (0.66)	2.40 (.034)		
Femenino	9.68 (0.88)	7.06 (0.85)	2.62 (< .001)		
Dif. medias (p-valor)	0.26 (.807)	0.48 (.64)			

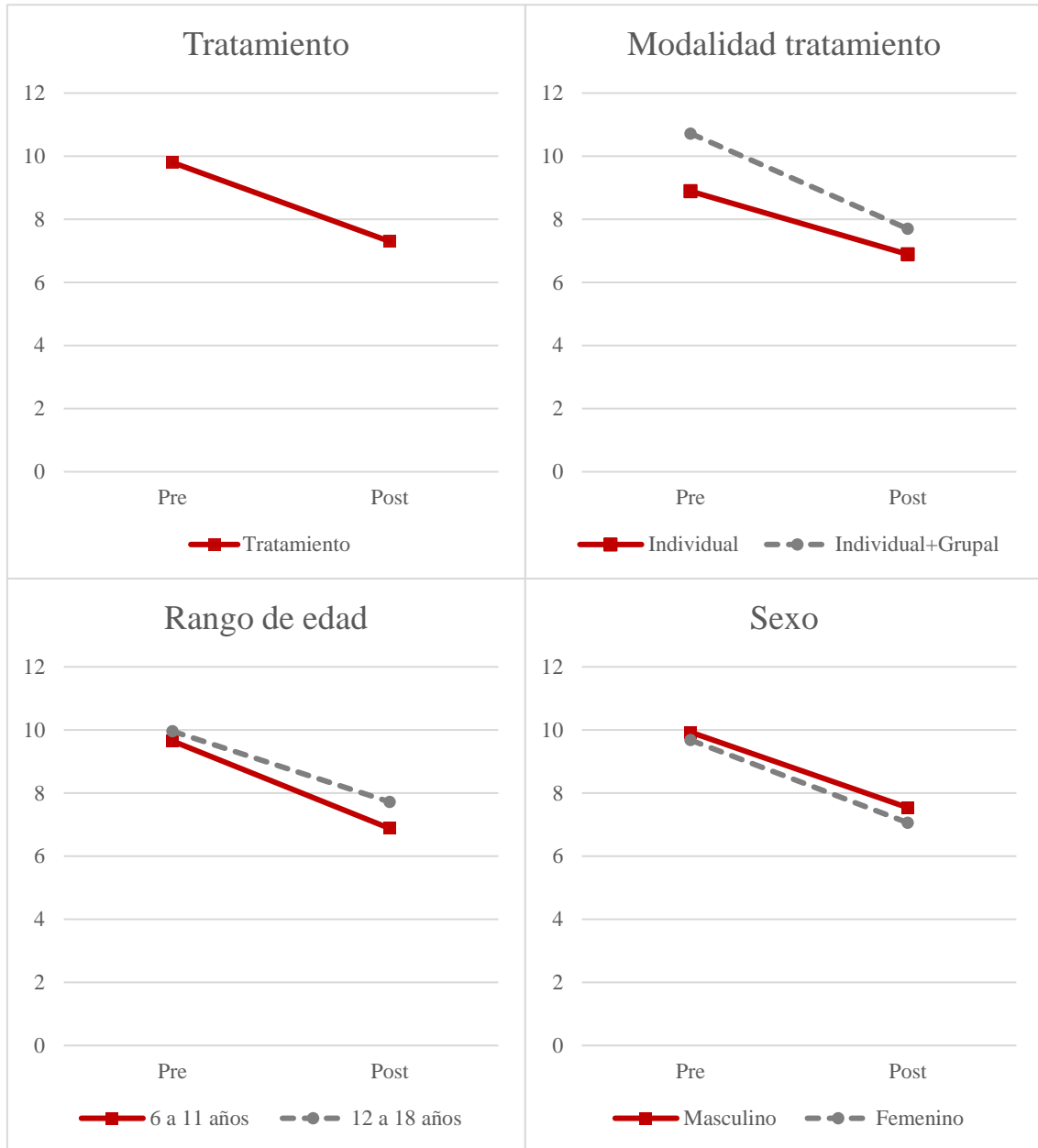
ET = error típico; g.l.= grados libertad.

Asimismo, se puede observar de manera visual la evolución de los resultados en cuanto a la categoría *Sintomatología* TEPT en la Figura 8.13. en la que se muestra las puntuaciones pre y post a nivel general, por modalidad de tratamiento, por rango de edad y por sexo.



Figura 8.13.

Evolución de las puntuaciones Pre-Post en la categoría Problemas de estrés postraumático.





8.2. RESULTADOS DE EFICIENCIA

Para la obtención de los resultados de eficiencia se han analizado media de sesiones de tratamiento empleadas en cada modalidad, así como la media de sesiones individuales grupales y de evaluación (Tabla 8.14.). Se debe tener en cuenta que las sesiones grupales a pasar de ser llevadas a cabo en paralelo (madres por un lado y menores por otro), se han contabilizado como una única sesión dado que, al margen de ser independientes, se realizaron al mismo tiempo. De igual modo, en la modalidad *Individual* se ha contabilizado como una sesión la atención psicológica realizada en el tiempo establecido (1 hora), al margen de que en ese tiempo se viera únicamente al menor, a la madre, al menor y a la madre por separado, en conjunto o cualquier combinación posible.

Si atendemos al número de sesiones medias empleadas para la evaluación pre no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambas modalidades. En cuanto al número de sesiones de evaluación post, al margen de la modalidad de tratamiento, en todos los casos se empleó una única sesión, por lo que no es pertinente realizar comparación de medias. Por otro lado, en lo referente al número total de sesiones de tratamiento entre la condición *Individual* (12.21) y la condición *Individual+grupal* (12.45) tampoco se han hallado diferencias significativas. No obstante, si atendemos al número de sesiones individuales empleadas en ambos grupos, encontramos que la modalidad *Individual+grupal* emplea de media 4,67 sesiones menos que en el formato *Individual*, de manera que existen diferencias estadísticamente significativas ($p = .009$) con un tamaño del efecto mediano/moderado ($d = 0.53$). En cuanto al número de sesiones grupales, la modalidad *Individual+grupal* empleó de media 4.89 (DT = 1.51). En este caso, tampoco se realizó comparación de medias dado que en la modalidad *Individual* no se llevó a cabo ninguna sesión grupal.

Tabla 8.14.

Comparación de medias (DT) entre grupos en la variable número de sesiones.

	Grupo, media (DT)		Prueba t-Student		d
	Individual	Individual+grupal	t(93)	p-valor	
Sesiones evaluación PRE	1.36 (0.48)	1.4 (0.62)	-0.344	.731	-0.07
Total sesiones tratamiento	12.21 (10.82)	12.43 (6.22)	-0.120	.905	-0.02
- Sesiones individuales	12.21 (10.82)	7.54 (6.15)	2.666	.009	0.53



Capítulo 9

DISCUSIÓN

En el presente capítulo se desarrolla la discusión de los resultados obtenidos mediante la comparación con los datos aportados por investigaciones anteriores. Para ello, se han tenido en cuenta tanto los objetivos específicos como las hipótesis formuladas.

A continuación, se procede al análisis de la eficacia y eficiencia, la influencia en el tratamiento psicológico de las variables modalidad de tratamiento, edad y sexo, así como la aplicación de los criterios para la inclusión de perspectiva de género en el estudio.



9.1. EFICACIA DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN LA REDUCCIÓN SINTOMALOGÍA TOTAL, INTERNALIZANTE, EXTERNALIZANTE Y TEPT

El objetivo específico e hipótesis planteada en torno a la reducción de la sintomatología fueron:

- **Objetivo 1.** Analizar la eficacia del tratamiento psicológico en la reducción sintomatología total, internalizante, externalizante y TEPT en MEXVGP.
- **Hipótesis 1.** Se producirá una reducción estadísticamente significativa de las puntuaciones en la sintomatología total, internalizante, externalizante y TEPT en MEXVGP.

A través de la comparación de medias pre y post se constató que, en general, se dieron reducciones significativas de las puntuaciones de la escala *Total* en el CBCL (Achenbach y Rescorla, 2001). En cuanto a la sintomatología internalizante, se produjeron descensos en las puntuaciones estadísticamente significativos en el factor de banda ancha *Sintomatología internalizante*, así como en los tres síndromes de banda estrecha *Ansiedad/Depresión*, *Retraimiento/Depresión* y *Problemas Somáticos*. Asimismo, se hallaron resultados estadísticamente significativos en la dimensión de banda ancha *Sintomatología externalizante*, y en el síndrome de banda estrecha *Comportamiento agresivo*; sin embargo, a pesar de que se produjo una reducción en la dimensión de banda estrecha *Comportamiento disruptivo*, esta no resultó significativa. En cuanto a la escala calculada mediante los ítems del CBCL propuestos por Achenbach y Rescorla (2007) para evaluar la sintomatología *TEPT* a través del CBCL, también se produjo una reducción significativa en los resultados del pre al postratamiento. No obstante, debe tenerse en cuenta que los resultados en torno a la sintomatología *TEPT* deben tomarse con precaución, dado que no se trata de una escala específica diagnóstica.

En cuanto a estudios sobre tratamientos psicológicos que empleen este mismo modelo o similar en esta población, únicamente hemos hallado el realizado por Cohen et al. (2011) en el que aplicaron TCC-FT en una muestra comunitaria de MEXVGP. Entre sus resultados hallaron que se mostró eficaz en la reducción de sintomatología *TEPT*, así como en sintomatología ansiosa, pero no en comportamiento problemático en general. No obstante, este tipo de intervención ha sido ampliamente estudiada en menores que han sido víctimas de diferentes modalidades de maltrato. Un ejemplo de ello lo podemos



encontrar en el estudio realizado por Prieto (2015), en que se evaluó la eficacia de la aplicación de la TCC en diferentes modalidades (focalizada en el trauma, focalizada en las emociones y focalizada en el trauma en versión abreviada) en menores tutelados. Entre sus resultados, se encontró que las tres condiciones de tratamiento resultaron estadísticamente significativas en la reducción de sintomatología TEPT, sintomatología depresiva y en problemas del comportamiento, lo cual va en la línea de nuestros resultados.

Asimismo, la TCC-FT se ha mostrado eficaz en diferentes tipologías de maltrato infantil en cuanto a la reducción de sintomatología TEPT (CIMH, 2014), sintomatología internalizante y externalizante (Cohen y Mannarino, 1996; 1997), así como en la reducción conjunta de sintomatología TEPT, internalizante y externalizante (Cohen et al., 2004, 2006; Deblinger et al., 1990, 2011; Dorsey et al., 2014; Jensen et al., 2014; Kirsch et al., 2012; Scheeringa y Weems, 2014; Webb et al., 2014; Weiner et al., 2009).

Teniendo en cuenta lo expuesto, podemos concluir que tanto el objetivo específico de evaluar la eficacia en las diferentes dimensiones, como la hipótesis asociada en torno a la reducción de la sintomatología *Total*, *Internalizante*, *Externalizante* y *TEPT* se han cumplido de manera satisfactoria.

9.2. INFLUENCIA DE LAS VARIABLES MODALIDAD DE TRATAMIENTO, SEXO Y EDAD EN LA INTERVENCIÓN

En cuanto a la influencia de variables en el tratamiento psicológico se planteó el siguiente objetivo:

- **Objetivo 2.** Analizar la influencia de las variables modalidad de tratamiento (*individual/individual+grupal*), sexo y edad en los resultados de la intervención a nivel general, sintomatología internalizante, externalizante y TEPT.

Para el desarrollo de este objetivo se empleó la prueba de efectos para conocer la interacción que producía cada una de las variables en cuanto al cambio del pre al postratamiento. A continuación, se presenta el análisis de cada una de las variables de manera separada (y su hipótesis asociada) para mayor claridad en la exposición.



9.2.1. Modalidad de tratamiento

La hipótesis planteada fue:

- **Hipótesis 2.** La modalidad de tratamiento (*Individual* o *Individual+Grupal*) no influirá en los resultados del tratamiento psicológico.

En cuanto a la modalidad de tratamiento, a través de la prueba de efectos no se han encontrado interacciones estadísticamente significativas en ninguna de las dimensiones evaluadas, de manera que la pertenencia a *Individual* o *Individual+Grupal* no ha influido en los resultados. Asimismo, en relación a las puntuaciones previas a la intervención, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, de modo que se trataba de grupos homogéneos en relación a la modalidad de tratamiento.

Si bien en ambas modalidades se ha reducido la puntuación en todas las escalas, en general, esta reducción ha sido estadísticamente significativa en *Individual+Grupal*, pero no en *Individual* (a excepción de la dimensión *Sintomatología Internalizante* y la subescala *Aislamiento/Depresión*, que en ambos casos la reducción resultó significativa en la modalidad *Individual*). Al analizar este hecho de manera detallada, no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambas modalidades de intervención en las puntuaciones postratamiento en ninguna de las escalas evaluadas, por ello, no se puede establecer que la pertenencia a una modalidad u otra de tratamiento psicológico presente mayor eficacia. Este hecho puede explicarse dado las diferencias en el tamaño muestral en la condición *Individual* ($n = 27$) frente a la condición *Individual+Grupal* ($n = 68$), ya que no hay diferencias estadísticamente significativas entre ambas condiciones ni en el pre ni en el postratamiento.

Con todo ello, los resultados están en la línea de lo expuesto en el metaanálisis de Romano et al. (2019), en el que entre sus resultados obtuvieron que la modalidad de intervención no resultó una variable moderadora en los resultados del tratamiento psicológico en MEXVGP. Cabe destacar, que los resultados obtenidos en el presente estudio no han podido ser contrastados con estudios de TCC-FC y TFS (o similares) previos en esta población, dado que en la única investigación disponible (Cohen et al., 2011) las comparaciones que se realizan son entre grupos con diferentes tipos de tratamiento, y no en la modalidad de aplicación, como es nuestro caso.



Así pues, se confirma nuestra hipótesis en la que la modalidad de tratamiento no influirá en los resultados de las categorías evaluadas del pre al postratamiento.

9.2.2. Rango de edad

Hipótesis planteada:

- **Hipótesis 3.** El rango de edad no influirá en los resultados del tratamiento psicológico.

Con respecto a la interacción del rango de edad en los resultados del tratamiento psicológico, encontramos que no se produjeron interacciones significativas en la puntuación *Total*, *Sintomatología externalizante* (ni subescalas), ni en la sintomatología *TEPT*. No obstante, en la dimensión de *Sintomatología internalizante*, destaca la interacción estadísticamente significativa que realiza el rango de edad con el tratamiento psicológico. Al analizar los resultados de dicha interacción encontramos que, previo a la intervención, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, de modo que obtuvieron mayores puntuaciones en el rango de 12 a 18 años. A pesar de que tanto en el grupo de edad de 6 a 11 años como en el de 12 a 18 hubo una reducción significativa del pre al post, la reducción fue mayor en los menores que se encontraban en el intervalo de 12 a 18 años. Posterior a la intervención, no se dieron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ambos grupos de edad. Estos resultados indican, por un lado, que el tratamiento psicológico es especialmente eficaz en los menores de 12 a 18 años en la dimensión de *Sintomatología internalizante*, y por otro, que en este mismo grupo caracterizado por encontrarse en la etapa adolescente parece ser un factor de riesgo para el desarrollo de dicha sintomatología.

Al examinar por separado cada una de las subescalas que componen la dimensión *Sintomatología internalizante* y la interacción de la intervención con el rango de edad, encontramos que la subescala *Ansiedad/Depresión*, al margen de la reducción significativa del pre al post, no interacciona. No obstante, tanto en la subescala *Aislamiento/Depresión* como en la de *Quejas somáticas* encontramos que el tratamiento psicológico interaccionó con la edad, aunque ambas lo hicieron de manera diferente.

En el caso de la subescala de *Aislamiento/Depresión* encontramos que, previo a la intervención, no existían diferencias significativas entre el rango de edad de 6 a 11 y el de 12 a 18, no obstante, a pesar de que en ambos grupos la reducción en la puntuación



fue significativa, se dio de mayor manera en los menores de 6 a 11 años, de modo que, en comparación, los menores de este grupo obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas tras el tratamiento. En cuanto a la subescala *Quejas somáticas* y la interacción del rango de edad con los resultados del tratamiento psicológico, sí encontramos diferencias significativas entre ambos grupos de edad previo al tratamiento, de manera que en el grupo de menores entre 12 y 18 años obtuvieron puntuaciones significativamente superiores en comparación del grupo de 6 a 11 años. No obstante, tras la intervención no se dieron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, reduciéndose de mayor manera en el grupo de 12 a 18 años.

A pesar de que nuestra hipótesis de partida fue que el rango de edad no influiría en los resultados en función de lo expuesto en el metaanálisis de Romano et al. (2019), encontramos que sí lo hizo en la dimensión *Sintomatología internalizante* y en las subescalas *Aislamiento/Depresión* y *Quejas somáticas*, tal y como se ha expuesto. Sin embargo, los estudios previos en los que sí se encontró la edad como variable moderadora en esta población lo hizo comparando primera infancia o edad preescolar (1 a 5 años) con segunda infancia y adolescencia conjuntamente (6 a 18 años), de modo que se presupone el rango de 6 a 18 como un grupo “homogéneo”. Ejemplo de ello lo encontramos en el estudio de McFarlane et al. (2005b) en el que encontraron mayores dificultades para mejorar en el rango de 6 a 18 años (en cuanto a sintomatología internalizante) frente al rango de 18 meses a 5 años, de manera que en el seguimiento tras 24 meses el grupo de menores de 6 a 18 años se encontraban en el rango clínico. Por otro lado, Ybarra et al. (2007) hallaron en una muestra de MEXVGP de 1 a 5 años, que a menor edad mayor fue el impacto generado por la violencia de género, no obstante, fueron los/as más jóvenes quienes más se beneficiaron del tratamiento psicológico a través de las madres. Cabe destacar que las diferencias en torno al rango de edad previo a la intervención halladas en la escala de *Sintomatología internalizante* y la subescala *Quejas somáticas* no están en la línea de los metaanálisis de Vu et al. (2016), Evans et al. (2008) y Kitzmann et al. (2003), en el que la edad no moderó la relación con la sintomatología internalizante.

Por todo ello, podemos concluir que la hipótesis se ha cumplido de manera parcial, dado que, tal y como se predijo, el rango de edad no influyó en los resultados del tratamiento en la puntuación *Total*, *Sintomatología externalizante* (ni en subescalas) y



sintomatología *TEPT*, no obstante, sí lo hizo en *Sintomatología internalizante* y en las subescalas *Aislamiento/Depresión* y *Quejas somáticas*.

9.2.3. Sexo

Hipótesis planteada:

- **Hipótesis 4.** El sexo no influirá en los resultados del tratamiento psicológico.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, la hipótesis se ha cumplido de manera parcial ya que, por un lado, el sexo no influyó en los resultados del tratamiento psicológico en las dimensiones *Total*, *TEPT* y en general en la *Sintomatología internalizante* (a excepción de la subescala *Quejas somáticas*), pero por otro sí lo hizo en general en la dimensión *Sintomatología externalizante* y en particular en la *Agresividad*. Para mayor claridad en la discusión de los resultados en torno a la influencia de la variable sexo en el tratamiento psicológico, a continuación, se procede a la exposición por separado de las escalas *Total*, *Sintomatología internalizante*, *Sintomatología externalizante* y *Sintomatología TEPT*.

9.2.3.1. Sexo y puntuación total

En relación a la influencia del sexo en la puntuación *Total* no se hallaron resultados estadísticamente significativos en la prueba de efectos realizada, así como tampoco hubo diferencias significativas entre ambos sexos en el pre ni en el postratamiento.

En cuanto a investigaciones previas no hemos hallado estudios relativos a tratamientos psicológicos en población MEXVGP en los que se proporcione información de la influencia del sexo en el malestar psicológico “general” (ya sea a través de la escala *Total* del CBCL o de cualquier otro instrumento que ofrezca resultados generales). Esto se debe a que la información proporcionada gira en torno a la sintomatología internalizante, externalizante y *TEPT*.

Estos resultados van en la línea de la hipótesis planteada de que la variable sexo no influye en los resultados.

9.2.3.2. Sexo y sintomatología internalizante

En cuanto a la exploración de la interacción del sexo en los resultados del tratamiento psicológico en la dimensión *Sintomatología internalizante*, no encontramos resultados estadísticamente significativos, al igual que tampoco se hallaron en las subescalas



Ansiedad/Depresión y *Aislamiento/Depresión*. No obstante, sí que interaccionó la variable sexo en los resultados en cuanto a la subescala *Quejas somáticas*. Atendiendo a esta interacción significativa, encontramos que, por un lado, previo a la intervención, las niñas obtuvieron puntuaciones estadísticamente superiores a los niños, y por otro, una mayor reducción de las puntuaciones en niñas, de manera que no hubo diferencias significativas en cuanto al sexo tras la intervención.

Estos resultados van en la línea de las investigaciones de Graham-Bermann et al. (2015) y Pernebo et al. (2018, 2019) en las que no hallaron interacción entre el sexo y el tratamiento psicológico en relación a la *Sintomatología internalizante*. No obstante, en dichos estudios no hacen referencia a quejas somáticas, por lo que no podemos contrastar coincidencias o diferencias en los resultados en esa dimensión. En cuanto a las diferencias entre sexos previas al tratamiento en la *Sintomatología internalizante*, los resultados van en la línea de los metaanálisis de Evans et al. (2008) y Wolfe et al. (2003), así como con el informe de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2015), en los que no encontraron diferencias significativas. Sin embargo, también encontramos estudios como el de Graham-Bermann et al. (2003) y Yates et al. (2003) en los que encontraron que las niñas tienen más probabilidades de presentar problemas internalizantes.

En lo referente a las diferencias previas en cuanto al sexo en la subescala *Quejas somáticas*, hemos tenido dificultades para la localización de estudios sobre MEXVGP para su contrastación, dado que, a pesar de que es frecuente el uso del CBCL en las investigaciones sobre prevalencia en esta población, en general únicamente presentan los resultados del factor de banda ancha *Sintomatología internalizante*. En cuanto a los estudios localizados, encontramos la investigación llevada a cabo por López-Soler et al. (2017b), en la que hallaron que el maltrato sufrido por las madres se relacionó con mayor frecuencia con el desarrollo en la descendencia de quejas somáticas en el sexo femenino frente al masculino. Asimismo, Lamers-Winkelmann et al. (2012) estudiaron específicamente las quejas somáticas en una muestra MEXVG de 6 a 12 años a través del CBCL. Entre sus resultados encontraron diferencias entre sexos de manera parcial, ya que las niñas presentaron mayores puntuaciones de manera significativa en cuanto al dolor estomacal, no obstante, no lo hicieron en el resto de dolores físicos sin causa médica. En cambio, en el informe de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2015) realizado en población española, a diferencia de nuestros resultados, no hallaron



diferencias en cuanto al sexo en la dimensión de *Quejas somáticas*. Cabe destacar, que diferentes estudios en población general infantojuvenil han encontrado que el sexo femenino presenta mayores tasas de quejas somáticas que el sexo masculino (Abad et al., 2000; Perquin et al., 2000; Rieffe et al. 2009; Stanford et al., 2008; Sundblad et al., 2007; Vulić-Prtorić, 2016).

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, la hipótesis planteada se ha cumplido de manera parcial dado que, a pesar no encontrar interacciones significativas en la escala *Sintomatología internalizante*, ni en las subescalas *Ansiedad/Depresión* y *Aislamiento/Depresión*, sí que se hallaron en la subescala *Quejas somáticas*.

9.2.3.3. Sexo y sintomatología externalizante

En lo referente a la interacción de la variable sexo en el tratamiento psicológico en cuanto a la *Sintomatología externalizante*, encontramos resultados estadísticamente significativos, por lo que el cambio del pre al post en esta dimensión está influido por el sexo. Al analizar detalladamente los resultados, encontramos que, previo a la intervención, los niños presentan puntuaciones estadísticamente superiores en comparación con las niñas. Asimismo, en ambos sexos la reducción de los resultados tras el tratamiento psicológico es estadísticamente significativa, no obstante, lo hace en mayor medida en los niños, de manera que en el post no existen diferencias significativas entre ambos sexos.

Si atendemos a las subescalas que conforman la dimensión de *Sintomatología externalizante*, en la dimensión *Comportamiento disruptivo* no se encontró una interacción estadísticamente significativa con la variable sexo, sin embargo, sí lo hizo en la dimensión *Comportamiento Agresivo*. En este caso, la evolución de los resultados en la subescala *Comportamiento agresivo* sigue el mismo patrón que la escala *Sintomatología externalizante*, con puntuaciones significativamente superiores en niños en el pretratamiento, reducciones significativas en ambos sexos (pero en mayor medida en varones) y sin diferencias significativas entre sí tras el tratamiento.

En cuanto a la concordancia con estudios anteriores sobre la interacción de la variable sexo en el tratamiento psicológico en lo referente a *Sintomatología externalizante*, encontramos que nuestros resultados difieren de lo hallado por Howel et al. (2013) y Pernebo et al. (2018, 2019), dado que en sus resultados el sexo no influyó en el



tratamiento. En cuanto a los resultados obtenidos en los que se evidencian diferencias en las que el sexo masculino presenta mayores puntuaciones en *Sintomatología externalizante*, están en la línea de los obtenidos en investigaciones anteriores (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2015; Du Plessis et al, 2015; Evans et al., 2008; Graham-Bermann et al., 2003; Wolfe et al., 2003; Yates et al., 2003). No obstante, en la literatura científica se han encontrado resultados que divergen de los nuestros al no encontrar diferencias en el sexo (Kitzmann et al., 2003; Vu et al., 2016), así como otros en los que el sexo femenino mostró mayor riesgo para el desarrollo de conductas externalizantes (Holmes et al. 2015; Smagur et al., 2017).

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, la hipótesis no se ha cumplido dado que el sexo ha influido en los resultados de la categoría *Sintomatología externalizante*.

9.2.3.3. Sexo y sintomatología TEPT

En relación a la influencia del sexo en el tratamiento psicológico en cuanto a la *Sintomatología TEPT* no se hallaron interacciones estadísticamente significativas, ni diferencias entre sexos en el pre ni en el postratamiento.

Estos resultados van en la línea de lo expuesto por Pernebo et al. (2018, 2019) en los que no encontraron interacción del sexo con el tratamiento psicológico en relación a la *Sintomatología TEPT*. Asimismo, en cuanto a las diferencias por sexo previas al tratamiento, nuestros resultados están acorde con lo hallado por Graham-Berman et al. (2012) ya que tampoco hallaron diferencias significativas en la prevalencia de TEPT por sexos.

Cabe destacar que es frecuente en la literatura que no se hallen diferencias significativas de TEPT en MEXVGP y otros tipos de maltrato infantil en función del sexo, no obstante, a pesar de la falta de significancia, varios estudios señalan una mayor tendencia al desarrollo de sintomatología TEPT en el sexo femenino (Castro, 2011; Fernández, 2014; Fernández et al., 2010; Martínez-Pérez, 2015; Moretti et al., 2006), mientras que otros encuentran una mayor tendencia en el sexo masculino (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2015) llegando a mostrar diferencias mayores estadísticamente significativas en varones (Muela et al. 2019).

En función de los resultados obtenidos, podemos establecer que el sexo no es una variable que influya en la interacción con el tratamiento en torno a la sintomatología



TEPT, ni parece tener impacto en el desarrollo de la misma. No obstante, estos resultados deben aceptarse con cautela dado que se trata de una escala calculada a través del CBCL, y no un cuestionario específico para evaluar el TEPT. Con todo ello, los resultados apoyan la hipótesis de que el sexo no influirá no influirá en los resultados del tratamiento psicológico en cuanto a la dimensión *Sintomatología* TEPT.

9.3. EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN CUANTO A LA MODALIDAD DE TRATAMIENTO

En relación a la eficiencia de la modalidad en el tratamiento psicológico empleado se planteó el siguiente objetivo específico e hipótesis:

- **Objetivo 3.** Analizar la eficiencia del tratamiento psicológico en cuanto a la modalidad de tratamiento empleado.
- **Hipótesis 5.** La modalidad de tratamiento *individual+grupal* mostrará mayor eficiencia que la modalidad *individual*.

Teniendo en cuenta que la eficiencia hace referencia a la capacidad de lograr el efecto deseado en el menor tiempo posible o con el mínimo de recursos posibles, se analizó el número de sesiones empleado en cada modalidad de intervención para explorar posibles contrastes. Por un lado, los resultados mostraron que no existen diferencias estadísticamente significativas en el número de sesiones total entre ambas modalidades. Por otro lado, se encontró que aquellos/as menores y madres que participaron en sesiones grupales requirieron de un número significativamente inferior de sesiones individuales, cuyo tamaño del efecto asociado fue mediano/moderado.

Teniendo en cuenta lo expuesto, encontramos que la modalidad *Individual+Grupal* muestra mayor eficiencia en comparación de la modalidad *Individual* ya que se han obtenido los mismos resultados, con el mismo número total de sesiones, pero con un número menor de recursos. Esto se debe a que en el caso de la modalidad *Individual* en una sesión se requiere a un psicólogo/a para realizar la atención a un único caso, no obstante, en las sesiones grupales, a pesar de emplear 2 profesionales al ser en grupos paralelos (uno para el de menores y otro para el de madres) el número de casos atendido será mayor ya que participan entre 4 y 10, tal y como se expone en el protocolo (López-Soler et al., 2017). Asimismo, no sólo se atienden más casos en un mismo intervalo de sesiones, sino que se requiere un número significativamente inferior de sesiones



individuales, lo cual supone una mayor disponibilidad en el servicio asistencial para poder ofrecer sesiones con menor espacio temporal entre sí.

No hemos hallado estudios de eficiencia específicos en el tratamiento psicológico de MEXVGP en el que se comparen la modalidad de aplicación del tratamiento, por lo que no disponemos de literatura específica previa con la que comparar nuestros resultados. No obstante, estudios recientes como el de Coto-Lesmes et al. (2020) en el que realizaron una revisión sistemática sobre el modelo de intervención activación conductual (AC) en formato grupal para ansiedad y depresión, encontraron que la aplicación en formato grupal permite una mayor eficiencia derivado de su coste-efectividad. Asimismo, estudios como el de Fals-Stewart et al. (1993) en el que compararon la aplicación de exposición con prevención de respuesta (EPR) grupal e individual en sujetos diagnosticados de trastorno obsesivo compulsivo, encontraron que ambas modalidades fueron igualmente eficaces. Por otro lado, Olivares et al. (2003) en su metaanálisis sobre tratamientos psicológicos y farmacológicos de la fobia social en niños/as y adolescentes encontraron que los mejores resultados derivaron de aquellas intervenciones que combinaron en formato individual y grupal. Así pues, nuestros resultados están en la línea de trabajos anteriores en los que se ha encontrado que el uso del formato grupal maximiza los recursos clínicos disponibles.

Con todo ello, tanto el objetivo específico dirigido a “analizar la eficiencia del tratamiento psicológico en cuanto a la modalidad de tratamiento empleado”, como la hipótesis en la que se preveía que “la modalidad de tratamiento *individual+grupal* mostrará mayor eficiencia que la modalidad *individual*” se han cumplido de manera satisfactoria.

9.4. PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA INVESTIGACIÓN

En cuanto a la inclusión de la perspectiva de género en la investigación se planteó el siguiente objetivo:

- **Objetivo 4.** Incluir en el desarrollo del estudio las recomendaciones para la inclusión de perspectiva de género en la investigación.

Para el desarrollo del presente objetivo se tuvieron en cuenta las recomendaciones del cuestionario PEGEIN (Torres et al., 2015) en su adaptación a población infantojuvenil



de Pereira-Román et al. (2021). En la tabla 9.1. se muestra el cumplimiento de los ítems del cuestionario.

Tabla 9.1.

Cumplimiento de los ítems PEGEIN.

Ítem	Cumplimiento
1. En la introducción, ¿se han incluido referencias a la existencia o no de conocimiento científico con perspectiva de género?	Sí
2. En la introducción, ¿hay alguna referencia a la magnitud del problema en niñas y niños?	Sí
3. ¿La introducción tiene en cuenta la categoría de género como un determinante de salud?	Sí
4. A través de los objetivos / hipótesis formuladas, ¿busca la asociación entre el problema de salud estudiado y algún determinante de género?	No
5. En la metodología, ¿se ha estratificado la muestra por sexo?	Sí
6. En la metodología, ¿se ha estratificado la muestra por grupo de edad?	Sí
7. En la metodología, ¿las variables utilizadas resaltan la relación existente entre el problema de salud estudiado y alguno de los factores de género.	Si
8. ¿El proyecto contribuye a poner de manifiesto diferencias o desigualdades entre niños y niñas en el tema de salud investigado?	Sí
9. ¿Tiene como objetivo ayudar a aumentar el conocimiento de la salud de las niñas o de los niños y la diversidad en su expresión?	Sí
10. ¿Tiene como objetivo ayudar a señalar cambios en la estructura de género que pueden repercutir en igualdad o equidad, entre niños y niñas, en salud?	Sí

Nota. Traducción al español de los ítems adaptados de Torres et al. (2015) a población infantojuvenil por Pereira-Román et al. (2021) en “Gender perspective in research on interventions in children with experiences of parental gender-based violence: application of GPIHR criteria” (p.14), 2021, *International journal of environmental research and public health*, 18(21).

En general, tanto los ítems relativos a la inclusión en el marco teórico de referencias y conceptos relativos a la perspectiva de género (1, 2 y 3), la estratificación y uso de variables específicas en la metodología (5, 6 y 7), así como aquellos ítems de valoración general del estudio (8, 9 y 10) han sido valorados de manera positiva.

La única dificultad la hemos hallado en el ítem 4, dado que al tratarse de un estudio *ex post facto* retrospectivo se halló dificultad en la inclusión de determinantes de género. En la versión PEGEIN de Torres et al. (2015) dichos determinantes se refieren a aquellas características asignadas a hombres y mujeres por la socialización de género (p.e. rol social, creencias, actitudes, división sexual del trabajo, identidad sexual, rol familiar,



ciclo vital, etc.). Al adaptarlo a la infancia, salud mental y violencia de género, encontramos que no toda la muestra contaba con variables registradas en este sentido (p.e. actitudes hacia la violencia en los menores, roles asumidos, tareas domésticas asignadas, etc.), de manera que los planteamientos tanto en las hipótesis como en los objetivos se realizó mediante la variable sexo, y no con determinantes de género.

En cuanto a investigaciones previas sobre tratamientos psicológicos en MEXVP que hayan empleado este instrumento, o cualquier otro, para evaluar la perspectiva de género, no hemos hallado ninguno (Pereira-Román, et al., 2021).

Teniendo en cuenta que, en general, se han contestado de manera afirmativa los ítems del PEGEIN, se puede considerar que el objetivo de incluir perspectiva de género en el estudio ha sido cumplido.



Capítulo 10

CONCLUSIONES

El objetivo general del presente estudio fue analizar el apoyo empírico del tratamiento psicológico llevado a cabo en el Servicio de Atención Psicológica a Hijos e Hijas de Víctimas de Violencia de Género (SAPMEX) de la Región de Murcia, el cual está basado en la Terapia Cognitivo Conductual Focalizada en el Trauma (TCC-FT) y en la Terapia Familiar Sistémica (TFS) (López-Soler et al., 2017). Así pues, se trata de un estudio *ex post facto* retrospectivo (de campo) en el que se han analizado los datos disponibles de aquellos casos que han realizado tratamiento psicológico en el SAPMEX con evaluación disponible tanto pre como post en el rango de 6 a 18 años. Asimismo, se tuvieron en cuenta la influencia en la intervención de las variables modalidad del tratamiento, edad y sexo, así como las recomendaciones para la inclusión de perspectiva de género en la investigación. Por todo ello, se trata del primer estudio en el área de menores con experiencias de violencia de género parental (MEXVGP) en el que se analizan los resultados de un servicio asistencial, en el que, además, se tiene en cuenta de manera expresa la perspectiva de género.

A continuación, se procede a la exposición de las conclusiones derivadas de los resultados obtenidos, de manera que se especifican las aportaciones del presente estudio, limitaciones y dificultades, así como futuras líneas de investigación a desarrollar.



10.1. APORTACIONES DEL PRESENTE ESTUDIO

Entre las principales contribuciones del presente estudio destacan: a) la aportación de resultados basados en la práctica en cuanto a la aplicación de tratamiento psicológico basado en la TCC-FT y TFS en contexto asistencial clínico; b) el análisis de la influencia de la edad y el sexo en los resultados; y c) la inclusión de perspectiva de género en el análisis e interpretación de los resultados. A continuación, se presentan las conclusiones obtenidas en cada una de las aportaciones mencionadas.

10.1.1. Resultados basados en la práctica

Una de las mayores contribuciones del presente estudio es la aportación de resultados basados en la práctica de un servicio asistencial clínico especializado en MEXVGP. Hasta la fecha, la mayoría de estudios entendidos como “de campo”, relativos al tratamiento psicológico en esta población, han sido desarrollados en refugios para víctimas de violencia de género o centros de emergencias, en los que en contadas ocasiones se han realizado con muestras comunitarias. No obstante, a pesar de ser codificados como “estudios de campo”, los datos proporcionados por dichas investigaciones no reflejan la práctica rutinaria de los servicios de atención psicológica en esta población, dado que el carácter experimental con el que pretenden maximizar la validez interna en sus estudios (p.e. número de sesiones limitadas, estructura rígida en la implementación del tratamiento, muestras homogéneas, aleatorización, etc.) dista de las condiciones habituales en los servicios asistenciales. Con ello no se pretende desmerecer este tipo de trabajos, ya que son imprescindibles para el avance científico, sino reflejar las limitaciones que implica. Así pues, los resultados proporcionados en el presente estudio cuentan con un alto valor empírico, aunque también cuenta con diversas limitaciones y dificultades tal y cómo se expondrá en el apartado correspondiente. Con todo ello, se trata de un estudio que ha primado la validez externa con el fin de poder aportar datos sobre la práctica real en servicios asistenciales.

Teniendo en cuenta que el tratamiento psicológico desarrollado está basado en gran medida en la TCC-FC, la cual se ha mostrado eficaz en diversos estudios de población infantojuvenil maltratada (Cohen et al., 2004, 2006; Deblinger et al., 1990, 2011; Dorsey et al., 2014; Jensen et al., 2014; Kirsch et al., 2012; Prieto, 2015; Scheeringa y Weems, 2014; Webb et al., 2014; Weiner et al., 2009), podemos concluir que, con los resultados obtenidos, se trata de un modelo de intervención potencialmente efectivo, dado que se



han obtenido reducciones estadísticamente significativas tanto a nivel general, como en sintomatología internalizante, externalizante y TEPT, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambas condiciones de tratamiento.

Asimismo, otra de las conclusiones que podemos establecer con los datos disponibles, es que, el uso de grupos terapéuticos junto con las sesiones individuales es la opción más eficiente. Es decir, a pesar de que tanto los resultados como el número total de sesiones en ambas modalidades no difieran entre sí, el hecho de requerir un número significativamente inferior de sesiones individuales en aquellos casos que realizan sesiones grupales, implica una optimización de los recursos. De este modo, se maximiza de doble manera la capacidad del servicio asistencial ya que, por un lado, en un mismo lapso temporal se pueden atender a más madres y menores (dado que los grupos están diseñados para que participen entre 4 y 10 personas), y por otro, el hecho de requerir un número significativamente inferior de sesiones individuales repercute en mayor disponibilidad de agenda, y, por tanto, en la reducción de los intervalos temporales entre las sesiones individuales.

En cuanto al número de sesiones empleadas, estudios de diferentes enfoques teóricos sobre terapia breve establecen que, para la consideración como “breve”, el criterio es que tengan entre 6 y 12 sesiones (Fernández-Méndez et al., 2010). Asimismo, investigaciones como la de Hansen et al. (2002) refieren existir consenso en la necesidad de entre 13 y 18 sesiones de tratamiento psicológico para que haya mejoras en el 50% de las personas participantes. Estos mismos autores, en su revisión, encontraron que en ensayos clínicos controlados entre el 57.6% y el 67.2% de las personas participantes mejoraron mediante el empleo de un promedio de 12.7 sesiones. Por otro lado, en contextos asistenciales “reales” o clínicos, estos autores hallaron que acuden un promedio de 4.3 sesiones, lo cual supone un número bajo y un riesgo en la obtención de una terapia adecuada. Este hecho, puede estar relacionado con lo expuesto en los estudios de Martínez-Azumendi et al. (1997) y Pekarik (1996) en los que expusieron que las personas que participan en tratamientos psicológicos tienen expectativas de recibir pocas sesiones, así como que existen evidencias de que las mejoras tienden a darse en las sesiones iniciales (Howard et al., 1986).

Atendiendo a nuestros resultados, podríamos establecer que se trata de un tratamiento psicológico en el límite de ser considerado breve, dado que el promedio de sesiones



llevadas a cabo tanto en la condición *Individual* (12.2) como en la *Individual+Grupal* (12.4) no llegan a las 13 sesiones en término medio, no obstante, queda cerca del límite. Asimismo, a pesar de ser resultados de un servicio asistencial clínico, el número de sesiones está más próximo a lo hallado en estudios ensayos clínicos controlados que en contextos clínicos (Hansel et al., 2002).

10.1.2. Influencia de la edad y el sexo en los resultados

Tal y como se ha expuesto en diversas revisiones sistemáticas y metaanálisis (Hiltz-Hymes 2011; Howarth et al., 2016; Lutzman et al., 2019; Romano et al., 2019), hasta la fecha no se ha podido establecer de manera clara si existe algún tipo de influencia de la edad y el sexo en el tratamiento psicológico dirigido a MEXVGP. Con la bibliografía disponible, se formularon hipótesis dirigidas a que la edad y el sexo no tendrían efecto en los resultados de la intervención, no obstante, se cumplieron de manera parcial. Por un lado, encontramos que no se dio dicha influencia en la puntuación *Total* del CBCL y en la escala calculada de sintomatología *TEPT*, por otro, se dio de manera parcial en lo referente a la *Sintomatología internalizante* y a la *Sintomatología externalizante*.

En lo referente a la puntuación *Total* del CBCL y sintomatología *TEPT*, no hallamos influencia de las variables edad y sexo en el tratamiento psicológico, ni tampoco diferencias estadísticamente significativas en los resultados previos y posteriores al mismo en cuanto a dichas variables. Con todo ello, podemos concluir que, tanto a nivel de malestar psicológico general como a nivel de sintomatología *TEPT* en particular, ambos sexos y rangos de edad (de 6 a 11 y de 12 a 18 años) se ven igualmente afectados, y la pertenencia a cualquiera de dichos grupos no influye en los resultados del tratamiento psicológico. En el caso de la puntuación *Total*, estos resultados pueden deberse a que, al tratarse de una escala genérica de malestar psicológico, las diferencias concretas relativas al sexo o rango de edad acaben por generar un efecto “balance”, de manera que las diferencias que pueda haber se acaben contrarrestando entre sí. En cuanto a la sintomatología *TEPT*, al ser una escala calculada y no un instrumento específico de valoración de *TEPT*, los datos deben ser tomados con cautela.

Con respecto a la *Sintomatología externalizante e internalizante*, los resultados muestran interacciones del tratamiento de manera diferente entre ambas variables. Así pues, el rango de edad no mostró interacción de manera significativa con la *Sintomatología externalizante* ni sus subescalas, sin embargo, sí lo hizo con la



Sintomatología internalizante y las subescalas *Aislamiento/Depresión* y *Quejas somáticas*. Y de manera contraria, el sexo interactuó con la *Sintomatología externalizante* y la subescala *Comportamiento agresivo*, no obstante, no lo hizo la *Sintomatología internalizante* ni sus las subescalas, a excepción de *Quejas somáticas*.

Cabe destacar que en las áreas evaluadas en las que la variable rango de edad y/o sexo ha influido en la reducción del pre al post, en todas ellas, a excepción de *Aislamiento/Depresión*, se dieron diferencias significativas previo a la intervención, sin embargo, no se dieron tras el tratamiento. De este modo los chicos presentaron mayor *Sintomatología externalizante* y *Comportamiento agresivo* en el pre, mientras que las chicas obtuvieron mayores puntuaciones en lo relativo a las *Quejas somáticas*. Asimismo, se da esta misma dinámica en los/as menores que se encuentran en el rango de 12 a 18 los cuales obtuvieron mayores puntuaciones en *Sintomatología internalizante* y *Quejas somáticas* en el pre. Así pues, estos resultados apuntan a que el tratamiento es especialmente eficaz en la reducción de la sintomatología en aquellos grupos que podríamos considerar de riesgo, igualando las puntuaciones tras la intervención al nivel del grupo con menor afectación, en los cuales también se produjeron reducciones en las puntuaciones.

Atendiendo a la dimensión en la que se produjo interacción de la variable edad o sexo, pero cuya dinámica difiere de la tendencia general anteriormente descrita, encontramos la subescala *Aislamiento/Depresión*. En este caso, se encontró que el rango de edad influyó en la reducción de las puntuaciones, no obstante, no se dieron diferencias estadísticamente significativas previas a la intervención, pero sí en las puntuaciones post. De este modo, a pesar de que en ambos rangos se dieron reducciones estadísticamente significativas, se produjeron en mayor medida en las edades comprendidas entre los 6 y 11 años. Estos datos apuntan a que el tratamiento es especialmente eficaz en la segunda infancia frente a la adolescencia en lo que se refiere a la dimensión *Aislamiento/Depresión*, aunque también existe la posibilidad de que este efecto se deba a que resulta más difícil la reducción en esta área en la etapa adolescente.

A continuación, se muestran las conclusiones alcanzadas e interpretaciones de manera más detallada en torno a al efecto de las variables edad y sexo en las que se han obtenido resultados significativos en cuanto a la influencia en el tratamiento psicológico.



10.1.2.1. Edad

Entre los resultados de la presente investigación encontramos en la dimensión de banda ancha *Sintomatología internalizante* la influencia estadísticamente significativa del rango de edad en la reducción de la sintomatología del pre al post, de manera que el tratamiento resulta especialmente eficaz en el rango de 12 a 18 años. Al analizar por separado las dimensiones de banda estrecha que conforman la *Sintomatología internalizante*, encontramos que el rango de edad también influye en la dimensión *Aislamiento/Depresión* y *Quejas somáticas*, aunque de manera diferente. En el primer caso se encontró que la pertenencia al grupo de 6 a 11 años resultó especialmente eficaz en la reducción de dicha sintomatología, mientras que en el segundo lo hizo en el rango de 12 a 18.

Entre las interpretaciones que podemos realizar, por un lado, encontramos que puede que el tratamiento sea especialmente eficaz en *Aislamiento/Depresión* para el grupo de menores de 6 a 11, ya que, a pesar de ser una etapa con mayor autonomía en comparación con la primera infancia, sigue existiendo una gran influencia del entorno en el bienestar del/la menor (Portu y Eceiza, 2012), y, por tanto, en la reducción de la sintomatología. De este modo, al trabajar contenidos como el reconocimiento y la expresión emocional, el trabajo directo con la madre o la posibilidad de que se compartan en conjunto las vivencias, puede resultar especialmente eficaz en la reducción de *Aislamiento/Depresión* en la etapa de la segunda infancia. Por otro lado, encontramos que puede que la etapa adolescente (de 12 a 18 años) se trate de un periodo con mayor dificultad para la reducción de *Aislamiento/Depresión*. Tal y como exponen Pedreira y Martín (2000) la adolescencia se trata de un periodo en el que se producen cambios hormonales, corporales (con estándares de idealización o rechazo ante la integración de la nueva imagen corporal), psicológicos (identidad personal con gran influencia de los pares, identidad sexual, etc.) y sociales (evolución de la dependencia a la autonomía en la toma de decisiones, establecimiento de límites, etc.). Así pues, todos estos factores inherentes a esta etapa del ciclo vital, junto con la posibilidad de haber experimentado durante más tiempo violencia de género parental, puede que dificulten la mejora en la dimensión *Aislamiento/Depresión* en comparación con el rango de edad de 6 a 11 años.

En cuanto a la subescala *Quejas Somáticas*, tal y como se ha mencionado anteriormente, se dieron diferencias significativas previas al tratamiento entre ambos



grupos de edad, de modo que el grupo de menores entre 12 y 18 años obtuvieron puntuaciones significativamente superiores. Sin embargo, dichas diferencias significativas no se mantuvieron tras la intervención, dado el mayor descenso en el grupo de 12 a 18 años. En cuanto a la interpretación de estas diferencias previas a la intervención relativas a mayores quejas somáticas en el rango de 12 a 18 años, pueden ser debidas a que al tratarse de una etapa del ciclo vital (adolescencia) en la que existe una mayor comprensión de las dinámicas relacionales derivadas de las vivencias de VGP, y no poder hablar de ello dado que se encuentra en el ámbito de lo privado, favorezca el desarrollo de quejas somáticas en mayor medida que en el rango de 6 a 11 años. Así pues, tras ofrecer un espacio terapéutico en el que poder expresar dichas experiencias, así como el trabajo del resto de componentes del tratamiento psicológico, es probable que se dé una mayor disminución de las somatizaciones en los/as menores que se encuentran en la etapa adolescente.

10.1.2.2. *Sexo*

A continuación, se procede al desarrollo de la influencia de la variable sexo de manera detallada en el tratamiento psicológico en las escalas y subescalas en las que se hallaron resultados estadísticamente significativos.

10.1.2.2.1. Sexo y sintomatología internalizante

En lo referente a respuestas internalizantes, únicamente se halló una interacción estadísticamente significativa en la dimensión de banda estrecha *Quejas somáticas*, de modo que el tratamiento resultó especialmente eficaz en el sexo femenino en la reducción de sintomatología en dicha dimensión. Teniendo en cuenta la descripción de la dimensión del CBCL de *Quejas somáticas* encontramos que se valoran diferentes problemáticas físicas sin causa médica. Una de las definiciones más empleada para la somatización es la de Kleinman y Kleinman (1986), los cuales la entienden como “la expresión de malestar personal y social mediante un idioma de quejas corporales que lleva a la búsqueda de ayuda médica” (p. 430), o, dicho de otro modo, las quejas somáticas son el lenguaje del malestar psicológico cuando este no se puede expresar con palabras. No obstante, tal y como exponen en su análisis López-Santiago y Belloch (2002), a pesar de ser una definición que cuenta con respaldo de la comunidad científica, debe tomarse con precaución dado que se puede correr el riesgo de realizar interpretaciones simplistas ante problemáticas de gran complejidad.



En cuanto a las somatizaciones, Velasco et al. (2006) en su revisión agruparon los siguientes bloques teóricos: a) biomédico-psicosocial; c) biopsicosocial-psicoanalítico; y c) feminista. Según el bloque teórico biomédico-psicosocial la causa de los síntomas somáticos deriva de estresores psicosociales (carencias afectivas infantiles, insatisfacción familiar y/o social) o una mala adaptación a dichos estresores, que generan trastornos fisiopatológicos, en los cuales se utilizan la clasificación psiquiátrica del DSM y de síndromes funcionales de la CIE. Por otro lado, el modelo biopsicosocial-psicoanalítico describe las causas de las somatizaciones a través de agentes externos, hábitos, cogniciones y conflictos personales inconscientes. Entre los factores asociados al desarrollo de somatizaciones en este modelo encontramos situaciones vitales de vulnerabilidad (muerte, separación), cambios en el ciclo vital (primera infancia, segunda infancia, adolescencia), conflictos interpersonales (familia, escuela) o inadaptación personal (escuela, hogar). Asimismo, en el modelo de atención se tiene en cuenta, entre otros factores, la localización biográfica del inicio de las somatizaciones y la comprensión del malestar o el significado simbólico, y es asumido por diferentes modelos como el psicodinámico, el cognitivo-conductual o el psicoeducativo. Finalmente, el modelo feminista expone una etiología multicausal derivada de la interacción entre factores sociales y experiencias vividas en la que se tiene en cuenta el poder y el género, el cual ha sido estudiado desde distintos enfoques (biomédico-socialista-biopsicosocial-ecosocial-psicoanalítico). De manera resumida, desde este modelo los factores asociados al desarrollo de somatizaciones serían biopsicosociales de género, así como contextos de opresión, como pueden ser situaciones de la dependencia económica, ser objeto de violencia, roles de género desvalorizados y estereotipados (rol maternal, conyugal y de cuidados) o discriminaciones por sexo y raza. Velasco et al. (2006) destacan que, a pesar de que en todos los modelos expuestos, el sexo femenino es considerado como un factor de riesgo del desarrollo de sintomatología somática, no es habitual la perspectiva de género en el análisis de los mismos.

Atendiendo a nuestros resultados, una hipótesis que explicaría las diferencias significativas con mayores puntuaciones en niñas previas al tratamiento en cuanto a *Quejas somáticas*, es que se deba a factores relacionados con la socialización de género. De manera resumida, el aprendizaje derivado de la socialización de género se traduce en que los hombres tienen un mayor reconocimiento social derivado de la ocupación de los espacios productivos (ámbito público), mientras que las mujeres lo hacen en el espacio



reproductivo (ámbito privado) otorgándoles mayor responsabilidad en todos los contextos relacionados con los cuidados (Okin, 1990). De este modo, el mayor reconocimiento social histórico en hombres deriva en que mujeres y niñas lleguen a interiorizar su propia desvalorización y asuman la represión de sus necesidades. De este modo, las niñas son socializadas hacia el bienestar de otras personas, así como en la represión de su ira dado que de todas las emociones es la “menos femenina” (Muñoz-Suazo, 2020). Asimismo, diferentes estudios ponen de relieve que en los contextos familiares en los que se produce violencia de género se emplean con mayor frecuencia modelos de crianza que perpetúan estereotipos de género (Kerig, 1999; Maliken y Katz, 2012). Por todo ello, puede que la diferencia entre sexos esté influida por el proceso de socialización, de manera que ante situaciones que generan malestar como puede ser la violencia de género parental, las niñas tiendan a llevar a cabo estrategias de mayor represión conductual/emocional, de modo que acaben desarrollando con mayor frecuencia quejas somáticas en comparación con los niños, a los que sí les estaría “permitido” la expresión del malestar a través de mecanismos como la ira o la agresividad.

En cuanto a los resultados sobre el descenso en la subescala *Quejas somáticas*, encontramos que éstos se dan en ambos sexos, pero únicamente es significativo en el sexo femenino, de modo que, tras la intervención, no existen diferencias significativas entre ambos sexos. Así pues, se puede interpretar que el tratamiento psicológico es especialmente eficaz en el sexo femenino en cuanto a la dimensión de *Quejas somáticas*. De este modo, el hecho de encontrar espacios seguros en los que poder compartir sus experiencias en torno a la violencia de género parental, expresar sus emociones asociadas, aumentar la propiocepción corporal a través de la relajación progresiva y recibir *feedback* positivo por parte del/la terapeuta, puede haber influido en la mayor reducción de dicha sintomatología en el sexo femenino. En esta línea, estudios como el de Graham-Bermann et al. (2011) encontraron que la revelación de eventos traumáticos en la terapia de MEXVGP se asoció con una reducción significativamente mayor de problemas internalizantes, así como de la mejora en cuanto actitudes y creencias en torno a la violencia en el ámbito familiar.

10.1.2.2.1. Sexo y sintomatología externalizante

Según los resultados, parece que el tratamiento es especialmente eficaz para varones en cuanto a la reducción de *Sintomatología externalizante* en general, y en el



Comportamiento agresivo en particular. No obstante, debemos tener en cuenta las diferencias estadísticamente significativas previas al tratamiento. El mayor comportamiento agresivo y respuestas externalizantes en el sexo masculino puede estar influenciado por diferentes factores como puede ser: a) el modelamiento de las actitudes y comportamientos del padre/agresor; b) un estilo educativo diferencial en función del sexo influenciado por el estrés postraumático materno; y/o c) la socialización de género en la que confluye el menor desarrollo del reconocimiento y expresión emocional en varones, junto con el “permiso” en mayor medida la expresión del malestar a través de la ira o la agresividad en el sexo masculino.

Entre los diferentes escenarios que nos plantamos en torno a la mayor reducción de respuestas externalizantes en el caso del sexo masculino, podemos realizar interpretaciones con perspectiva de género tanto del trabajo dirigido a las madres como a la descendencia. Atendiendo a los diversos módulos de intervención con los/as menores encontramos que el hecho de realizar un trabajo en el reconocimiento y expresión emocional, acompañado del trabajo en habilidades de autocontrol y gestión alternativa de conflictos junto a los ejercicios de relajación puede que hayan influenciado de manera diferente en cuanto al sexo. En el caso del sexo masculino existe la posibilidad de que tenga un mayor efecto ya que al desarrollar competencias de reconocimiento y gestión emocional “contrarreste” las diferencias entre ambos sexos derivadas de los procesos de socialización. De este modo, ante situaciones que provocan malestar psicológico en las que en mayor medida los niños llevan a cabo respuestas emocionales/conductuales externalizantes, tras la intervención pueden desarrollar respuestas alternativas para la gestión del sufrimiento igualando los resultados a los obtenidos por el sexo femenino.

Si nos centramos en los componentes del tratamiento dirigido a las madres, podemos añadir otra hipótesis de cambio que ayude a comprender la mayor reducción de las respuestas externalizantes en los varones. De este modo, puede que el trabajo dirigido a la psicoeducación en torno a la resolución del comportamiento agresivo junto con el componente relativo a la identificación del/la menor con el agresor haya resultado de gran relevancia. Tal y como se ha constatado, las madres víctimas de violencia de género tienen altas prevalencias de TEPT relacionadas con eventos relacionados con sus exparejas (habitualmente el padre de los menores). Ante situaciones en las que los menores varones presenten comportamientos agresivos, las madres pueden experimentar



sintomatología de reexperimentación que las lleve a emplear estrategias de resolución inadecuadas como puede ser la evitación de la reexperimentación cediendo ante las demandas del menor para cesar el comportamiento agresivo (lo cual produce un refuerzo negativo de la conducta agresiva en el menor) o responder de manera agresiva frente a la agresividad del menor con lo cual se valida el uso de la violencia para la resolución de los conflictos. Desde este enfoque, podríamos plantearnos que el trabajo dirigido a “romper” la identificación del menor con el agresor ha permitido a las madres despejar la influencia de la reexperimentación del TEPT asociado al agresor, y emplear las estrategias trabajadas en la psicoeducación de la resolución del comportamiento agresivo del menor.

Cabe destacar que, todo lo trabajado en la terapia se retroalimenta entre sí y ayuda al establecimiento relacional madre/hijo desde una óptica en la que se contrarrestan las posibles dinámicas de socialización de género tanto para las madres como para los menores. De este modo, las madres pueden desarrollar prácticas típicamente asociadas a lo masculino mediante el establecimiento de normas y límites (o dejar de establecerlos de manera inadecuada), y los menores pueden reconocer, expresar y gestionar sus emociones de manera más adaptativa, por un lado, y por otro, dejar de relacionarse en el contexto materno a través de roles inadecuados (p.e. protector). Así pues, con todo ello se fortalece el vínculo madre/hijo y se rompen estereotipos de género del tipo “los niños son más brutos que las niñas”, “el niño ahora es el hombre de la casa”, “es el padre quien pone orden en la casa” o “no querer ser la mala” (haciendo referencia a poner límites a la descendencia).

10.1.3. Análisis con perspectiva de género

Otra de las aportaciones de la presente investigación es el análisis explícito de los resultados con perspectiva de género. De hecho, se puede considerar pionero al respecto, dado que no tenemos constancia de ningún estudio previo en relación al tratamiento psicológico dirigido a hijos e hijas de víctimas de violencia de género que haga referencia a ello.

Tal y como se ha comentado en el apartado anterior, entre nuestros resultados hemos hallado diferencias entre ambos sexos, de modo que se encontró mayor afectación en chicos en cuanto al desarrollo de *Sintomatología externalizante* y *Comportamiento agresivo*, mientras que en las chicas mayores puntuaciones en *Quejas somáticas*.



Asimismo, la mayor afectación también se asoció con mayores reducciones tras el tratamiento psicológico.

La lectura que realizamos sobre estos hechos está relacionada con la socialización de género, de modo que consideramos esta puede influir en el desarrollo diferencial de respuestas ante el malestar ocasionado por la violencia de género parental en los/as menores. De este modo, el hecho de que las niñas sean socializadas hacia el bienestar de otras personas, así como hacia la represión de sus necesidades y respuestas asociadas a la agresividad por no ser consideradas como femeninas, puede influir en un mayor desarrollo de quejas somáticas. Por otro lado, la mayor permisividad para llevar a cabo respuestas externalizantes en los varones, junto con la mayor represión a la hora de expresar su vulnerabilidad (p.e. tener que ser fuerte, ser el hombre de la casa), puede influir en el desarrollo de respuestas externalizantes como consecuencia al malestar asociado a sus vivencias.

En lo relativo al tratamiento psicológico consideramos que, a pesar de no tener contenidos diferentes en función del sexo, las variaciones en los resultados han podido estar influenciados por aspectos relativos al género. Así pues, el hecho de ofrecer espacios seguros en los que poder hablar abiertamente de las vivencias en relación a la violencia puede haber tenido un mayor impacto en la reducción de *Quejas somáticas* en las chicas dado que en el marco terapéutico se corta la mayor represión emocional/conductual que se espera de ellas. En el caso de la mayor reducción en el comportamiento externalizante en varones, consideramos que ha podido estar influenciada por la ruptura de dinámicas de socialización y estereotipos de género a través del trabajo dirigido tanto a las madres como a los menores, tal y como se especificado en el apartado anterior.

Asimismo, cabe destacar la implementación del instrumento PEGEIN en la elaboración del presente estudio, de modo que se han tenido en cuenta todos los ítems del mismo para la inclusión efectiva de perspectiva de género.

10.2. LIMITACIONES Y DIFICULTADES

En el presente apartado se procede a la exposición de las limitaciones del presente estudio, así como las conclusiones derivadas de las dificultades a la hora de desarrollar el mismo.



10.2.1. Limitaciones del estudio

Al tratarse de un diseño *expo facto* retrospectivo cabe destacar que no se han podido manipular las variables experimentales. Así pues, en el presente estudio se ha favorecido la validez externa frente a la interna, con las limitaciones metodológicas que ello conlleva. En primer lugar, una de las limitaciones del estudio es la generalización de los resultados, dado que, ante la imposibilidad de controlar la variable independiente y variables de la muestra (edad, sexo, etc.), las relaciones halladas no pueden alegar con la misma firmeza que en un diseño experimental.

La selección de la muestra ha sido incidental, de manera que los datos poblacionales recopilados no son probabilísticos. Asimismo, en nuestro estudio no contamos con grupo control, al igual que tampoco se han asignado de manera aleatoria a los grupos *Individual* e *Individual+Grupal*.

Por otro lado, tampoco se han realizado seguimientos, por lo que no sabemos si los resultados se han mantenido a lo largo del tiempo, o si existen diferencias en el mantenimiento en función de la modalidad terapéutica.

Otra de las limitaciones es la naturaleza de los resultados, dado que para la presente investigación únicamente se tuvo en cuenta el cuestionario CBCL, el cual es cumplimentado por las madres. A pesar de tratarse de un cuestionario ampliamente validado, habría sido recomendable incluir resultados de autoinforme, con el que poder comparar el efecto auto percibido en la sintomatología evaluada.

Asimismo, al no tratarse de un estudio de prevalencia y, por tanto, no estar diseñado a tal efecto, las diferencias en cuanto a los resultados previos a la intervención deben ser tomados con cautela.

10.2.2. Dificultades en el área de estudio

En la realización del presente estudio hemos hallado diferentes dificultades en el área de MEXVGP en torno a la investigación. Para una mayor claridad, se han organizado dichas dificultades en cuatro bloques: 1) aplicación de perspectiva de género en investigación; 2) poblacionales; 3) contextuales en servicios asistenciales; y 4) variables intrusas. A continuación, se procede a la exposición pormenorizada de cada una de ellas.



10.2.2.1. Dificultades en la aplicación de perspectiva de género en investigación

Tal y como se ha mencionado en la introducción, el género se trata de una construcción social, la cual se encuentra en constante evolución. De este modo, el constructo de masculinidad o femineidad varía en función del contexto histórico y cultural, lo cual dificulta en gran medida establecer medidas que puedan perdurar a lo largo del tiempo. Asimismo, el hecho de tratarse de una dimensión social, elaborada por sujetos y por tanto subjetiva, complica su inclusión con la perspectiva objetiva en las ciencias de la salud. Es decir, el corte biomédico dominante en la investigación en torno a problemáticas relacionadas con la salud mental/bienestar psicológico, obstaculiza la inclusión de la perspectiva de género, dado que al tratarse de determinantes sociales/relacionales, no se dispone de marcadores objetivos fácilmente cuantificables.

Esta situación en los contextos de investigación dificulta el establecimiento de conclusiones firmes, dado que el análisis de las dinámicas de poder implica una valoración cualitativa en base a determinantes de género. De esta manera, con los resultados obtenidos podemos establecer hipótesis en función de la socialización de género, no obstante, deben ser tomadas con precaución dado que no se puede establecer causalidad. Así pues, la medición de conductas específicas socialmente esperables para niños/hombres y niñas/mujeres se debe realizar con gran precaución, dado que estas pueden cambiar, sin embargo, las dinámicas de poder y desigualdad entre géneros permanecen.

Por todo ello, consideramos que la aplicación de perspectiva de género supone una dificultad añadida en las investigaciones, no obstante, resulta necesaria para poder avanzar en el conocimiento y evitar así sesgos de género en la interpretación de los resultados.

10.2.2.2. Dificultades poblacionales

La primera dificultad que hallamos en torno a la población, es que la petición de atención psicológica está dirigida a los/as menores, no obstante, en general no son estos/as quienes la demandan. La solicitud suele estar motivada por preocupaciones maternas en torno a dificultades conductuales o emocionales en la descendencia, no obstante, también pueden venir dadas de otros organismos como pueden ser el centro educativo, servicios sociales o el juzgado por el que se procesa la violencia de género. De este modo, podemos



encontrar diferencias entre aquello que preocupa a la madre/organismo derivante y las propias preocupaciones de los/as menores derivados/as. Todo ello supone una dificultad en el establecimiento de los objetivos terapéuticos y, en consecuencia, en la motivación y adherencia al tratamiento psicológico, dado que la figura adulta va a tener un gran peso en el establecimiento de las metas.

Por otro lado, la evaluación psicológica en esta población presenta varias dificultades en investigación, dado que los datos se pueden ver afectados por diversos motivos. En primer lugar, en comparación con la población adulta en la que se evalúa únicamente al sujeto participante, la diversidad de fuentes que aporta información puede hacer que esta resulte contradictoria entre sí. En el caso de MEXVG encontramos que puede proveer información el/la menor, la madre, familiares con los que conviven, el padre, el profesorado y otros profesionales que también atiendan al/a la menor (servicios de familia, atención temprana, etc.). Asimismo, la fiabilidad de la información aportada por los/as menores puede verse comprometida en función de la edad, desarrollo madurativo, etapa del ciclo vital y la percepción del motivo de derivación al servicio.

No debemos olvidar que, a pesar de que se haya producido la separación entre ambos progenitores, es habitual que estos/as menores se encuentren en medio de un conflicto interparental que conlleve un “conflicto de lealtades”, en muchas ocasiones judicializado con valoraciones en torno a la custodia. De este modo, en las evaluaciones psicológicas clínicas puede producirse el efecto de deseabilidad social mediante el cual el/la menor intente “proteger” a alguno de los progenitores, encontrando contradicciones o intentando dar una imagen favorable de sí mismos/as o negando la violencia por temor a “traicionar” a algún progenitor.

Finalmente, otra de las dificultades asociadas a esta población en lo relativo al tratamiento psicológico es su situación de dependencia en relación a sus figuras parentales. En este caso, las mayores dificultades vienen dadas por la limitación de trabajo con el agresor, habitualmente padre del/la menor con el cual tiene visitas, y la influencia del mismo en el motivo de derivación. Al no haber intervenciones con él, a no ser que este las demande, por un lado, difícilmente se pueden realizar acciones de psicoeducación para reducir las afectaciones en el/la menor, y por otro, podemos encontrarnos ante la negación de la existencia de dichas dificultades por parte del padre, dado que la atención ha sido solicitada por la madre u otros organismos en relación a la violencia de género.



En función de la etapa del ciclo vital que se encuentren los/as menores estas dificultades pueden variar, dado que su dependencia y capacidad de acción varía con ella. De este modo las dificultades en la primera y segunda infancia pueden venir de variables intrusas como que el padre haga comentarios inapropiados sobre la madre en las visitas, en las que estos/as tienen una capacidad de acción muy baja, y, por otro lado, podemos encontrar dificultades en etapas adolescentes en las que el padre no establece límites y normas, de manera que genera dificultades por parte de la madre a la hora de establecerlos.

10.2.2.3. Dificultades contextuales de los servicios asistenciales

Una de las mayores dificultades que podemos encontrar en torno a la evaluación de esta población en servicios asistenciales está relacionada con el equilibrio entre número de pruebas, el tiempo dedicado y el establecimiento de una buena relación terapéutica tanto con la madre como con el menor. Debemos tener en cuenta que en los servicios asistenciales el número de recursos humanos es limitado, por lo que, a pesar de que lo idílico en investigación es que el profesional que realiza la evaluación sea diferente al que realiza la intervención, en la práctica clínica es habitual que sea el mismo profesional quien evalúa y realiza el tratamiento psicológico. De este modo, resulta de gran dificultad en la elaboración de protocolos de evaluación encontrar un balance óptimo que permita recopilar información a través de cuestionarios sobre diferentes áreas que pueden estar afectadas por las vivencias de violencia de género, a la par que mantener la motivación y alianza terapéutica.

Esta dificultad puede derivar en una desavenencia entre el motivo por el que se demanda ayuda profesional y los tiempos que requiere la aplicación de protocolos de evaluación exhaustivos. Así pues, ante una petición concreta de dificultades emocionales y/o conductuales en los/as menores, las personas usuarias del servicio se pueden encontrar con que su primer contacto con el/la profesional esté dirigido a cumplimentar cuestionarios sobre un gran número de áreas que se pueden ver afectadas por las vivencias de violencia de género (tipos de maltrato y gravedad hacia madres y menores, respuestas de los/as menores frente la violencia, estilo educativo materno, estilos de apego desarrollados, creencias sexistas, etc.) así como de la medición psicopatológica tanto en madres como en descendencia (TEPT, depresión, ansiedad, TDAH, problemáticas de adaptación y socialización, quejas somáticas, etc.).



Asimismo, otra de las dificultades que podemos encontrar en torno a la temporalidad en los servicios asistenciales, la encontramos en cuanto a las agendas y la frecuencia de asistencia en comparación a los contextos de investigación de “laboratorio”. En ámbito experimental, las sesiones están determinadas a un número concreto con una periodicidad preestablecida; no obstante, en la práctica clínica existen diferentes variables que dificultan que se pueda llevar a cabo de la misma manera. Así pues, las agendas de los servicios asistenciales, habitualmente con grandes números de personas a las que atender, junto con las dificultades propias de la situación de las madres y menores (horarios de trabajo, horarios de centros educativos, coincidencia de citas con el día de visita con el padre, citas médicas, periodos vacacionales, etc.) hace que la periodicidad en el establecimiento de citas sea variable.

Con la exposición de estas dificultades no se pretende abogar por una disolución de la práctica dirigida a la evaluación en los contextos asistenciales, sino poner de relieve la necesidad de revisión de estas prácticas de los contextos experimentales. Las características de los estudios experimentales dificultan su extrapolación y replicabilidad en los contextos de práctica clínica, y, por ende, la valoración de la efectividad de los tratamientos.

10.2.2.4. Variables extrañas

Otra de las dificultades que podemos encontrar en los servicios asistenciales a la hora de evaluar el apoyo empírico del tratamiento psicológico en MEXVGP, es el elevado número de las denominadas variables extrañas o intrusas que pueden influir en el desarrollo del mismo. En los estudios experimentales, este tipo de variables se intentan controlar escogiendo muestras en las que se pueda regular que no se den (p.e. refugios para víctimas de violencia de género), no obstante, resulta de gran complejidad en la práctica clínica. Entre las variables detectadas sobre las que no podemos intervenir, se han detectado: a) intervenciones paralelas; b) contacto con el agresor; c) procesos judiciales; d) nuevas agresiones; y e) interrupción del tratamiento. A continuación, se procede a la descripción de cada una de las variables extrañas detectadas.

En cuanto a las *intervenciones paralelas*, encontramos que estas se pueden dar tanto con las madres como con su descendencia. En el caso de las madres, a pesar de que se realizan las derivaciones al SAPMEX desde los Centros de Atención a las Víctimas (CAVI), no podemos controlar la influencia del trabajo que se realiza con ellas, ya que



este podría ser considerado como asesoramiento (*advocacy*), no obstante, no disponemos de los contenidos trabajados paralelamente desde los CAVI. Por otro lado, en lo referente a los/as menores, tampoco disponemos de información sobre intervenciones que se han podido realizar de manera paralela que puedan complementar el tratamiento psicológico llevado a cabo en el SAPMEX. Ejemplos de ello lo podemos encontrar en talleres realizados en los centros educativos de reconocimiento y expresión emocional, relajación o campañas de sensibilización a la violencia de género, que variarán en función del centro de cada menor.

En lo relativo al *contacto con el agresor*, también es una variable que puede afectar en el desarrollo del proceso terapéutico dada la complejidad e imprevisibilidad de la misma. Así pues, encontramos que en la mayoría de casos se siguen dando visitas con el padre agresor mientras se realiza el tratamiento psicológico, sin embargo, existe una gran variabilidad en cómo estas se producen. De este modo, podemos encontrarnos ante visitas irregulares en las que el/la menor no sabe si el padre acudirá o no, visitas regulares con un cumplimiento rígido del convenio, incumplimiento total por parte del padre que no acude, conflictos en las visitas del padre con otras personas y/o con los/as menores, comentarios inapropiados hacia la madre o familia materna, visitas suspendidas durante varios meses mientras el progenitor tiene medidas penales que se retoman tras la finalización de las mismas sin supervisión, por nombrar algunos ejemplos. Asimismo, tal y como se ha comentado anteriormente, resulta de gran dificultad tener un contacto directo con el padre, y cuando se da, es habitual que el enfoque del contacto esté dirigido a temáticas legales y problemáticas que este refiere con la madre, que dificultan el abordaje de las dificultades que presenta el menor.

En aquellos casos en los que el *procedimiento legal* se encuentra en curso con medidas provisionales en torno a la denuncia de violencia de género, finalización de la orden de alejamiento, el convenio regulador de las visitas, pensión de alimentos, etc., encontramos que puede ser una variable extraña en el desarrollo del tratamiento psicológico. Este tipo de procesos pueden conllevar un elevado estrés tanto para las madres como para la descendencia, ya que pueden influir de manera notable en su bienestar. En el caso de las madres, acudir al juicio puede suponer una revictimización ya que se tiene que volver a exponer la violencia vivida, lo cual puede derivar en reexperimentación y en alteraciones del humor y cognición procedentes del TEPT, lo cual



repercuta en la relación con su hijo/a. Asimismo, en el caso de los/as menores que deben participar en una evaluación pericial del juzgado y/o son llamados a declarar en el juicio, pueden verse sometidos/as a una gran presión que interfiera en el tratamiento.

Otro de los factores que puede intervenir son las *nuevas agresiones* (físicas o verbales) que se pueden dar en el transcurso de la intervención psicológica. En este caso, no solamente influye el efecto en sí que la agresión puede ocasionar en el bienestar psicológico, sino las consecuencias judiciales derivadas de ello. Así pues, pueden darse nuevos contextos como órdenes de alejamiento, interrupción de las visitas y/o entrada del padre en prisión, en los que el/la menor se vea afectado emocionalmente.

En último lugar, podemos encontrar variables que no solo afectan al desarrollo de la intervención, sino que *interrumpen el tratamiento psicológico*. Entre las diversas situaciones que se pueden dar, encontramos la negativa de asistencia por parte del padre una vez cumplida su sentencia judicial por violencia de género, derivación a otros recursos (abusos sexuales, intentos de suicidio), dificultades de asistencia relacionadas con motivos laborales de la madre, cambios de domicilio que impiden la asistencia, etc.

10.3. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

A través de la elaboración del presente estudio, así como la detección de áreas que no se encuentran suficientemente desarrolladas en el ámbito de investigación en relación a la población de MEXVGP, se exponen diferentes líneas de investigación a desarrollar que puedan complementar y ampliar los resultados obtenidos.

En primer lugar, consideramos de gran interés ampliar los estudios de prevalencia en torno a los diferentes tipos de respuestas en MEXVGP (ansiosas, depresivas, somáticas, agresivas, disruptivas, TEPT, etc.), en los que se tengan en cuenta variables ligadas a la socialización de género (cuidados, autosuficiencia, etc.). Asimismo, consideramos apropiado realizar estudios de cohorte en los que discernir si la afectación en función del rango de edad se debe a la etapa evolutiva, al efecto acumulativo de experiencias de VGP a lo largo del tiempo o combinaciones de ambas. No obstante, los estudios de cohorte en esta población en concreto presentan una serie de dificultades tanto éticas como prácticas, ya que para comprender la evolución de las respuestas de los/as menores habría que realizar un seguimiento que no implicara la intervención ni con los/as menores ni con las



madres, así como contar con financiación durante varios años que permitiera estudiar el desarrollo de la afectación.

En función de nuestros resultados elaboramos una hipótesis en torno a la afectación diferencial en MEXVGP en cuanto al sexo, en este caso modulada por la “posibilidad” o no de la expresión del malestar. De este modo, que los niños cuenten con un mayor “permiso” social de expresar su molestia a través de la ira/comportamiento agresivo y que se espere de las niñas una mayor sumisión puede influir en el desarrollo de un número mayor de quejas somáticas en ellas. Una futura línea de investigación podría estar focalizada en este sentido, de modo que se pueda estudiar la influencia del retraining conductual/emocional en el desarrollo de quejas somáticas y la influencia de las variables sexo y edad. A este respecto, se dispone de poca literatura específica en MEXVGP, y la existente, halló diferencias parciales en el mayor desarrollo de quejas somáticas en el sexo femenino (Lamers-Winkelman et al., 2012). No obstante, en dicho estudio no se tuvo en cuenta el desarrollo de otro tipo de respuestas (p.e. externalizantes) que pueda ayudar a explicar diferencias relacionadas con el género; y el rango de edad de la muestra fue de los 6 a los 12 años, por lo que tampoco se puede comparar si existen diferencias en función de la etapa evolutiva.

Igualmente, consideramos necesario estudiar la hipótesis planteada en torno al cambio diferencial en las respuestas en función del sexo tras el tratamiento psicológico y su relación con el proceso de socialización de género y el reconocimiento y expresión emocional en los/as menores; dado que, pese a que en ambos sexos se ha trabajado igualmente el reconocimiento y expresión emocional, consideramos que han podido tener efectos distintos en función del género. De esta manera, que los niños hayan podido encontrar alternativas a la expresión del malestar a través de la ira ha producido una mayor reducción en la sintomatología externalizante, y en las niñas, al encontrar un espacio en el que poder expresar sus emociones y necesidades ha producido un mayor descenso en las quejas somáticas. Por consiguiente, creemos pertinente seguir estudiando el posible efecto diferencial entre niños y niñas del componente de reconocimiento y expresión emocional del tratamiento psicológico.

Asimismo, consideramos necesario estudiar el peso de otra de las hipótesis planteadas sobre la mayor afectación de sintomatología externalizante en los menores varones, en la que las madres ante comportamientos agresivos de la descendencia tiendan a identificar



en mayor medida a los varones con el padre por concordancia de sexo, de manera que estas reexperimenten sintomatología TEPT en relación a las agresiones vividas, y acaben por llevar a cabo estrategias educativas inadecuadas. Para ello, en futuras investigaciones se debería evaluar, por un lado, si existen diferencias en función del sexo en la identificación del/la menor con el agresor por parte de la madre, por otro, la reexperimentación TEPT materna asociada a dicha identificación, y, finalmente, las respuestas correctivas/educativas empleadas por la madre ante tales situaciones. Asimismo, sería de gran interés evaluar específicamente el componente del tratamiento psicológico dirigido a las madres en cuanto a la ruptura de la identificación del menor con el padre y su influencia en el cambio del estilo educativo. Con ello no se pretende culpabilizar a las madres del comportamiento agresivo de la descendencia, sino explorar el peso de la afectación de la violencia de género en los estilos relacionales madre-hijo/a. Es por ello que también sería necesario recoger variables paternas en cuanto al estilo educativo empleado, tipología de maltrato, duración e intensidad de las agresiones llevadas a cabo, visitas y conflictos durante las mismas.

Otra línea de investigación futura que consideramos que debería tenerse en cuenta, es el rango de edad como factor de riesgo en la mejora de los/as menores. Diferentes revisiones sistemáticas como Anderson et al. (2018) y Rizo et al. (2011) exponen que a mayor edad existe mayor dificultad en la mejora en la sintomatología internalizante tras realizar la intervención psicológica. No obstante, esta afirmación se basa en un único estudio elaborado por McFarlane et al. (2005b) en el que diferenciaron entre los rangos de 1 a 5 y 6 a 18 años. En este sentido, nuestros resultados pueden ser interpretados en la misma línea, dado que encontramos menos mejoras de manera significativa en el grupo de mayor edad (12 a 18 años) en cuanto a *Retraimiento/Depresión*. Sin embargo, con los datos disponibles en la literatura, desconocemos si la mayor dificultad de mejora se debe únicamente al periodo adolescente (de modo que no existan diferencias entre el rango de 1 a 5 y 6 a 11), si existe una mayor dificultad progresiva en función la etapa evolutiva, u otras posibles combinaciones en función del ciclo vital del/la menor. Así pues, creemos oportuno seguir investigando en torno a la influencia de la edad, ya que, además de las razones expuestas, es una variable cuyo peso no ha podido ser estudiado en los metaanálisis sobre tratamiento psicológico dirigido a esta población (Latzman et al., 2019).



Asimismo, consideramos conveniente seguir investigando en cuanto a las modalidades de intervención en lo que se refiere al tratamiento psicológico en MEXVGP. Según los resultados obtenidos en el presente estudio, se ha visto que incluir la modalidad grupal junto con el tratamiento individual se trata de la opción más eficiente. No obstante, se carece de estudios en esta población en la que se comparen distintos tipos de modalidad, dado que habitualmente se compara el tratamiento psicológico con otros tipos de intervención, como el asesoramiento (*advocacy*) o juego libre, a modo de grupo “control”. Así pues, una futura línea de investigación podría ser la comparación de los resultados por modalidad, incluyendo intervención individual, grupal y combinada.

Por otra parte, creemos oportuna la implementación de métodos de evaluación en los servicios asistenciales en los que se pueda conciliar la investigación junto con la práctica clínica “cotidiana”. Para ello, futuras investigaciones en los servicios asistenciales podrían asumir el modelo de la *Evidencia Basada en la Práctica* (Barkham et al., 2018), mediante la monitorización rutinaria de las respuestas que generan malestar a la persona atendida, ya sea a través de mediciones pre y post intervención, a intervalos de medición repetidos o sesión a sesión.

Para finalizar, dada la baja inclusión en investigación de perspectiva de género en lo referente a los tratamientos psicológicos en MEXVGP (Pereira-Román et al., 2021), consideramos imprescindible realizar esfuerzos desde la comunidad científica en esta línea. Para ello, el primer paso es incluir en los estudios instrumentos de metaevaluación como el PEGEIN (Torres et al., 2015), de modo que se aborden cuestiones básicas para evitar sesgos de género. Por otro lado, para dicha inclusión en investigaciones futuras, es necesario incluir un análisis cualitativo en el que se analicen no solo las conductas específicas en sí de los/as menores, sino también los estilos relacionales en función de la socialización de género.



REFERENCIAS



- Abad, J., Forns, M., Amador, J. A., y Martorell, B. (2000). Fiabilidad y validez del youth self report en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, 12(1), 49-54.
- Abbass, A. A., Rabung, S., Leichsenring, F., Refseth, J. S., y Midgley, N. (2013). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: A meta-analysis of short-term psychodynamic models. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(8), 863-875.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.014>
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont.
- Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington, VT: University Associates in Psychiatry.
- Achenbach, T. M. y Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms y Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.
- Achenbach, T. M., y Rescorla, L. A. (2007). *Manual for the Child Behavior Checklist (CBCL), multicultural supplement to the manual for the ASEBA school-age forms & profiles, and scoring program form version upgrade 2007*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Adamson, J. L., y Thompson, R. A. (1998). Coping with interparental verbal conflict by children exposed to spouse abuse and children from nonviolent homes. *Journal of family violence*, 13(3), 213-232. <https://doi.org/10.1023/A:1022896804777>
- Agudelo-Bedoya, M. E., y Estrada-Arango, P. (2012). Constructivismo y construccionismo social: Algunos puntos comunes y algunas divergencias de estas corrientes teóricas. *PROSPECTIVA. Revista de Trabajo Social e intervención social*, (17), 353-378. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i17.1156>
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A study of the Strange Situation*. Hillsdale: New Jersey.



- Alberdi, I., y Matas, A. (2002). *La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España*. Colección Estudios Sociales, 10. Barcelona, España: Fundació La Caixa.
- Albores-Gallo, L., Lara-Muñoz, C., Esperón-Vargas, C., Cárdenas Zetina, J. A., Pérez Soriano, A. M., y Villanueva Colin, G. (2007). Validez y fiabilidad del CBCL/6-18. Incluye las escalas del DSM. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(6), 393-399.
- Alcántara, M. (2010). *Las víctimas invisibles. Afectación psicológica en menores expuestos a violencia de género* [Tesis de Doctorado, Universidad de Murcia]. <http://hdl.handle.net/10201/27220>
- 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. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.171481>
- Aller, T., Jaén, P., Gómez, E., Arruebarrena, R., y Franco, S. (2011). *Detección y notificación de casos de maltrato infantil. Guía para la ciudadanía*. Recuperado de [https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/SOIC_Guia%20Ciudadano_Maquetada_30-03-11\(2\).pdf](https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/SOIC_Guia%20Ciudadano_Maquetada_30-03-11(2).pdf)
- Althoff, R. R., Ayer, L. A., Rettew, D. C., y Hudziak, J. J. (2010). Assessment of dysregulated children using the Child Behavior Checklist: a receiver operating characteristic curve analysis. *Psychological assessment*, 22(3), 609-617. <https://doi.org/10.1037/a0019699>
- American Academy of Pediatrics (2012a). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129, 232-246. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663>
- American Academy of Pediatrics (2012b). Early childhood adversity, toxic stress, and the role of the pediatrician: Translating developmental science into lifelong health. *Pediatrics*, 129, 224-231. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2662>



- American Professional Society on the Abuse of Children (1995). *Psychosocial evaluation of suspected psychological maltreatment in children and adolescents. Practice guidelines*. Chicago: APSAC.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5 ed.). Author. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychological Association (1995). *Template for developing guidelines: Interventions for mental disorders and psychosocial aspects of physical disorders*. Author.
- American Psychological Association (2006). Evidence-Based Practice in Psychology
APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. *American Psychologist*, 61, 271-285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- American Psychological Association Task Force on Evidence-Based Practice for Children and Adolescents (2008). *Disseminating evidence-based practice for children and adolescents: A systems approach to enhancing care*. APA.
- American Psychological Association. (s.f.). En dictionary.apa.org. Recuperado el 1 de marzo de 2023, de <https://dictionary.apa.org/psychotherapy>
- Amor, P. J., Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (2001). Maltrato físico y maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar: un estudio comparativo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6 (3), 167-178. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.6.num.3.2001.391>
- Anderson, H. (1997). *Conversation, language and possibilities: A postmodern approach to therapy*. Basic Books.
- Anderson, K., y Van Ee, E. (2018). Mothers and children exposed to intimate partner violence: A review of treatment interventions. *International journal of environmental research and public health*, 15(9), 1955. <https://doi.org/10.3390/ijerph15091955>



Ariño, M. D., Tomás, C., Eguiluz, M., Samitier, M. L., Oliveros, T., Yago, T., Palacios, G., y Magallón, R. (2011). ¿Se puede evaluar la perspectiva de género en los proyectos de investigación?. *Gaceta Sanitaria*, 25, 146-150.

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.09.023>

Arruabarrena, M. I. y De Paúl, J. (1994). *Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide

Arruabarrena, M. I., De Paúl, J., y Torres, B. (1999). *Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.

Arruabarrena, M. (2011). Maltrato psicológico a los niños, niñas y adolescentes en la familia: definición y valoración de su gravedad. *Psychosocial intervention*, 20(1), 25-44. <https://dx.doi.org/10.5093/in2011v20n1a3>

Artz, S., Jackson, M. A., Rossiter, K. R., Nijdam-Jones, A., Géczy, I., y Porteous, S. (2014). A comprehensive review of the literature on the impact of exposure to intimate partner violence on children and youth. *International Journal of Child, Youth and Family Studies*, 5(4), 493–587.

<https://doi.org/10.18357/ijcyfs54201413274>

Asamblea General de las Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/046/82/PDF/NR004682.pdf?OpenElement>

Asamblea General de las Naciones Unidas. (20 de noviembre de 1959). *Declaración de los Derechos del Niño*. https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/33_d_DeclaracionDerechosNino.pdf

Asamblea General de las Naciones Unidas. (1979). Declaración sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

<https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>



Asamblea General de las Naciones Unidas (1989). Convención de los Derechos de los Niños. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>

Asamblea General de las Naciones Unidas (30 de diciembre de 1990). Convención de los Derechos del Niño. *Boletín Oficial del Estado*, 313, de 31 de diciembre de 1990. [https://www.boe.es/eli/es/ai/1989/11/20/\(1\)](https://www.boe.es/eli/es/ai/1989/11/20/(1))

Asamblea General de las Naciones Unidas. (1993). *Declaración de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>

Asamblea General de las Naciones Unidas. (1995). *Declaración de Beijing. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>

Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. (2010). Resolution 1714 *Children who witness domestic violence*. <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=17826&lang=en>

Asociación Médica Mundial (2013). *Declaración de Helsinki - Principios Éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

Ato, M., López-García, J. J., y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>

Ayer, L., Althoff, R., Ivanova, M., Rettew, D., Waxler, E., Sulman, J., y Hudziak, J. (2009). Child Behavior Checklist Juvenile Bipolar Disorder (CBCL-JBD) and CBCL Posttraumatic Stress Problems (CBCL-PTSP) scales are measures of a single dysregulatory syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(10), 1291-1300. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02089.x>



- Bagshaw, D., Brown, T., Wendt, S., Campbell, A., McInnes, E., Tinning, B., ... y Arias, P. F. (2011). The effect of family violence on post-separation parenting arrangements: The experiences and views of children and adults from families who separated post-1995 and post-2006. *Family Matters*, (86), 49-61.
- Bair-Merritt, M. H., Blackstone, M. y Feudtner, C. (2006). Physical health outcomes of childhood exposure to intimate partner violence: a systematic review. *Pediatrics*, 117 (2), 278-290. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-1473>
- Bair-Merritt, M., Ghazarian, S. R., Burrell, L., Crowne, S., McFarlane, E., y Duggan, A. K. (2015). Understanding how intimate partner violence impacts school age children's internalizing and externalizing behaviours: A secondary analysis of Hawaii healthy starts program evaluation data. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 8, 245-251. <https://doi.org/10.1007/s40653-015-0066-8>
- Ballif-Spanvill, B., Clayton, J. C., Hendrix, M. y Hunsaker, M. (2004). Individual differences in the use of violent and peaceful behavior in peer conflicts among children who have and have not witnessed interparental violence. *Journal of Emotional Abuse*, 4 (2), 101-123. https://doi.org/10.1300/J135v04n02_05
- Bancroft, L., y Silverman, J. G. (2002). *The battered as parent: Addressing the impact of domestic violence on family dynamics*. New York, NY: Sage.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action. A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Barkham, M., Delgadillo, J., Firth, N., y Saxon, D. (2018). La evidencia basada en la práctica y la ley de la variabilidad en el tratamiento psicológico. *Revista argentina de clínica psicológica*, 27(2), 115-135. <https://doi.org/10.24205/03276716.2018.1059>
- Basu, A., Malone, J. C., Levendosky, A. A., y Dubay, S. (2009). Longitudinal treatment effectiveness outcomes of a group intervention for women and children exposed to domestic violence. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 2(2), 90-105. <https://doi.org/10.1080/19361520902880715>



- Bateman, A. W. y Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165, 631-638.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07040636>
- Bateman, A. W y Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press.
- Beauvoir, S. (1949). “*Le deuxième sexe*”, traducido en (1981) “*El segundo sexo*”. Buenos Aires, siglo XX.
- Becker, K. D., Mathis, G., Mueller, C. W., Issari, K., y Atta, S. S. (2008). Community-based treatment outcomes for parents and children exposed to domestic violence. *Journal of Emotional Abuse*, 8(1-2), 187-204.
<https://doi.org/10.1080/10926790801986122>
- Becoña, E., Vázquez, M. J., Míguez, M. C., Casete, L., Lloves, M., Nogueiras, L., ... y Baamonde, M. G. (2004). Guías de tratamiento y guías para la práctica clínica psicológica: Una visión desde la clínica. *Papeles del Psicólogo*, 25(87), 9-19.
- Bee, P., Bower, P., Byford, S., Churchill, R., Calam, R., Stallard, P., ... y Abel, K. (2014). The clinical effectiveness, cost-effectiveness and acceptability of community-based interventions aimed at improving or maintaining quality of life in children of parents with serious mental illness: a systematic review. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 18(8), 1-250.
<http://dx.doi.org/10.3310/hta18080>
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: Evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 295-311.
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11845>
- Belsky, J. (1980). Child Maltreatment: an ecological integration. *American Psychologist*, 35 (4), 320-335. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.4.320>



- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: a developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114 (3), 413-434. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.114.3.413>
- Berg, I. K. y De Shazer, S. (1993). Making numbers talk: A solution-focused approach. En S. Friedman (ed.), *The New Language of Change* (pp. 5-24). Guilford Press.
- Bernstein, D. A., y Borkovec, T. D. (1973). *Progressive relaxation training: A manual for the helping professions*.
- Berry, E., Bruce, R, y Oprescu, F. (2019). Family Therapy for Child and Youth Mental Health: A Scoping Literature Review. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 40, 429-456. <https://doi.org/10.1002/anzf.1393>
- Bertalanffy, L. V. (1968) *General System Theory: Foundations, Development and Application*. Nueva York: George Braziller.
- Beutler, L. E. (2000). Empirically based decision making in clinical practice. *Prevention & Treatment*, 3(1), 27a.
- Black, T. L. (2009). *Children's Exposure to Intimate Partner Violence (IPV): Challenging Assumptions about child protection practices* [Tesis de Doctorado, University of Toronto]. <https://www.collectionscanada.gc.ca/obj/thesescanada/vol2/002/NR60923.PDF>
- Bland, J. M., y Altman, D. G. (1997). Cronbach's alpha. *BMJ: British Medical Journal*, 314(7080), 572. <https://doi.org/10.1136/bmj.314.7080.572>
- Bogat, G. A., DeJonghe, E., Levendosky, A. A., Davidson, W. S., y von Eye, A. (2006). Trauma symptoms among infants exposed to intimate partner violence. *Child Abuse & Neglect*, 30(2), 109–125. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.09.002>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Vol.1: Attachment*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, Vol.2: Separation*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, Vol.3: Loss, sadness, and depression*. Basic Books.



- Bowlby, J. (1988). *A secure base*. Basic Books.
- Briere, J. (1996). *Manual for the Trauma Symptom Checklist for Children*. Odessa FL: Psychological Assessment Resources.
- British Association of Play Therapists. (1 de marzo de 2022). History of Play Therapy. <https://www.bapt.info/play-therapy/history-play-therapy/>
- British Columbia Centre of Excellence for Women's Health (2013). Review of interventions to identify, prevent, reduce and respond to domestic violence. <https://www.nice.org.uk/guidance/ph50/resources/review-of-interventions-to-identify-prevent-reduce-and-respond-to-domestic-violence2>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development*. Cambridge, Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U., y Ceci, S. J. (1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological Review*, 101, 568-586. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.101.4.568>
- Brown, M. J., Perera, R. A., Masho, S. W., Mezuk, B., y Cohen, S. A. (2015). Adverse childhood experiences and intimate partner aggression in the US: Sex differences and similarities in psychosocial mediation. *Social science & medicine*, 131, 48-57. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.02.044>
- Caillé, P. (1990). *Familias y terapeutas. Lectura sistémica de una interacción*. Edición Nueva Visión.
- Cala, C. M. (2017). *Situational Predictors and Behavioral Correlates of PTSD Symptoms of Children in Foster Care* [Tesis de Doctorado, San Diego State University]. <https://www.proquest.com/openview/7897b193cad8c6648c67f8fcbffea062/1?cb1=18750&pq-origsite=gscholar>
- Camacho, K., Ehrensaft, M. K., y Cohen, P. (2012). Exposure to intimate partner violence, peer relations, and risk for internalizing behaviors: A prospective longitudinal study. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(1), 125-141. <https://doi.org/10.1177/0886260511416474>



- Cano, P. R. (2015). Menores y violencia de género: de invisibles a visibles. *Anales de la Cátedra Francisco Suárez*, 49, 181-217.
<https://doi.org/10.30827/acfs.v49i0.3282>
- Caravaca-Llamas, C. y Sáez-Dato, M. A. (2020). Las otras víctimas: consecuencias y reconocimiento legal de los menores de edad víctimas de la violencia de género ejercida en el hogar. *Boletín criminológico*, 26(191), 1-21.
<https://doi.org/10.24310/Boletin-criminologico.2020.v26i2020.9889>
- Carlson, B. E. (2000). Children exposed to intimate partner violence: research findings and implications for intervention. *Trauma, Violence and Abuse*, 1 (4), 321-340.
<https://doi.org/10.1177/1524838000001004002>
- Carlson, J., Voith, L., Brown, J. C., y Holmes, M. (2019). Viewing children's exposure to intimate partner violence through a developmental, social-ecological, and survivor lens: The current state of the field, challenges, and future directions. *Violence against women*, 25(1), 6-28.
<https://doi.org/10.1177/1077801218816187>
- Carr, A. (2018). Family therapy and systemic interventions for child-focused problems: the current evidence base. *Journal of Family Therapy*, 41, 153-213.
<https://doi.org/10.1111/1467-6427.12226>
- Carracedo, S. (2018). *Menores testigos de violencia entre sus progenitores: repercusiones a nivel psicoemocional*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Centro de Publicaciones.
https://violenciagenero.igualdad.gob.es/va/violenciaEnCifras/estudios/Tesis/estudios/Tesis5_Menores_Testigos_Violencia.htm
- Carter, L., Kay, S. J., George, J. L., y King, P. (2003). Treating children exposed to domestic violence. *Journal of Emotional Abuse*, 3(3-4), 183-202.
<https://doi.org/10.1080/00207284.2020.1856668>
- Casanueva, C., Martin, S. L., y Runyan, D. (2009). Repeated reports for child maltreatment among intimate partner violence victims: Finding from the National Survey of Child and Adolescent Well-Being. *Child Abuse & Neglect*, 33, 84-83. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.04.017>



- Cater, Å. K., Miller, L. E., Howell, K. H., y Graham-Bermann, S. A. (2015). Childhood exposure to intimate partner violence and adult mental health problems: Relationships with gender and age of exposure. *Journal of family violence, 30*(7), 875-886. <https://doi.org/10.1007/s10896-015-9703-0>
- Carter, B., Paranjothy, S., Davies, A., y Kemp, A. (2022). Mediators and effect modifiers of the causal pathway between child exposure to domestic violence and internalizing behaviors among children and adolescents: a systematic literature review. *Trauma, Violence, & Abuse, 23*(2), 594-604. <https://doi.org/10.1177/1524838020965964>
- Cavanagh, M., Quinn, D., Duncan, D., Graham, T. y Balbuena, L. (2017). Oppositional defiant disorder is better conceptualized as a disorder of emotional regulation. *Journal of Attention Disorders, 21*(5), 381. <https://doi.org/10.1177/1087054713520221>
- Cervantes, V. (2005). Interpretaciones del coeficiente de alpha de Cronbach. *Avances en medición, 3*(1), 9-28.
- Cervera, I. M., López-Soler, C., Alcántara, M., Castro, M., Fernández, V., y Martínez, A. (2020). Consecuencias del maltrato crónico en la infancia: Trauma del desarrollo. *Papeles del Psicólogo, 41*(3), 219-227. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2934>
- Cervone, N., Samaniego, V. C., Luzzi, A. M., Slapak, S., Padawer, M. et al. (2003). Enfoque epidemiológico en una población clínica de niños escolarizados. *Memorias de las Jornadas de Investigación en Psicología, 10*(2), 25-28.
- Chambless, D., Baker, A., Baucom, D., Beutler, L., Calhoun, K. y Crits-Christoph, R (1998). Update on empirically validated therapies II. *The Clinical Psychologist, 51*, 3-16.
- Choi, J., Jeong, B., Polcari, A., Rohan, M. L., y Teicher, M. H. (2012). Reduced fractional anisotropy in the visual limbic pathway of young adults witnessing domestic violence in childhood. *Neuroimage, 59*(2), 1071-1079. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2011.09.033>



- Cicchetti, D. y Carlson, V. (1989). *Child maltreatment*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Cicchetti, D., y Toth, S. L. (2014). *Internalizing and externalizing expressions of dysfunction* (Vol. 2). Psychology Press.
- CIMH (2014). Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy Program Performance Report. Recuperado de <http://dmhoma.pbworks.com/w/file/attach/86755879/TFCBTAggregateLAPEIEvaluationReport.thruJan2014.pdf>
- Cisler, J. M., Begle, A. M., Amstadter, A. B., Resnick, H. S., Danielson, C. K., Saunders, B. E., y Kilpatrick, D. G. (2012). Exposure to interpersonal violence and risk for PTSD, depression, delinquency, and binge drinking among adolescents: Data from the NSA-R. *Journal of Traumatic Stress, 25*(1), 33–40. <https://doi.org/10.1002/jts.21672>
- Clarke, G. N., Lewinsohn, P. M., Hops, H. y Seeley, J. R. (1992). A self-and parent report measure of adolescent depression: The Child Behavior Checklist Depression Scale (CBCL-D). *Behavioral Assessment, 14*(3-4), 443-463.
- Clemmons, J. C., Walsh, K., DiLillo, D. y Messman-Moore, T. L. (2007). Unique and combined contributions of multiple child abuse types and abuse severity to adult trauma symptomatology. *Child Maltreatment, 12* (2), 172-181. <https://doi.org/10.1177/1077559506298248>
- Cochran, K. A., Bogat, G. A., Levendosky, A. A., y Martinez-Torteya, C. (2022). Conflict Appraisals and Trauma Symptoms in Children Exposed to Intimate Partner Violence. *Violence and victims, 37*(2), 244-259. <http://dx.doi.org/10.1891/VV-D-20-00115>
- Cohen, J. A, Deblinger, E., Mannarino, A. P, y Steer, R. (2004). A multisite randomized controlled trial for multiply traumatized children with sexual abuse-related PTSD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*(4), 393-402. <https://doi.org/10.1097/00004583-200404000-00005>



- Cohen, J. A., y Mannarino, A. P. (1996). A treatment outcome study for sexually abused preschool children: Initial findings. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(1), 42-50. <https://doi.org/10.1097/00004583-199601000-00011>
- Cohen, J. A., y Mannarino, A. P. (1997). A treatment study for sexually abused preschool children: Outcome during a one-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(9), 1228-1235. <https://doi.org/10.1097/00004583-199709000-00015>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., y Iyengar, S. (2011). Community treatment of posttraumatic stress disorder for children exposed to intimate partner violence: A randomized controlled trial. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 165(1), 16-21. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.247>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., y Staron, V. R. (2006). A pilot study of modified cognitive-behavioral therapy for childhood traumatic grief (CBT-CTG). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(12), 1465-1473. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000237705.43260.2c>
- Comisión Europea (1999), *Mujeres y ciencia: movilizar a las mujeres en beneficio de la investigación europea*. Comunicación de la Comisión Europea, Bruselas: Comisión europea. Recuperado de: <https://op.europa.eu/es/publication-detail/-/publication/6fdcb332-8cdc-44bb-a0e6-fa00221a7277>
- Committee on the Rights of the Child (2011). General Comment No. 13. Article 19: *The right of the child to freedom from all forms of violence*. http://srsg.violenceagainstchildren.org/sites/default/files/documents/docs/crc-cgc-13_EN.pdf.
- Conners, C. K. (1997). *Conners' Rating Scales-Revised technical manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health systems.
- Cook A, Spinazzola, P., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., De Rosa, R., Hubbard, R. Kagan, R., Liautaud, J., Mallah, K., Olafson, E., y van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals* 35, 390-398. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-05>



- Corbalán, J. y Patró, R. (2003). *Consecuencias psicológicas de la violencia familiar: mujeres maltratadas e hijos de hogares violentos*. Conferencia invitada en las II Jornadas sobre Mujer y Salud: Interacción de los contextos familiar y laboral. Murcia, Mayo 2003.
- Cortés, M. R. (2007). Adaptación de la pareja, conflictos matrimoniales y problemas de conducta de los hijos. En J. Cantón, M. R. Cortés y M. D. Justicia (Eds.), *Conflictos matrimoniales, Divorcio y Desarrollo de los hijos*. Madrid: Pirámide.
- Cortés, M. R., y Cantón, D. (2013a). Maltrato infantil. En J. Cantón, M. R. Cortés, D. Justicia, y D. Cantón, *Violencia doméstica, divorcio y adaptación psicológica. De la disarmonía familiar al desarrollo de los hijos* (pp. 117-140). Madrid, España: Pirámide.
- Corsi, J. (1994). *Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Cortiñas, S. C. (2018). *Menores testigos de violencia entre sus progenitores: repercusiones a nivel psicoemocional*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Centro de Publicaciones.
- Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C., y González-Fernández, S. (2020). Activación Conductual en formato grupal para ansiedad y depresión. Una revisión sistemática. *Terapia psicológica*, 38(1), 63-84.
- Courtois, C.A. (2004). Complex Trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 41, 412-425.
<https://doi.org/10.1037/1942-9681.S.1.86>
- Crusto, C. A., Whitson, M. L., Walling, S. M., Feinn, R., Friedman, S. R., Reynolds, J., ... Kaufman, J. S. (2010). Posttraumatic stress among young urban children exposed to family violence and other potentially traumatic events. *Journal of Traumatic Stress*, 23(6), 716–724. <https://doi.org/10.1002/jts.20590>
- Cummings, E. M., y Davies, P. T. (1995). The impact of parents on their children: An emotional security perspective. *Annals of Child Development: A Research Annual*, 10, 167-208.



- Cummings, E. M., El-Sheikh, M., Kouros, C. D., y Buckhalt, J. A. (2009). Children and violence: The role of children's regulation in the marital aggression-child adjustment link. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12(1), 3-15. <https://doi.org/10.1007/s10567-009-0042-7>
- Cunningham, A., y Baker, L. (2004). *What about me! Seeking to understand a child's view of violence in the family*. London, ON: Centre for children & Families in the Justice System. Recuperado de www.lfcc.on.ca/what_about_me.pdf
- Cunningham, A. y Baker, L. (2007). *Little eyes, Little ears. How violence against a mother shapes children as they grow*. London ON: Centre for Children & Families in the Justice System.
- Dallos, R. y Stedman, J. (2017). La formulación sistémica: cartografiar el "baile en la familia". En L. Johnstone y R. Dallos (Eds.), *La formulación en la psicología y la psicoterapia* (pp. 123-162). Desclée de Brouwer.
- Danese, A., y McEwen, B. S. (2012). Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiology & Behavior*, 106(1), 29-39. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2011.08.019>
- Dauvergne, M. y Johnson H. (2001). *Children witnessing family violence*. Canadian: Canadian Centre for Justice Statistics.
- Davies, P. T., y Cummings, E. M. (1994). Marital conflict and child adjustment: An emotional security hypothesis. *Psychological Bulletin*, 116, 387-411. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.116.3.387>
- Davies, P. T. y Cummings, E. M. (1998). Exploring children's emotional security as a mediator of the link between marital relations and child adjustment. *Child Development*, 69 (1), 124-139. <https://doi.org/10.2307/1132075>
- Davies, P. T., Sturge-Apple, M. L., y Cicchetti, D. (2011). Interparental aggression and children's adrenocortical reactivity: Testing an evolutionary model of allostatic load. *Development and Psychopathology*, 23(03), 801-814. <https://doi.org/10.1017/S0954579411000319>



- De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., Shifflett, H., Iyengar, S., Beers, S. R., Hall, J. y Mortitz, G. (2002). Brain structures in pediatric maltreatment-related posttraumatic stress disorder: a sociodemographically matched study. *Society of Biological Psychiatry*, 52 (11), 1066-1078. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01459-2](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01459-2)
- De los Santos, T. F. y Sanmartín, J. (2005). Menores víctimas de violencia de género. En L. Ezpeleta, *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo* (pp. 257-290). Barcelona: Masson.
- De Paúl, J. y Arrubarrena, M. I. (2002). *Manual de protección infantil* (2.a ed. reimpresión). Barcelona: Masson.
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Runyon, M. K., y Steer, R. A. (2011). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children: impact of the trauma narrative and treatment length. *Depression and anxiety*, 28(1), 67-75. <https://doi.org/10.1002/da.20744>
- Deblinger, E., Mcleer, S. V., y Henry, D. (1990). Cognitive behavioral treatment for sexually abused children suffering post-traumatic stress: Preliminary findings. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29(5), 747-752. <https://doi.org/10.1097/00004583-199009000-00012>
- Defensor del menor de Andalucía (2012). *Informe especial: Menores expuestos a violencia de género: víctimas con identidad propia*. Sevilla: Autor.
- Dehon, C., y Scheeringa, M. S. (2006). Screening for preschool posttraumatic stress disorder with the Child Behavior Checklist. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(4), 431-435. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsj006>
- DeJonghe, E. S., Bogart, G. A., Levendosky, A. A., von Eye, A. y Davidson, W. S. (2005). Infant exposure to domestic violence predicts heightened sensitivity to adult verbal conflict. *Infant Mental Health Journal*, 26 (3), 268-281. <https://doi.org/10.1002/imhj.20048>
- DeJonghe, E. S., von Eye, A., Bogat, G. A., y Levendosky, A. A. (2011). Does witnessing intimate partner violence contribute to toddlers' internalizing and



externalizing behaviours? *Applied Developmental Science*, 15, 129–139.

<https://doi.org/10.1080/10888691.2011.587713>

Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2015). *Las víctimas invisibles de la violencia de género*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de Publicaciones.

https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/estudio/Victimas_Invisibles.htm

Delegación del Gobierno contra la Violencia de género (2020a). *Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019*. Ministerio de Igualdad.

<https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/Macroencuesta2019/home.htm>

Delegación del Gobierno contra la Violencia de género (2020b). *Menores y violencia de género*. Ministerio de Igualdad.

https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2020/pdfs/Estudio_menores_final1.pdf

Delgado, C. (2014). ¿Violencia o agresiones en la pareja? Escala VGP de violencia de género percibida. En O. Fernández (Ed.), *Mujeres en riesgo de exclusión social y violencia de género* (pp. 499-507). Universidad de León. León.

DePrince, A. P., Weinzierl, K. M., y Combs, M. D. (2009). Executive function performance and trauma exposure in a community sample of children. *Child abuse & neglect*, 33(6), 353-361. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.08.002>

Diario Oficial de la Unión Europea (2012). Directiva 12/29/UE del Parlamento Europeo y del Consejo. <https://www.boe.es/doue/2012/315/L00057-00073.pdf>

Dietz, L., Mufson, L., Irvine, H. y Brent, D. (2008). Family-based interpersonal psychotherapy for depressed preadolescents: an open-treatment trial. *Early Intervention in Psychiatry*, 2, 180-187. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2008.00077.x>

Dietz, L. J., Weinberg, R. J., Brent, D. A. y Mufson, L. (2015). Family-based interpersonal psychotherapy for depressed preadolescents: Examining efficacy



- and potential treatment mechanisms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54, 191-199.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.12.011>
- Dodd, L. W. (2009). Therapeutic groupwork with young children and mothers who have experienced domestic abuse. *Educational Psychology in Practice*, 25(1), 21-36. <https://doi.org/10.1080/02667360802697571>
- Dong, M., Anda, R. F., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T. J., ... y Giles, W. H. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child abuse & neglect*, 28(7), 771-784. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.01.008>
- Dopp, A. R., Perrine, A., Iovan, S. y Lantz, P. M. (2019). The Potential of Pay-for-Success as a Financing Strategy for Evidence-Based Practices: An Illustration With Multisystemic Therapy. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 46, 629-635. <https://doi.org/10.1007/s10488-019-00940-3>
- Dorsey, S., Pullmann, M. D., Berliner, L., Koschmann, E., McKay, M., y Deblinger, E. (2014). Engaging foster parents in treatment: A randomized trial of supplementing Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy with evidence-based engagement strategies. *Child abuse & neglect*, 38(9), 1508-1520.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.03.020>
- Dougherty, L. R., Smith, V. C., Bufferd, S. J., Carlson, G. A., Stringaris, A., Leibenluft, E., y Klein, D. N. (2014). DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder: correlates and predictors in young children. *Psychological Medicine*, 44(11), 2339-2350. <https://doi.org/10.1017/S0033291713003115>
- Du Plessis, B., Kaminer, D., Hardy, A., y Benjamin, A. (2015). The contribution of different forms of violence exposure to internalizing and externalizing symptoms among young South African adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 45, 80-89. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.02.021>
- Duffy, F., Sharpe, H. y Schwannauer, M. (2019). Review: The effectiveness of interpersonal psychotherapy for adolescents with depression-a systematic review



- and meta-analysis. *Child and Adolescent Mental Health*, 24(4), 307-317.
<https://doi.org/10.1111/camh.12342>
- Duarte, V. A. (2007). *Sintomatologia de pós-stress traumático em menores expostos a violência interparental*. Dissertação apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, para obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde.
- Dubowitz, H. y King, H. (1995). Family violence: a child-centered, family-focused approach. *Pediatric Clinical North America*, 42 (1), 153-163.
[https://doi.org/10.1016/S0031-3955\(16\)38915-5](https://doi.org/10.1016/S0031-3955(16)38915-5)
- Easterbrooks, M. A., Katz, R. C., Kotake, C., Stelmach, N. P., y Chaudhuri, J. H. (2015). Intimate partner violence in the first 2 years of life: Implications for toddlers' behaviour regulation. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-23.
<https://doi.org/10.1177/0886260515614562>
- Echeburúa, E., Corral, P., y Amor, P. J. (2003). Evaluation of psychological harm in the victims of violent crimes. *Psychology in Spain*, 7, 10-18.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores*. Barcelona: Ariel.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P., y Polo-López, R. (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia: limitaciones y retos de futuro. *Revista argentina de clínica psicológica*, 19(3), 247-256.
- Echlin, C. y Marshall, L. (1995). Child protective services for children of battered woman: practice and controversy. En E. Peled, P. G. Jaffe y J. L. Edleson (eds.), *Ending the cycle of violence. Community responses to children of battered woman* (pp. 170-185).
- Edleson, J. L. (1999a). Children's witnessing of adult domestic violence. *Journal of interpersonal Violence*, 14(8), 839-870.
<https://doi.org/10.1177/088626099014008004>



- Edleson, J. L. (1999b). Problems Associated with Children's Witnessing of Domestic Violence. *National Online Resource Center on Violence Against Women*.
- Edleson, J. L. (2000). *Primary Prevention and Adult Domestic Violence*. Paper presented at the meeting of the Collaborative Violence Prevention Initiative, San Francisco, CA-febrero 17-18.
- Edleson, J. L. (2001). Studying the co-occurrence of child maltreatment and domestic violence in families. En S. A. Graham-Bermann y J. L. Edleson (ed.), *Domestic Violence in the Lives of Children* (pp. 91-110). The Future of Research, Intervention and Social Policy. Washington: American Psychological Association.
- Edwards, V. J., Holden, G.W., Felitti, V. J. y Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *American Journal of Psychiatry*, *160* (8), 1453-1460.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1453>
- Ehrensaft, M. K., y Cohen, P. (2012). Contribution of family violence to the intergenerational transmission of externalizing behavior. *Prevention Science*, *13*(4), 370–383. <https://doi.org/10.1007/s11121-011-0223-8>
- Eichler, M. (2001). "Moving forward: measuring gender bias and more", in Sonntag, U. (Ed.), *Gender Based Analysis (GBA) in Public Health Research, Policy and Practice Documentation of the International Workshop in Berlin, June 7–8*, Berlin Centre of Public Health, the European Women's Health Network and the German Society for Social Medicine and Prevention (DGSMP), Berlin, pp. 11-20.
- El-Sheikh, M., y Erath, S. A. (2011). Family conflict, autonomic nervous system functioning, and child adaptation: State of the science and future directions. *Development and Psychopathology*, *23*(02), 703–721.
<https://doi.org/10.1017/S0954579411000034>



- El-Sheikh, M., y Harger, J. (2001). Appraisals of marital conflict and children's adjustment, health, and physiological reactivity. *Developmental Psychology*, 37, 875–885. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.37.6.875>
- El-Sheikh, M., Keiley, M., Erath, S., y Dyer, W. J. (2013). Marital conflict and growth in children's internalizing symptoms: The role of autonomic nervous system activity. *Developmental Psychology*, 49(1), 92–108. <https://doi.org/10.1037/a0027703>
- El-Sheikh, M., Kouros, C. D., Erath, S., Cummings, E. M., Keller, P., y Staton, L. (2009). Marital conflict and children's externalizing behavior: Pathways involving interactions between parasympathetic and sympathetic nervous system activity. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 74(1), vii–79. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.2009.00501.x>
- Emmelkamp, P. M. G., Ehring, T. y Powers, M. B. (2010). Philosophy, psychology, causes, and treatments of mental disorders. En N. Kazantzis, M. A. Reinecke y A. Freeman (eds), *Cognitive and behavior theories in clinical practice* (pp. 1-27). Guilford Publications.
- Eriksson, M., Hester, M., Keskinen, S. y Pringle K. (2005). *Tackling Men's Violence in Families: Nordic Issues and Dilemmas*. Bristol: The Policy Press.
- Eriksson, L., y Mazerolle, P. (2015). A cycle of violence? Examining family-of-origin violence, attitudes, and intimate partner violence perpetration. *Journal of interpersonal violence*, 30(6), 945-964. <https://doi.org/10.1177/0886260514539759>
- Espinosa-Bayal, M.A. (2004). *Las hijas e hijos de mujeres maltratadas: consecuencias para su desarrollo e integración escolar*. País Vasco: Emakunde / Instituto Vasco de la Mujer.
- Etkin, A., Prater, K. E., Hoeft, F., Menon, V. y Schatzberg, A. F. (2010). Failure of anterior cingulate activation and connectivity with the amygdala during implicit regulation of emotional processing in generalized anxiety disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 167(5), 545-554. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09070931>



- 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. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2008.02.005>
- Evidence Based Medicine Working Group (1992). Evidence based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *Journal of The American Medical Association, 4*, 2421-2425. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03490170092032>
- Fals-Stewart, W., Marks, A. P., y Schafer, J. (1993). A Comparison of Behavioral Group Therapy and Individual Behavior Therapy in Treating Obsessive-Compulsive Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 181*(3), 189-193. <https://doi.org/10.1097/00005053-199303000-00007>
- Fariña, F., Arce, R., Seijo, D., y Novo, M. (2010). *Prevención e intervención en violencia de género*. Santiago de Compostela, España: Nino.
- Fang, X., y Corso, P. S. (2008). Gender differences in the connections between violence experienced as a child and perpetration of intimate partner violence in young adulthood. *Journal of Family Violence, 23*, 303-313. <https://doi.org/10.1007/s10896-008-9152-0>
- Fang, S. y Ding, D. (2020). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for children. *Journal of Contextual Behavioral Science, 15*, 225-234. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.01.007>
- Feldman, R. (2017). The neurobiology of human attachments. *Trends in Cognitive Sciences, 21*, 80–99. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2016.11.007>
- Fernández-Alonso, M. C. (ed.) (2003). *Violencia Doméstica*. Grupo de Salud Mental del PAPPS de la semi-FYC. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. https://www.sanidad.gob.es/en/ciudadanos/violencia/docs/VIOLENCIA_DOMESTICA.pdf
- Fernández-Méndez, J., Luengo Castro, M. A., García Haro, J., Cabero Álvarez, A., González Díaz, M., Braña Menéndez, B., ... y Caunedo Riesco, P. J. (2010). Efectividad de la psicoterapia breve en los centros de salud mental I: Diseño,



tratamientos y procedimiento. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(4), 563-580.

Ferrer, V. A., y Bosch, E. (2005). Introduciendo la perspectiva de género en la investigación psicológica sobre violencia de género. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 21(1), 1-10. <https://doi.org/10.6018/analesps>

Ferrer-Pérez, V. A., y Bosch-Fiol, E. (2019). El género en el análisis de la violencia contra las mujeres en la pareja: de la “ceguera” de género a la investigación específica del mismo. *Anuario de Psicología Jurídica*, 29, 69-76. <https://doi.org/10.5093/apj2019a3>

Fong, V. C., Hawes, D., y Allen, J. L. (2019). A systematic review of risk and protective factors for externalizing problems in children exposed to intimate partner violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(2), 149-167. <https://doi.org/10.1177/1524838017692383>

Fonseca-Pedrero, E., Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J. Inchausti, F. y Muñiz, J. (2021). Introducción a los tratamientos psicológicos en la infancia y la adolescencia. En E. Fonseca-Pedrero (Coord.), *Manual de tratamientos psicológicos infancia y adolescencia*. Pirámide.

Fontanil, Y., Ezama, E., Fernández, R., Gil, P., Herrero, F. J., y Paz, D. (2005). Prevalencia del maltrato en la pareja contra las mujeres. *Psicothema*, 17, 90-95.

Ford, J. D., Elhai, J. D., Connor, D. F. y Frueh, B. C. (2010). Poly-victimization and risk of posttraumatic, depressive, and substance use disorders and involvement in delinquency in a national sample of adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 46 (6), 545-552. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.11.212>

Garbarino, J. (1982). *Children and Families in the Social Environment*. New York: Aldine Publishing Company.

Garbarino, J., Guttman, E. y Seeley, J. W. (1986). *The psychologically battered child: Strategies for identification, assessment, and intervention*. San Francisco: Jossey-Bass.



- García, D. (2019). *Perspectiva de género en psicología*. España: Formación Continuada a Distancia. Consejo General de la Psicología de España.
- García Calvente, M. D. M., Jiménez Rodríguez, M. L., Martínez Morante, E., y Río Lozano, M. D. (2010). *Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud*. Madrid: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Gartland, D., Conway, L. J., Giallo, R., Mensah, F. K., Cook, F., Hegarty, K., ... y Brown, S. J. (2021). Intimate partner violence and child outcomes at age 10: a pregnancy cohort. *Archives of disease in childhood*, 106(11), 1066-1074.
<http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2020-320321>
- Gelles, R. J. y Strauss, M. A. (1979). Determinants of Violence in the Family: Toward a Theoretical Integration. En W. R. Burr et al. (eds.) *Contemporary Theories About the Family* (549-81). New York: Free Press.
- George, C., y Solomen, J. (2008). The caregiving system: A behavioral system approach to parenting. En J. Cassidy y P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 833-856). New York, NY: Guilford.
- Gewirtz, A. H., DeGarmo, D. S., y Medhanie, A. (2011). Effects of mother's parenting practices on child internalizing trajectories following partner violence. *Journal of Family Psychology*, 25(1), 29-38. <https://doi.org/10.1037/a0022195>
- Ghosh Ippen, C., Harris, W. W., Van Horn, P., y Lieberman, A. F. (2011). Traumatic and stressful events in early childhood: Can treatment help those at highest risk?. *Child abuse & neglect*, 35(7), 504-513.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.03.009>
- Glaser, D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework. *Child Abuse & Neglect*, 26, 697-714.
- Gómez, P. y Granados, J. A. (2003). Violencia doméstica. Papel del médico de atención primaria. *JANO*, LXV (1.492), 53-55.



- Goodyer, I. M., Reynolds, S., Barrett, B., Byford, S., Dubicka, B., Hill, J., ... y Fonagy, P. (2017). Cognitive behavioural therapy and short-term psychoanalytical psychotherapy versus a brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depressive disorder (IMPACT): a multicentre, pragmatic, observer-blind, randomised controlled superiority trial. *The Lancet Psychiatry*, 4(2), 109-119. <https://doi.org/10.3310/hta21120>
- Goodyer, I. M., Tsancheva, S., Byford, S., Dubicka, B., Hill, J., Kelvin, R., ... y Fonagy, P. (2011). Improving mood with psychoanalytic and cognitive therapies (IMPACT): a pragmatic effectiveness superiority trial to investigate whether specialised psychological treatment reduces the risk for relapse in adolescents with moderate to severe unipolar depression: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 12(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-12-175>
- Goodheart, C. D., Levant, R. F., Barlow, D. H., Carter, J., Davidson, K. W., Hagglund, K. J., Bullock, M. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- González-Menéndez, A. (2021). Modelos de intervención en psicoterapia infantil y adolescente. En Fonseca-Pedrero (Coord.), *Manual de tratamientos psicológicos infancia y adolescencia* (pp. 71-116). Pirámide.
- Graham, A.M., Kim, H. K., y Fisher, P. A. (2012). Partner aggression in high-risk families from birth to age 3 years: Associations with harsh parenting and child maladjustment. *Journal of Family Psychology*, 26, 105–114. <https://doi.org/10.1037/a0026722>
- Graham-Bermann, S. A., Castor, L., Miller, L. y Howell, K. (2012). The impact of intimate partner violence and additional traumatic events on trauma symptoms and PTSD in preschool-aged children. *Journal of Traumatic Stress*, 25 (4), 393-400. <https://doi.org/10.1002/jts.21724>
- Graham-Bermann, S. A., Howell, K. H., Lilly, M., y DeVoe, E. (2011). Mediators and moderators of change in adjustment following intervention for children exposed to intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 26, 1815–1833. <https://doi.org/10.1177/0886260510372931>



- Graham-Bermann, S. A., y Hughes, H. M. (2003). Intervention for children exposed to interparental violence (IPV): Assessment of needs and research priorities. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6, 189–204.
<https://doi.org/10.1023/A:1024962400234>
- Graham-Bermann, S. A., Kulkarni, M. R., y Kanukollu, S. (2011). Is disclosure therapeutic for children following exposure to traumatic violence?. *Journal of interpersonal violence*, 26(5), 1056-1076.
<https://doi.org/10.1177%2F0886260510365855>
- 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.
<https://doi.org/10.1177/088626098013001007>
- Graham-Bermann, S. A., Lynch, S., Banyard, V., DeVoe, E. R., y Halabu, H. (2007). Community-based intervention for children exposed to intimate partner violence: An efficacy trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(2), 199-209. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.2.199>
- Graham-Bermann, S. A., Miller-Graff, L. E., Howell, K. H., y Grogan-Kaylor, A. (2015). An efficacy trial of an intervention program for children exposed to intimate partner violence. *Child Psychiatry y Human Development*, 46(6), 928-939. <https://doi.org/10.1007/s10578-015-0532-4>
- Graham-Bermann, S. A., y Perkins, S. (2010). Effects of early exposure and lifetime exposure to intimate partner violence (IPV) on child adjustment. *Violence and Victims*, 25, 427–439. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.25.4.427>
- Grasso, D. J., Henry, D., Kestler, J., Nieto, R., Wakschlag, L. S., y Briggs-Gowan, M. J. (2016). Harsh parenting as a potential mediator of the association between intimate partner violence and child disruptive behaviour in families with young children. *Journal of Interpersonal Violence*, 31, 2102–2126.
<https://doi.org/10.1177/0886260515572472>
- Greene, C. A., Chan, G., McCarthy, K. J., Wakschlag, L. S., y Briggs-Gowan, M. J. (2018). Psychological and physical intimate partner violence and young children's mental health: The role of maternal posttraumatic stress symptoms



and parenting behaviors. *Child abuse & neglect*, 77, 168-179.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.012>

Greeson, M. R., Kennedy, A. C., Bybee, D. I., Beeble, M., Adams, A. E., y Sullivan, C. (2014). Beyond deficits: Intimate partner violence, maternal parenting, and child behaviour over time. *American Journal of Community Psychology*, 54, 46–58.

<https://doi.org/10.1007/s10464-014-9662-2>

Grip, K. (2012). *The damage done-Children exposed to intimate partner violence and their mothers: Towards empirically based interventions in order to reduce negative health effects in children*. [Tesis de Doctorado, University of Gothenburg]. <http://hdl.handle.net/2077/30153>

Grupo de Trabajo de Psicología e Igualdad de Género del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (COP) (2016). *Manual de buenas prácticas. Psicología e igualdad de género*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Recuperado de:

<http://bbpp.observatorioviolencia.org/proyecto/manual-de-recomendaciones-de-buenas-practicas-psicologia-e-igualdad-de-genero/>

Grych, J. H. y Fincham, F. D. (1990). Marital conflict and children's adjustment: A cognitive-contextual framework. *Psychological Bulletin*, 108, 267-29.

<https://doi.org/10.1037/0033-2909.108.2.267>

Grych J. H., Harold G. T. y Miles, C. J. (2003). A prospective investigation of appraisals as mediators of the link between interparental conflict and child adjustment. *Child Development*, 74 (4), 1176-1193.

<https://doi.org/10.1111/1467-8624.00600>

GUIIA-PC, Grupo de Investigación Infancia y Adolescencia-Psicología Clínica (2007). Entrevista semiestructurada de maltrato infantil, ESMI. Documento no publicado.

GUIIA-PC, Grupo de Investigación Infancia y Adolescencia-Psicología Clínica (2009). Entrevista a la mujer maltratada ENMMA. Documento no publicado.



- GUIIA-PC, Grupo de Investigación Infancia y Adolescencia-Psicología Clínica (2009b). Inventario de Condiciones de maltrato a la infancia, ICMI. Documento no publicado.
- GUIIA-PC, Grupo de Investigación Infancia y Adolescencia-Psicología Clínica (2011). Entrevista Semiestructurada para menores expuestos a violencia, ESMEV. Documento no publicado.
- Hackett, S., McWhirter, P. T., y Leshner, S. (2016). The therapeutic efficacy of domestic violence victim interventions. *Trauma, Violence, & Abuse, 17*(2), 123-132. <https://doi.org/10.1177/1524838014566720>
- Haley, J. (1963). *Strategies of psychotherapy*. Gruner and Stratton.
- Hancock, K. M., Swain, J., Hainsworth, C. J., Dixon, A. L., Koo, S. y Munro, K. (2018). Acceptance and commitment therapy versus cognitive behavior therapy for children with anxiety: Outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 47*(2), 296-311. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.11110822>
- Hansen, N. B., Lambert, M. J., y Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: science and practice, 9*(3), 329-343. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.3.329>
- Hare-Mustin, R. y Marecek, J. (1994). Marcar la diferencia. Psicología y construcción de los sexos. Barcelona: Herder.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy, 35*, 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). Acceptance and commitment therapy. New York: Guilford.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente*. Desclée de Brouwer.



- Heise, L. y García-Moreno, C. (2002). Violence by intimate partners. En E. G. Krug, L. L. Dahlberg y J. A. Mercy (Eds.), *World Report on Violence and Health* (pp. 88-121). Ginebra, Suiza: World Health Organization.
- Henggeler, S. W, Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D. y Cunningham, P. B, (2009). *Multisystemic therapy for antisocial behavior in children and adolescents* (2.ª ed.), Guilford Press.
- Herbert, J. D. (2003). The science and practice of empirically supported treatments. *Behavior Modification*, 27 (3), 412-430.
<https://doi.org/10.1177/0145445503027003008>
- Herman-Smith, R. (2013). Intimate partner violence exposure in early childhood: An ecobiodevelopmental perspective. *Health & Social Work*, 38(4), 231–239.
<https://doi.org/10.1093/hsw/hlt018>
- Herrera, V. M. y McCloskey, L. A. (2001). Gender differences in the risk for delinquency among youth exposed to family violence. *Child Abuse and Neglect*, 25 (8), 1037-1051. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(01\)00255-1](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(01)00255-1)
- Hertzman, C. (2012). Putting the concept of biological embedding in historical perspective. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(2), 17160–17167. <https://doi.org/10.1073/pnas.1202203109>
- Hester, M., Pearson, C. y Harwin, N. (1999). *Making an Impact. Children and Domestic Violence*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Hoffman, L., Rice, T. y Prout, T. (2016). *Manual of Regulation-Focused Psychotherapy for Children (RFP-C) with Externalizing Behaviors. A Psychodynamic Approach*. Routledge.
- Holden, G.W. (2003). Children Exposed to Domestic Violence and Child Abuse: Terminology and Taxonomy. *Clinical Child and Family Psychology Review* 6, 151-160. <https://doi.org/10.1023/A:1024906315255>
- Hiltz-Hymes, C. E. (2011). *The role of emotional contagion and flooding in the group process of children exposed to domestic violence* [Tesis de Doctorado, Fielding



- Graduate University]. <https://www.proquest.com/dissertations-theses/role-emotional-contagion-flooding-group-process/docview/864243368/se-2>
- Holden, G. A. (2003). Children exposed to domestic violence and child abuse: terminology and taxonomy. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6 (3), 151-160. <https://doi.org/10.1023/A:1024906315255>
- Holden, G. W, Stein, J. D., Richie, K. L., Harris, S. D., y Jouriles, E. N.(1998). Parent behavior and beliefs of battered women. En G. W. Holden, R. Geffner y E. N. Jouriles (Eds.), *Children exposed to marital violence: Theory, research, and applied issues* (pp. 289-332). Washington, DC: American Psychological.
- Holmes, M. R. (2013). The sleeper effect of intimate partner violence exposure: Long-term consequences on young children's aggressive behaviour. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 986–995. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12071>
- Holmes, M. R., Berg, K. A., Bender, A. E., Evans, K. E., Kobulsky, J. M., Davis, A. P., y King, J. A. (2022). The effect of intimate partner violence on children's medical system engagement and physical health: A systematic review. *Journal of Family Violence*, 1-24. <https://doi.org/10.1007/s10896-021-00291-4>
- Holmes, M. R., Voith, L. A., y Gromoske, A. N. (2015). Lasting effect of intimate partner violence exposure during preschool on aggressive behaviour and prosocial skills. *Journal of Interpersonal Violence*, 30, 1651–1670. <https://doi.org/10.1177/0886260514552441>
- 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 and Neglect*, 32, 797-810. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.02.004>
- Honor, G. (2005). Domestic violence and children. *Journal of Pediatric Health Care*, 19 (4), 206-212. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2005.02.002>
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., y Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American psychologist*, 41(2), 159-164. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.2.159>



- Howarth, E., Moore, T. H., Welton, N. J., Lewis, N., Stanley, N., MacMillan, H., ... y Feder, G. (2016). IMPROving Outcomes for children exposed to domestic Violence (IMPROVE): an evidence synthesis. *Public Health Research*, 4(10), 1-342. <https://doi.org/10.3310/phr04100>
- Howell, K. H., Barnes, S. E., Miller, L. E., y Graham-Bermann, S. A. (2016). Developmental variations in the impact of intimate partner violence exposure during childhood. *Journal of Injury and Violence Research*, 8(1), 1–15. <https://doi.org/10.5249/jivr.v8i1.663>
- Howell, K. H., Miller, L. E., Lilly, M. M., y Graham-Bermann, S. A. (2013). Fostering social competence in preschool children exposed to intimate partner violence: Evaluating the preschool kids' club intervention. *Journal of Aggression, Maltreatment y Trauma*, 22(4), 425-445. <https://doi.org/10.1080/10926771.2013.775986>
- Huang, C.-C., Wang, L.-R., y Warrener, C. (2010). Effects of domestic violence on behavior problems of preschool-aged children: Do maternal mental health and parenting mediate the effects? *Children and Youth Services Review*, 32(10), 1317–1323. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2010.04.024>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2012.04.002>
- Hyde, J. S. (1995). *Psicología de la mujer: la otra mitad de la experiencia humana*. Madrid: Ediciones Morata.
- Instituto de la Mujer (2006). *La violencia contra las Mujeres. Resultados de la III Macroencuesta*. Madrid: Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales.
- Iraurgi, I., Pampliega, A. M., Iriarte, L., y Sanz, M. (2011). Modelo cognitivo-contextual del conflicto interparental y la adaptación de los hijos. *Anales de Psicología*, 27(2), 562-573.



- Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Dumenci, L., Rescorla, L. A., Almqvist, F., Weintraub, S., Bilenberg, N., Bird, H., Chen, W. J., Dobrean, A., Döpfner, M., Erol, N. [...] y Döpfner, M. (2007). Testing the 8-syndrome structure of the child behavior checklist in 30 societies. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(3), 405-417.
<https://doi.org/10.1080/15374410701444363>
- Jacobson, E. (1987). Progressive relaxation. *The American Journal of Psychology*, 100(3-4), 522-537. <https://doi.org/10.2307/1422693>
- Jacobson, N. S., Martell, C. R. y Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255-270. <https://doi.org/10.1093/clipsy.8.3.255>
- Jaffe, P., Wilson, S., y Wolfe, D. A. (1986). Promoting changes in attitudes and understanding of conflict resolution among child witnesses of family violence. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 18(4), 356-366. <https://doi.org/10.1037/h0079969>
- Jaffe, P. G., Wolfe, D., Wilson, S. K. y Zak, L. (1986). Family violence and child adjustment: a comparative analysis of girls' and boys' behavioural symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 143 (1), 74-76.
<https://doi.org/10.1176/ajp.143.1.74>
- Jenkins, J. M. (2000). Marital conflict and children's emotions: the development of an anger organization. *Journal of Marriage and the Family*, 62 (3), 723-736.
<https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2000.00723.x>
- Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Egeland, K., Granly, L., Hoaas, L. C., ... y Wentzel-Larsen, T. (2014). A randomized effectiveness study comparing trauma-focused cognitive behavioral therapy with therapy as usual for youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(3), 356-369.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2013.822307>
- Johnstone, L. y Boyle, M. with Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. y Read, J. (2018). *The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress*,



unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis. Leicester: British Psychological Society.

- Johnston L. y Dallos R. (2017). Introducción a la formulación. En L. Johnstone y R. Dallos (Eds.), *La formulación en la psicología y la psicoterapia* (pp. 27-52). Desclée de Brouwer.
- Jouriles, E. N., Brown, A. S., McDonald, R., Rosenfield, D., Leahy, M. M., y Silver, C. (2008). Intimate partner violence and preschoolers' explicit memory functioning. *Journal of Family Psychology*, 22, 420–428, <https://doi.org/10.1037/0893-3200.22.3.420>
- Jouriles, E. N., McDonald, R., Spiller, L., Norwood, W. D., Swank, P. R., Stephens, N., Ware, H., y Buzy, W. M. (2001). Reducing conduct problems among children of battered women. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 69(5), 774-785. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.5.774>
- Jouriles, E. N., McDonald, R., Rosenfield, D., Stephens, N., Corbitt-Shindler, D., y Miller, P. C. (2009). Reducing conduct problems among children exposed to intimate partner violence: a randomized clinical trial examining effects of Project Support. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77(4), 705-717. <https://doi.org/10.1037/a0015994>
- Jouriles, E. N., Norwood, W., McDonald, R., Vincent, J. P. y Mahoney, A. (1996). Physical violence and other forms of marital aggression: links with children's behavior problems. *Journal of Family Psychology*, 10 (2), 223-234. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.10.2.223>
- Jouriles, E. N., Rosenfield, D., McDonald, R., Vu, N. L., Rancher, C., y Mueller, V. (2018). Children exposed to intimate partner violence: Conduct problems, interventions, and partner contact with the child. *Journal of Clinical Child y Adolescent Psychology*, 47(3), 397-409. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1163706>
- Jouriles, E. N., Vu, N. L., McDonald, R., y Rosenfield, D. (2014). Children's appraisals of conflict, beliefs about aggression, and externalizing problems in families



- characterized by severe intimate partner violence. *Journal of Family Psychology*, 28, 915–924. <https://doi.org/10.1037/a0037921>
- Jung, H., Herrenkohl, T. I., Skinner, M. L., Lee, J. O., Klika, J. B., y Rousson, A. N. (2019). Gender differences in intimate partner violence: A predictive analysis of IPV by child abuse and domestic violence exposure during early childhood. *Violence against women*, 25(8), 903-924. <https://doi.org/10.1177/1077801218796329>
- Källström, Å. (2004). *Negotiating Normality and Deviation. Father's Violence against Mother from Children's Perspectives*. Örebro Studies in social work no 5. Diss, Örebro University, Sweden.
- Kashani, J. H., Daniel, A. E., Dandoy, A. C. y Holcomb, W. R. (1992). Family violence: impact on children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31 (2), 181-189. <https://doi.org/10.1097/00004583-199203000-00001>
- Katz, E. (2015). Domestic violence, children's agency and mother–child relationships: Towards a more advanced model. *Children & Society*, 29(1), 69-79.
- Kazdin, A. E. (2000). Developing a research agenda for child and adolescent psychotherapy research. *Archives of General Psychiatry*, 57, 829-835. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.9.829>
- Kegerreis, S. y Midgley, N. (2014). Psychodynamic approaches. En S. Pattison, M. Robson y A. Benyon (eds.), *The Handbook of Counselling Children and Young People*. Sage.
- Kempe, H. S., Silverman, N. F., Steele, B. F., Droegemueller, W. y Silver, H. K. (1962). The battered-child syndrome. *JAMA: Journal of de American Medical Association*, 181 (17), 105-112. doi:10.1001/jama.1962.03050270019004
- Kennedy, A. C., Bybee, D., Sullivan, C. M., y Greeson, M. (2009). The effects of community and family violence exposure on anxiety trajectories during middle childhood: The role of family social support as a moderator. *Journal of Clinical*



Child & Adolescent Psychology, 38(3), 365–379.

<https://doi.org/10.1080/15374410902851713>

Kerig, P. K. (1999). Gender issues in the effects of exposure to violence on children.

Journal of Emotional Abuse, 1(3), 87–105.

https://doi.org/10.1300/J135v01n03_05

Kerig, P. K. y Fedorowicz, A. E. (1999). Assessing maltreatment of children of battered

women: methodological and ethical considerations. *Child Maltreatment*, 4 (2),

103-115. <https://doi.org/10.1177/1077559599004002003>

Kernic, M., Wolf, M., Holt, V., McKnight, B., Huebner, C. y Rivara, F. (2003).

Behavioral problems among children whose mothers are abused by an intimate partner. *Child Abuse and Neglect*, 27 (11), 1231-1246.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2002.12.001>

Ketsela, T. y Kedebe, D. (1997). Physical punishment of elementary school children in

urban rural communities in Ethiopia. *Ethiopian Medical Journal*, 35 (1), 23-33.

Kimber, M., Adham, S., Gill, S., McTavish, J., y MacMillan, H. L. (2018). The

association between child exposure to intimate partner violence (IPV) and perpetration of IPV in adulthood—A systematic review. *Child abuse & neglect*, 76, 273-286. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.11.007>

Kirsch, V., Fegert, J. M., Seitz, D., y Goldbeck, L. (2011). Trauma-focused cognitive

behavioral therapy (Tf-CBT) for children and adolescents after abuse and maltreatment: Results of a pilot study. *Kindheit und Entwicklung*, 20(2), 95-102.

<https://dx.doi.org/10.1026/0942-5403/a000045>

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. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.2.339>

Kleinman, A. y Kleinman, J. (1986). Somatization: the interconnections among culture,

depressive experiences, and the meaning of pain. En A. Kleinman, B. Good y

C.A. Berkeley (Eds.), *Culture and Depresión* (pp. 429-490). CA: Univerity of California Press.



- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationships*. Plenum.
- Kot, S., Landreth, G. L., y Giordano, M. (1998). Intensive child-centered play therapy with child witnesses of domestic violence. *International Journal of Play Therapy*, 7(2), 17. <http://dx.doi.org/10.1037/h0089421>
- Koss, K. J., George, M. R., Bergman, K. N., Cummings, E. M., Davies, P. T., y Cicchetti, D. (2011). Understanding children's emotional processes and behavioral strategies in the context of marital conflict. *Journal of Experimental Child Psychology*, 109(3), 336–352. <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2011.02.007>
- Krieger, N. (2001). A glossary for social epidemiology. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55(10), 693-700. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.55.10.693>
- Labrador, F. J., Rincón, P., Luis, P., y Fernández-Velasco, R. (2004). *Mujeres víctimas de violencia doméstica*. Pirámide.
- Lamers-Winkelmann, F., Schipper, J., y Oosterman, M. (2012). Children's physical health complaints after exposure to intimate partner violence. *British Journal of Health Psychology*, 17(4), 771–784. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.2012.02072.x>
- Latzman, N. E., Casanueva, C., Brinton, J., y Forman-Hoffman, V. L. (2019). The promotion of well-being among children exposed to intimate partner violence: A systematic review of interventions. *Campbell Systematic Reviews*, 15(3), e1049. <https://doi.org/10.1002/cl2.1049>
- Lavi, I., y Slone, M. (2012). Parental practices and political violence: The protective role of parental warmth and authority-control in Jewish and Arab Israeli children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82, 550–561.
- Lehmann, P. (1997). The development of posttraumatic stress disorder (PTSD) in a sample of child witnesses to mother assault. *Journal of Family Violence*, 12 (3), 241- 257. <https://doi.org/10.1023/A:1022842920066>



- Levendosky, A. A., Bogat, G. A., Lonstein, J. S., Martinez-Torteya, C., Muzik, M., Granger, D. A., y Von Eye, A. (2016). Infant adrenocortical reactivity and behavioral functioning: relation to early exposure to maternal intimate partner violence. *Stress*, *19*(1), 37-44. <https://doi.org/10.3109/10253890.2015.1108303>
- Levendosky, A. A., Bogat, G. A., y Martinez-Torteya, C. (2013). PTSD symptoms in young children exposed to intimate partner violence. *Violence Against Women*, *19*(2), 187–201. <https://doi.org/10.1177/1077801213476458>
- 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*, 275–287. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.17.3.275>
- 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. <https://doi.org/10.1023/A:1011111003373>
- Levendosky, A. A., Lannert, B., y Yalch, M. (2012). The effects of intimate partner violence on women and child survivors: An attachment perspective. *Psychodynamic Psychiatry*, *40*, 397-433. <https://doi.org/10.1521/pdps.2012.40.3.397>
- Ley 14/2011, de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación. *Boletín Oficial del Estado*, *131*, de 2 de junio de 2011. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-9617-consolidado.pdf>
- Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica (2003). *Boletín Oficial del Estado*, *183*, de 1 de agosto de 2003, 29881 a 29883. <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/07/31/27>
- Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia (2015). *Boletín Oficial del Estado*, *180*, de 29 de julio de 2015. <https://www.boe.es/eli/es/l/2015/07/28/26/con>



Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (2004). *Boletín Oficial del Estado*, 313.

<https://www.boe.es/eli/es/lo/2004/12/28/1/con>

Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia (2015). *Boletín Oficial del Estado* 175, de 23 de julio de 2015, 61871 a 61889. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2015/07/22/8>

Li, S., Zhao, F., y Yu, G. (2020). A meta-analysis of childhood maltreatment and intimate partner violence perpetration. *Aggression and violent behavior*, 50, 101362. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.101362>

Liddle, H. A. (2015). Multidimensional family therapy. En T. L. Sexton y J. Lebow (eds.), *Handbook of family therapy*. Routledge.

Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Henderson, C. y Greenbaum, P. (2009). Multidimensional Family Therapy for young adolescent substance abuse: Twelve-month outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 12-25. <https://doi.org/10.1037/a0014160>

Lieberman, A. F., Van Horn, P., y Ippen, C. G. (2005). Toward evidence-based treatment: Child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(12), 1241-1248.

<http://dx.doi.org/10.1097/01.chi.0000181047.59702.58>

Linares, J. L., y Soriano, J. A. (2013). Pasos para una psicopatología relacional. *Revista mexicana de investigación en psicología*, 5(2), 119-146.

Lindblad-Goldberg, M. (1986), Elective mutism in families with young children. En J. Hansen (series ed.) y Combrinck-Graham (ed.), *Treating young children in family therapy* (pp, 38-50). Aspen.

Lindblad-Goldberg, M. (2006). Successful African-American single-parent families. En L. Combrinck-Graham (ed.), *Children and families* (2.ª ed.). Guilford Publications.



- Little, L. y Kaufman, G. (2002). Using ecological theory to understand intimate partner violence and child maltreatment. *Journal of Community Health Nursing*, 19 (3), 133-145. https://doi.org/10.1207/S15327655JCHN1903_02
- Lipchik, E. (2009). A solution focused journey. En E. Connie y L. Metcalf (eds), *The art of solution focused therapy* (pp. 21-45). Springer.
- Lizana, R. (2012). *A mí también me duele. Niños y niñas víctimas de la violencia de género en la pareja*. Barcelona, España: Gedisa.
- López López, J. R. y López Soler, C. (2008). *Conducta antisocial y delictiva en la adolescencia*. Universidad de Murcia: Ediciones Edit.um.
- Loeb, J., Stettler, E. M., Gavila, T., Stein, A., y Chinitz, S. (2011). The child behavior checklist PTSD scale: Screening for PTSD in young children with high exposure to trauma. *Journal of traumatic stress*, 24(4), 430-434. <https://doi.org/10.1002/jts.20658>
- López-Larrosa, S., Escudero, V., y Cummings, E. M. (2009). Preschool children and marital conflict: A constructive view. *European Journal of Developmental Psychology*, 6, 170-189. <https://doi.org/10.1080/17405620600843247>
- López-Santiago, J., y Belloch, A. (2002). La somatización como síntoma y como síndrome: una revisión del trastorno de somatización. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(2), 73-93. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.7.num.2.2002.3923>
- López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: El Trauma Complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(3), 159-174. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.13.num.3.2008.4057>
- López-Soler, C., Alcántara-López, M., Castro-Sáez, M., y Pérez, A. M. (2017). *Menores expuestos a la violencia de género*. Comercial Grupo ANAYA, SA.
- López-Soler, C., Alcántara-López, M., Castro, M., Sánchez-Meca, J., y Fernández, V. (2017b). The association between maternal exposure to intimate partner violence and emotional and behavioral problems in Spanish children and



- adolescents. *Journal of family violence*, 32(2), 135-144.
<https://doi.org/10.1007/s10896-016-9864-5>
- Lundy, M., y Grossman, S. F. (2005). The mental health and service needs of young children exposed to domestic violence: Supportive data. *Families in Society*, 86(1), 17-29. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.18>
- Macmillan, K. M., y Harpur, L. L. (2003). An examination of children exposed to marital violence accessing a treatment intervention. *Journal of Emotional Abuse*, 3(3-4), 227-252. https://doi.org/10.1300/J135v03n03_04
- Maddoux, J. A., Liu, F., Symes, L., McFarlane, J., Paulson, R., Binder, B. K., ... y Gilroy, H. (2016). Partner abuse of mothers compromises children's behavioral functioning through maternal mental health dysfunction: Analysis of 300 mother-child pairs. *Research in nursing & health*, 39(2), 87-95.
<https://doi.org/10.1002/nur.21708>
- Madu, S. N. y Peltzer, K. (2000). Risk factors and child sexual abuse among secondary school students in the Northern Province (South Africa). *Child Abuse & Neglect*, 24 (2), 259-68. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(99\)00128-3](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(99)00128-3)
- Magen, R. H., Conroy, K., Hess, P. M., Panciera, A., y Levi, B. (2001). Identifying domestic violence in child abuse and neglect investigations. *Journal of Interpersonal Violence*, 16 (6), 580-601.
<https://doi.org/10.1177/088626001016006006>
- Main, M. y Solomon, J. (1990). Cross-Cultural studies of attachment organization: recent studies changing methodologies and the concept of conditional strategies. *Human Development*, 33 (1), 48-61. <https://doi.org/10.1159/000276502>
- Malda-Castillo, J., Browne, C., y Perez-Algorta, G. (2019). Mentalization-based treatment and its evidence-base status: A systematic literature review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(4), 465-498. <https://doi.org/10.1111/papt.12195>
- Maliken, A. C., y Katz, L. F. (2012). Fathers' emotional awareness and children's empathy and externalizing problems: The role of intimate partner violence.



Journal of Interpersonal Violence, 28, 718–734.

<https://doi.org/10.1177/0886260512455866>

Margolin, G., y Gordis, E. B. (2000). The effects of family and community violence on children. *Annual Review of Psychology*, 51, 445-479.

<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.445>.

Marr, N. (2001). The epidemy of violence. *Michigan Medicine*, 93 (5), 34-49.

Martínez-Azumendi, O., Beitia, M., Araluce, K. J., Ayerra, J. M., Cela, C., Grijalvo, J., ... y Insúa, P. (1997). Estudio de las primeras consultas en un Centro de Salud Mental (II). Características clínicas, sucesos vitales, ajuste y apoyo social, motivación y expectativas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 17(62), 203-222.

Martínez Pérez, A. M. (2015) *Perfil Externalizante e Internalizante, y Estrés Postraumático en Menores Expuestos a Violencia de Género: Características y Comorbilidad* [Tesis de Doctorado, Universidad de Murcia].

<http://hdl.handle.net/10201/47129>

Martinez-Torteya, C., Bogat, G. A., Lonstein, J. S., Granger, D. A., y Levendosky, A. A. (2017). Exposure to intimate partner violence in utero and infant internalizing behaviors: Moderation by salivary cortisol-alpha amylase asymmetry. *Early human development*, 113, 40-48.

<https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2017.07.014>

Matud, M. P. (1998). Investigación del estrés y su impacto en la salud de las mujeres en Canarias. Informe del proyecto de investigación. Instituto Canario de la Mujer.

Matud, M. P., Caballeira, M. y Marrero, R. J. (2003). Validación de un inventario de evaluación del maltrato a la mujer por su pareja: el APCM. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 3 (1), 5-17.

McAllister, M. (2000). Domestic violence: A life-span approach to assessment and intervention. *Lippincott's Primary Care Practice*, 4, 174-189.



- McDonald, R., Jouriles, E. N., Tart, C. P. y Minze, L. C. (2009). Children's adjustment problems in families characterized by men's severe violence toward women: does other family violence matter? *Child Abuse & Neglect*, 33 (2), 94-101. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.03.005>
- McCord, J. (1983). A forty year perspective on effects of child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*, 7 (3), 265-270. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(83\)90003-0](https://doi.org/10.1016/0145-2134(83)90003-0)
- McCrorry, E., De Brito, S. A., y Viding, E. (2011). The impact of childhood maltreatment: A review of neurobiological and genetic factors. *Frontiers in Psychiatry*, 2, 1-14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2011.00048>
- McDonald, R., Jouriles, E. N., y Skopp, N. A. (2006). Reducing conduct problems among children brought to women's shelters: intervention effects 24 months following termination of services. *Journal of Family Psychology*, 20(1), 127-136. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.1.127>
- McDonald, R., Dodson, M. C., Rosenfield, D., y Jouriles, E. N. (2011). Effects of a parenting intervention on features of psychopathy in children. *Journal of abnormal child psychology*, 39(7), 1013-1023. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9512-8>
- McFarlane, J., Groff, J., 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. <https://doi.org/10.1542/peds.112.3.e202>
- McFarlane, J. M., Groff, J. Y., O'brien, J. A., y Watson, K. (2005a). Behaviors of children exposed to intimate partner violence before and 1 year after a treatment program for their mother. *Applied Nursing Research*, 18(1), 7-12. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2004.06.011>
- McFarlane, J. M., Groff, J. Y., O'Brien, J. A., y Watson, K. (2005b). Behaviors of children following a randomized controlled treatment program for their abused mothers. *Issues in comprehensive pediatric nursing*, 28(4), 195-211. <http://dx.doi.org/10.1080/01460860500396708>



- McGee, C. (2000) *Childhood Experiences of Domestic Violence*. London: Jessica Kingsley Publisher.
- McIntosh, J. E. (2002). Thought in the face of violence: A child's need. *Child and Abuse*, 26, 229-241. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(01\)00321-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(01)00321-0)
- McIntosh, J. E., Tan, E. S., Levendosky, A. A., y Holtzworth-Munroe, A. (2021). Mothers' experience of intimate partner violence and subsequent offspring attachment security ages 1–5 years: A meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(4), 885-899. <https://doi.org/10.1177/1524838019888560>
- McManus, E., Belton, E., Barnard, M., Cotmore, R., y Taylor, J. (2013). Recovering from domestic abuse, strengthening the mother–child relationship: Mothers' and children's perspectives of a new intervention. *Child Care in Practice*, 19(3), 291-310. <https://doi.org/10.1080/13575279.2013.785933>
- McWhirter, P. T. (2011). Differential therapeutic outcomes of community-based group interventions for women and children exposed to intimate partner violence. *Journal of interpersonal violence*, 26(12), 2457-2482. <https://doi.org/10.1177/0886260510383026>
- Midgley, N., O'Keeffe, S., French, L., y Kennedy, E. (2017). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: an updated narrative review of the evidence base. *Journal of Child Psychotherapy*, 43(3), 307-329. <https://doi.org/10.1080/0075417X.2017.1323945>
- Miller, L. E., Howell, K. H., y Graham-Bermann, S. A. (2012). Potential mediators of adjustment for preschool children exposed to intimate partner violence. *Child Abuse & Neglect*, 36(9), 671–675. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.07.005>
- Milot, T., Plamondon, A., Ethier, L. S., Lemelin, J. P., St-Laurent, D., y Rousseau, M. (2013). Validity of CBCL-derived PTSD and dissociation scales: Further evidence in a sample of neglected children and adolescents. *Child Maltreatment*, 18(2), 122-128. <https://doi.org/10.1177/1077559513490246>
- Ministerio de Ciencia e Innovación (2011). *Manual: El género en la investigación*. España: Ministerio de Ciencia e Innovación. Recuperado de:



https://www.csic.es/sites/www.csic.es/files/manual_de_genero_en_la_investigacion.pdf

- Ministerio de Economía y Competitividad (2016). Plan Estatal de Investigación Científica y técnica y de innovación 2013-2016. Recuperado de: https://www.ciencia.gob.es/dam/jcr:81a33d6d-049e-45e0-ad41-7f4f67d4a7e9/Plan_Estatal_Inves_cientifica_tecnica_innovacion.pdf.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013a). *Estrategia nacional para la erradicación de la violencia contra la mujer 2013-2016*. Madrid: Centro de Publicaciones.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013b). *II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016*. Madrid: Centro de Publicaciones.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/planCalidad2007.pdf>
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2006a). *I Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2006-2009*. Madrid: Centro de Publicaciones.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2006b). *Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género 2007- 2008*. Madrid: Centro de Publicaciones.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Tavistock.
- Mitchell, S. J., Lewin, A., Rasmussen, A., Horn, I. B., y Joseph, J. G. (2011). Maternal distress explains the relationship of young African American mothers' violence exposure with their preschoolers' behaviour. *Journal of Interpersonal Violence*, 26, 580–603. <https://doi.org/10.1177/0886260510363423>
- Minuchin, S. y Fishman, H. C. (1981). *Técnicas de Terapia Familiar*. Paidós



- Minze, L. C., McDonald, R., Rosentraub, E. L., y Jouriles, E. N. (2010). Making sense of family conflict: Intimate partner violence and preschoolers' externalizing problems. *Journal of Family Psychology, 24*, 5–11.
<https://doi.org/10.1037/a0018071>
- Menon, S. V., Cohen, J. R., Shorey, R. C., y Temple, J. R. (2018). The impact of intimate partner violence exposure in adolescence and emerging adulthood: A developmental psychopathology approach. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 47*(1), S497-S508.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1437736>
- Merrell, K. W. (2008). *Behavioral, social, and emotional assessment of children and adolescents* (3rd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Morales, J. M. y Costa, M. (1997). Tendencias actuales en la investigación del maltrato infantil. En J. Casado, J. A. Díaz y C. Martínez. (eds.), *Niños maltratados* (pp. 309-323). Díaz de Santos Ediciones.
- Moriana, J. A., y Martínez, V. A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de psicopatología y psicología clínica, 16*(2), 81-100.
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.2.2011.10355>
- Mouzos, J. y Makkai, T. (2004). *Women's experiences of male violence: findings from the Australian component of the International Violence Against Women Survey (IVAWS)*. Canberra: Australian Institute of Criminology.
- Moylan, C. A., Herrenkohl, T. I., Sousa, C., Tajima, E. A., Herrenkohl, R. C., y Russo, M. J. (2010). The effects of child abuse and exposure to domestic violence on adolescent internalizing and externalizing behavior problems. *Journal of Family Violence, 25*(1), 53–63. <https://doi.org/10.1007/s10896-009-9269-9>
- Mowrer, O. H, y Mowrer, W. M, (1938). Enuresis: a method for its study and treatment. *American Journal of Orthopsychiatry, 8*(3), 436-459.
<https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1938.tb06395.x>



- Mufson, L., Dorta, K. P., Moreau, D. y Weissman, M. M. (2004). *Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents* (2.ª ed.), Guilford Press.
- Mufson, L., Dorta, K. P., Moreau, D. y Weissman, M. M. (2011). *Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents*. Guilford Press.
- Mullender, A., Hague, G., Iman, U., Kelly, L., Malos, E., y Regan, L. (2002). *Children's perspectives on domestic violence*. Sage.
- Muñoz-Suazo, D. (2020). *Diferencias en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia y adolescencia desde la perspectiva de género* [Tesis de Doctorado, Universidad de Sevilla].
<https://hdl.handle.net/11441/105280>
- Nathan, P. E. y Gorman, J. M. (1998). *A guide to treatments that work* (1.ª ed.). Oxford University Press.
- Nathan, P. E. y Gorman, J. M. (2015). *Treatments that work*. Oxford University Press.
- National Child Traumatic Stress Network (2003). Complex Trauma in Children and Adolescents. En Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J. y van der Kolk, B. (eds.). *White Paper from the National Child Traumatic Stress Network Complex Trauma Task Force*. EE. UU: Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services.
- Naciones Unidas (1980). II Conferencia Mundial sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer. <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/copenhagen.html>
- Naciones Unidas (1993). Conferencia Mundial de Derechos Humanos.
<https://www.ohchr.org/es/about-us/history/vienna-declaration>
- Nehring, I., Sattel, H., Al-Hallak, M., Sack, M., Henningsen, P., Mall, V., y Aberl, S. (2021). The Child Behavior Checklist as a Screening Instrument for PTSD in Refugee Children. *Children*, 8(6), 521. <https://doi.org/10.3390/children8060521>



- Noonan, C. B., y Pilkington, P. D. (2020). Intimate partner violence and child attachment: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect, 109*, 104765. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104765>
- Norcross, J. C. y Wampold, B. E. (2018). A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. *Journal of Clinical Psychology, 74*(11), 1889-1906. <https://doi.org/10.1002/jclp.22678>
- 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. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.9.1.45>
- Obradović, J., Bush, N. R., y Boyce, W. T. (2011). The interactive effect of marital conflict and stress reactivity on externalizing and internalizing symptoms: The role of laboratory stressors. *Development and Psychopathology, 23*(1), 101-114. <https://doi.org/10.1017/S0954579410000672>
- Observatorio de la Infancia (2006). *Maltrato Infantil: Detección. Notificación y Registro de casos*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. <http://www.observatoriodelainfancia.mspes.es/documentos/HojasDeteccion.pdf>.
- Observatorio de la Infancia (2014). *Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar. Actualizado a la intervención en los supuestos de menores de edad víctimas de violencia de género*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/productos/pdf/MaltratoInfantil_accesible.pdf
- Observatorio Estatal de la Violencia sobre la Mujer (2011). *IV Informe Anual del Observatorio Estatal de la Violencia sobre la Mujer*. Colección 14: documentos contra la violencia de género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de publicaciones.
- O'Keefe, M. (1996). The differential effects of family violence on adolescent adjustment. *Child and Adolescent Social Work Journal, 13*(1), 51-68. <https://doi.org/10.1007/BF01876595>



- Okin, S. (1990). Thinking like a woman. En D. Rhode (Ed.), *Theoretical perspectives on sexual difference* (pp. 145-159). Yale University Press.
- Olaya, B., Tarragona, M. J., de la Osa, N. y Ezpeleta, L. (2008). Protocolo de evaluación de niños y adolescentes víctimas de la violencia doméstica. *Papeles del psicólogo*, 29 (1), 123-135.
- Olaya, B. (2009). *Children exposed to domestic violence: Assessment and psychopathology* [Tesis de Doctorado, Universidad Autónoma de Barcelona]. <http://hdl.handle.net/10803/5469>
- Olaya, B., Ezpeleta, L., Osa, N., Granero, J., y Doménech, M. (2010). Mental health needs of children exposed to intimate partner violence seeking help from mental health services. *Children and Youth Services Review*, 32, 1004-1011. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2010.03.028>
- Olivares Rodriguez, J. y Olivares Olivares, J. P. (2018). *Mutismo selectivo. Naturaleza, evaluación y tratamiento*. Pirámide.
- Olofsson, N., Lindqvist, K., Gådin, K. G., Bråbäck, L., y Danielsson, I. (2011). Physical and psychological symptoms and learning difficulties in children of women exposed and non-exposed to violence: A population-based study. *International Journal of Public Health*, 56(1), 89–96. <https://doi.org/10.1007/s00038-010-0165-0>
- Onyskiw, J. E. (2002). Health and use of health services of children exposed to violence in their families. *Canadian Journal of Public Health*, 93(6), 416–420. <https://doi.org/10.1007/BF03405028>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2011). *Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer para promover el acceso de mujeres y niñas a la educación, la capacitación, la ciencia y la tecnología*. Nueva York: Naciones Unidas. Recuperado de: <https://www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw55/press/SP-CSW-backgroundunder.pdf>



- Organización Mundial de la Salud (1999). *Informe de la Reunión Consultiva sobre el Maltrato de menores*. Organización mundial de la Salud.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66734/WHO_HSC_PVI_99.1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). *Recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre violencia doméstica contra las mujeres*. Ginebra: Departamento de género y Salud de la Mujer. Grupo Salud Familiar y de la Comunidad. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: Resumen*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43431/9275324220_spa.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Clasificación Internacional de Enfermedades* (11ª ed.). <https://icd.who.int/>
- Ortiz, D. (2008). *La terapia familiar sistémica*. Cuenca-Ecuador: Universidad Politécnica Salesiana.
- Osofsky, J. D. (1998). Children as invisible victims of domestic and community violence. En Holden, G. W., Geffner, R. y Jouriles, E. N. (eds.), *Children exposed to marital violence: Theory, research, and applied issues, APA science volumes* (pp. 95-117). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Oswald, S. H., Heil, K. y Goldbeck, L. (2010). History of maltreatment and mental health problems in foster children: a review of the literature. *Journal of Pediatric Psychology*, 35 (5), 462-472. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp114>
- Oud, M., De Winter, L., Vermeulen-Smit, E. et al. (2019). Effectiveness of CBT for children and adolescents with depression: a systematic review and metaregression analysis. *European Psychiatry*, 57, 3-45.
doi:10.1016/j.eurpsy.2018.12.008



- Øverlien, C., y Hydén, M. (2009). Children's actions when experiencing domestic violence. *Childhood, 16*, 479-496. <https://doi.org/10.1177/0907568209343757>
- Øverlien, C. (2010). Children exposed to domestic violence. Conclusions from the literature and challenges ahead. *Journal of Social Work, 10* (1), 80-97. <https://doi.org/10.1177/1468017309350663>
- Øverlien, C. y Hydén, M. (2007). Att tvingas lyssna –hur barn bevittnar pappas våld mot mamma. *Journal BARN (Body Awareness Resource Network), 1*(25), 9-25. <https://doi.org/10.5324/barn.v25i1.3590>
- Pastor-Moreno, G., Ruiz-Pérez, I., Henares-Montiel, J., y Petrova, D. (2020). Intimate partner violence during pregnancy and risk of fetal and neonatal death: a meta-analysis with socioeconomic context indicators. *American journal of obstetrics and gynecology, 222*(2), 123-133. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.07.045>
- Patró, R. y Limiñana, R. (2005). Víctimas de violencia familiar: consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales de Psicología, 21* (1), 11-17.
- Patterson, G. R., Ray, R. S. y Shaw, D. A. (1968). Direct intervention in families of deviant children. *Oregon Research Institute Research Bulletin, 8*(9). Oregon Research Institute and University of Oregon.
- Pedreira, J. L., y Martín, L. (2000). Desarrollo psicosocial de la adolescencia: bases para una comprensión actualizada. *Documentación social, 120*, 69-90.
- Peled, E. y Davis, D. (1995a). *Groupwork with children of battered women*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Peek-Asa, C., Maxwell, L., Stromquist, A., Whitten, P., Limbos, M. A., y Merchant, J. (2007). Does parental physical violence reduce children's standardized test score performance?. *Annals of epidemiology, 17*(11), 847-853. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2007.06.004>
- Pekarik, G. (1996). *Psychotherapy abbreviation: A practical guide*. The Haworth Press.



- Peled, E. (1998). The experience of living with violence for preadolescent children of battered women. *Youth and Society*, 29(4), 395-430.
<https://doi.org/10.1177/0044118X98029004001>
- Peled, E. y Davis, D. (1995a). *Groupwork with children of battered women*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Peled, E. y Davies, D. (1995b). Current Knowledge about Children of Battered Women. In *Groupwork with children of battered women. A practitioner's manual* (pp. 1-14). Sage Publications.
- Perea, A., Loreda, A., Trejo, J., Baez, V., Martín, V., Monroy, A. y Ventejo, A. (2001). El maltrato al menor: propuesta de una definición integral. *Boletín Médico del Hospital Infantil de Mexico*, 58 (4), 251-258.
- Pereira-Román, B., López-Soler, C., y Alcántara López, M. V. (2021). Gender perspective in research on interventions in children with experiences of parental gender-based violence: application of GPIHR criteria. *International journal of environmental research and public health*, 18(21), 11047.
<https://doi.org/10.3390/ijerph182111047>
- Pérez-Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 5(2), 159-172.
- Pérez-Álvarez, M. (2012). Third-generation therapies: achievements and challenges. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(2), 291-310.
- Pernebo, K., Fridell, M., y Almqvist, K. (2018). Outcomes of psychotherapeutic and psychoeducative group interventions for children exposed to intimate partner violence. *Child abuse y neglect*, 79, 213-223.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.02.014>
- Pernebo, K., Fridell, M., y Almqvist, K. (2019). Reduced psychiatric symptoms at 6 and 12 months' follow-up of psychotherapeutic and psychoeducative group interventions for children exposed to intimate partner violence. *Child abuse y neglect*, 93, 228-238. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.05.002>



- Perquin, C. W., Hazebroek-Kampschreur, A. A., Hunfeld, J. A., Bohnen, A. M., van Suijlekom-Smit, L. W., Passchier, J., y Van Der Wouden, J. C. (2000). Pain in children and adolescents: a common experience. *Pain*, 87(1), 51-58.
[https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(00\)00269-4](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(00)00269-4)
- Pionek-Stone, B., Kratochwill, T. R., Sladeczek, I. y Serlin, R. C. (2002) Treatment of selective mutism: A best-evidence synthesis. *School Psychology Quarterly*, 17(2), 168-190. <https://doi.org/10.1521/scpq.17.2.168.20857>
- Portu, N., y Eceiza, M. (2012). Las relaciones de apego con el padre y la madre en la segunda infancia y su relación con la autoestima. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 177-187.
- Preister, S. (1981). La teoría de sistemas como marco de referencia para el estudio de la familia. *Revista de trabajo social*, 34, 5-17.
- Prout, T. A., Bernstein, M., Gaines, E., Aizin, S., Sessler, D., Racine, E., ... y Hoffman, L. (2020). Regulation focused psychotherapy for children in clinical practice: Case vignettes from psychotherapy outcome studies. *International Journal of Play Therapy*, 29(1), 43-43. <https://doi.org/10.1037/pla0000111>
- Prieto Larrocha, M. (2015). *Eficacia de la terapia cognitivo conductual (TCC) y de la TCC-focalizada en el trauma en infancia maltratada* [Tesis de Doctorado].
<http://hdl.handle.net/10201/48124>
- Quay, H. C. y Petterson, D. R. (1987). Manual for the Revised Behavior Problem checklist. University of Miami (unpublished).
- Quirós, E. (2003). El impacto de la violencia intrafamiliar: transitando de la desesperanza a la recuperación del derecho a vivir libres de violencia. *Perspectivas psicológicas*, 3(4), 153-161.
- Rea, J. G., y Rossman, B. R. (2005). Children exposed to interparental violence: Does parenting contribute to functioning over time? *Journal of Emotional Abuse*, 5(1), 1-28. https://doi.org/10.1300/J135v05n01_01



- Real Academia Española. (s.f.a). Exponer. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 9 de marzo de 2023, de <https://dle.rae.es/exponer>
- Real Academia Española. (s.f.b). Evidencia. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 9 de marzo de 2023, de <https://dle.rae.es/evidencia>
- Reichow, B., Hume, K., Barton, E. E. y Boyd, B. A. (2018). Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Renner, L. M. (2012). Single types of family violence victimization and externalizing behaviors among children and adolescents. *Journal of Family Violence*, 27(3), 177–186. <https://doi.org/10.1007/s10896-012-9421-9>
- Renner, L. M., y Boel-Studt, S. (2013). The relation between intimate partner violence, parenting stress, and child behavior problems. *Journal of Family Violence*, 28(2), 201–212. <https://doi.org/10.1007/s10896-012-9477-6>
- Reza, A., Mercy, J. A. y Krug, E. (2001). Epidemiology of violent deaths in the world. *Journal of the International Society for Child and Adolescents: Injury Prevention*, 7 (2), 104-11. <http://dx.doi.org/10.1136/ip.7.2.104>
- Reynolds, C. R. y Kamphaus, R.W. (1992). Behavior assessment system for children (BASC). Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Riedinger, V., Pinquart, M, y Teubert, D. (2017). Effects of Systemic Therapy on Mental Health of Children and Adolescents: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(6), 880-894. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1063427>
- Rieffe, C., Villanueva, L., Adrián, J. E., y Górriz, A. B. (2009). Quejas somáticas, estados de ánimo y conciencia emocional en adolescentes. *Psicothema*, 21(3), 459-464.
- Rigterink, T., Katz, L. F., y Hessler, D. M. (2010). Domestic violence and longitudinal associations with children's physiological regulation abilities. *Journal of*



Interpersonal Violence, 25(9), 1669–1683.

<https://doi.org/10.1177/0886260509354589>

- Riquelme, V., Cánovas-Leonhardt, P., Orellana, N., y Sáez-Serrano, B. (2019). Víctimas invisibles: análisis de la intervención socioeducativa de niñas y niños expuestos a violencia de género en la familia. *Pedagogía social: revista interuniversitaria*, 34(12), 113-127. <https://doi.org/10.7179/PSRI>
- Rivett, M. y Kelly, S. (2006). «From awareness to practice»: children, domestic violence and child welfare. *Child Abuse Review*, 15 (4), 224-242. <https://doi.org/10.1002/car.945>
- Rivas, C., Ramsay, J., Sadowski, L., Davidson, L. L., Dunne, D., Eldridge, S., ... y Feder, G. (2016). Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, 12(1), 1-202. <https://doi.org/10.4073/csr.2016.2>
- Rizo, C. F., Macy, R. J., Ermentrout, D. M., y Johns, N. B. (2011). A review of family interventions for intimate partner violence with a child focus or child component. *Aggression and Violent Behavior*, 16(2), 144-166. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2011.02.004>
- Robbins, M. S., Feaster, D. J., Horigian, V. E., Rohrbaugh, M., Shoham, V., Bachrach, K., ... y Szapocznik, J. (2011). Brief strategic family therapy versus treatment as usual: results of a multisite randomized trial for substance using adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(6), 713-727. <https://doi.org/10.1037/a0025477>
- Roberts, A. L., McLaughlin, K. A., Conron, K. J., y Koenen, K. C. (2011). Adulthood stressors, history of childhood adversity, and risk of perpetration of intimate partner violence. *American journal of preventive medicine*, 40(2), 128-138. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.10.016>
- Rodríguez, J. O., Alcázar, A. I. R., Caballo, V. E., García-López, L. J., Amorós, M. O., y López-Gollonet, C. (2003). El tratamiento de la fobia social en niños y adolescentes: una revisión meta-analítica. *Psicología Conductual*, 11, 599-622.



- Rojas-Marcos, L. (1995). *Las semillas de la violencia*. Madrid, España: Espasa Calpe.
- Romano, E., Weegar, K., Gallitto, E., Zak, S., y Saini, M. (2021). Meta-analysis on interventions for children exposed to intimate partner violence. *Trauma, Violence, & Abuse, 22*(4), 728-738. <https://doi.org/10.1177/152483801988173>
- Rosner, R., Arnold, J., Groh, E. M., y Hagl, M. (2012). Predicting PTSD from the Child Behavior Checklist: Data from a field study with children and adolescents in foster care. *Children and Youth Services Review, 34*(9), 1689-1694. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2012.04.019>
- Rosser-Limiñana, A., Suriá-Martínez, R., y Mateo Pérez, M. Á. (2020). Children exposed to intimate partner violence: association among battered mothers' parenting competences and children's behavior. *International journal of environmental research and public health, 17*(4), 1134. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041134>
- Rossmann, B. (2001). Longer term effects of children's exposure to domestic violence. En Graham-Bermann, y J. Edleson Domestic (eds.), *Violence in the Lives of Children: The Future of Research, Intervention and Social Policy*. American Psychological Association.
- Rossmann, B. R., Hughes, H. M., y Rosenberg, M. S. (2000). *Children and interparental violence: The impact of exposure*. Philadelphia, MS: Brunner/Mazel.
- Rubio-Garay, F., Carrasco, M. A., Amor, P. J., y López-González, M. A. (2015). Factores asociados a la violencia en el noviazgo entre adolescentes: una revisión crítica. *Anuario de Psicología, 25*, 47-56. <https://doi.org/10.1016/j.apj.2015.01.001>
- Ruggiero, K. J., y McLeer, S. V. (2000). PTSD scale of the child behavior checklist: Concurrent and discriminant validity with non-clinic-referred sexually abused children. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies, 13*(2), 287-299. <https://doi.org/10.1023/A:1007710828777>



- Runyan, D. K. (1998). Prevalence, risk, sensitivity, and specificity: a commentary on the epidemiology of child sexual abuse and the development of a research agenda. *Child Abuse & Neglect*, 22 (6), 493-498. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(98\)00015-5](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(98)00015-5)
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., Scott, W. y Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71-72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Saler, L., y Skolnick, N. (1992). Childhood parental death and depression in adulthood: Roles of surviving parent and family environment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 504-516. <https://doi.org/10.1037/h0079372>
- Samaniego, V. C. (2008). El Child Behavior Checklist: su estandarización en población urbana argentina. *Revista de Psicología UCA*, 4(8), 113-130.
- Sánchez, L. (2003). A view about scientific and lay knowledge from four knowledge construction approaches. *Anales de Psicología*, 19 (1), 1-14.
- Sánchez Pedraza, R., y Gómez Restrepo, C. (1998). Conceptos básicos sobre validación de escalas. *Rev. colomb. psiquiatr*, 27(2), 121-130.
- Sandín, B. (2013). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales?. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 18(3), 255-286. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.18.num.3.2013.12925>
- Sandín, B., Chorot, P., y Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11839>
- Save the Children (2006). *Atención a los niños y niñas víctimas de violencia de género. Análisis de la atención a los hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género en el sistema de protección de la mujer*. Save the Children España.
- Save the Children (2008). *Manual de atención a niños y niñas víctimas de violencia de género en el ámbito familiar*. Save the Children España. <https://resourcecentre.savethechildren.net/document/manual-de-atencion-ninos-y-ninas-victimas-de-violencia-de-genero-en-el-ambito-familiar/>



- Save the Children (2011). *En la violencia de género no hay una sola víctima. Atención a los hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género*. Madrid: Save the Children España.
- Save the Children (2012). *Más allá de los golpes: ¿por qué es necesaria una ley? Informe sobre la violencia contra los niños y las niñas*. Save the Children España.
- Scheeringa, M. S., y Weems, C. F. (2014). Randomized placebo-controlled D-Cycloserine with cognitive behavior therapy for pediatric posttraumatic stress. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 24(2), 69-77.
<https://doi.org/10.1089/cap.2013.0106>
- Schunk, D. (1997). *Teorías del aprendizaje*. México: Prentice Hall.
- Segal, Z. V., Williams, M. G. y Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. The Guilford Press.
- Sepúlveda, A. (2006). La violencia de género como causa de maltrato infantil. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12 (43-44), 149-164.
- Sexton, T. L. y Lebow, J. (2016). *Handbook of family therapy*. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Shumba, A. (2001). The epidemiology and etiology of reported cases of child physical abuse in Zimbabwean primary schools. *Child Abuse & Neglect*, 25 (2), 265-277.
[https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00244-1](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00244-1)
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., y Leibenluft, E. (2014). Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 276-293. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070966>
- Silva, E. P., Lemos, A., Andrade, C. H., y Ludermir, A. B. (2018). Intimate partner violence during pregnancy and behavioral problems in children and adolescents: a meta-analysis. *Jornal de pediatria*, 94, 471-482.
<https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2018.01.007>



- Sim, L., Friedrich, W. N., Davies, W. H., Trentham, B., Lengua, L., y Pithers, W. (2005). The Child Behavior Checklist as an indicator of posttraumatic stress disorder and dissociation in normative, psychiatric, and sexually abused children. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(6), 697-705. <https://doi.org/10.1002/jts.20078>
- Skopp, N. A., McDonald, R., Manke, B., y Jouriles, E. N. (2005). Siblings in domestically violent families: Experience of interparent conflict and adjustment problems. *Journal of Family Psychology*, 19, 324–333. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.19.2.324>
- Smagur, K. E., Bogat, G. A., y Levendosky, A. A. (2017). Gender role and gender as predictors of behavior problems in children exposed to intimate partner violence. *Journal of family violence*, 32(2), 157-168. <https://doi.org/10.1007/s10896-016-9890-3>
- Smith, N., y Landreth, G. (2003). Intensive filial therapy with child witnesses of domestic violence: A comparison with individual and sibling group play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 12(1), 67-88. <https://doi.org/10.1037/h0088872>
- Smith-Marek, E. N., Cafferky, B., Dharnidharka, P., Mallory, A. B., Dominguez, M., High, J., ... y Mendez, M. (2015). Effects of childhood experiences of family violence on adult partner violence: A meta-analytic review. *Journal of Family Theory & Review*, 7(4), 498-519. <https://doi.org/10.1111/jftr.12113>
- Society of Clinical Child and Adolescent Psychology. (1 de marzo de 2022). Effective child therapy. Evidence-based mental health treatment for children and adolescents. <https://effectivechildtherapy.org/concerns-symptoms-disorders/>
- Solomon, J. y George, C. (Eds.) (1999). *Attachment disorganization*. Guilford Press.
- Stanford, E. A., Chambers, C. T., Biesanz, J. C., y Chen, E. (2008). The frequency, trajectories and predictors of adolescent recurrent pain: a population-based approach. *Pain*, 138(1), 11-21. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.10.032>



- Stith, S. M., Rosen, K. H., Middleton, K. A., Busch, A. L., Lundeberg, K., y Carlton, R. P. (2000). The intergenerational transmission of spouse abuse: A meta-analysis. *Journal of Marriage and Family*, 62(3), 640–654.
<https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2000.00640.x>
- Stratton, P. (2016). *The Evidence Base of Family Therapy and Systemic Practice*. Association for Family Therapy, UK.
- Straus, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: the Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and Family*, 41 (1), 75-88.
<https://doi.org/10.2307/351733>
- Straus, M. A. y Gelles, R. J. (1995). *Physical violence in American families: Risk factors and adaptations to violence in 8,145 families*. New Brunswick, NJ: Transaction Books. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Straus, M. A. y Hamby, S. L., (1997). Measuring physical and psychological maltreatment of children with Conflict Tactics Scale. In G. Kauffman Kantor, y J. I. Jsisnski (Eds.), *Out of the darkness: Contemporary research perspectives on family violence* (pp. 19-135).
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Finkelhor, D., Moore, D. W. y Runyan, D. (1998). Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scale: development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child abuse and neglect*, 22 (4), 246-270.
[https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(97\)00174-9](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(97)00174-9)
- Stride, S., Geffner, R., y Lincoln, A. (2008). The physiological and traumatic effects of childhood exposure to intimate partner violence. *Journal of Emotional Abuse*, 8(1-2), 83–101. <https://doi.org/10.1080/10926790801984507>
- Stride, S., Geffner, R., y Lincoln, A. (2010). The psychological and traumatic effects of childhood exposure to intimate partner. En R. Geffner, D. Griffin y J. Lewis (Eds.), *Children exposed to violence. Current issues, interventions and research* (pp. 80-97). Routledge.



- Sturge-Apple, M. L., Davies, P. T., Cicchetti, D., y Manning, L. G. (2012). Interparental violence, maternal emotional unavailability and children's cortisol functioning in family contexts. *Developmental Psychology*, 48(1), 237–249.
<https://doi.org/10.1037/a0025419>
- Sudermann, M., Marshall, L., y Loosely, S. (2000). Evaluation of the London (Ontario) community group treatment programme for children who have witnessed woman abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment y Trauma*, 3(1), 127-146.
https://doi.org/10.1300/J146v03n01_09
- Sullivan, C. M., Bybee, D. I., y Allen, N. E. (2002). Findings from a community-based program for battered women and their children. *Journal of Interpersonal Violence*, 17(9), 915-936. <https://doi.org/10.1177/0886260502017009001>
- Sullivan, M., Egan, M., y Gooch, M. (2004). Conjoint interventions for adult victims and children of domestic violence: A program evaluation. *Research on Social Work Practice*, 14(3), 163-170. <https://doi.org/10.1177/1049731503257881>
- Sundblad, G. M. B., Saartok, T., y Engström, L. M. T. (2007). Prevalence and co-occurrence of self-rated pain and perceived health in school-children: age and gender differences. *European Journal of Pain*, 11(2), 171-180.
<https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2006.02.006>
- Swain, J., Hancock, K., Dixon, A., y Bowman, J. (2015). Acceptance and commitment therapy for children: A systematic review of intervention studies. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(2), 73-85.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.02.001>
- Tajima, E. A., Herrenkohl, T. I., Moylan, C. A., y Derr, A. S. (2011). Moderating the effects of childhood exposure to intimate partner violence: The roles of parenting characteristics. *Journal of Research on Adolescence*, 21, 376–394.
<https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00676.x>
- Tan, J. X. y Fajardo, M. (2017). Efficacy of multisystemic therapy in youths aged 10-17 with severe antisocial behaviour and emotional disorders: systematic review. *London Journal of Primary Care*, 9(6), 95-103.
<https://doi.org/10.1080/17571472.2017.1362713>



- Teicher, M. H., Samson, J. A., Sheu, Y.-S., Polcari, A., y McGreenery, C. E. (2010). Hurtful words: Association of exposure to peer verbal abuse with elevated psychiatric symptom scores and corpus callosum abnormalities. *American Journal of Psychiatry*, 167(12), 1464–1471. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10010030>
- Teicher, M. H., y Vitaliano, G. D. (2011). Witnessing violence toward siblings: An understudied but potent form of early adversity. *PLOS ONE*, 6(12), 1–10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0028852>
- Tomás, C., Yago, T., Eguiluz, M., Samitier, M. L., Oliveros, T., y Palacios, G. (2015). A tool to assess sex-gender when selecting health research projects. *Atención Primaria*, 47(4), 220-227. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.05.010>
- Trocme, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Sinha, V., Black, T., Fast, E., ... Holroyd, J. (2010). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (ECI-2008)*. Agence de la Santé Publique du Canada (ASPC).
- Trowell, J., Joffe, I., Campbell, J., Clemente, C., Almqvist, F., Soininen, M., ... y Tsiantis, J. (2007). Childhood depression: a place for psychotherapy. *European child & adolescent psychiatry*, 16(3), 157-167. <https://doi.org/10.1007/s00787-006-0584-x>
- UNICEF (1999). *Niños y Violencia*. Innocenti Report Card Digest, 2. Centro de Investigaciones Innocenti, Florencia (Italia).
- UNICEF (2006). *Informe mundial sobre la violencia contra los niños y niñas*. Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la violencia contra los niños. Nueva York: Publicación de las Naciones Unidas.
- Vaccarezza, L. (2007). Sobre el concepto de malos tratos. En M. P. Rivas y G. Barrios (Dir.), *Violencia de Género. Perspectiva Multidisciplinar y Práctica Forense* (pp. 143-159). Navarra, España: Aranzadi.



- Vázquez Recio, R. (2014). Research, Gender, and Ethics: A Necessary Triad for Change. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 15(2). <https://doi.org/10.17169/fqs-15.2.2150>
- Vega, M. T. y Moro, L. (2013). La representación social de los malos tratos infantiles en la familia: factores psicosociales que influyen en la percepción de las conductas de maltrato. *Psychosocial Intervention*, 22 (1), 7-14. <https://doi.org/10.5093/in2013a2>
- Velasco, S., Ruiz, M., y Álvarez-Dardet, C. (2006). Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica: De los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres. *Revista Española de Salud Pública*, 80, 317-333.
- Vu, N. L., Jouriles, E. N., McDonald, R., y Rosenfield, D. (2016). Children's exposure to intimate partner violence: A meta-analysis of longitudinal associations with child adjustment problems. *Clinical psychology review*, 46, 25-33. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.003>
- Von Sydow, K., Retzlaff, R., Beher, S., Haun, M. W. y Schweitzer, J. (2013). The efficacy of systemic therapy for childhood and adolescent externalizing disorders: a systematic review of 47 RCT. *Family Process*, 52(4), 576-618. <https://doi.org/10.1111/famp.12047>
- Vulić-Prtorić, A. (2016). Somatic complaints in adolescence: prevalence patterns across gender and age. *Psihologijske teme*, 25(1), 75-105.
- Vu, N. L., Jouriles, E. N., McDonald, R., y Rosenfield, D. (2016). Children's exposure to intimate partner violence: A meta-analysis of longitudinal associations with child adjustment problems. *Clinical psychology review*, 46, 25-33. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.003>
- Wagar, J. M., y Rodway, M. R. (1995). An evaluation of a group treatment approach for children who have witnessed wife abuse. *Journal of Family Violence*, 10(3), 295-306. <https://doi.org/10.1007/BF02110994>.
- Waldman-Levi, A. (2011). *The Efficacy of an Intervention Program for Mothers and Their Children who Reside Inshelters for Battered Women, on Mother's Parental*



Functioning, Mother-child Interaction and the Child's Play Functions. Hebrew University of Jerusalem.

Waldman-Levi, A., Finzi-Dottan, R., y Weintraub, N. (2015). Attachment security and parental perception of competency among abused women in the shadow of PTSD and childhood exposure to domestic violence. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 57-65. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9813-3>

Waldman-Levi, A., y Weintraub, N. (2009). Occupational therapy intervention for mothers and their children who were victims of domestic violence. *Israel Journal Occupational Therapy*, 18, 97-116.

Waldman-Levi, A., y Weintraub, N. (2015). Efficacy of a crisis intervention in improving mother-child interaction and children's play functioning. *The American Journal of Occupational Therapy*, 69(1), 1-11. <https://doi.org/10.5014/ajot.2015.013375>

Wang, E., Zahid, S., Moudgal, A. N., Demaestri, S., y Wamboldt, F. S. (2022). Intimate partner violence and asthma in pediatric and adult populations: a systematic review. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*. 128(4), 361-378. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2021.12.018>

Watzlawick, P., Bavelas, J. B., y Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of Human Communication*. Nueva York: Norton & Company.

Wampold, B. E. e Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The research evidence for what works in psychotherapy* (2.^a ed.). Routledge.

Watson, D., O'Hara, M. W., y Stuart, S. (2008). Hierarchical structures of affect and psychopathology and their implications for the classification of emotional disorders. *Depression and Anxiety*, 25(4), 282-288. <https://doi.org/10.1002/da.20496>

Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1974). *Change: principles of problem formation and problem resolution*. W. W. Norton.



- Webb, C., Hayes, A. M., Grasso, D., Laurenceau, J. P., y Deblinger, E. (2014). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for youth: Effectiveness in a community setting. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 6(5), 555-562. <https://doi.org/10.1037/a0037364>
- Weiner, D. A., Schneider, A., y Lyons, J. S. (2009). Evidence-based treatments for trauma among culturally diverse foster care youth: Treatment retention and outcomes. *Children and Youth Services Review*, 31(11), 1199-1205. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2009.08.013>
- Weisz, J. R., McCarty, C. A. y Valeri, S. M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132, 132-149. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.1.132>
- Weisz, J. R. y Kazdin, A. E. (2017). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. The Guilford Press.
- Weitkamp, K., Daniels, J. K., Hofmann, H., Timmermann, H., Romer, G., y Wiegand-Grefe, S. (2014). Psychoanalytic psychotherapy for children and adolescents with severe depressive psychopathology: Preliminary results of an effectiveness trial. *Psychotherapy*, 51(1), 138-147. <https://doi.org/10.1037/a0034178>
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C. y Klerman, G. L. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. Basic Books.
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. Norton.
- White, M. y Epston, E. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. Norton.
- Wiener, N. (1950). *The Human Use of Human Beings: Cybernetics and Society*. Boston: Houghton Miffling Co.
- 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. <https://doi.org/10.1023/A:1024910416164>



- Wolfe, V. V., Gentile, C., y Wolfe, D. A. (1989). The impact of sexual abuse on children: A PTSD formulation. *Behavior Therapy*, 20(2), 215-228.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(89\)80070-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(89)80070-X)
- Wolfe, D. A. y Korsch, B. (1994). Witnessing domestic violence during childhood and adolescence: implication for pediatric practice. *Pediatrics*, 94(4), 594-599.
<https://doi.org/10.1542/peds.94.4.594>
- Wolfe, D. A. y McGee, R. (1994). Dimensions of child maltreatment and their relationship to adolescent adjustment. *Development and Psychopathology*, 6(01), 165-181. <https://doi.org/10.1017/S0954579400005939>
- Wolfe, D. A., Werkerle, C. y Scott, K. (1997). *Alternatives to violence: Empowering youth to develop healthy relationships*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Wood, S. L., y Sommers, M. S. (2011). Consequences of intimate partner violence on child witnesses: A systematic review of the literature. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing*, 24(4), 223-236. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2011.00302.x>
- Yates, T. M., Dodds, M. F., Sroufe, L. A., y Egeland, B. (2003). Exposure to partner violence and child behavior problems: A prospective study controlling for child physical abuse and neglect, child cognitive ability, socioeconomic status, and life stress. *Development and psychopathology*, 15(1), 199-218.
<https://doi.org/10.1017/S0954579403000117>
- Ybarra, G. J., Wilkens, S. L., y Lieberman, A. F. (2007). The influence of domestic violence on preschooler behavior and functioning. *Journal of Family Violence*, 22, 33-42. <https://doi.org/10.1007/s10896-006-9054-y>
- Yetter, A. M. (2021). Mothers' Intimate Partner Violence Victimization and Depression: Associations with Children's Behavioral Functioning. *Journal of interpersonal violence*, 37(21-22), NP21320-NP21344.
<https://doi.org/10.1177/08862605211056731>



- Young, J. M., Mufson, L. y Schueler, C. (2016). *Preventing adolescent depression: Interpersonal psychotherapy-adolescent skills training (IPT-AST)*. Oxford University Press.
- Youssef, R. M., Attia, M. S. y Kamel, M. I. (1998). Children experiencing violence II: prevalence and determinants of corporal punishment in schools. *Child Abuse and Neglect*, 22 (10), 975-985. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(98\)00084-2](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(98)00084-2)
- Yule, K., Houston, J., y Grych, J. (2019). Resilience in children exposed to violence: A meta-analysis of protective factors across ecological contexts. *Clinical child and family psychology review*, 22(3), 406-431. <https://doi.org/10.1007/s10567-019-00293-1>
- 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), 945-955. <https://doi.org/10.1037/a0034804>
- Zero to Three. (2005). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood* (rev. ed.). Washington DC: Author.
- Ziv, Y. (2012). Exposure to violence, social information processing, and problem behaviour in preschool children. *Aggressive Behaviour*, 38, 429-441. <https://doi.org/10.1002/ab.21452>
- Zlotnick, C., Johnson, D. M., y Kohn, R. (2006). Intimate partner violence and long-term psychosocial functioning in a national sample of American women. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 262-275. <https://doi.org/10.1177/0886260505282564>